

Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo de 22 semanas de gestación con amenaza de aborto, cerclaje cervical, más anemia.

Application of the nursing care process in a patient with a 22-week pregnancy with threatened abortion, cervical cerclage, and anemia

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17654424>

AUTORES: Grey Marilú Andrade Tacuri^{1*}

Víctor Manuel Sellan Icaza²

Nelly Marisol Moposita Aucatoma³

Alicia Filadelfia Escobar Torres.⁴

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

gandrade@utb.edu.ec lic-grey-andrade@hotmail.com

Fecha de recepción: 24 / 06 / 2025

Fecha de aceptación: 11 / 11 / 2025

RESUMEN

La amenaza de aborto se considera una afección que indica la posibilidad de un aborto espontáneo o una pérdida temprana del embarazo, puede suceder antes de la semana 20 del embarazo, ya sea por pequeñas caídas, lesiones o estrés durante el primer trimestre de embarazo. (Tango, Biblioteca nacional de medicina, 2024). El cerclaje cervical es una cirugía que consiste en colocar una sutura o banda que se coloca alrededor del cuello del útero (cérvix) con el fin de mantenerlo cerrado durante el embarazo. Se utiliza cuando el cuello uterino es débil o hay riesgo de parto prematuro debido a una cerviz incompetente, o

¹ Magister en Enfermería Quirúrgica, Universidad Técnica de Babahoyo, gandrade@utb.edu.ec

² Magister en Gerencia de los Servicios de Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, vsellan@utb.edu.ec

³ Interna de Enfermería, Universidad Técnica de Babahoyo, nmoposita@fcs.utb.edu.ec

⁴ Magister en los Servicios de Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, Alicia69escobar@gmail.com

con una insuficiencia cervicouterina. (Tango, Biblioteca nacional de medicina, 2024). La anemia en el embarazo es un problema importante de salud pública, y la Organización Mundial de la Salud estima que el 37% de los embarazos están afectados por anemia. En todo el mundo, las tasas de anemia en el embarazo son más altas en los países de bajos o medianos ingresos. En los Estados Unidos, un estudio que abarcó casi 4 millones de nacimientos encontró que la anemia prenatal era más común en mujeres de etnia negra (22%) o isleñas del Pacífico (18%) y menos común en las asiáticas (11%) o blancas (10%). (Muñoz, 2024). En tal sentido la amenaza de aborto es una condición que puede indicar la posibilidad de una pérdida temprana del embarazo antes de la semana 20, a menudo provocada por caídas, lesiones o estrés en el primer trimestre del embarazo. El cerclaje cervical es una técnica quirúrgica que se usa para cerrar el cuello uterino cuando existe riesgo de parto prematuro por insuficiencia cervical. Por otro lado, la anemia durante el embarazo es un problema de salud pública que afecta al 37% de los embarazos, siendo más frecuente en países con ingresos bajos.

Palabras clave: *Anemia, Cerclaje cervical, Embarazo, parto prematuro Proceso de Atención de Enfermería.*

ABSTRACT

Threatened miscarriage is considered a condition that indicates the possibility of a miscarriage or early pregnancy loss. It can occur before the 20th week of pregnancy, whether due to minor falls, injuries, or stress during the first trimester. (Tango, National Library of Medicine, 2024).

Cervical cerclage is a surgery that involves placing a suture or band around the cervix to keep it closed during pregnancy. It is used when the cervix is weak or there is a risk of premature delivery due to an incompetent cervix or cervical insufficiency. (Tango, National Library of Medicine, 2024).

Anemia in pregnancy is a major public health problem, and the World Health Organization estimates that 37% of pregnancies are affected by anemia. Worldwide, rates of anemia in pregnancy are higher in low- and middle-income countries. In the United States, a study of

nearly 4 million births found that prenatal anemia was more common in women of Black (22%) or Pacific Islander (18%) ethnicity and less common in Asian (11%) or White (10%) ethnicity (Muñoz, 2024).

Keywords: *Anemia, Cervical Cerclage, Pregnancy, Premature Birth Nursing Care Process.*

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto se considera una afección que indica la posibilidad de un aborto espontáneo o una pérdida temprana del embarazo, puede suceder antes de la semana 20 del embarazo, ya sea por pequeñas caídas, lesiones o estrés durante el primer trimestre de embarazo. (Tango, Biblioteca nacional de medicina, 2024)

El cerclaje cervical, es una cirugía que consiste en colocar una sutura alrededor del cérvix con la intención de reforzar y estrechar el cuello uterino, y evitar que se abra ante el peso del bebe, así como un embarazo pre término, esto se realiza en pacientes con insuficiencia cervicouterina o el cuello uterino corto durante el embarazo, puede ser secundario a un procedimiento cervical como cono o esferolisis, ya que, durante el embarazo, puede provocar un aborto espontaneo o parto prematuro. (Zihuacali, 2019)

De acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional. De acuerdo a la información suministrada por los puestos centinela de la Unidad de Nutrición del MSP del año 2012, el 46,9% de las mujeres embarazadas en Ecuador presenta anemia. Por esto, es política pública de salud suplementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental a partir de hierro polimaltosado, y con 400 µg de ácido fólico, durante todo el embarazo y tres meses posparto.

La anemia, en niveles de hemoglobina de ≤ 11 g/dL, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo

varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas.

La anemia por deficiencia de hierro es un trastorno en el cual careces de glóbulos rojos sanos suficientes para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. Infórmate sobre por qué se produce la anemia durante el embarazo y qué puedes hacer para evitarla, el cuerpo utiliza el hierro para producir hemoglobina, ya que, durante el embarazo, el volumen de sangre en el cuerpo aumenta, así como la cantidad de hierro que se necesita. (Mayo Clinic, 2022).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al analizar el cuadro clínico es pertinente tener en cuenta que la forma más común de sospechar de una amenaza de aborto durante el embarazo, es cuando las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales durante el primer trimestre del embarazo. Cuando los síntomas indican que hay riesgos de que se presente un aborto espontáneo, la afección se denomina "amenaza de aborto". (Esto se refiere a un episodio que ocurre de manera natural y no referidos a abortos médicos o quirúrgicos).

El aborto espontáneo es común, ya que, pequeñas caídas, lesiones o estrés durante el primer trimestre de embarazo pueden causarlo. Se presenta en casi la mitad de todos los embarazos. La probabilidad de un aborto espontáneo es más alta en mujeres mayores.

El cerclaje cervical hace referencia a una variedad de procedimientos en los que se utilizan suturas o cinta sintética para reforzar el cuello uterino durante el embarazo en las mujeres con antecedentes de cuello uterino corto. El profesional de la salud podría recomendar el cerclaje cervical si la paciente corre riesgo de que el cuello uterino se abra antes de que el producto esté preparado para nacer o en algunos casos, si el cuello uterino comienza abrirse demasiado pronto.

JUSTIFICACIÓN

En el presente caso clínico tiene como finalidad poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en el servicio Gineco – Obstétrica del Hospital General Guasmo Sur, en el que se conceptuará la etiología, la fisiopatología, los síntomas, las complicaciones y tratamiento de una paciente obstétrica con diagnóstico de embarazo de 22 semanas de gestación más amenaza de aborto más cerclaje cervical, más anemia, en el cual se desarrollará el proceso de atención de enfermería en relación a la patologías obstétricas mencionada.

Es imperioso manifestar que las patologías obstétricas en mención son las responsables de desarrollar un número considerable de morbi – mortalidad materno neonatal.

Por lo expuesto es importante optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con las diferentes patologías obstétricas, que se presentan durante el embarazo, es necesario la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con embarazo de 22 semanas de gestación con amenaza de aborto más cerclaje cervical, más anemia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar a la paciente gestante de 22 semanas con amenaza de aborto, cerclaje cervical y anemia, mediante la recolección de datos, utilizando patrones funcionales de Marjorie Gordon.
- Determinar los diagnósticos de enfermería apoyados en la valoración y los problemas reales o potenciales que presenta la paciente durante su estado de salud actual.
- Planear intervenciones de enfermería, formulando objetivos a corto y mediano plazo, orientados a la transformación del estado gestacional, prevención de complicaciones y mejora del estado de salud.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería, aplicando intervenciones basadas en la evidencia y adecuadas al argumento clínico, con énfasis en la vigilancia fetal, manejo del cerclaje y tratamiento de la anemia.
- Evaluar la evolución clínica de la paciente, estimando los resultados de las intervenciones realizadas y readaptando el plan de cuidados según la respuesta del organismo y evolución del embarazo.

MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS.

AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Además, el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continua, es un estado que

sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo, por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre, se cree que representa un sangrado por la implantación.

El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico, el aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo. Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en: mujeres mayores de 35 años, mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos, mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea (Rivera, Ana Catalina González, 2019)

Síntomas y signos. Existen varios síntomas en las embarazadas que pueden significar que hay riesgo de aborto. Estos síntomas o signos son muy variados y, por ello, es importante que sea un médico, tras la valoración de la situación, quien determine si existe riesgo real de perder al bebé.

Entre los síntomas más comunes, podemos destacar:

Sangrado vaginal: Puede ser más o menos abundante e incluir coágulos. Aproximadamente la mitad de las mujeres con este síntoma en el primer trimestre de embarazo sufre un aborto natural.

Cólicos abdominales: Dolores o fuertes presiones en el vientre similares al dolor de la menstruación. Pueden ocurrir con o sin sangrado vaginal.

Dolor lumbar: Fuertes pinchazos en la parte baja de la espalda, en la zona lumbar. (Marieta, 2022)

Factores de riesgo

La causa exacta por la que se produce una amenaza de aborto no se conoce, pero existen varios factores que incrementan el riesgo de que ocurra. Por ejemplo, las mujeres mayores

de 40 años tienen mayor riesgo de sufrir un aborto. Del mismo modo, las alteraciones a nivel cromosómico en el feto también pueden suponer una amenaza de aborto.

- Otros factores de riesgo de amenaza de aborto son la exposición a tóxicos o los problemas relacionados con la placenta, así como los trastornos en la coagulación o Inmunológicos.
- Alteraciones cromosómicas en el feto
- Exposición a tóxicos
- Edad materna
- Problemas en la placenta. (Marieta, 2022)

Diagnostico

Cuando se produce una amenaza de aborto, la primera decisión que tomará el médico será realizar una **ecografía** vaginal o abdominal para comprobar la cantidad de sangrado, el desarrollo del bebé y su latido cardíaco. Además, el especialista evaluará el cuello uterino a través de un examen pélvico.

Otra de las pruebas ante de una amenaza de aborto será un análisis de sangre a la embarazada para determinar:

- El nivel de beta-HCG durante unos días o semanas para confirmar que la gestación sigue.
- El conteo sanguíneo completo (hemograma) para saber la cantidad de sangre que se pierde.
- El nivel de progesterona.
- La medición de glóbulos blancos para averiguar si existe infección. (Carmen Ochoa Marieta, 2022)

Tratamiento

En los casos de amenaza de aborto, el médico explicará a la paciente las pautas que debe seguir. Algunas recomendaciones cuando existe riesgo de aborto espontáneo son:

- Evitar mantener relaciones sexuales.
- Reposo relativo o absoluto, según la gravedad de los síntomas.

- Evitar comer embutidos o alimentos cárnicos no procesados.
- No tomar medicamentos no prescritos por el médico. (Marieta, 2022).

CERCLAJE CERVICAL

El cerclaje del cuello uterino es un procedimiento que ayuda a impedir que el cuello uterino se dilate demasiado pronto antes del parto, el cuello uterino es la parte inferior del útero, desemboca en la vagina. Durante el embarazo, está bien cerrado para proteger al bebé, no se abre hasta que el bebé está listo para nacer, en la mayor parte de los casos, esto sucede entre las semanas 37 y 42, pero, en ocasiones, se abre con demasiada antelación.

Para hacer un cerclaje del cuello uterino, el médico cierra el cuello uterino cosiéndolo al principio del embarazo; los puntos de sutura se retiran a tiempo para que nazca el bebé.

Podrían darle medicamentos para que esté inconsciente, o a su vez podrían administrarle un medicamento para entumecer el cuello uterino, el procedimiento durará menos de una hora, este procedimiento puede ayudar a que algunos embarazos de alto riesgo duren más tiempo, pero, también tiene riesgos causando una infección o un aborto espontaneo. (Cigna, 2024)

Las suturas se retiran cerca del noveno mes del embarazo. Si antes de llegar a término aparecen contracciones, puede ser necesario retirarlo antes por el riesgo de desgarro y la consiguiente hemorragia.

Entre el 70% y el 90% de las mujeres que se practican un cerclaje dan a luz a un bebé sano. Sin embargo, no está claro cuántas de estas mujeres realmente necesitaban un cerclaje. Muchas mujeres con cuellos uterinos cortos optan por no practicarse una cirugía y aun así dan a luz a bebés saludables. (PARIS, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el cerclaje cervical es un procedimiento invasivo con un riesgo intrínseco de pérdida del embarazo. Por ello sólo se debe realizar en casos de alto riesgo donde haya un factor cervical durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo.

El hecho que una embarazada tenga realizado un cerclaje no contraindica que pueda tener un parto normal si el cerclaje se ha sacado previamente y no se produce ninguna

complicación. En definitiva, el cerclaje es la sutura cervical que se practica a las embarazadas que presentan incompetencia de cérvix ya que se dilata antes de que la gestación haya llegado a término.

TIPOS DE CERCLAJE:

1) CERCLAJE INDICADO POR HISTORIA CLÍNICA:

En mujeres con el antecedente de tres o más partos pretérminos (parto vaginal antes de las 37 semanas), la colocación de un cerclaje cervical puede disminuir a la mitad la probabilidad de parto antes de las 33 semanas. En mujeres con el antecedente de dos o menos partos antes de las 37 semanas, la colocación de un cerclaje cervical no disminuye la aparición de parto pretérmino.

2) CERCLAJE INDICADO POR HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS:

a) Embarazo único, sin historia de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre o parto pretérmino: En embarazos que cursan entre las 22 y 24 semanas, con el hallazgo de una longitud cervical menor a 15 mm evaluado por ecografía endovaginal y sin antecedentes de riesgo para parto pretérmino, la colocación de un cerclaje no muestra diferencias significativas en la proporción de nacimientos antes de las 33 semanas, ni en la morbilidad, ni mortalidad tanto fetal/neonatal como materna.

a) Embarazo único, con historia de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre o parto pretérmino: En mujeres con el antecedente de un aborto/parto espontáneo entre las 17 y 33,6 semanas y en las que se detectó una longitud cervical menor a 25 mm mediante evaluaciones ecográficas endovaginal seriadas realizadas entre las 16 a 21,6 semanas de gestación, la aplicación de un cerclaje cervical, en comparación con un manejo expectante, reduce la proporción de casos con: nacimiento antes de la viabilidad (previo a las 24 semanas) y muerte perinatal; sin embargo, no previene el nacimiento antes de las 35 semanas, a menos que la longitud cervical sea menor a 15 mm.

3) CERCLAJE DE EMERGENCIA: La aplicación de un cerclaje de emergencia, en comparación con establecer un manejo basado en el reposo absoluto, logra prolongar de forma significativa la duración del embarazo, puede retrasar el parto más allá de cinco semanas y reduce a la mitad, la frecuencia de parto antes de las 34 semanas; sin embargo, existen datos limitados para apoyar que el cerclaje de emergencia se asocia con mejores resultados perinatales evaluados a través de morbilidad y mortalidad neonatal.

4) CERCLAJE EN GRUPOS DE ALTO RIESGO CERCLAJE EN GRUPOS DE ALTO RIESGO:

a) Embarazo múltiple: La práctica de aplicar un cerclaje en embarazos múltiples en comparación con no hacerlo, puede estar asociado con un incremento de la mortalidad perinatal; aunque esta asociación, no es estadísticamente significativa, en el embarazo gemelar, la aplicación de cerclaje, en comparación con no colocarlo, no se asocia con una disminución significativa de parto prematuro a las 34 semanas de gestación o menos.

b) Malformaciones uterinas y/o antecedente de trauma cervical: En mujeres con historia de cono-biopsia o amputación cervical no existe diferencia significativa en el nacimiento antes de las 33 semanas de gestación cuando se coloca un cerclaje en comparación con manejo expectante. (GPC, 2018)

TÉCNICAS DEL CERCLAJE:

Existen dos técnicas principales de cerclaje y muchas variaciones de las mismas, las cuales están igualmente aceptadas al no haberse observado hasta el momento diferencias en resultados perinatales y complicaciones quirúrgicas con ninguna de ellas. Por tanto, la elección de una técnica u otra será a elección del cirujano:

Cerclaje de McDonald (o McDonald-Palmer): Es el más utilizado probablemente por su facilidad en la ejecución y, por ello también, de elección en el cerclaje terciario donde la técnica se ve dificultada. En el cerclaje de McDonald se realiza tracción del cérvix y se identifica la unión vésico-cervical SIN realizar apertura de la mucosa. Inmediatamente bajo la unión vésico-cervical se entra la aguja. Realizaremos 4-5 pases de aguja, siempre

evitando los vasos paracervicales a las 3 y las 9h. A nivel posterior, el hilo debe pasar distal a la inserción de los ligamentos útero-sacros (procurando no disecar la mucosa). (Clara Murillo, 2018)

Cerclaje de Shirodkar: El cerclaje Shirodkar que suele realizarse en nuestro centro es una modificación del Shirodkar en el que se realiza la tracción cervical y se identifica el pliegue cérvico-vesical. Se realiza apertura de la mucosa cérvico-vesical y se rechaza la vejiga. De igual forma, se produce la apertura de la mucosa vaginal en fondo vaginal posterior y el rechazo de mucosa. Se procede a realizar dos pases de aguja, cada uno abarcando una de las caras laterales. Sutura (optativa) de las incisiones de la mucosa para enterrar el nudo, dejando visibles los cabos. (Clara Murillo, 2018).

Consideraciones generales: El objetivo del cerclaje será la colocación del mismo lo más cercano a OCI (es decir, lo más craneal posible), siempre evitando entrar con la aguja en el canal cervical para evitar una complicación hemorrágica o la rotura de la bolsa amniótica.

Contraindicaciones al cerclaje: No se recomienda colocar un cerclaje en las siguientes condiciones: • Trabajo de parto pretérmino activo. Evidencia clínica de corioamnionitis. Sangrado vaginal activo. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Evidencia de compromiso en estado de oxigenación fetal. Defectos fetales letales. Óbito. (GPC, 2018).

ANEMIA EN EL EMBARAZO

La anemia es una afección en la cual se carece de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. La anemia puede provocar cansancio o debilidad, esta afección puede ser temporal o prolongada y presentarse de forma leve, moderada o grave.

La anemia es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo, y debido a que en el embarazo existe una gran demanda de hierro, se constituye en un importante riesgo de desarrollar anemia ferropénica. La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada

durante la gestación, por lo que todas las gestantes están en riesgo de padecer anemia en el embarazo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Estudios clínicos revelaron que la anemia en el embarazo se asocia con complicaciones en la madre, en el feto y el recién nacido, relacionándose con mayor morbilidad fetal y perinatal, de ahí la importancia de un adecuado control prenatal con la suplementación de hierro necesaria para proveer las crecientes demandas en esta de la mujer. (Santiago, 2013).

Puede tener diferentes tipos de anemias durante el embarazo. Son las siguientes:

Anemia del embarazo: Durante el embarazo, una mujer tiene más cantidad de sangre. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. Esto suele denominarse anemia del embarazo y no se la considera anormal, a menos que los niveles sean muy bajos. (Health, 2018)

Anemia ferropénica: Durante el embarazo, su bebé usa los glóbulos rojos de la madre para crecer y desarrollarse, en especial en los últimos tres meses de embarazo. Si usted tiene un exceso de glóbulos rojos almacenados en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede usar esas reservas durante el embarazo para satisfacer las necesidades del bebé. Las mujeres que no tengan las reservas adecuadas de hierro pueden desarrollar anemia ferropénica. Es el tipo más común de anemia durante el embarazo. Es la falta de hierro en la sangre, que es necesario para producir hemoglobina (la parte de la sangre que distribuye oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos del cuerpo). Es importante tener una buena nutrición antes de quedar embarazada para ayudar a crear estas reservas y evitar la anemia ferropénica. (Health, 2018)

Deficiencia de vitamina B12: La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de proteínas. Comer alimentos de origen animal, tales como leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres que no comen alimentos de origen vegetal (veganos) son las más propensas a tener deficiencia de vitamina B12. Las mujeres veganas estrictas suelen necesitar inyecciones de vitamina B12 durante el embarazo. (Health, 2018)

Deficiencia de folato: El folato, también denominado ácido fólico, es una vitamina B que colabora con el hierro en el crecimiento celular. Si no tiene suficiente folato durante el embarazo, puede tener una deficiencia de hierro, ya que el hierro y el ácido fólico se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Las investigaciones muestran que el ácido fólico puede ayudar a disminuir el riesgo de tener un bebé con ciertos defectos de nacimiento en el cerebro o la médula espinal si se lo consume antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo. (Health, 2018).

TABLA N° 1 Clasificación según la severidad de la anemia.

CLASIFICACION OMS SEGÚN HG		
LEVE	GRADO I	10 – 13 mg/dL
MODERADA	GRADO II	8 – 9.9 mg/dL
GRAVE	GRADO III	6 – 7.9 mg/dL
	GRADO IV	< 6 mg/dL

Diagnóstico

El diagnóstico de la anemia comienza con un hemograma completo; en general, si la mujer tiene anemia, los estudios posteriores se basan en si el volumen corpuscular medio es bajo (< 79 fL) o alto (> 100 fL):

Para las anemias microcíticas: la evaluación incluye búsqueda de deficiencia de hierro (ferritina sérica) y de homoglobinoopatías (electroforesis de hemoglobina). Si estos estudios no son diagnósticos y no hay respuesta al tratamiento empírico, en general se justifica una consulta con un hematólogo.

Para las anemias macrocíticas: la evaluación incluye los niveles de folato sérico y de vitamina B12.

Para la anemia con causas mixtas: se requiere evaluación para ambos tipos. (Lara A. Friel,, 2023)

Tratamiento

Se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico: el equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso. La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural. (OMS, 2019).

A toda embarazada con anemia se le debe ofrecer suplemento de hierro terapéutico, a menos que se conozca que tienen una hemoglobinopatía. El reconocimiento precoz de la deficiencia de hierro en el período prenatal seguido de terapia con hierro puede reducir la necesidad de transfusiones de sangre posterior. (MSP, 2014)

Factores de riesgo. Estos factores te exponen a un mayor riesgo de anemia:

Una dieta que carece de ciertas vitaminas y minerales. Una dieta consistentemente baja en hierro, vitamina B-12 y folato incrementa tu riesgo de anemia.

Trastornos intestinales. Tener un trastorno intestinal que afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado, como la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca, te pone en riesgo de anemia.

Menstruación: La menstruación causa la pérdida de glóbulos rojos.

Afecciones crónicas. Si tienes cáncer, insuficiencia renal, diabetes u otra afección crónica, podrías estar en riesgo de anemia por enfermedad crónica. Estas condiciones pueden llevar a una escasez de glóbulos rojos.

Antecedentes familiares. Si tu familia tiene antecedentes de anemia hereditaria, como anemia de células falciformes, también podrías tener un mayor riesgo de esta afección.

Otros factores. Un historial de ciertas infecciones, enfermedades de la sangre y trastornos autoinmunitarios aumenta tu riesgo de anemia. El alcoholismo, la exposición a sustancias químicas tóxicas y el uso de algunos medicamentos pueden afectar la producción de glóbulos rojos y provocar anemia. (CLINIC, 2019).

Prevención

Muchos tipos de anemia no se pueden prevenir. Pero se puede evitar la anemia por deficiencia de hierro y las anemias por deficiencia de vitaminas consumiendo una dieta que incluya una variedad de vitaminas y minerales, entre ellos:

Hierro. Los alimentos ricos en hierro incluyen carne vacuna y otras carnes, frijoles, lentejas, cereales fortificados con hierro, verduras de hoja verde oscuro y frutas secas.

Folato. Este nutriente, y su forma sintética de ácido fólico, se pueden encontrar en frutas y jugos de frutas, verduras de hojas verdes oscuras, arvejas verdes, frijoles rojos, cacahuates y productos de granos enriquecidos, tales como pan, cereales, pasta y arroz.

Vitamina B-12. Los alimentos ricos en vitamina B-12 incluyen la carne, los productos lácteos y los productos fortificados a base de cereales y soja.

Vitamina C. Los alimentos ricos en vitamina C incluyen frutas y jugos cítricos, pimientos, brócoli, tomates, melones y fresas. Estos también ayudan a aumentar la absorción de hierro. (CLINIC, 2019).

CONTEXTO INTERNACIONAL

Se calcula que la anemia afecta a 500 millones de mujeres de 15 a 49 años y a 269 millones de niños y niñas de 6 a 59 meses en todo el mundo. En 2019, padecían anemia el 30% (539 millones) de las mujeres no embarazadas y el 37% (32 millones) de las mujeres embarazadas de 15 a 49 años. Las regiones de la OMS de África y Asia Sudoriental son las más afectadas por la anemia, con cerca de 106 millones de mujeres y 103 millones de niños y niñas afectados en el caso de África, y 244 millones de mujeres y 83 millones de niños y niñas en el de Asia Sudoriental. (OMS, 2023)

La tasa promedio global de anemia durante la gestación en el mundo es 43% y, en América Latina y el Caribe, 37% en gestantes de 15 a 49 años. La población peruana de mujeres en edad fértil con anemia, según el ENDES, se ha incrementado en los últimos años, llegando a alrededor de 28% (11). Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) peruano documentó para el año 2017 una tasa estimada de 29% de anemia en gestantes, y la seguridad social (EsSalud) peruana, alrededor de 30%. En las fuerzas armadas y en las clínicas privadas no

se tienen registros publicados recientemente, pero se estima valores semejantes. (Carlos Gonzales-Medina, Pedro Arango-Ochante, 2019).

La mayoría de la colocación del Cerclaje Cervical fue en entre la semana 21 a 25 gestacional con 55.9% (n= 19). Toda la muestra contaba con el antecedente Incompetencia Ístmico cervical, el 79.4% (n=27) tenía historial de perdidas vaginales y el 50% (=17) y el 50% con antecedentes de cervicometria.

CONTEXTO NACIONAL

Según datos del MSP y encuestas nacionales (como la ENSANUT), la anemia en embarazadas es un problema de salud pública frecuente, especialmente en zonas rurales e indígenas. Se estima que alrededor del 30-40% de mujeres embarazadas presentan algún grado de anemia, principalmente por deficiencia de hierro. La anemia se asocia a mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones hemorrágicas, además que afecta el rendimiento físico y mental de la madre.

El MSP implementa estrategias de suplementación con hierro y ácido fólico durante el control prenatal. Se promueve el tamizaje de anemia en el primer y segundo trimestre. Se prioriza la educación nutricional para mejorar la alimentación rica en hierro y vitamina C.

La anemia es una condición frecuente en la gestación que puede asociarse con resultados desfavorables para la madre y el neonato; según la Organización Mundial de la Salud, su prevalencia se aproxima al 40% del total de embarazos, la anemia en el embarazo, se asocia a trastornos hipertensivos, parto pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, la prevalencia de anemia en Ecuador es del 15% y se identificaron algunas características sociodemográficas como el nivel socioeconómico, nivel educativo, ocupación y el grupo etario de mayor prevalencia. (Anita Murillo-Zavala, 2021).

El cerclaje cervical es una intervención obstétrica utilizada para prevenir el parto prematuro en mujeres con incompetencia cervical, generalmente entre las 12 y 24 semanas de gestación. El cerclaje es realizado en hospitales de segundo y tercer nivel del MSP, siguiendo criterios clínicos específicos. Se utiliza principalmente en pacientes con

antecedentes de pérdidas gestacionales recurrentes o parto prematuro inexplicado. Aunque no hay una guía nacional específica para el cerclaje, se incluye dentro de la normativa técnica de atención materna de alto riesgo, bajo el manejo del obstetra.

La incidencia de la incompetencia cervical suele ser del 0,1% al 2% de los embarazos, alcanza hasta el 8% en casos de pérdidas fetales recurrentes en el segundo trimestre de embarazo y podría llegar al 75% entre las mujeres que tuvieron partos pretérminos. (José Augusto Durán-Chávez , 2020).

En el Ecuador se considera amenaza de aborto cuando existe sangrado vaginal durante las primeras 20-24 semanas de gestación, sin dilatación cervical, es una complicación frecuente en el primer y segundo trimestre. Se asocia a infecciones, anomalías uterinas, factores genéticos, y condiciones como anemia o incompetencia cervical.

El MSP diferencia entre aborto espontáneo y aborto inducido. La amenaza de aborto se maneja clínicamente en hospitales y centros maternos infantiles, siguiendo protocolos de vigilancia del embarazo de alto riesgo. Se enfatiza el seguimiento ecográfico, el reposo relativo y el uso de medicamentos según la causa. Es una causa significativa de morbilidad materna, su adecuada identificación y manejo forma parte del plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

CONTEXTO LOCAL

Se evidenció que la prevalencia de anemia en la muestra seleccionada es del 27,85%. En cuanto a los factores asociados, 86,08% posee una alimentación que necesita cambios; 54,43% tiene conocimiento regular, 60,76% tiene actitud riesgosa y 63,29% una práctica riesgosa. El 91,4% pertenece a un estrato socioeconómico bajo. (Vivas Floyd, Jennifer, 2022).

Los resultados mostraron que el 60% están en edades de 18 a 20 años, de etnia mestiza 76%, de procedencia urbana 64%, con un nivel educativo secundaria 66%, con trabajo dependiente 46%, de acuerdo a los grados de anemia se presentaron al 42% en el primer

trimestre y 24% segundo trimestre anemia moderada, 16% primer trimestre y 6% segundo trimestre anemia leve, con manifestaciones clínicas 90% palidez, 74% cansancio/fatiga, 68% disnea y mareo, la frecuencia de consumo de alimentos de hierro hímico el 92% consumen de manera frecuente pollo, de forma poco frecuente pescado 90%, camarones 88%, carne de res 84%, el consumo de hierro no hímico fue el 90% de la población consume arroz de manera muy frecuente, seguida del consumo poco frecuente 82% garbanzo, 76% nabo, 56% machica, 38% cebada, el consumo de Vitamina C fue limón 86%, maracuyá 64%, mandarina 50%, naranja 40% de manera frecuente, en conclusión, se debe educar a la población sobre la importancia de la ingesta nutricional y dietética de consumo de hierro adecuado de acuerdo a las situaciones fisiológicas del embarazo. (Elizalde Elizaldes, Tatiana Maribel, 2020).

En relación a los resultados obtenidos se demostró que el 94% de los cerclajes fueron realizados con técnica de Mc Donald; el 41% de las pacientes presentó acortamiento de la longitud del cérvix como un factor de riesgo en incompetencia cervical. Se presentó un porcentaje mínimo del 2% de la muestra estudiada, que necesitó un doble cerclaje, de los cuáles un caso finalizó la gestación sin complicaciones. Es importante destacar que la mayoría de cerclajes fueron realizados entre las edades de 25 a 29 años, con un 35% de los casos estudiados. El promedio de prolongación del embarazo mediante cerclaje fue de 12 ± 8 semanas. (Morocho Barreto, Regina Glicería, 2014).

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

Motivo de consulta: Paciente de 26 años de edad de sexo femenino, acude al Hospital General Guasmo Sur por el área de emergencia, por presentar un cuadro clínico de más menos 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal que se irradia, a la región lumbosacra, acompañado de pérdida de moco y sangrado vaginal en cantidad moderada, más cefalea. Es valorada por el médico, donde se le realiza monitoreo fetal, al tacto realizado por la obstetra, la paciente presenta de 3 a 4 cm de dilatación.

El médico que la atendió le recomienda realizarse un Cerclaje Cervical y le explica el procedimiento, informándole que el cerclaje cervical consiste en una sutura en el cérvix la

cual ayudará a evitar que el feto se salga antes de tiempo porque no iba a tener posibilidades de que nazca o se mantenga vivo.

Diagnóstico de Ingreso: Amenaza de aborto embarazo de 22 semanas de gestación más cerclaje cervical, más anemia.

ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, con diagnóstico médico de embarazo de 22 semanas de gestación, a la valoración se observa facies semipalidas, mucosas semihúmedas, la paciente al momento refiere dolor abdominal, que se irradia, a la región lumbosacra, acompañado de pérdida de moco y sangre en poca cantidad, más cefalea

Estado general satisfactorio, campos pulmonares ventilados + ruidos cardiacos normales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor abdominal

Sangrado vaginal

Cefalea

SIGNOS VITALES:

- PA: 136/92 mmhg
- FR: 20
- T: 36°C
- FC: 60

SpO2: 98%

EXAMEN FÍSICO CEFALO - CAUDAL

Cabeza: Normo cefálica, cabello y cuero cabelludo fuerte.

Cara: Facies semipalidas, temperatura normal, palpación suave.

Ojos: Simétricos, de color negros, pupilas isocóricas conjuntiva rosadas y buena agudeza visual de ambos ojos.

Nariz: Tabique nasal simétricos, sin presencia de lesiones, mucosas húmedas, vía aérea permeable.

Boca: Labios simétricos, secos, dientes completos, sin presentar caries dentales.

Oídos: Simétricos sin deformidades ni secreciones, agudeza auditiva buena.

Piel: Morena, sin presencia de lesiones.

Cuello: Simétrico, delgado sin anomalías, movimientos conservados, tiroides OA

Tórax: Simétrico, a la auscultación pulmones ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, útero gestante acorde con embarazo de 22 semanas de gestación, producto único vivo cefálico, movimientos fetales percibidos por la madre. FCF 135.

Miembros Inferiores: completos sin deformidades, buena movilidad.

Genitales: Leucorrea, al tacto vaginal; dilatación 3 cm; borramiento 20-20%, membranas íntegras.

TABLA N° 2 RESULTADOS DE LABORATORIOS.

Perfiles	Resultados de inicio	Resultados después	Valores normales
Leucocitos	11.60 /MM3	10.80 /MM3	4 - 10
Neutrófilos	8.43 /MM3	7.74 /MM3	2 - 7.5
Linfocitos	2.39 /MM3	2.28 /MM3	1 - 4
Monocitos	0.45 /MM3	0.36 /MM3	0.5 - 1.5
Eosinófilos	0.27 /MM3	0.40 /MM3	0 - 0.5
Basófilos	0.02 /MM3	0.02 /MM3	0 - 0.2
Neutrófilos	72.90 %	71.70 %	55 - 70
Eritrocitos	3.38 /MM3	2.98 /MM3	3.8 - 5.8
Hemoglobina	8.40 G/DL	11.00 G/DL	11.5 - 16

Hematocrito	30.70 %	33.00 %	37 - 47
Volumen corpuscular medio	91.00 FL	89.00 FL	80 - 100
Concentración media hemoglobina (HCM).	30.70 PG	31.50 PG	27 - 32
Plaquetas	399.00 /MM3	399.00 /MM3	150 - 500
Volumen medio plaquetario (VPM).	8.70 U/MM3	8.80 U/MM3	6 - 11
Plaquetocrito	0.34 %	0.31 %	
Sífilis (PRUEBA RAPIDA)	NEGATIVO AB		
Glucosa en ayunas (GLICEMIA)	73.00 MG./DL		74 - 106
Tiempo de protrombina	(TP) 15.8 SEG		11 – 14
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP)	57.2 SEG		28 – 40
HIV 4TA GENERACION (PRUEBA RAPIDA)	NO REACTIVO		

METODOLOGÍA.

La metodología utilizada en el estudio del caso clínico, se desarrolló bajo la dirección del método descriptivo, cualitativo y de tipo estudio de caso, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como marco metodológico para la atención integral de una gestante de 22 semanas diagnosticada con amenaza de aborto, sometida a cerclaje cervical, y con diagnóstico de anemia.

Muestra: Mujer gestante de 22 semanas ingresada en el servicio de obstetricia de una unidad hospitalaria, Se realizó un estudio de caso único, eligiendo intencionalmente a la paciente debido a la complejidad de su cuadro clínico.

Se estimó la metodología de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon para recopilar datos subjetivos y objetivos. Se contó: Historia clínica materno neonatal, anamnesis exhaustiva, se valoró resultados de laboratorio (hemoglobina, hematocrito).

Con base en los datos recolectados, se formularon diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA- NOC- NIC.

RESULTADOS.

La gestante no presentó nuevos incidentes de sangrado vaginal ni dinámica uterina posterior a la realización del cerclaje cervical.

Se mantuvo la integridad del embarazo hasta el alta hospitalaria, con buena evolución clínica materno fetal.

Mediante el seguimiento de laboratorio y administración de suplementos de hierro, se evidencia un aumento progresivo de los niveles de hemoglobina, de 8.40 g/dl al ingreso a 11 g/dl al egreso.

A través del acompañamiento emocional, y la educación sobre su condición, se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad, lo cual se reflejó en una mayor colaboración y adherencia al plan de cuidados.

No se reportaron signos de infección, (ruptura prematura de membranas), durante la hospitalización.

La gestante fue dada de alta con seguimiento ambulatorio estricto, educación sobre signos de alarma y plan nutricional individualizado, y referencia inversa a su unidad de cobertura.

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO.

El presente caso aborda la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una paciente embarazada de 22 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de aborto, sometida a un cerclaje cervical y con diagnóstico concomitante de anemia. Esta situación clínica representa una condición de alto riesgo obstétrico, que requiere un abordaje multidisciplinario y un cuidado de enfermería especializado, centrado en la vigilancia, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional.

La amenaza de aborto en el segundo trimestre se caracteriza por la presencia de síntomas como dolor pélvico y sangrado vaginal, sin dilatación cervical significativa. En este caso, se optó por el cerclaje cervical como medida terapéutica para prevenir una pérdida gestacional, procedimiento usualmente indicado en mujeres con insuficiencia cervical.

La intervención pertinente refleja una estrategia eficaz para salvaguardar la gestación, sin embargo, también requiere una vigilancia estrecha por parte del personal de enfermería para detectar signos de infección, contracciones uterinas o ruptura prematura de membranas.

Las intervenciones se orientaron en la vigilancia constante de signos vitales, monitoreo de pérdidas vaginales, control de signos de infección post-cerclaje, administración de suplementos de hierro, educación sobre reposo y signos de alarma, y apoyo emocional.

Definitivamente, este caso resalta la importancia del rol profesional de enfermería en la identificación temprana de riesgos obstétricos, la implementación de cuidados personalizados, y el acompañamiento continuo durante situaciones críticas del embarazo. La educación a la paciente y su adherencia al tratamiento fueron determinantes en el resultado favorable del caso.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consintió brindar una atención integral, ordenada y centrada en las necesidades reales y potenciales de la paciente, corrigiendo así su estado clínico y el pronóstico del embarazo.

La caracterización oportuna de diagnósticos de enfermería relacionados con la amenaza de aborto, el cerclaje cervical y la anemia admitió establecer planes de cuidado apropiados, encaminados en la prevención de complicaciones, el mantenimiento del embarazo, y la corrección del déficit nutricional.

Las intervenciones de enfermería, basadas en la evidencia científica, y ajustadas a las situaciones clínicas de la paciente, fueron eficaces para garantizar los signos y síntomas, fomentar el autocuidado y fortalecer el cumplimiento terapéutico.

En conclusión, se recalca que la aplicación del PAE no solo facilita la toma de decisiones clínicas, sino que también fortalece el rol profesional de enfermería, al proporcionar el cuidado personalizado, humanizado, seguro y eficaz al paciente.

AGRADECIMIENTO.

Los autores del artículo científico. Agradecemos a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Comisión Técnica del III Congreso de Ciencias de la Salud, por brindar el espacio, el respaldo académico, y los recursos necesarios para la realización de este trabajo científico. Su apoyo fue fundamental para el desarrollo y culminación de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Bibliografía

- Muñoz, J. L. (Julio de 2024). *Manual MSD*. Obtenido de Anemia en el embarazo:
<https://www.msmanuals.com>
- Tango, D. (15 de octubre de 2024). *Biblioteca nacional de medicina*. Obtenido de Medline plus:
<https://medlineplus.gov>
- Tango, D. (11 de agosto de 2024). *Biblioteca nacional de medicina*. Obtenido de Medline plus:
<https://medlineplus.gov>
- ACOG. (28 de Septiembre de 2021). Obtenido de <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/acog-septiembre-anemia-en-el-embarazo/>
- American Pregnancy. (2019). Obtenido de <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/cervical-cerclage/#:~:text=Cerclaje%20cervical%20ayuda%20a%20prevenir,a%2090%25%20d>
- Elizalde Elizaldes, Tatiana Maribel. (02 de Abril de 2020). *Repositorio Digital UCSG*. Obtenido de Repositorio Digital UCSG :
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14923>
- Health, S. C. (2018). *Stanford Children's Health*. Obtenido de Stanford Children's Health:
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anemiainpregnancy-90-P05537>
- Morocho Barreto, Regina Glicería. (2014). *Estudio de la efectividad del cerclaje uterino en gestantes con incompetencia cervical en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2011 - 2014 y una guía práctica clínica*. Obtenido de Estudio de la efectividad del cerclaje uterino en gestantes con incompetencia cervical en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2011 - 2014 y una guía práctica clínica: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/6809c90f-2278-4ee8-82af-dfcc204fbfb0>