



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**TEMA:**

**Valoración de enfermería por patrones funcionales en pacientes embarazadas con amenaza de parto pre termino atendidas en el hospital de ginecología de la ciudad de Guayaquil desde Octubre 2016 hasta Enero 2017.**

**AUTOR A:**

**CHICA PONCE ANDREASTEFANIA**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**TUTORA:**

**FRANCO POVEDA KRISTY GLENDA**

**Guayaquil, Ecuador**



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **ANDREA STEFENIA CHICA PONCE** como requerimiento para la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**TUTORA**

---

LCDA.FRANCO POVEDAKRISTY GLENDA

---

LCDA ANGELA MENDOZA VINCES

**DIRECTORA CARRERA /ENFERMERIA**

Marzo 2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, CHICA PONCE ANDREA STEFANIA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA DE LA CUIDAD DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2016 HASTA ENERO 2017**. Previo a la obtención del Título de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 15 Marzo/2017

TUTORA

---

FRANCO POVEDAKRISTY GLENDA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **CHICA PONCE ANDREA STEFANIA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOPITAL DE GINECOLOGIA DE LA CUIDAD DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2016 HASTA ENERO 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 15 Marzo/2017

AUTORA

---

CHICA PONCE ANDREA STEFANIA

## AGRADECIMIENTO

A Dios por todas las cosas buenas que me ha dado y por haberme dado fortaleza y sabiduría para poder sobrellevar todos los obstáculos que se me presenten en mi vida.

A mi madre Mari Janneth Ponce Ayala por su confianza, apoyo incondicional y gracias a su esfuerzo, amor y motivación. *Mi título te lo dedico mamá porque sin usted no hubiera sido posible lograr alcanzar unas de mis metas.*

A mis profesores por compartirme sus conocimientos, y fundamentalmente sus lecciones de vida.

A mi tutora Kristy Franco Poveda por haberme guiado durante este proceso.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a DIOS por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A madre que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos *a por haberme apoyado en todo momento, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

*A mis abuelitos y tío Juan Ortiz Y Blanca Ponce a quienes los quiero como si fueran mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.*

## RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación; la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica. **OBJETIVO:** determinar la valoración de enfermería por patrones funcionales en pacientes embarazadas con amenaza parto pretermo en un hospital de Especialidades Ginecobstetricia para considerar la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería. **METODOLOGÍA:** el tipo de estudio es observacional, descriptivo y analítico. **RECOLECCIÓN DE DATOS:** fue extendida por parte del área de estadística del hospital; y se llevaron a cabo encuestas a las pacientes hospitalizadas; dichos datos fueron organizados y tabulados en el programa de Microsoft Excel 2014. **CONCLUSIÓN:** En el presente trabajo de investigación se puede concluir que de los casos estudiados de la amenaza de parto pre termino como diagnóstico de ingreso en el Hospital de la mujer "ALFREDO G PAULSON" ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgo: edad materna; se presenta más en mujeres jóvenes, entre los 20 a 24 años de edad, las mismas que cursan su primer embarazo (65%); encontrándose entre las 35 y 37 semanas de gestación. Además se observó un gran índice de mujeres que durante su embarazo han sufrido cuadros de infección de las vías urinarias (63%), y de ellas un gran porcentaje fueron tratadas pero no curadas, con lo cual se puede establecer una relación directa entre ambas patologías.

**Palabras clave:** Amenaza de parto pretermino/valoración de enfermería/ patrones funcionales.

## SUMMARY

It threatens of childbirth pre term is defined classically as the presence of dynamic uterine regular associated to modifications cervical progressive from them 22 until them 36.6 weeks of gestation; the threat of labor pre term can have a multifactorial origin. But the most frequent known cause is intra-amniotic infection/inflammation. **OBJECTIVE:** to determine the valuation of nursing by functional patterns in patients, pregnant with threat birth preterm in a hospital of specialities Ginecobstretica to consider the applicability of the process of nursing care. **METHODOLOGY:** the type of study is observational, descriptive and analytical. **COLLECTION OF DATA:** was extended from the area of statistics of the hospital; and surveys were conducted to hospitalized patients; These data were organized and tabulated Microsoft Excel 2014 program. **CONCLUSION:** In the present research we can conclude that studied the threat of labor cases I preterm as diagnosis of admission to the Hospital of women "ALFREDO G PAULSON" occupy a high incidence, which is associated with risk factors: maternal age; It occurs more in young women aged 20 to 24 years of age, they enrolled their first pregnancy (65%); found between 35 and 37 weeks of gestation. In addition there was a high rate of women who during their pregnancy have had pictures of infection of the urinary tract (63%), and of which a large percentage were treated but not cured, with which you can set a direct relationship between both pathologies.

**Key word:** threat of childbirth pre term / nursing assessment / functional patterns.



# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
RESUMEN .....	VIII
SUMMARY.....	IX
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
PREGUNTAS DE INVESTIGACION .....	4
JUSTIFICACION .....	5
OBJETIVO GENERAL .....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
ANTECEDENTES.....	8
CAPITULO II.....	9
MARCO TEORICO .....	9
VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES.....	10
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES .....	11
NUTRICIÓN – METABOLICO: .....	12
ETIOLOGIA DE EMBARAZO PRETERMINO.....	18
ETIOLOGIAS:.....	18
TEORIA DE MARJORY GORDON .....	19
CAPITULO III.....	30
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
UNIVERSO.....	30
MUESTRA.....	30
LUGAR Y PERIODO DE INVESTIGACIÓN .....	31

NÚMERO DE EMBARAZADAS CON PARTO PRE-TERMINO .....	33
CAPITULO V.....	58
CONCLUSIÓN.....	58
GLOSARIO .....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	65

## ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 NÚMERO DE EMBARAZADAS CON PARTO PRE-TERMINO SEGÚN GRUPO ETAREO. ....	33
Tabla 2 MOTIVO DE INGRESO DE EMBARAZADAS .....	34
Tabla 3 INDIQUE SI EN SU ACTUAL EMBARAZO.....	35
Tabla 4 Edad Gestacional actual en la que se encuentra .....	36
Tabla 5 Número de controles prenatales realizados hasta el momento actual .....	37
Tabla 6 Ha tenido o Tiene alguna afectación de salud durante el presente embarazo.....	38
Tabla 7 Ha consumido usted durante su embarazo algunas de las siguientes sustancias nocivas .....	39
Tabla 8 El número de comidas que tiene usted durante el día .....	40
Tabla 9 Actualmente consume algún tipo de suplemento alimenticio.....	41
Tabla 10 Proporción de alimentos consume en mayor proporción diariamente .....	42
Tabla 11 Ha presentado Proteinuria en orina de 24 hrs .....	43
Tabla 12 signos y síntomas ha presentado usted en el presente embarazo.....	44
Tabla 13 Ha presentado Infección de Vías urinarias durante su embarazo Si su respuesta es sí, Indique si ha sido tratada y curada .....	45
Tabla 14 Ha presentado Infección de Vías urinarias durante su embarazo. Si su respuesta es sí, Indique si ha sido tratada y curada .....	45
Tabla 15 Ha presentado Eliminación de líquido amniótico .....	46
Tabla 16 Realiza usted alguna actividad física intensa en casa o trabajo ....	47
Tabla 17 Destina algún tiempo del día para realizar ejercicios físicos, de relajación o respiración .....	48
Tabla 18 Cuántas horas del día destina para el descanso físico.....	49
Tabla 19 Al levantarse de una siesta, cómo se siente .....	50
Tabla 20 Consideraría un siguiente embarazo a pesar de la situación actual en la que se encuentra con amenaza de parto pre término.....	51
Tabla 21 Sus recursos económicos son adecuados para mantener su control prenatal durante su proceso gestacional .....	52

Tabla 22 Su embarazo le ha traído complicaciones en su entorno familiar ..	53
Tabla 23 Realizo actividad sexual durante su actual embarazo .....	54
Tabla 24 Iniciaré planificación familiar luego de este embarazo .....	55
Tabla 25 Cree usted que las situaciones de estrés o preocupación tienen relación proporcional con la amenaza de parto pre termino .....	56
Tabla 26 Cree usted que un niño pre término puede tener el mismo desarrollo físico y mental al de un niño nacido a término .....	57

## INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito describir las causas, riesgo y cuidados de enfermería que se debe de realizar en las mujeres con amenaza parto pre-término.

“El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. ( Belarús 4,1; Ecuador 5,1; Letonia 5,3; Finlandia, Croacia y Samoa 5,5; Lituania y Estonia 5,7; Barbados/Antigua 5,8; Japón 5,9). Pero paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del INEC, es la duración corta de la gestación(Condolo Rojas, 2013, p. 15).

“Se considera como prematuro a aquel bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad Gestacional en: 1) prematuros extremos (<28 semanas), 2) muy prematuros (28 a <32 semanas), 3) prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas”(OMS, 2016, p. 1).

Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres, tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis; no obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la

influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social”(Egan, Gutiérrez, Cuevas, & Lucio, 2008, p. 1).

La amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, se desconoce la causa que la desencadena (causa idiopática). Otras veces, existen razones consideradas obvias (gestación múltiple, polihidramnios, etc) que explican la aparición de la dinámica uterina. En otras ocasiones, se pueden identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis, apendicitis). Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pre término, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos(Becerril Hernandez, 2014, p. 9).

La investigación realizada se desglosa en varios capítulos:

**Capítulo I:** en este capítulo se describe introducción, objetivo general y específico, el planteamiento de problema, la justificación del estudio.

**Capítulo II:** respaldo del marco teórico

**Capítulo III:** se describe el tipo de metodología, la población, la muestra y los instrumentos de recolección de datos.

**Capítulo IV:** se describe los resultados de la investigación, representados mediante gráficos, la recomendación pertinente.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

La lucha contra el parto pre-término (PPT); definido como el parto entre la semana 26 y 37, representa la medida más importante para reducir la morbimortalidad perinatal, pues la prematuridad es el responsable del 75% de las muertes neonatales de los niños sin malformaciones, además del 50% de las secuelas neurológicas a largo plazo del recién nacido como parálisis cerebral, discapacidad cognitiva, retinopatía del prematuro, ceguera, epilepsia y sordera. Vale la pena mencionar que es de las condiciones más frecuentes, más costosas y catastróficas en obstetricia.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando (Castro Naranjo, 2010, p. 5).

El hospital de la mujer Paulson cuenta con 553 camas instaladas en el área de hospitalización (216 cunas y 337 camas para adultos), también funcionan 28 consultorios para consulta externa. El Hospital Paulson comparte espacio con el pediátrico Roberto Gilbert, en la ciudadela Atarazana, norte de Guayaquil. Ambos suman 1029 camas y forman el complejo hospitalario Alejandro Mann, Los edificios están conectados por un paso elevado en el primer piso, que conecta las áreas de Cuidados Intensivos. El Hospital de la Mujer además tiene acceso a todos los servicios para diagnósticos (resonadores magnéticos, tomógrafos y rayos X) y de laboratorio del Roberto Gilbert.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

- 1. ¿Cuántas mujeres y a qué edad sufren de parto pre-termino?**
- 2. ¿Se aplica la valoración por patrones funcionales a las embarazadas con amenaza de parto pre-termino?**
- 3. ¿Cuáles serán los factores que causan una amenaza de parto pre-termino?**



## **JUSTIFICACION**

Con la realización de este estudio, se determinará las causas, complicaciones y los tipos de valoración de enfermería en pacientes con parto pre-término, ocurridas durante el periodo de estudio. El parto pre-término se refiere al producido entre las 28 y 37 semanas de gestación; sin embargo, este rango ha sido cuestionado en los últimos años. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces superior, al de un recién nacido a término con cifras variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario: necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo.

El parto pre-término es una gran problemática que genera secuelas a corto y largo plazo en cuanto a mortalidad, costos económicos y emocionales tanto en la sociedad como en los sistemas de salud. Cada año se observa un incremento en el número de embarazo pre-termino generando un impacto en cuanto la familia de índole médico, la falta de orientación en las embarazadas genera asistencia a la maternidad presentando complicaciones sin un debido control prenatal.

La mortalidad perinatal que se puede presentar por las complicaciones que presenta un parto pre-término tanto para el neonato como para la parturienta aumenta cifras alarmantes para la salud pública de la ciudad de Guayaquil. La presente investigación se lleva acabo ya que al momento no se ha realizado algún otro estudio para establecer la magnitud del problema dentro del "HOSPITAL DE LA MUJER".

En el hospital de ginecología "ALFREDO G. PAULSON" donde se realiza la investigación hasta el momento no existe ningún estudio relacionado a la valoración de enfermería en las embarazadas con parto pretermino lo cual justifica la realización de este estudio.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la valoración de enfermería por patrones funcionales en pacientes embarazadas con amenaza parto pre término en un hospital de Especialidades Ginecobstetrica para considerar la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar el número de embarazadas con amenaza de parto pre-termino según grupo etario.
- Identificar la aplicación de la valoración por patrones funcionales en pacientes con embarazo de amenaza pre-termino.
- Establecer los factores que provocan un embarazo con amenaza de parto pre término.

## ANTECEDENTES

Las nuevas cifras del informe muestran la magnitud del problema así como las disparidades entre países. Los nacimientos prematuros representan son 11.1 por ciento de los nacimientos vivos del mundo, 60 por ciento de ellos en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12 por ciento de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9 por ciento en los países de mayores ingresos.

El problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. “El número de nacimientos prematuros está aumentando. En muchos países de bajos ingresos, las principales causas de los nacimientos prematuros incluyen infecciones, malaria, VIH y altas tasas de embarazo adolescente(OMS, 2012a).

El Ecuador tiene actualmente una población estimada de alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos cada año es de 300.000. Desde la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha ido reduciendo progresivamente; sin embargo, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. En consecuencia, constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, p. 20).

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

El parto a término aparece entre las semanas 37 y 42. Un 12% sucede entre las semanas 28 y 37, por lo que el concepto de partopretérmino es puramente cronológico.

La amenaza de parto pretérmino se define como la aparición de una o más contracciones uterinas en 10 minutos, con nulas o escasas modificaciones cervicales y con rotura o no de membranas, en una gestación de menos de 37 semanas (Ochoa & Pérez Dettoma, 2009).

FACTORES DE RIESGO
<i>Antecedente de parto pretérmino en otras gestaciones.</i>
<i>Edad materna de 18 -25 años.</i>
<i>Historia materna de uno o más abortos</i>
<i>Nivel socioeconómico bajo</i>
<i>Raza negra</i>
<i>Conductas y hábitos maternos como: gestantes sin control prenatal, consumo de cigarrillo, alcohol, farmacodependencia.</i>

Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Año 2016 Vol 1 No I

FACTORES DESENCADENANTES DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
Embarazo Múltiple
Polihidramnios
Hemorragias del 3er Trimestre
Hipertensión
Incompetencia istmicocervical

Infección genital baja
Infección urinaria
Rotura Prematura de Membranas
Otras infecciones

Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Año 2016 Vol 1 No I

### VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES.

El Proceso de Atención de Enfermería (**PAE**) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud (Rodríguez, 2015).

### ETAPAS DEL PAE:

VALORACION	<p>Primera fase del Proceso de Enfermería</p> <p><i>Consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.</i></p> <p>Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Se produce como resultado de la valoración de Enfermería.</p> <p><i>El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.</i></p>
PLANIFICACIÓN:	<p>La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir</p>

	o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería.
EJECUCIÓN	<p>En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico.</p> <p><i>La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.</i></p>
EVALUACIÓN:	<p>El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.</p> <p><i>Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello</i></p>

Son muchos los modelos de enfermería que reúnen la información necesaria y relevante del paciente para brindar calidad en el cuidado de enfermería. Entre los modelos hablaré sobre la valoración por patrones funcionales según Marjory Gordon (Salcedo & Reyes, 2011, p. 21).

### **VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES EN EMBARAZO CON AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO SEGÚN MARJURIE GORDON.**

La valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales (Suarez, del Castillo Arévalo, Fidalgo, & Meléndez, 2010, p. 24).

## **PERCEPCIÓN DE LA SALUD:**

Se ha observado que la mayoría de padres de prematuros provienen de nivel socioeconómico bajo, por lo tanto las madres carecen de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, y enfermedades infecciosas no tratadas, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia (WHO & FAO, 2003, p. 28).

## **NUTRICIÓN – METABOLICO:**

Las madres que llevan una alimentación variada y equilibrada (incluyendo fruta, verdura, cereales integrales, carne magra y pescado) tienen una menor probabilidad de padecer un parto prematuro. Por otro lado, las mujeres que llevan una dieta con gran contenido calórico (galletas, patatas fritas, pasteles, comida rápida...) tienen un 50% de probabilidad de dar a luz a un bebé prematuro. Hablando de estadísticas a nivel mundial, 1 de cada 10 embarazos acaba en un parto prematuro. Si uno de los factores que intervienen en esta cantidad de niños prematuros es la dieta (hablamos por supuesto tanto de la dieta anterior al embarazo como la del proceso de los 9 meses de gestación), las futuras madres deben plantearse seriamente si quieren arriesgarse a que el niño sufra las consecuencias de nacer de forma prematura. La alimentación y la higiene dental también juegan un papel clave en la prevención de la prematuridad. “Es saludable llevar una dieta baja en grasas y rica en ácidos grasos omega 3 (presente en el aceite de oliva y el pescado azul) así como el consumo de frutas y verduras. Y, si existe algún déficit nutricional, se puede optar por suplementos para corregirlos” (Mengíbar Fernández, 2014, p. 29).



## ELIMINACION:

Anatómicamente existe un incremento del tamaño renal debido al aumento en su vascularización y se produce una dilatación de todo el sistema colector (pelvis, cálices y uréteres). Aumenta el volumen de orina residual en la vejiga y disminuye la eficacia del esfínter uretral: estos cambios se atribuyen a la influencia de la progesterona y a la compresión del útero grávido. Aumenta la tasa de filtración glomerular, por lo que disminuyen la urea y la creatinina en sangre. No es raro encontrar glucosuria sin hiperglucemia. Por todo ello, en la gestante habrá:

- ✓ Mayor riesgo de infecciones urinarias, que cobran mayor importancia durante el embarazo por estar estrechamente relacionadas con el parto prematuro.
- ✓ Polaquiuria, sobre todo en el primer y tercer trimestre de la gestación.
- ✓ Incontinencia urinaria, de esfuerzo, sobre todo al final de la gestación.
- ✓ Sangrado vaginal: una metrorragia (hemorragia vaginal procedente del útero no asociada al ciclo menstrual) en el segundo o tercer trimestre puede ser el precedente de un parto prematuro.
- ✓ Aumento y cambio de fluido vaginal: expulsión de flujo vaginal que puede variar en su color y consistencia. Puede ser transparente de apariencia mucosa (tapón mucoso) o tornarse rosado o amarronado.
- ✓ Rotura de bolsa amniótica: la rotura de membranas es signo inequívoco de que el parto se producirá en las próximas horas. Si bien puede no ser inminente, no se suele esperar más de 24 horas por temor a que se produzca una infección.

### **ACTIVIDAD Y EJERCICIO:**

El problema de los partos prematuros tiene una etiología múltiple. Es necesario definir con mayor claridad el término "reposo en cama" como una intervención; por ejemplo, en cuanto al número de horas por día de inmovilidad. También es necesario definir claramente el mecanismo postulado por el cual el reposo en cama puede evitar el parto prematuro y si el trabajo arduo y la actividad física intensa durante el embarazo contribuyen a provocar los partos prematuros.

### **SUEÑO Y DESCANSO:**

El descanso debe ser físico y mental, para conseguir tanto la relajación de los músculos como de tu estado emocional, ya que ambos inciden sobre tu actividad uterina. Por tanto, reducir el ritmo diario, permaneciendo recostada, principalmente, sobre el lado izquierdo, y realizar ejercicios de respiración y relajación. Un estudio reciente realizado por médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh (Estados Unidos), relaciona la falta de sueño con el parto prematuro. Los investigadores analizaron los patrones de sueño y el parto de 166 mujeres embarazadas. Luego de descartar o controlar otros factores de riesgo que contribuyen al parto prematuro, encontraron que la baja calidad del sueño durante el primer y tercer trimestre estaba conectada con un aumento en el riesgo de dar a luz antes de lo esperado. Curiosamente, dormir mal durante el primer trimestre fue lo que causó mayores efectos sobre el nacimiento prematuro. Pero ¿cuál es la relación entre dormir mal y dar a luz antes de lo planeado? Al parecer, la mala calidad del sueño está ligada a un aumento en la inflamación en el cuerpo, lo cual puede desencadenar procesos que terminan en un parto prematuro. El descanso debe ser físico y mental, para conseguir tanto la relajación de los músculos como del estado emocional, ya que ambos inciden sobre tu actividad uterina. Por tanto, reducir tu ritmo diario, permaneciendo recostada a ratos, principalmente, sobre tu lado izquierdo, y realiza ejercicios de respiración y relajación.

### **COGNITIVO – PERCEPTIVO:**

La depresión en las madres embarazadas y los padres aumenta el riesgo de parto prematuro, según un estudio sueco publicado en *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Se sabe que la depresión de las mujeres durante el embarazo está asociada con un bajo peso al nacer y un mayor riesgo de parto prematuro. También se ha demostrado que el estrés materno, como la muerte de un ser querido, la falta de apoyo social, o una relación difícil o abusiva, aumenta el riesgo de parto prematuro. Sin embargo, pocos estudios han examinado el impacto de la depresión paterna en la salud de la madre o el feto. En este estudio, más de 350.000 nacimientos en Suecia de entre 2007 y 2012 fueron investigados en busca de depresión de los padres y la incidencia de parto muy prematuro (entre 22 y 31 semanas) o parto moderadamente pretérmino (32-36 semanas). Tanto para hombres como mujeres, la depresión se definió como haber tenido una prescripción de medicamentos antidepresivos, o haber recibido servicios de hospitalización o ambulatorios, desde 12 meses antes de la concepción hasta el final del segundo trimestre del embarazo. Las personas con depresión fueron clasificadas como casos "nuevos" si no habían tenido depresión en los 12 meses anteriores al diagnóstico; todos los demás casos se definieron como depresión "recurrente". Mientras que tanto los casos nuevos como los recurrentes de depresión en las madres se asociaron con un aumento del 30%-40% en el riesgo de parto prematuro moderado, los casos de nueva depresión en los padres se asociaron con un 38% más de riesgo de parto muy prematuro. La depresión recurrente en los padres no se asoció con el parto prematuro en absoluto.

### **AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO:**

Existe preocupación de los padres y temor para el cuidado del recién nacido prematuro y autoestima baja para afrontar este tipo de situación durante el embarazo.

## **SEXUALIDAD:**

Las niñas comienzan a transitar la pubertad (que suele comenzar entre los ocho y 13 años de edad), sus cuerpos y mentes cambian de muchas maneras. Las hormonas de su cuerpo estimulan nuevos desarrollos físicos; por ejemplo, el crecimiento y el desarrollo de sus senos; Aproximadamente después de dos o dos años y medio de que los senos hayan comenzado a desarrollarse, aparece el primer periodo menstrual.

Alrededor de seis meses antes de tener su primer periodo menstrual, las niñas pueden observar mayor cantidad de flujo vaginal transparente. Este flujo es normal; No hay necesidad de preocuparse por el flujo, a menos que genere un olor fuerte o picazón.

El primer periodo menstrual se conoce como menarca. La menarca no aparece hasta que todas las partes del aparato reproductor de una niña estén maduras y funcionen en conjunto.

El coito en la gestante es extremadamente común, se ha encontrado que una vez instaurado el embarazo la mujer, de forma espontánea, disminuye su actividad coital de manera lineal y progresiva. También disminuyen, las gestantes, la actividad sexual, el interés sexual y la conducta sexual no relacionada con el coito. Es decir, al menos especulativamente, se podría afirmar que la disminución ordinaria y espontánea de la sexualidad femenina durante el embarazo podría entenderse como un recurso natural para reducir la posibilidad de inducir contracciones uterinas a causa del orgasmo y, por lo tanto, un mecanismo para reducir la pérdida fetal. Retomando el tema sexualidad-parto pre-término, hay que destacar que más de un 30% de las mujeres gestantes señalan o destacan el temor a «ocasionar daño al feto», ya que presuponen que los empujones pélvicos del varón durante el coito entrañan un evidente peligro para el feto (16, 17). Pero lo cierto es que parece no existir riesgo o peligro en los embarazos.

## **TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

El estrés es otro de los factores asociados a la amenaza de parto pre término. Para las mujeres que manifestaban un estrés percibido se encontró el doble de riesgo de prematuridad respecto a aquellas que no referían estrés percibido. La exposición a situaciones estresantes crónicas puede llegar a erosionar la resistencia personal o la capacidad de resistencia de las personas, dados su nivel de autoestima, optimismo y su confianza en poder cambiar las cosas. Cuando eso ocurre, se puede elevar los niveles de hormona liberadora de corticotropina con acciones directas en útero y cerviz, facilitando un parto prematuro.

## **PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS:**

Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido. Hay creencias que se transmiten de generación en generación. A manera de superstición, los mitos se han convertido en algo usual en la vida de cada ser humano. Por lo regular, los mitos que se observan más frecuentemente son los relacionados con el embarazo; sin embargo también los hay en otros campos, como el cuidado de los bebés y niños, por ejemplo.

## ETIOLOGIA DE EMBARAZO PRETERMINO.

### ETIOLOGIAS:

<b>ETIOLOGIA MATERNA</b>	Enfermedades Maternas: Hipertensión Arterial	Desprendimiento de placenta, CID, Hemorragia cerebral, insuficiencia hepática y renal.
	Infecciones Transplacentarias (Sífilis)	Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por:  Infección ascendente de la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico.  La propagación hematógena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia. Cuando las infecciones se contraen por la vía ascendente, los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, funisitis y cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y pueden conducir a rotura prematura de las membranas y parto de pretérmino.
	Parto inducido o provocado	Embarazo interrumpido clandestinamente y con los siguientes hallazgos histopatológicos placentarios: hemorragia y hematoma retroplacentario.
	Malformaciones Uterinas	Sin evidentes patologías maternofetales y con malformaciones uterinas, útero bicorne y sin lesiones placentarias.
<b>ETIOLOGIA FETAL</b>	Anomalías congénitas - cromosómicas	Síndrome de Turner (XO), Trisomía 18, Trisomía 21,16.

	Patología Placentarias	Desprendimiento prematuro placenta; con manifestaciones de asfixia aguda, shock fetal. Lesiones placentarias encontradas: hematoma y hemorragia retroplacentaria, infartos vellositarios, hemorragia subcorial, trombosis intervellositaria.  Patología vascular placentaria: embarazos sin patologías materno-fetales
	Patología del cordón umbilical y membranas ovulares:	Embarazo sin patología materno-fetal y con inserción anormal de las membranas ovulares.

### TEORIA DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon nació el 20 de mayo de 1911 y murió el 29 de abril de 2015, en Boston, Massachusetts (EE.UU.). Gordon obtuvo una licenciatura en ciencias y una maestría en ciencias en Hunter College, en la City University de Nueva York y un doctorado en Boston College. En 1982, se convirtió en la primera presidenta de NANDA, la North American Nursing Diagnosis Association. Fue investigadora principal en proyectos de investigación relacionados con procesos de enfermería y diagnósticos de enfermería, y codirectora de una Beca del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para mejorar el razonamiento diagnóstico y ético de las enfermeras. Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis), actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes. **(W, 2015)**

## MARCO LEGAL

### **Intervención de la OMS**

En mayo de 2012, la OMS y sus asociados publicaron un informe titulado Nacidos demasiado pronto. Informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros, que incluye las primeras estimaciones realizadas sobre nacimientos prematuros por países. La OMS se ha comprometido a reducir los problemas de salud y el número de vidas perdidas como consecuencia de los partos prematuros mediante la adopción de las siguientes medidas concretas:

- Colaborar con los Estados Miembros y los asociados para poner en práctica el plan de acción titulado “Todos los recién nacidos”, en el marco de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño;
- Colaborar con los Estados Miembros para fortalecer la disponibilidad y calidad de los datos sobre nacimientos prematuros;
- Proporcionar cada tres a cinco años análisis actualizados de los niveles y las tendencias de los nacimientos prematuros en el mundo;
- Colaborar con los asociados de todo el mundo para realizar investigaciones sobre las causas de los nacimientos prematuros, y poner a prueba la eficacia y los métodos de ejecución de las intervenciones destinadas a prevenir los partos prematuros y a tratar a los niños prematuros;
- Actualizar periódicamente las directrices clínicas para el manejo del embarazo y la atención prestada a las mujeres que presentan contracciones prematuras o riesgo de parto prematuro, así como las directrices relativas a la atención prestada a los bebés prematuros, incluidas la técnica de la madre canguro, la



alimentación de bebés con insuficiencia ponderal al nacer, el tratamiento de infecciones y problemas respiratorios, y el seguimiento de la atención en el domicilio (véanse las recomendaciones emitidas en 2015 por la OMS sobre intervenciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad.).

- Elaborar instrumentos que permitan mejorar las competencias de los profesionales sanitarios y evaluar la calidad de la atención prestada a los bebés prematuros (OMS, 2012).

### Manejo y toma de decisiones del MSP Ecuador

<b>TRABAJO DE PARTO PRETERMINO</b>	
<b>CODIGO</b>	<b>CODIFICACIÓN CIE 10</b>
O60	Parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación)
<b>CODIGO</b>	<b>CODIFICACIÓN CIAP 2</b>
W 84	Embarazo de alto riesgo
<b>DIAGNOSTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL</b>	
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>HALLAZGOS</b>
<b>ANAMNESIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor abdominal tipo contracción.</li> <li>▪ Presión pélvica o dolor de espalda.</li> <li>▪ Embarazo igual o menor a 37 semanas.</li> <li>▪ Antecedentes clínicos y obstétricos de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ edad (&lt; 18 años, &gt;35 años)</li> <li>▪ nivel socio económico bajo</li> <li>▪ RPM pretérmino o parto pretérmino previo</li> <li>▪ sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformaciones uterinas)</li> <li>▪ trauma materno</li> <li>▪ incompetencia cervical</li> <li>▪ bacteriuria asintomática / Pielonefritis aguda</li> <li>▪ ITS / Vaginosis bacteriana</li> <li>▪ infección estreptococo grupo B</li> <li>▪ neumonía / Paludismo / Fiebre Tifoidea / Apendicitis</li> </ul> </li> </ul>
<b>EXAMEN FISICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contracciones uterinas (mínimo 3 en 30 minutos) pueden ser dolorosas o no.</li> <li>▪ Aumento o cambio en la secreción vaginal</li> <li>▪ Sangrado genital.</li> <li>▪ Salida de tapón mucoso cervical.</li> <li>▪ Borramiento (50%) o dilatación (igual o menor a 3 cm)</li> </ul>
<b>EXAMENES DE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biometría Hemática</li> </ul>

## COMPONENTE NORMATIVO INFANTIL (MSP-IESS)

### TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

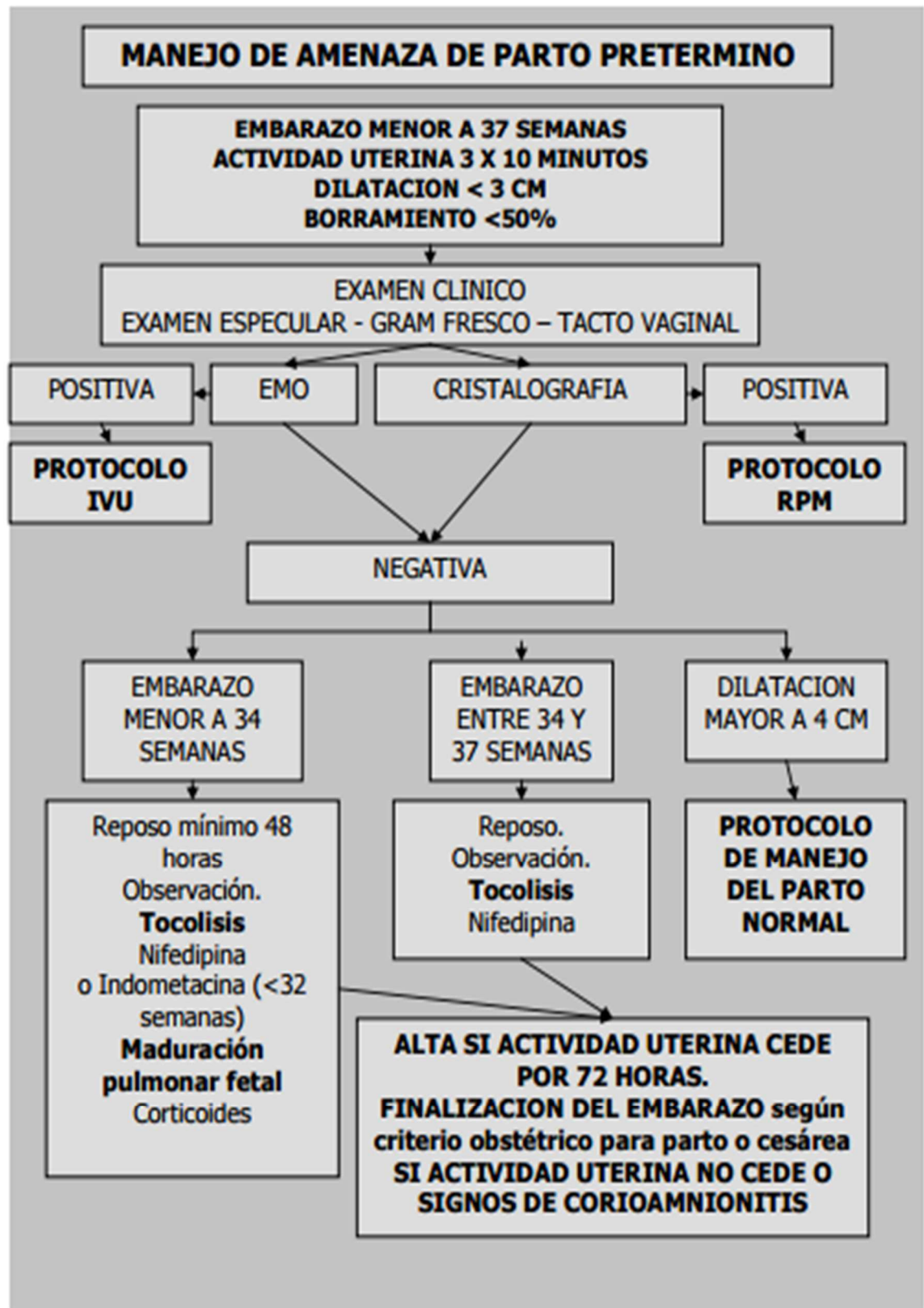
**OBJETIVOS TERAPEUTICOS:**

- **TOCOLISIS** (para prolongar al menos 72 horas el embarazo).
- **MADURACION PULMONAR FETAL** (embarazos < de 34 semanas).
- **DETERMINAR ETIOLOGIA**
- **TRANSFERENCIA A UNIDAD DE NEONATOLOGIA ESPECIALIZADA.**

<b>PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.</b> (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	<b>NIVEL</b>		
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento según protocolo.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
10. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dilatación cervical</li> <li>▪ Borramiento cervical</li> <li>▪ Consistencia del cuello</li> <li>▪ Posición del cuello</li> <li>▪ Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.</li> <li>▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM)</li> <li>▪ Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea.</li> <li>▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.</li> </ul>	X	X	X

Manejo y toma de decisiones del MSP Ecuador

**FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES**



## OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>EMBARAZADO CON PARTO PRETERMINO</b>	Es la aparición de una o más contracciones uterinas en 10 minutos, con nulas o escasas modificaciones cervicales y con rotura o no de membranas, en una gestación de menos de 37 semanas.	<b>Características de la población</b>	<i>Edad</i>	16-19 20-24 25-29 30-34 35 y mas
			<i>Estado civil</i>	Casada Soltera Unión libre
		<b>Signos y síntomas</b>	<i>Motivo de ingreso</i>	Dolor Fiebre Pérdida de líquido Sangrado
<b>Mantenimiento y percepción de la salud</b>	Se hace referencia a como percibe el individuo su salud y bienestar	<b>Número de embarazo</b>	<i>Primigesta-Multigesta</i>	0-1, 2 A MÁS
		<b>Edad Gestacional</b>	<i>Edad Gestacional</i>	20-25 sem, 26-29 sem, 30-34 sem, 35-37 sem

<p><b>Nutricional - metabólico</b></p>	<p><b>Evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas</b></p>	<p><b>FACTOR DE RIESGO ALIMENTACIÓN</b></p>	<p><i>TIPO DE ALIMENTACIÓN</i></p> <p><i>Tipo de suplemento alimenticio</i></p> <p><i>Número de comidas</i></p>	<p>CARBOHIDRATOS</p> <p>PROTEINAS</p> <p>VITAMINAS Y MINERALES</p> <p>GRASAS</p> <p>1-2 veces</p> <p>3-4 veces</p> <p>5- + veces</p>
<p><b>ELIMINACIÓN</b></p>	<p>Describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel</p>	<p><b>FACTOR DE RIESGO ELIMINACIÓN</b></p>	<p><i>TIPO DE ELIMINACIÓN urinaria</i></p> <p><i>INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS</i></p> <p><i>TRATADAS Y NO CURADAS</i></p>	<p>*DISURIA</p> <p>*PROTEINURIA</p> <p>*POLAQUIURIA</p> <p>*SANGRADO VAGINAL</p> <p>*SECRECIÓN VAGINAL</p> <p>*LIQUIDO AMNIOTICO</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>NO</p>

			TRATADAS Y CURADAS	SI NO
			NO TRATADAS	SI NO
<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>	<i>Se refiere a las habilidades y capacidades de movilidad autónoma y actividad para la realización de ejercicios del individuo</i>	<b>TIPO DE EJERCICIO</b>	<i>Realiza algún tipo de ejercicio de relajación o respiración</i>  <i>Actividad física</i>	SI NO  CASA TRABAJO
<b>Sueño - Descanso</b>	<i>Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día que tiene un individuo; evalúa las formas y costumbres que tienen el paciente para conciliar el sueño.</i>	<b>HORAS DE SUEÑO</b>	<i>HORAS DESCANSA USTED</i>  <i>Al levantarse como se siente</i>	- 6 horas 6 a 8 horas Más de 8 horas No duerme  CON SUEÑO MALESTAR INCOMODA IRRITABLE BIEN DESCANSADA



<b>Rol - Relaciones:</b>	<p>Se evalúa el rol que desempeña el paciente dentro de su núcleo familiar buscando analizar las obligaciones que este debe asumir dentro de su familia.</p>	<p><b>FUNCIÓN EMOCIONAL Y ECONOMICO EN EL EMBARAZO</b></p>	<p>Sus recursos económicos son adecuados</p> <p>Complicaciones en su entorno familiar</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>NO</p>
<b>Sexualidad - Reproducción</b>	<p>Se valora embarazos, gestaciones, aborto, métodos anticonceptivos.</p>	<p><b>ALTERACIÓN APARATO REPRODUCTOR</b></p>	<p>Actividad sexual durante su actual embarazo</p> <p>Ha tenido abortos</p> <p>Planificación familia</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Si</p> <p>No</p>



<i>Adaptación - Tolerancia</i>	<i>Se valora la capacidad que se percibe que tiene el paciente para manejar ciertas situaciones.</i>	<b>NIVEL DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA DE LA EMBARAZADA</b>	<p><i>*TRASTORNO DE ADAPTACIÓN</i></p> <p><i>*Preocupación excesiva/prolongada</i></p> <p><i>*Comunicación familiar limitada</i></p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>
<i>Valores- Creencias</i>	<i>Se evalúa las creencias espirituales como las creencias de cada individuo y las expectativas que estas generan ligadas a la salud.</i>	<b>Nivel de creencia</b>	<i>Cree usted que un niño pre término puede tener el mismo desarrollo físico y mental que el de un niño nacido a término.</i>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Desconoce.</p>

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio es observacional, descriptivo y analítico, mediante este método podemos desarrollar los objetivos trazados en este proyecto obteniendo la información en la sala de hospitalización del Hospital de la Mujer.

### **UNIVERSO**

El universo que se consideró fue de 135pacientes atendidas en el área de Hospitalización del Hospital de la mujer.

### **MUESTRA**

La muestra en el presente estudio corresponde a 100 pacientes con amenaza de parto pre-término ingresadas en el Hospital de la mujer durante el período Octubre del 2016 a Enero del 2017.

### **RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Fue extendida por parte del área de estadística del hospital; y se llevaron a cabo encuestas a las pacientes hospitalizadas; dichos datos fueron organizados y tabulados en el programa de Microsoft Excel 2014.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ✓ Todas las embarazadas desde las 22 hasta 37 semanas que acudían al Hospital de la Mujer
- ✓ Pacientes ingresadas en el hospital con amenaza de parto pre-término.

- **CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Pacientes embarazadas con más de 37 semanas de gestación.

**LUGAR Y PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

El trabajo de investigación tiene lugar en el Hospital de la Mujer "ALFREDO G. PAULSON. Ubicado en Av Dr. Roberto Gilbert (s/n) y Av de la Democracia, el cual consta de las siguientes instalaciones:

- 1 área de emergencia
- 2 licenciadas de enfermería
- 1 ginecólogo (jefe de guardia)
- 1 médico residente
- 2 internas de obstetricia
- 1 área toco quirúrgica
- 2 médicos residentes
- 2 internas de obstetricia
- 5 licenciadas
- Personal de aseo
- 1 área de séptico (3 camillas)
- 1 área de recuperación (6 camillas)
- 1 área de parto (6 camillas)
- 1 sala de parto (3 camas ginecológicas)
- 4 quirófanos
- 1 estación de enfermería

La investigación se realiza en el período comprendido entre Octubre 2016 a Febrero 2017, a las pacientes ingresadas en emergencia que cumplan con los criterios de inclusión.

### **Recursos**

- Recursos Humanos
  - Autor
  - Tutor
- Recursos Materiales
  - Copias de encuestas
  - Bolígrafo
  - Navegación por internet
  - Papel bond
  - Libros de ginecología
  - Computadora
  - Pasaje
  - Tiempo
- Presupuesto
  - Autofinanciado

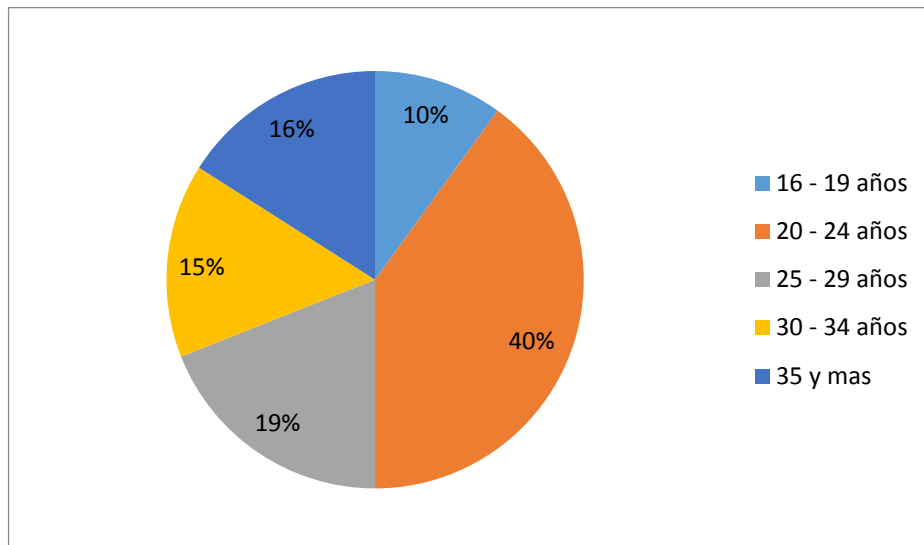
## CAPITULO IV

### RESULTADOS:

#### NÚMERO DE EMBARAZADAS CON PARTO PRE-TERMINO SEGÚN GRUPO ETAREO.

Para este estudio, se establecieron cinco grupos de edad: entre 16 - 19 años, entre 20-24 años, entre 25 y 29 años, entre 30 y 34 años, y mayores de 35 años. Los resultados mostraron que el mayor número de mujeres gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término se encuentran entre las edades de 20 a 24 años. Se pudo observar que, las madres más jóvenes son más propensas a tener bajo peso y a fumar durante el embarazo, mientras que las madres de más edad suelen ser más obesas o tener trastornos médicos subyacentes, como hipertensión o diabetes.

Tabla 1 NÚMERO DE EMBARAZADAS CON PARTO PRE-TERMINO SEGÚN GRUPO ETAREO.



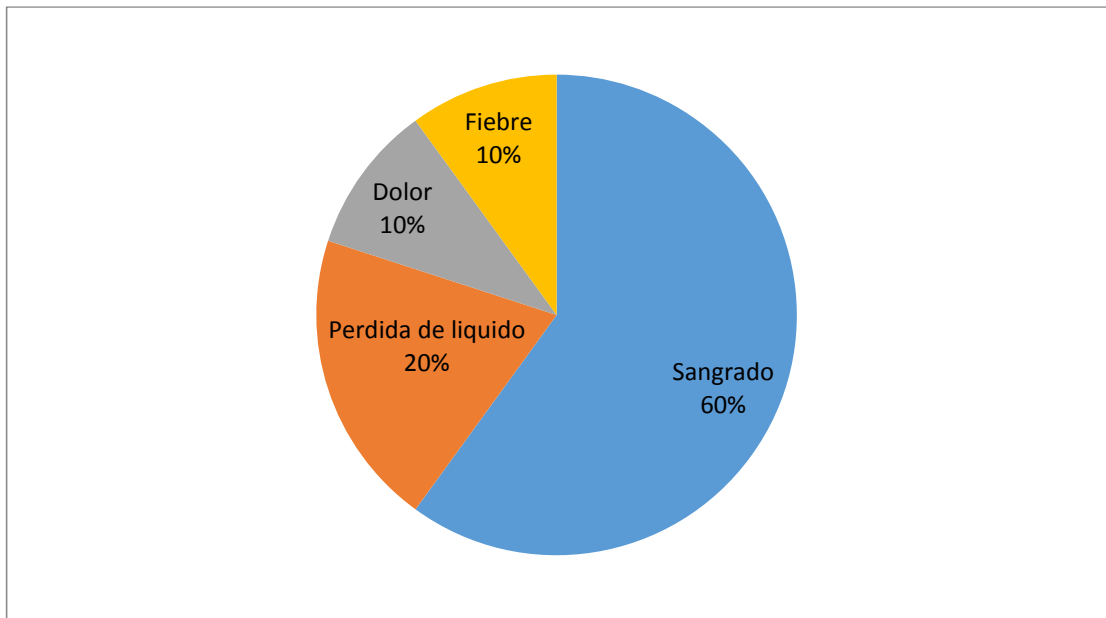
FUENTE: INVESTIGACION OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE TABLAS DINAMICAS  
**PATRÓN 1. MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD**

**GRÁFICO #1:**

*Tabla 2 MOTIVO DE INGRESO DE EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

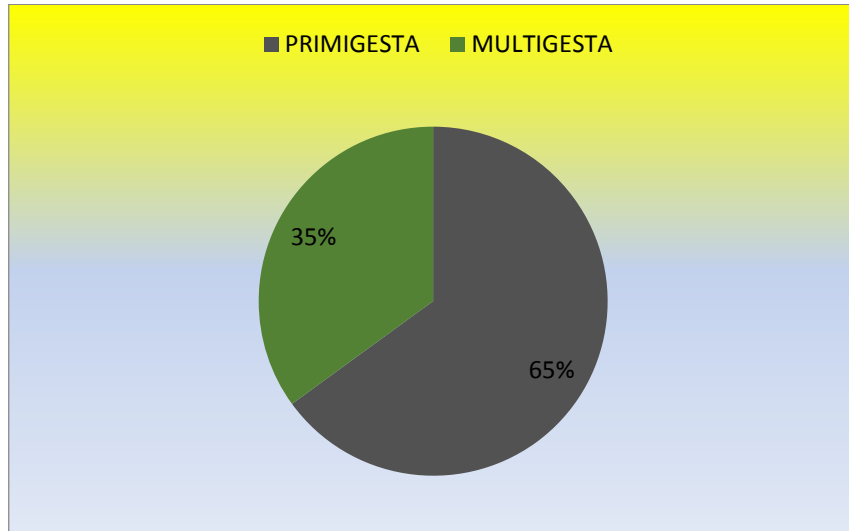
**Análisis e interpretación:**

*En el cuadro adjunto se observa que el 60% de las mujeres con amenaza de parto pre término ingresan a la unidad de emergencia del Hospital de la mujer por presentar sangrado vaginal, el 20% por pérdida de líquido amniótico, y por último el 10% ingresan por dolor pélvico y fiebre según estadísticas realizadas mediante encuestas en dicho establecimiento.*

**PATRÓN 1**

**GRÁFICO 2**

Tabla 3 INDIQUE SU ACTUAL EMBARAZO



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

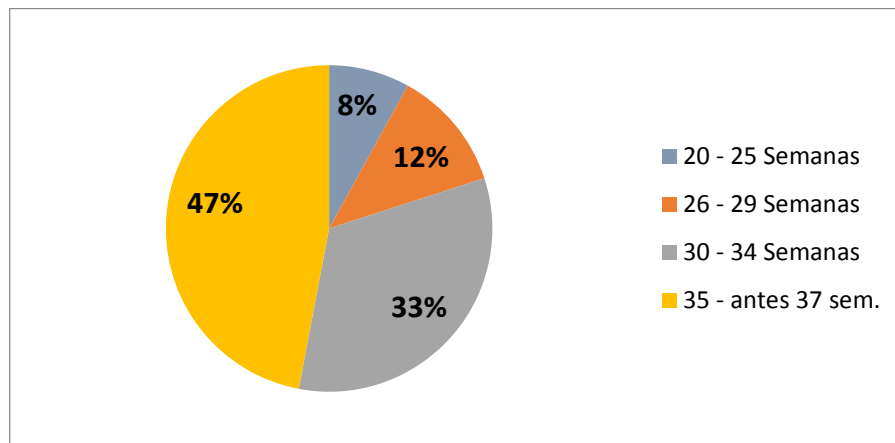
***Análisis e interpretación:***

En el cuadro adjunto se observa que el 35% de las mujeres con amenaza de parto pre término son multigestas; y el 65% son primigesta.

**PATRON 1**

**GRÁFICO # 3**

*Tabla 4 Edad Gestacional actual en la que se encuentra*



**FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL**

*Elaborado por: Andrea Chica Ponce.*

**Análisis e interpretación:**

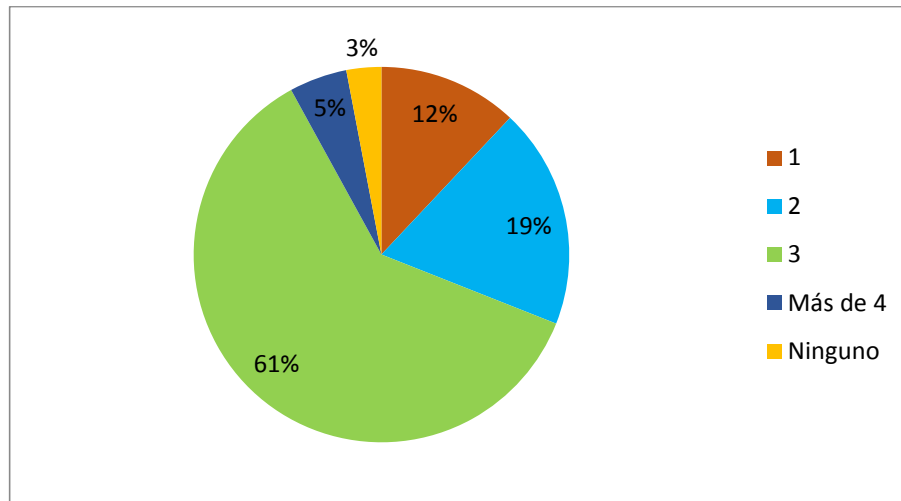
*En el cuadro adjunto se observa que un 8% de las mujeres con amenaza de parto pre término se encontraban entre las 20 – 25 semanas de gestación al momento del diagnóstico; un 12% entre las 26 – 29 semanas de gestación; un 33% de mujeres se encontraban entre las 30 – 34 semanas de gestación, y el mayor grupo correspondiente al 47% se encontraban entre las 35 y 37 semanas de gestación.*



## **PATRÓN 1**

### **GRÁFICO 4**

*Tabla 5 Número de controles prenatales realizados hasta el momento actual*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

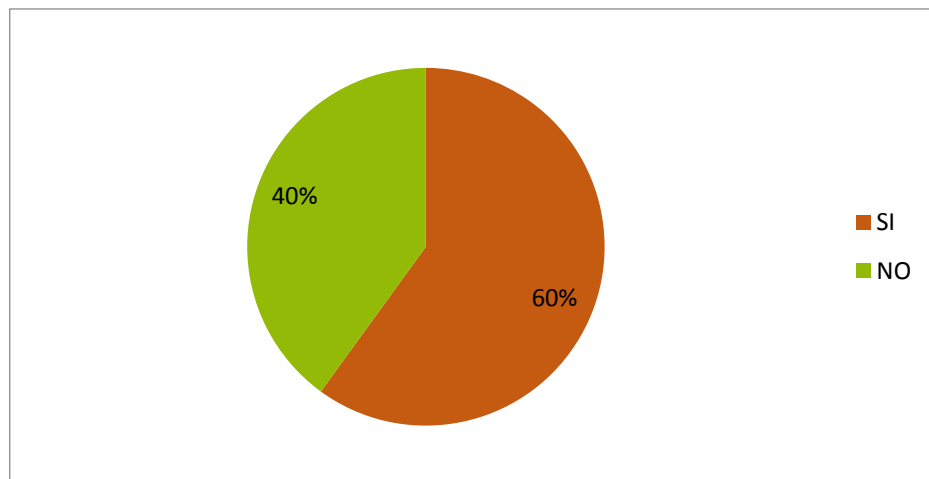
#### **Análisis e interpretación:**

*En el cuadro adjunto se observa que el 61% de las mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término se han realizado hasta la fecha un número de 3 controles prenatales; el 19% se han realizado 2 controles prenatales; el 12% tiene 1 control prenatal, el 5% cuentan con más de 4 controles prenatales; y un 3% de mujeres no se han realizado un control hasta la fecha.*

**PATRÓN 1**

**GRÁFICO # 5**

*Tabla 6 Ha tenido o Tiene alguna afectación de salud durante el presente embarazo*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

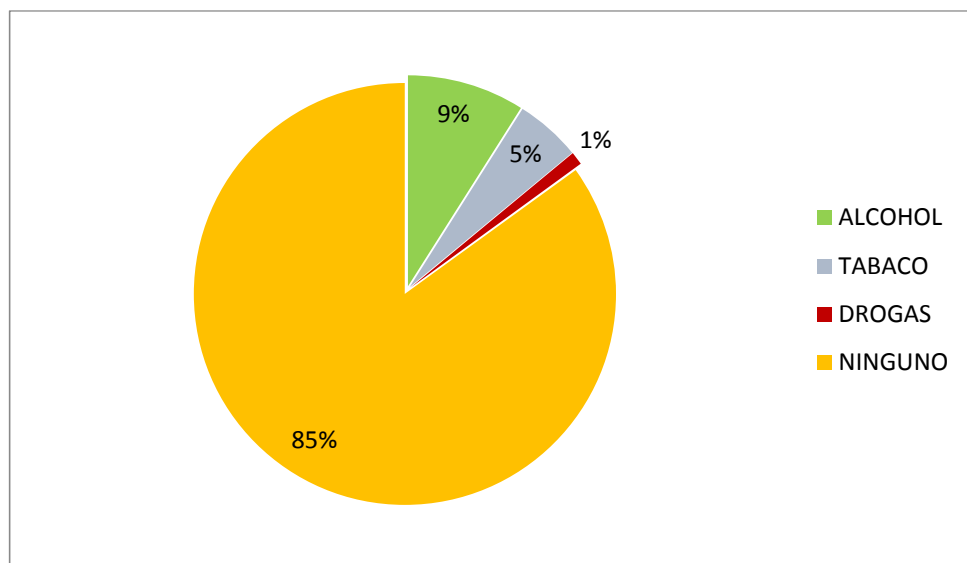
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

*Se observa en el grafico que 60% de la mujeres embarazadas con amenaza de parto pre termino si ha tenido afectación en su salud durante el embarazo; el 40% no.*

## PATRÓN 1

### GRÁFICO# 6

Tabla 7 Ha consumido usted durante su embarazo algunas de las siguientes sustancias nocivas



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

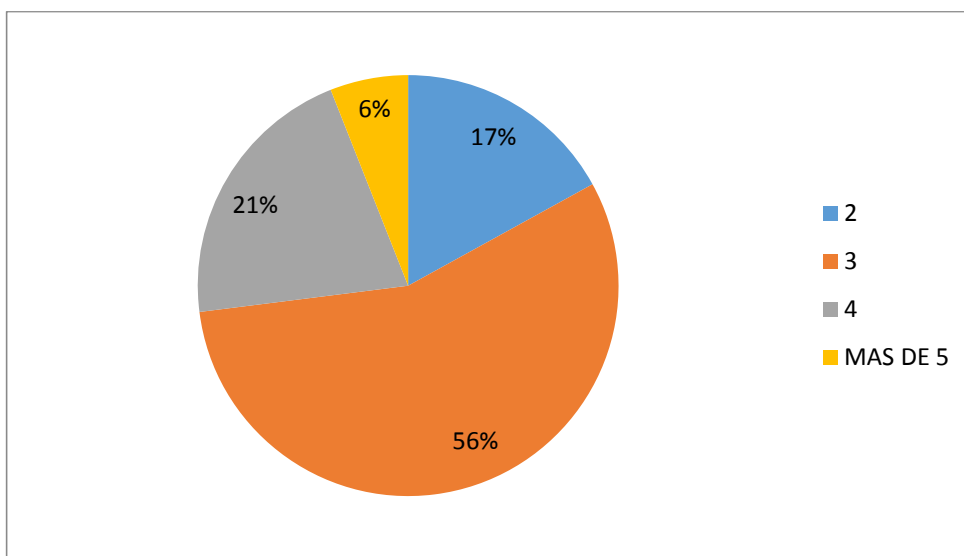
Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### **Análisis e interpretación:**

*En el cuadro adjunto se observa que un grupo mayoritario correspondiente al 85% no han consumido ningún tipo de sustancia nociva para la salud; un 9% había consumido alcohol durante las primeras semanas de embarazo; un 5% había consumido tabaco; y el 1% consumo de drogas. Las pacientes indicaron que el motivo del consumo de dichas sustancias se había dado por desconocimiento de su estado gestante, pero afirmaron que a la fecha actual habían dejado de consumir.*

**PATRÓN 2**  
**GRÁFICO # 7**

Tabla 8 Número de comidas que consume usted durante el día



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

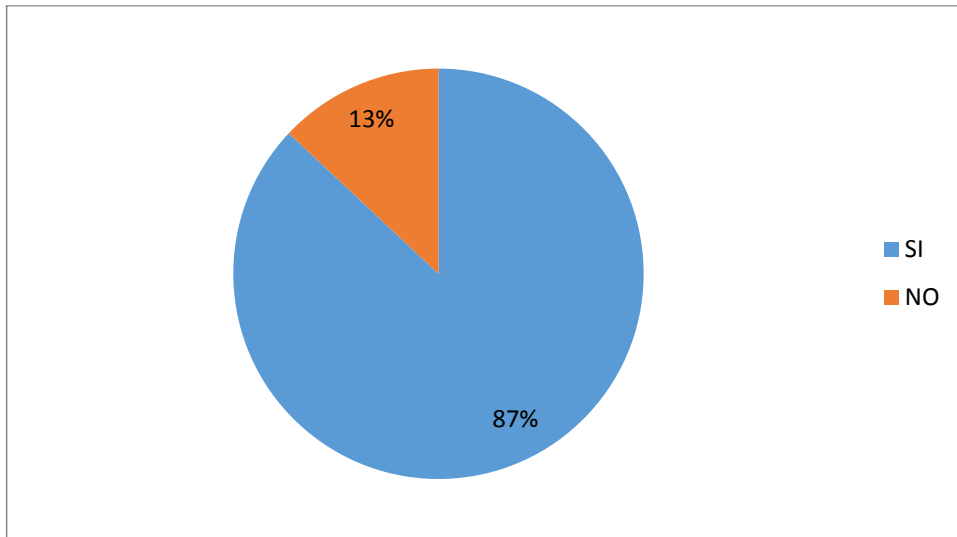
***Análisis e interpretación:***

*En el cuadro adjunto se observa que un 56% de las mujeres encuestadas tienen 3 comidas durante el día, consideradas el desayuno, almuerzo y la cena. Un 21% tienen 4 comidas en el día, es decir las anteriores mencionadas incluyendo un refrigerio; un 17% tienen dos comidas al día; y un 6% tienen más de 5 comidas en el día.*

**PATRÓN 2**

**GRÁFICO 8**

Tabla 9 Consume algún tipo de suplemento alimenticio



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

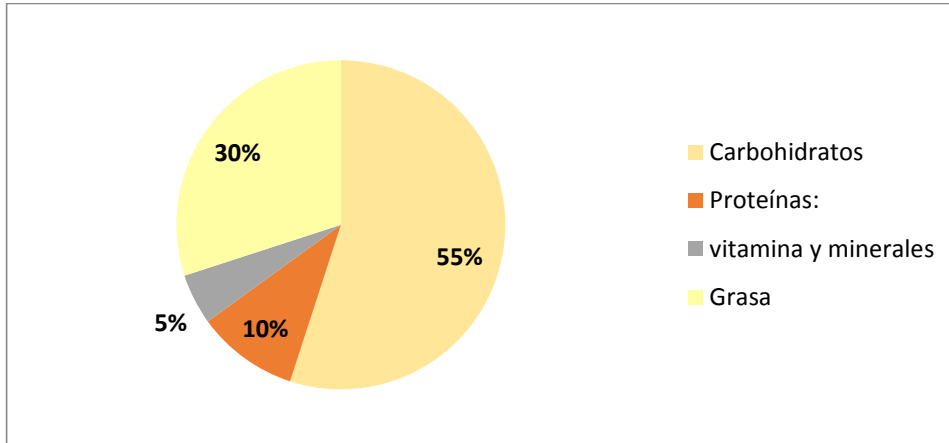
***Análisis e interpretación:***

*En el cuadro adjunto se observa que el 87% de las mujeres con amenaza pre término consumen suplementos alimenticios; un 13% no han consumido ningún suplemento alimenticio durante su gestación.*

## PATRÓN 2

### GRÁFICO 9

Tabla 10 Proporción de alimentos consume en mayor cantidad diariamente



FUENTE: INVESTIGACION OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

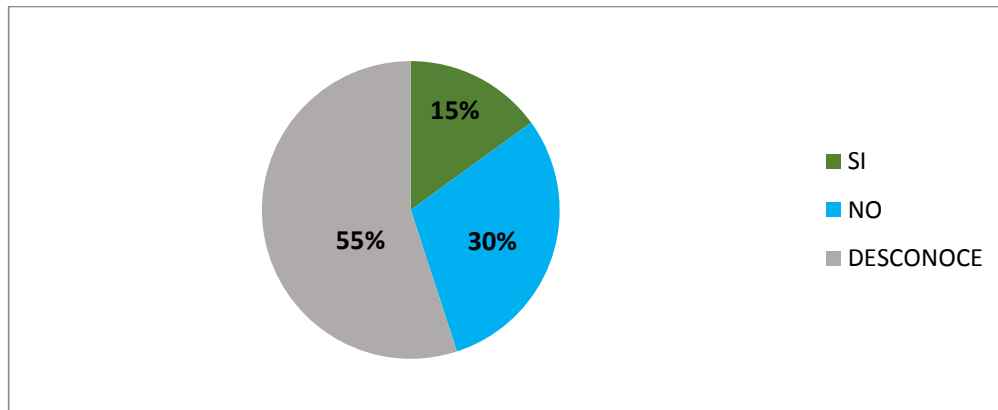
#### **ANALISIS E INTERPRETACION:**

*En el cuadro adjunto se observa que el 55% de las mujeres con amenaza de parto pre término su porción diaria de alimento es carbohidratos: arroz blanco, pan, pastas, bebidas azucaradas y dulces, sal; el 30% comidas que contiene Grasa; el 5% consumen vitamina y minerales: frutas y verduras; un 10% consume proteína: carne, pollo, huevos, leche, yogurt, queso.*

*El hecho de que la mayoría de las mujeres consuman en su mayor proporción el grupo de los carbohidratos podría deberse a el gasto económico que genera, es decir es bajo en comparación al resto de alimentos de la pirámide alimenticia, además de que las mujeres tienen desconocimiento del tipo de dieta que deben llevar durante la gestación, o no son bien asesoradas por el médico que lleva sus controles prenatales.*

**PATRÓN 3**  
**ELIMINACIÓN**  
**GRÁFICO # 10**

**Tabla 11 Ha presentado Proteinuria en orina de 24 hrs**



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

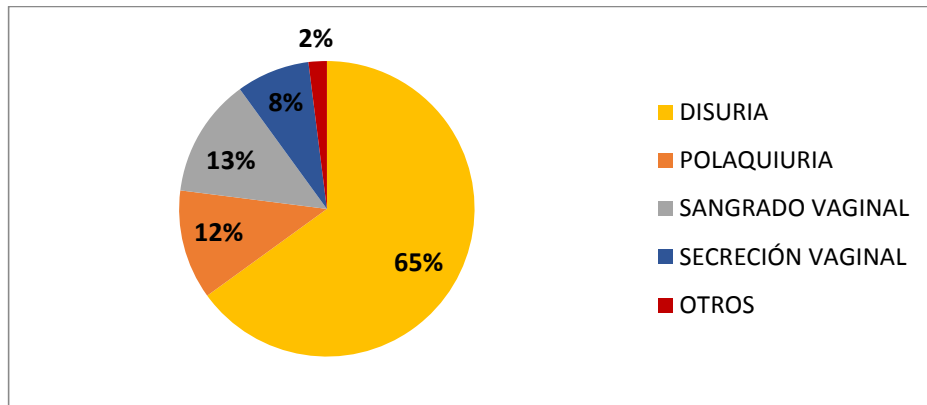
***Análisis e interpretación:***

*En el cuadro adjunto se observa que el 55% de las mujeres con amenaza de parto pre término desconocen lo que es una proteinuria, el 30% de las encuestada no presentan proteinuria en su historia clínica; el 15% manifestó proteinuria durante su embarazo; porque es importante que las mujeres tengan conocimiento de este término médico, y más durante la etapa de gestación, ya que puede ser un indicador de pre eclampsia o enfermedad renal. De ahí nace la importancia de inculcar a la mujer a que realice sus controles prenatales periódicos y que lleve un buen estilo de vida en lo que concierne a la alimentación y hábitos.*

## PATRON #3 ELIMINACIÓN

### GRÁFICO# 11

Tabla 12 Signos y síntomas ha presentado usted en el presente embarazo



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### *Análisis e interpretación:*

*En el cuadro adjunto se observa que el 65% de las mujeres embarazadas con amenaza de parto pre termino han presentado Disuria (síntoma más relacionado con Infección de las vías urinarias); el 13 % sangrado vaginal; El 12% polaquiuria; el 8% secreción vaginal; el 2% otros síntomas (Dolor pélvico).*

*Como se observa la mayoría de las mujeres presentaron como síntoma la disuria (dificultad o dolor en la evacuación de la orina). La infección de las vías urinarias en la mujer gestante es un problema de salud que debe ser tratado lo antes posible, puesto que eleva el riesgo de tener un parto prematuro y contracciones prematuras, puede retardar el crecimiento intrauterino, eleva el riesgo de que se rompan las membranas del útero y, en algunas ocasiones, se ha llegado a relacionar con casos de muerte fetal. Además, eleva el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso y con anemia.*



## PATRÓN 3ELIMINACIÓN

### GRÁFICO#12

Tabla 13 Infección de Vías urinarias durante su embarazo

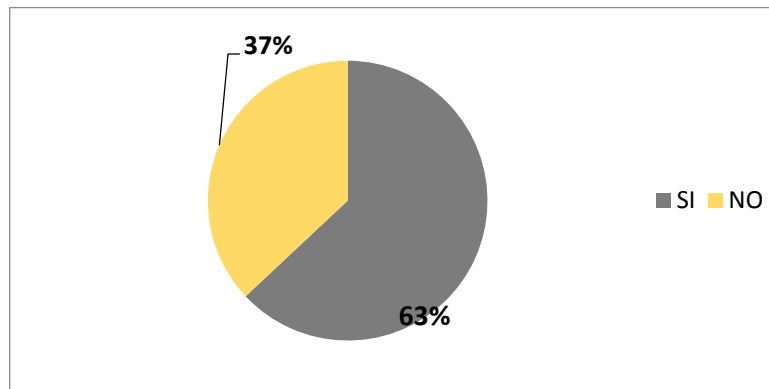
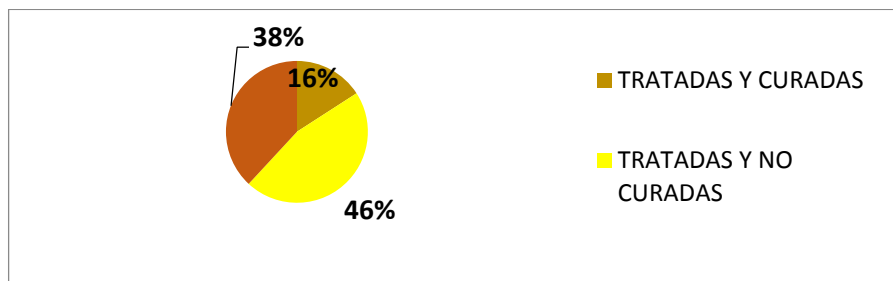


Tabla 14 Si su respuesta es sí, Indique si ha sido tratada y curada



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

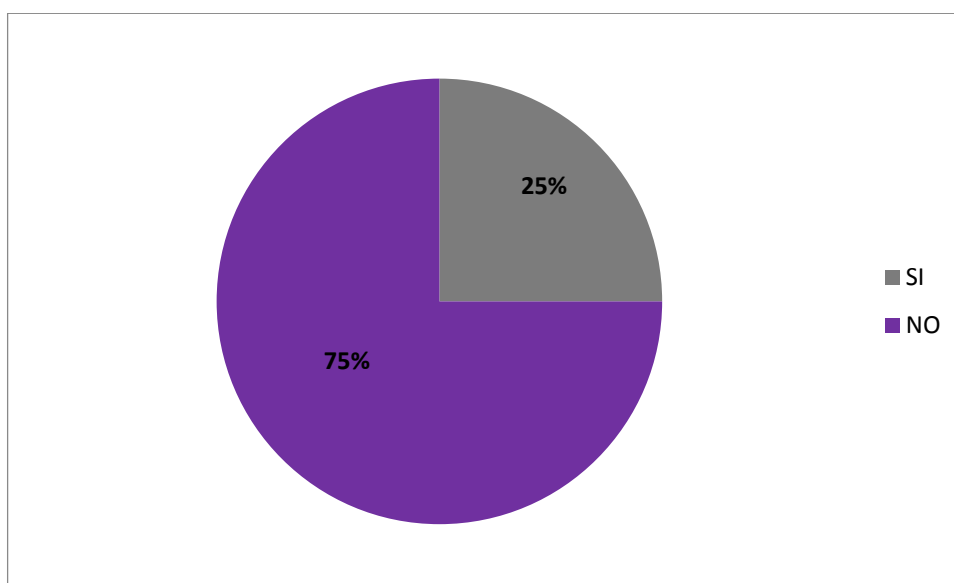
### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

*En el cuadro adjunto se observa que el 63 % de las mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pre término han desarrollado infección de las vías urinarias durante su gestación, y de ellas, un 46% recibieron tratamiento y no se obtuvo curación del cuadro; además un 38% no fueron tratadas; con lo cual se puede demostrar la relación entre la infección de vías urinarias y parto pre termino*

## PATRON 3ELIMINACIÓN

### GRÁFICO#13

Tabla 15 Eliminación de líquido amniótico



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### ***Análisis e interpretación:***

*En el cuadro se observa que de las mujeres con amenaza de parto pre término el 75% no ha presentado eliminación de líquido amniótico; el 25% presentó líquido amniótico (Asociado a rotura prematura de membrana)*

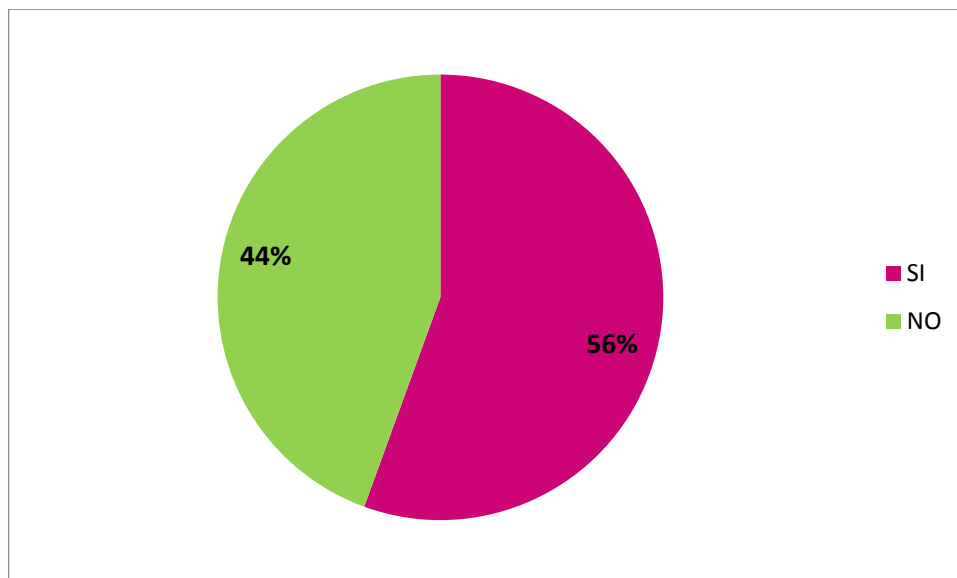
*Las mujeres que se encuentran en el grupo que han eliminado líquido amniótico se debe buscar la causa que produce este trastorno, que puede por una infección de tipo bacteriana, por malos hábitos o por un defecto del saco amniótico, útero o cérvix.*

## PATRÓN 4.

### ACTIVAD Y EJERCICIO

#### GRÁFICO# 14

Tabla 16 Actividad física intensa en casa o trabajo.



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

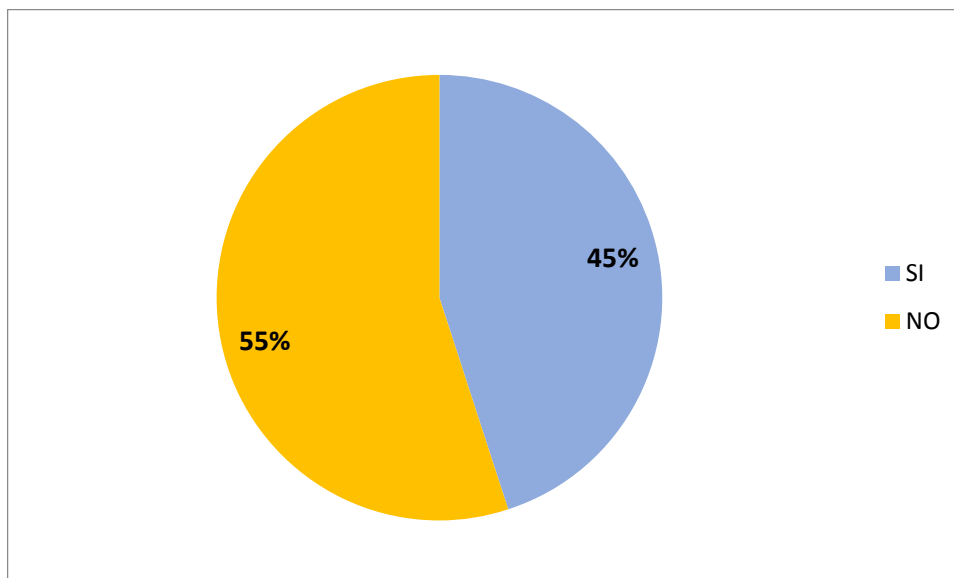
Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### **Análisis e interpretación:**

*En este grafico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 56% nos dio a saber que si realizaba una actividad física intensa en su casa podían poner en riesgo su gestación.; 44% no realizaba ninguna actividad física*

## GRÁFICO# 15

Tabla 17 Realizar ejercicios físicos, de relajación o respiración



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

### *Análisis e interpretación:*

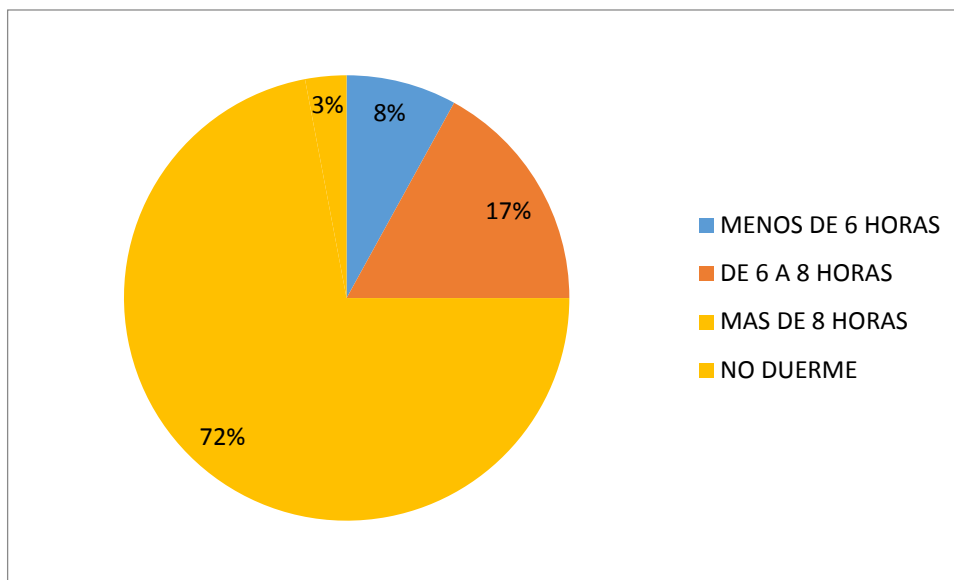
*En este grafico podemos observar que de las 100 mujeres encuestada con amenaza de parto pre término el 55% no realiza ninguna actividad física de relajación o respiración; 45% si realizan.*

## PATRÓN 5.

### DESCANSO – SUEÑO

#### GRÁFICO# 16

Tabla 18 Horas del día destina para el descanso físico



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### *Análisis e interpretación:*

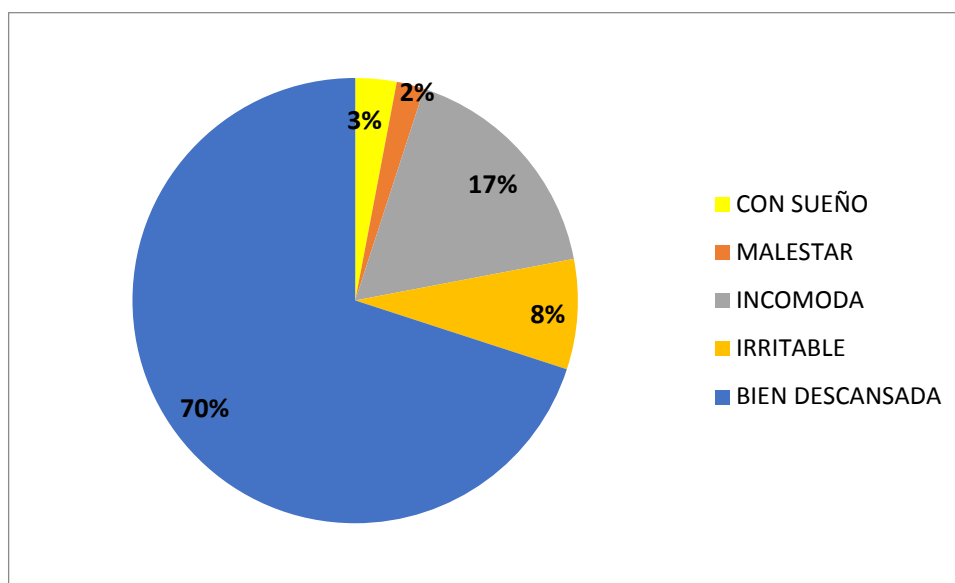
*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término el 72 % duermen más de 8 horas; el 17% descansa de 6 a 8 horas; el 8% descansa menos de 6 horas; 3% no duermen las horas adecuadas.*

## PATRÓN 5.

### DESCANSO – SUEÑO

#### GRÁFICO# 17

Tabla 19 Al levantarse de una siesta



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### *Análisis e interpretación:*

*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término el 70% al levantarse se siente bien descansada y con ánimos; el 17% despiertan incomodas durante su estadía de hospitalización, el 8% se sienten irritable después de levantarse; 2% con malestar general; 3% con sueño.*

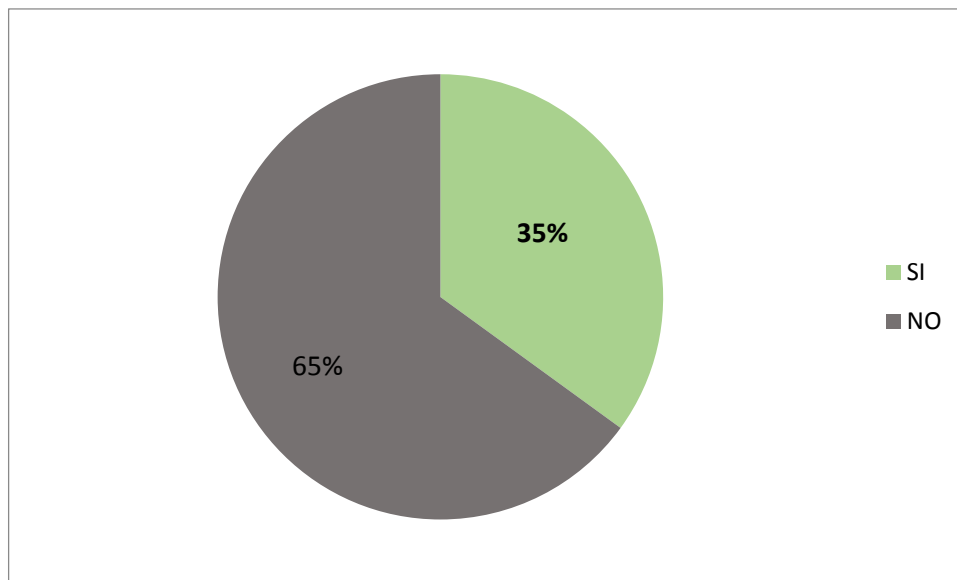
*Las molestias típicas de esta etapa como náuseas, vómitos, cansancio extremo y sueño se alivian con un buen descanso. Estar cansada no es signo de debilidad ni mucho menos, durante la gestación del bebé el organismo utiliza energía extra, por eso es lógico sentirse fatigada.*

## PATRÓN 6.

### COGNITIVO – PERCEPTIVO

#### GRÁFICO# 18

Tabla 20 Consideraría un siguiente embarazo a pesar de la situación actual en la que se encuentra con amenaza de parto pre término



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### *Análisis e interpretación:*

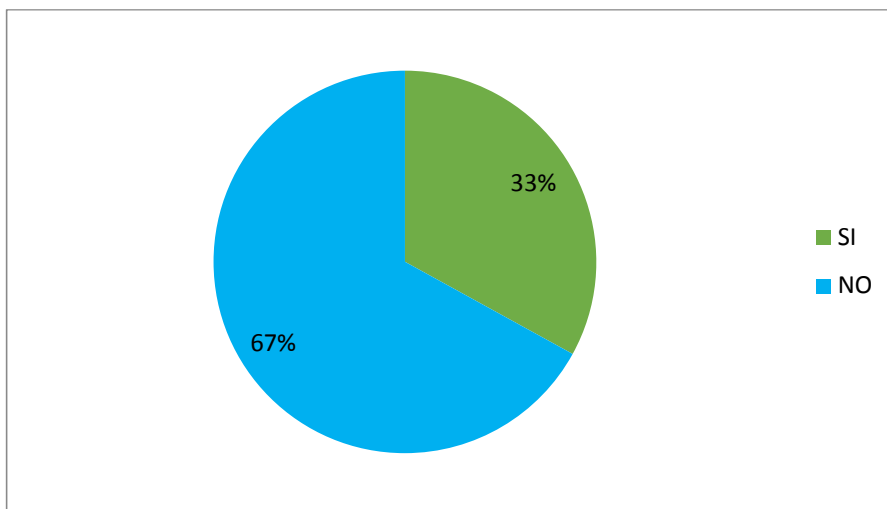
*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término el 65% no desean tener más embarazo por la complicación actual que se le presentó; el 35% a pesar de tener un embarazo de alto riesgo si desean tener más hijos.*

## **PATRÓN 8.**

### **FUNCIÓN Y RELACIÓN**

#### **GRÁFICO# 19**

*Tabla 21 Recursos económicos son adecuados para mantener su control prenatal durante su proceso Gestacional.*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce

#### *Análisis e interpretación:*

En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 67% no cuenta con recurso económicos para mantener sus controles prenatales; en particular por eso las mujeres embarazadas acuden a los su centros de salud más cercanos de su comunidad; el 33% si cuentan con los recursos necesarios.

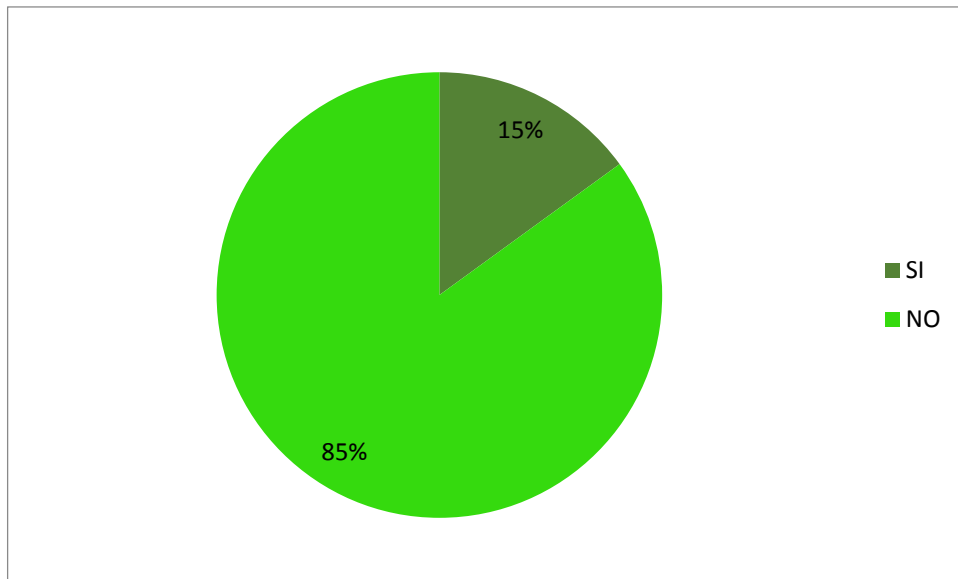


## PATRÓN 8.

### FUNCIÓN Y RELACIÓN

#### GRÁFICO# 20

Tabla 22 Su embarazo le ha traído complicaciones en su entorno familiar



FUENTE: INVESTIGACION OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

#### *Análisis e interpretación:*

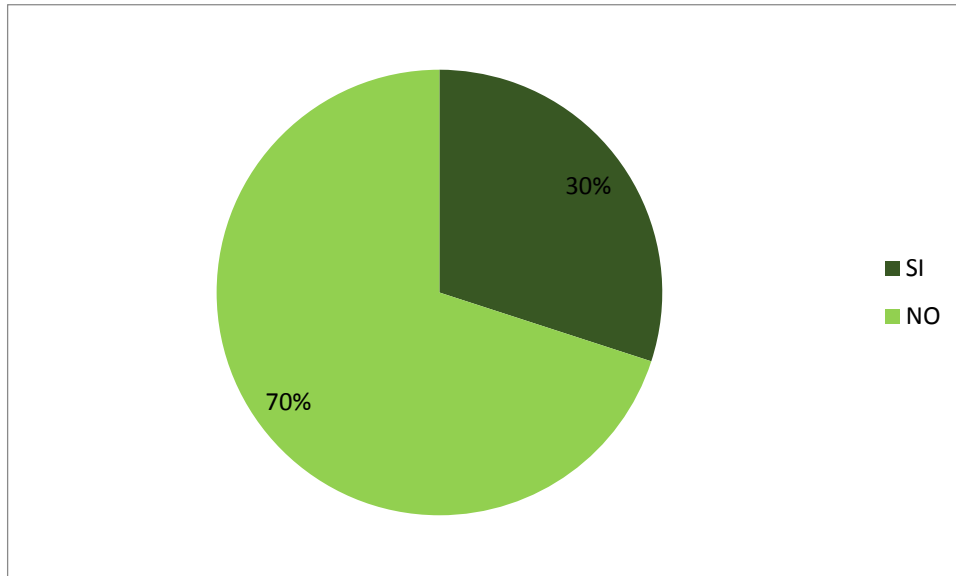
En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 85 % no tienen complicaciones con su familia; el 15 % si han tenido conflicto familiar.

**PATRÓN 9.**

**SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

**GRÁFICO# 21**

*Tabla 23 Realizo actividad sexual durante su actual embarazo*



FUENTE: INVESTIGACION OBSERVACIONAL

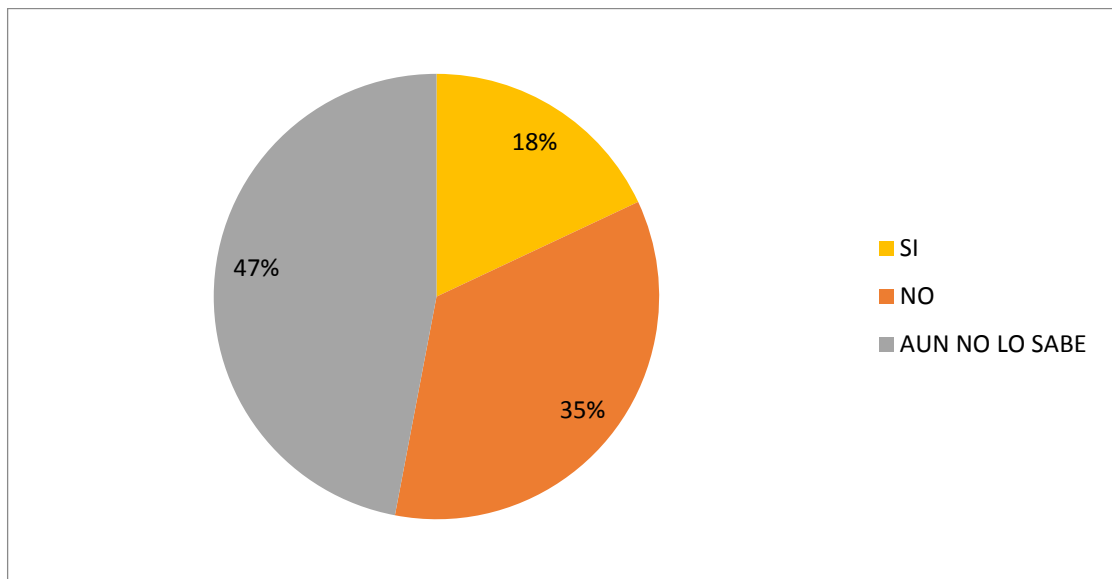
Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

*Análisis e interpretación:*

*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 70% no han tenido actividad sexual durante su embarazo; el 30 % si ha tenido una actividad sexual durante su embarazo. Se puede deducir que la actividad sexual durante la gestación no constituye como tal una amenaza directa para que se dé un parto pre término.*

**PATRÓN 9.**  
**SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**  
**GRÁFICO# 22**

*Tabla 24 Iniciará planificación familiar luego de este embarazo*



FUENTE: INVESTIGACION OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

*Análisis e interpretación:*

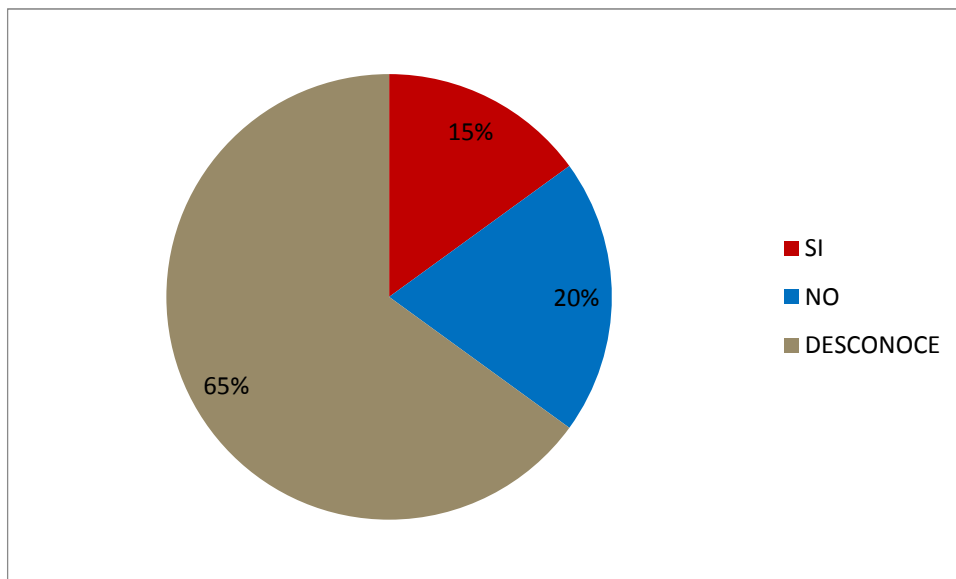
*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 47% no lo sabe; el 35 % no Iniciará planificación familiar; el 18% si iniciara una planificación familiar con mas control y cuidado.*

**PATRÓN 10.**

**AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**GRAFICO# 23**

*Tabla 25 La situación de estrés o preocupación tienen relación proporcional con la amenaza de parto pre termino*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

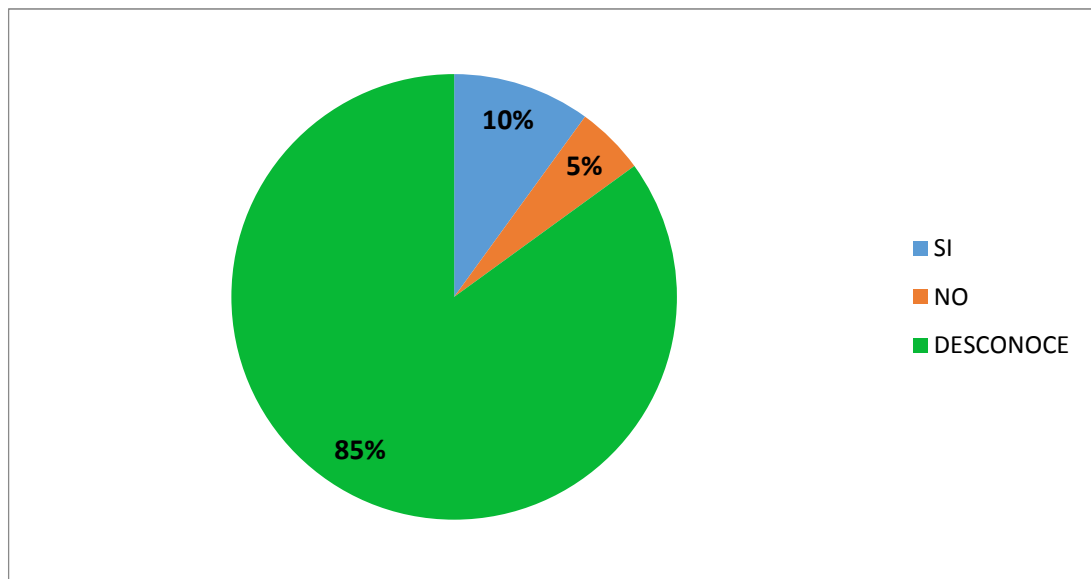
Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

**Análisis e interpretación:**

*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas con amenaza de parto pre término, el 65% desconoce; el 15 % si cree que una situación de estrés y problemas desencadenan posibles problemas tanto para la madre como para el bebe; el 20% refiere que no afecta.*

**PATRÓN 11.**  
**CREENCIAS Y VALORES**  
**GRÁFICO# 24**

*Tabla 26 Cree usted que un niño pre término puede tener el mismo desarrollo físico y mental al de un niño nacido a término*



FUENTE: INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Elaborado por: Andrea Chica Ponce.

**Análisis e interpretación:**

*En este gráfico podemos observar que de las 100 mujeres encuestadas, el 85% desconoce si un bebe pre término puede desarrollar algún problema durante su desarrollo; el 10% de las mujeres creen que si repercute en el desarrollo infantil un nacimiento pre término; y el 5% no cree que afecte en el desarrollo tener un bebe prematuro. Es importante dar a conocer a las mujeres sobre los riesgos o consecuencias de un parto pre término, Los niños nacidos con una diferencia de más de 2 semanas antes de las 40 semanas, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglicemia, síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrosante y raquitismo.*

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIÓN**

En el presente trabajo de investigación se puede concluir que de los casos estudiados de la amenaza de parto pretermino como diagnóstico de ingreso en el área de emergencia en el Hospital de la mujer “ALFREDO G PAULSON” ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgo: edad materna; se presenta más en mujeres jóvenes, entre los 20 a 24 años de edad, las mismas que cursan su primer embarazo (65%); encontrándose entre las 35 y 37 semanas de gestación. Además se observó un gran índice de mujeres que durante su embarazo han sufrido cuadros de infección de las vías urinarias (63%), y de ellas un gran porcentaje fueron tratadas pero no curadas, con lo cual se puede establecer una relación directa entre ambas patologías. Además se debe considerar que la valoración de Enfermería se realiza solo en un porcentaje de 65% debido a que no se cuenta con un política institucional de la aplicación del proceso enfermero y solo la profesional realiza valoración específica según el problema que presenta cada embarazada.

## RECOMENDACIONES

Ya que son varios los factores de riesgo que pueden llevar a un parto prematuro, si se los puede evitar o controlar ayudará a reducir las posibilidades de tener un parto pre término

- El control periódico del embarazo y las visitas al ginecólogo pueden ayudar a detectar a tiempo cualquier complicación.
- Si la mujer padece alguna enfermedad (diabetes, lupus, hipertensión), es muy importante darlo a conocer a su médico, incluso antes de quedar embarazada para tomar las precauciones necesarias respecto a la medicación y los cuidados que debe tener durante el embarazo.
- Se recomienda durante el embarazo llevar una vida lo más relajada posible, descansar y dormir 8 horas todos los días, tener una dieta sana y no realizar esfuerzos excesivos.
- La hidratación de la mujer embarazada es fundamental, debe beber unos 2 litros de agua repartidos a lo largo del día.
- Si tiene riesgo de parto prematuro, es aconsejable evitar las relaciones sexuales y la estimulación de los pezones (inducen las contracciones uterinas).
- Dejar malos hábitos como el tabaco, alcohol.

## GLOSARIO

### ***Sangrado vaginal:***

Si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario

### ***Infecciones:***

Las mujeres que tienen una infección en el tracto vaginal o las vías urinarias NO tratada durante el embarazo. Ciertas enfermedades de transmisión sexual.

### ***Cambios en el líquido amniótico:***

Las mujeres con cantidades anormales de líquido amniótico, como el “polihidramnios” (exceso) o el “oligohidramnios” (menos de lo normal), también están en situación de riesgo.

### ***Mal funcionamiento de la placenta:***

Estos son los factores en los que más se presentan, pero recordemos que muchas mujeres que no presentan ninguno de estos factores de riesgo, también pueden tener partos prematuros.

### ***Tocolíticos:***

Estos medicamentos pueden postergar el parto, a menudo durante sólo unos días.

### ***Antibióticos:***

Para prevenir las infecciones en el bebé

### ***Acretismo placentario:***

Adherencia anormal de la placenta que se relaciona con la hemorragia posparto y la necesidad de histerectomía periparto.

Son factores pre disponentes las cesáreas previas, la placenta previa, los curetajes o cirugías uterinas, la edad de la paciente, la multiparidad, entre otros.



## BIBLIOGRAFÍA

- Bebes en Camino. (2013). Descansa [web]. Recuperado a partir de <http://bebesencamino.com/galleries/27?page=5>
- Bebes en camino. (2016). 10 Recomendaciones para un embarazo saludable. Recuperado a partir de <http://bebesencamino.com/articles/10-recomendaciones-para-un-embarazo-saludable>
- Becerril Hernandez, M. (2014). *Prevalencia de Amenaza Parto Pretermino asociado a Infecciones Vias Urinarias en HGZ24* (Informe General No. 73) (p. 21). Veracruz - Mexico. Recuperado a partir de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Magnolia.pdf>
- Castro Naranjo, L. J. (2010). Amenaza de Parto Prematuro. *Early Human Development*, 86(3), 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.02.005>
- Condolo Rojas, G. M. (2013). *Patología neonatal en el hijo de madre adolescente, en el Hospital General Provincial Isidro Ayora, durante el año 2012* (B.S. thesis). Universidad Nacional de Loja, Loja - Ecuador. Recuperado a partir de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17665/1/PATOLOGIA%20NEONATAL%20EN%20EL%20HIJO%20DE%20MADRE%20ADOLESCENTE.%20HOSPITAL%20REGIONAL%20ISIDRO%20AYORA,%202012.pdf>
- Egan, L. A. V., Gutiérrez, A. K. C., Cuevas, M. P., & Lucio, J. R. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(9), 542–548.
- Estrada Carrillo, O. V. (2013). *Factores que Desencadenan la Amenaza del Parto Pretermino Estudio Realizado en el Hospital Infantil Dra. From Matilde de Procel noviembre del 2012 a abril del 2013* (TESIS). Universidad de Guayaquil, Guayaquil

- Ecuador. Recuperado a partir de

<https://es.scribd.com/document/333995522/Amenaza-de-Parto-Pretermino-Tesis>

Guapi Morocho, E. N., & Quille Punina, O. T. (2014, abril). *Infecciones de Vías Urinarias y Leucorreas Patológicas como Factores Predisponentes al Parto Pretérmino en Mujeres que Acudieron al Hospital Provincial General Docente Riobamba Durante el Período Septiembre 2012 - Marzo 2013* (TESIS). Universidad Central del Ecuador, Quito - Ecuador. Recuperado a partir de <http://docplayer.es/36657698-Universidad-central-del-ecuador-facultad-de-ciencias-medicas-carrera-de-obstetricia-juana-miranda.html>

Hidalgo Veracruz, P. (2014, febrero). Prevalencia de Amenaza Parto Pretermino asociado a Infecciones Vias Urinarias en HGZ24. Recuperado a partir de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Magnolia.pdf>

Manera de Parto Pretermino. (2016). Recuperado a partir de [https://medicinafetalbarcelona.org/es/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/%20amenaza\\_de\\_parto\\_pretermino\\_hcp\\_hsjd.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/es/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/%20amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf)

Manual de Valoracion de neonatales. (s/f). Recuperado el 8 de marzo de 2017, a partir de <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Mengíbar Fernández, L. (2014, junio 10). Parto prematuro a causa de una mala alimentación. Recuperado el 4 de marzo de 2017, a partir de <http://www.clinicanaria.com/blog/parto-prematuro-causa-de-una-mala-alimentacion/>

Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2015). Recén Nacido Prematuro Guía de Practica Clinica (GPC). Recuperado a partir de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

- Ocampo Cortés, A. F. (2015, marzo 3). Amenaza de Parto Prematuro [Educativa].  
Recuperado el 8 de marzo de 2017, a partir de  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/forum/discuss.php>
- Ochoa, A., & Pérez Dettoma, J. (2009). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, 105–119.
- OMS. (2012a). Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [HTML].  
Recuperado a partir de  
[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index3.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html)
- OMS. (2012b). *Nacidos Demasiado Pronto*. Recuperado a partir de  
[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon\\_execsum\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf?ua=1)
- OMS. (2016, noviembre). Nacimientos Prematuros [Centro de Prensa]. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Ovalle, A., Kakarieka, E., Rencoret, G., Fuentes, A., Del Río, J. M., Morong, C., & Benítez, P. (2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140(1), 19–29.  
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>
- Rodriguez, F. (2015, julio 20). Hablemos de Enfermería: Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Recuperado a partir de  
<http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>
- Rovati, L. (2008, julio 24). La importancia del descanso en el embarazo. Recuperado a partir de <https://www.bebesymas.com/embarazo/la-importancia-del-descanso-en-el-embarazo>

- Salcedo, P. G., & Reyes, A. M. C. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2), 47–76.
- Sissa, A. (2013, agosto 22). Viviendo un embarazo saludable. Recuperado a partir de <https://aivississ.wordpress.com/2013/08/22/viviendo-un-embarazo-saludable/>
- Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Recuperado a partir de <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- Tu Ginecologo. (2015). Beneficio y mitos de la Lactancia Materna. Recuperado a partir de [http://www.imgrum.org/user/tu\\_ginecologo/1946367301/1069056401917344216\\_1946367301](http://www.imgrum.org/user/tu_ginecologo/1946367301/1069056401917344216_1946367301)
- WHO, & FAO. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO*. Suiza: Oms. Recuperado a partir de <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>
- World Health Organization, & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO*. Suiza: Oms. Recuperado a partir de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17665/1/PATOLOGIA%20NEONATAL%20EN%20EL%20HIJO%20DE%20MADRE%20ADOLESCENTE.%20HOSPITAL%20REGIONAL%20ISIDRO%20AYORA,%202012.pdf>

# **ANEXOS**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE ENFERMERIA

### **ENCUESTA**

#### **TEMA:**

**VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA DE LA CUIDAD DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2016 HASTA ENERO 2017.**

#### **Objetivo de la encuesta:**

#### **Datos generales**

- Número de hijos
- Número de partos
- Número de abortos
- Estado civil

**2016-2017**

**ECUADOR - GUAYAQUIL**

## PATRÓN 1.

### MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Motivo de ingreso

---

✓ Indique si en su actual embarazo usted es:

Primigesta

Multigesta

✓ Indique la edad Gestacional actual en la que se encuentra (comprobada por FUM – Ecografía):

20 – 25 semanas

26 – 29 semanas

30 – 34 semanas

35 – antes 37 semanas

✓ Indique el número de controles prenatales realizados hasta el momento actual:

1

2

3

Más de 4

Ninguno

✓ Ha tenido o Tiene alguna afectación de salud durante el presente embarazo

Si

No

- ✓ Ha consumido usted durante su embarazo alguna de las siguientes sustancias nocivas citadas a continuación:

- Alcohol  
 Drogas  
 Tabaco  
 Ninguno

## PATRÓN 2.

### NUTRICIONAL METABÓLICO

- ✓ Indique el número de comidas que tiene usted durante el día:

- 2  
 3  
 4  
 Más de 5

- ✓ Indique usted si actualmente consume algún tipo de suplemento alimenticio:

- Si  
 No

- ✓ De acuerdo a la pirámide alimenticia, ¿Qué proporción de alimentos consume en mayor proporción diariamente?

- Carbohidratos: arroz blanco, pan, pastas, bebidas azucaradas y dulces, sal.  
 Suplementos Vitamina D, Calcio.  
 Proteínas: carne, pollo, huevos, leche, yogurt, queso.  
 Vitaminas y minerales: frutas y verduras



- Aceites y grasas
- Consumo proporcionalmente lo antes mencionado.

### PATRÓN 3.

#### ELIMINACIÓN

- ✓ Tiene conocimiento usted si ha presentado Proteinuria en orina de 24 hrs:

- Si
- No
- Desconoce

- ✓ ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas ha presentado usted en el presente embarazo?

- Disuria
- Polaquiuria
- Sangrado vaginal
- Secreción Vaginal
- Otros

- ✓ ¿Ha presentado Infección de Vías urinarias durante su embarazo? Si su respuesta es sí, Indique si ha sido tratada y curada.

- |                             |                          |            |
|-----------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> | Tratada y  |
| curada                      | <input type="checkbox"/> |            |
| <input type="checkbox"/> No |                          | Tratada,   |
| no curada                   | <input type="checkbox"/> |            |
|                             |                          | No tratada |

- ✓ Ha presentado Infecciones vaginales durante su embarazo? Indique si ha sido tratada y curada.

- |                             |                          |           |
|-----------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> | Tratada y |
| curada                      | <input type="checkbox"/> |           |

No  
no curada

Tratada,

No tratada

✓ Ha presentado eliminación de líquido amniótico

Si

No

#### **PATRÓN 4.**

##### **ACTIVAD Y EJERCICIO**

✓ ¿Realiza usted alguna actividad física intensa en casa o trabajo?

Si

No

✓ ¿Destina algún tiempo del día para realizar ejercicios físicos, de relajación o respiración?

Si

No

#### **PATRÓN 5.**

##### **DESCANSO – SUEÑO**

✓ ¿Cuántas horas del día destina para el descanso físico?

Menos de 6 horas

6 a 8 horas

Más de 8 horas

No duerme

✓ ¿Al levantarse como se siente?

CON SUEÑO

MALESTAR

INCOMODA

### **PATRÓN 6.**

#### **COGNITIVO – PERCEPTIVO**

✓ ¿Ha presentado durante su embarazo algún tipo de alteración cognitivo-perceptivo (estrés, tristeza, preocupación...)?

Si

No

### **PATRÓN 7.**

#### **AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO**

✓ ¿Consideraría un siguiente embarazo a pesar de la situación actual en la que se encuentra con amenaza de parto pre término?

Si

No

## PATRÓN 8.

### FUNCIÓN Y RELACIÓN

- ✓ Sus recursos económicos son adecuados para mantener su control prenatal durante sus proceso gestacional?

Si

No

- ✓ Su embarazo le ha traído complicaciones con su familia?

Si

No

## PATRÓN 9.

### SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

- ✓ ¿Realiza actividad sexual durante su embarazo?

Si

No

- ✓ ¿Iniciará planificación familiar luego de este embarazo?

Si

No

No lo sabe aún

### **PATRÓN 10.**

#### **AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- ✓ ¿Cree usted que las situaciones de estrés o preocupación tienen relación proporcional con la amenaza de parto pre término?

Si

No

Desconoce

### **PATRÓN 11.**

#### **CREENCIAS Y VALORES**

- ✓ ¿Cree usted que un niño pre término puede tener el mismo desarrollo físico y mental al de un niño nacido a término?

Si

No

Desconoce

**CONCENTRADO MENSUAL SOLO DE MUJERES EMBARAZADAS CON  
AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO MES OCTUBRE 2016 - ENERO 2017**

TIEMPO	ATENCIONES	MARGEN DE ERROR	5,0%
OCTUBRE	40	PROMEDIO MENSUAL	22,5
NOVIEMBRE	35	POBLACION	135
DICIEMBRE	20	MUESTRA A ESTUDIAR	<b>100</b>
ENERO	40		
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	ELABORAR	ENCUESTAS



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chica Ponce Andrea Stefania**, con C.C: # **0928685064** autora del trabajo de titulación: VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DESDE OCTUBRE 2016 HASTA ENERO 2017 , previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 Marzo del 2017

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Chica Ponce Andrea Stefania

C.C: 0928685064

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Valoración de enfermería por patrones funcionales en pacientes embarazadas con amenaza de parto pre término atendidas en el Hospital de Ginecología de la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 hasta enero 2017.		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Chica Ponce Andrea Stefania		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Lic. Franco Poveda Kristy		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada de Enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	15 de marzo 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	76
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Modelos de Atención en enfermería		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Amenaza de parto pre término		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):			
<p>La amenaza de parto pre término se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación; la amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial. Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica. <b>OBJETIVO:</b> determinar la valoración de enfermería por patrones funcionales en pacientes embarazadas con amenaza parto pretermino en un hospital de Especialidades Ginecobstretica para considerar la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería. <b>METODOLOGIA:</b> el tipo de estudio es observacional, descriptivo y analítico. <b>RECOLECCIÓN DE DATOS:</b> fue extendida por parte del área de estadística del hospital; y se llevaron a cabo encuestas a las pacientes hospitalizadas; dichos datos fueron organizados y tabulados en el programa de Microsoft Excel 2014. <b>CONCLUSIÓN:</b> En el presente trabajo de investigación se puede concluir que de los casos estudiados de la amenaza de parto pretermino como diagnóstico de ingreso en el Hospital de la mujer "ALFREDO G PAULSON" ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgo: edad materna; se presenta más en mujeres jóvenes, entre los 20 a 24 años de edad, las mismas que cursan su primer embarazo (65%); encontrándose entre las 35 y 37 semanas de gestación. Además se observó un gran índice de mujeres que durante su embarazo han sufrido cuadros de infección de las vías urinarias (63%), y de ellas un gran porcentaje fueron tratadas pero no curadas, con lo cual se puede establecer una relación directa entre ambas patologías.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 2155325 / 0980397474	E-mail: <a href="mailto:niacp-latina_0889@hotmail.com">niacp-latina_0889@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b> <b>COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE</b>	<b>Nombre:</b> LIC. MARTHA HOLGUIN		
	<b>Teléfono:</b> +593-995903796		
	E-mail: martha <a href="mailto:holguin01@cu.ucsg.edu.ec">holguin01@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO</b> (en base a datos):			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL</b> (tesis en la web):			