

Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel

Ameaça de parto pré-termo: um olhar a partir do modelo Mishel

Risk of preterm
delivery: a look from
the Mishel 's model

• Débora Milena Álvarez-Yañez¹ • Cindy Lorena Pérez-Bayona² •

•1• Especialista en Cuidado Crítico. Docente de Cátedra, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: deboramilenaay@ufps.edu.co

•2• Estudiante de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: dycin.11@hotmail.com

Recibido: 20/08/2015 Aprobado: 08/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.52586



Resumen

Objetivo: Describir el cuidado de enfermería ante una situación clínica de amenaza de parto pretérmino, sustentado en el modelo teórico de Merle Mishel y la incertidumbre frente a la enfermedad.

Metodología: Presentación de una situación clínica de amenaza de parto pretérmino, siguiendo la estructura del proceso de atención de enfermería a través de la taxonomía NANDA, NIC y NOC. El proceso se enfoca en los antecedentes sobre la incertidumbre, en la valoración a través de la inferencia e ilusión y en el afrontamiento de esta situación de salud, lo que contribuye a la calidad de vida materno-fetal.

Resultados: La amenaza de parto pretérmino desencadena una incertidumbre en la gestante por el alto riesgo de morbimortalidad perinatal y el desequilibrio en la estructura familiar.

Conclusión: El cuidado de enfermería, apoyado en la teoría intermedia de Merle Mishel, permite identificar los estímulos que generan incertidumbre y los recursos existentes para el afrontamiento e interacción familiar en la toma de decisiones.

Descriptor: Parto Pretérmino; Incertidumbre; Atención de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever os cuidados de enfermagem para defrontar um caso clínico de risco de parto pré-termo, fundamentados no modelo teórico de Merle Mishel e a incerteza frente à doença.

Metodologia: Apresenta-se um caso clínico de ameaça de parto pré-termo, seguindo os preceitos do processo de cuidados de enfermagem por meio das taxonomias NANDA, NIC e NOC. O processo centra-se nos princípios da incerteza, na avaliação mediante a inferência e ilusão e no enfrentamento de esta situação de saúde, contribuindo para a qualidade de vida materno-fetal.

Resultados: A ameaça de parto pré-termo pode provocar incerteza na grávida devido ao risco elevado de morbimortalidade perinatal e de crise circunstancial no núcleo familiar.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem, baseados na teoria intermédia de Merle Mishel, permitem identificar os estímulos que produzem incerteza e os recursos disponíveis para o enfrentamento e interação com a família na tomada de decisões.

Descriptor: Parto Pré-Termo; Incerteza; Cuidados de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe nursing care to cope a clinical case about risk of preterm delivery based on the Merle Mishel's theoretical model and uncertainty in illness.

Methodology: Report of a clinical case about risk of preterm delivery, following criteria of the nursing care process by means of NANDA, NIC and, NOC taxonomy. This process focuses on the background of uncertainty, on assessment by means of inference and illusion, and on coping with this health case, contributing to maternal-fetal quality of life.

Results: The risk of preterm delivery produces uncertainty in the pregnant woman due to the threat of perinatal morbidity and mortality and the environmental crisis in the family circle.

Conclusion: Nursing care, relying on Merle Mishel's middle-range theory, enables to identify stimulation that causes uncertainty, and the available resources to coping and interaction in family decision-making.

Descriptors: Preterm Labor; Uncertainty; Nursing Care (source: DECS BIREME).

Introducción

Amenaza de parto pretérmino (APP)

Este concepto se define como la situación en que las contracciones uterinas, de frecuencia e intensidad progresiva, permiten la dilatación del cuello uterino antes de las 37 semanas de gestación (1). Las estadísticas mundiales muestran que 15 millones de nacimientos prematuros suceden anualmente y 1.1 millones de niños mueren por complicaciones en el parto. La tasa de nacimientos prematuros en 184 países es de 5% - 18% y más del 80% ocurren entre las 32 y 37 semanas de gestación (2). Según la literatura consultada, alrededor del 9,6% de la mortalidad perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad; en países desarrollados, es de aproximadamente el 70%; en América Latina y el Caribe, 8,1%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; y en Colombia, 10% - 12% (3).

Por otra parte, esta situación clínica se asocia a complicaciones neonatales a corto plazo, como anemia (84,6%), ductus arterioso persistente (71,2%), sepsis (63,5%), retinopatía por prematuridad (50%), displasia broncopulmonar (48,1%), hemorragia intraventricular (48,1%) y enterocolitis necrotizante (3,8%). Así mismo, existen complicaciones a largo plazo, como pérdida de audición (47,5%), retraso motor (30%), compromiso de la visión (20%) y parálisis cerebral (15%) (4).

Los factores de riesgo más frecuentes que presentan las gestantes son tabaquismo, peso corporal excesivo e hipertensión arterial crónica (5). También existe una fuerte asociación entre el sobrepeso/obesidad materna y el riesgo de APP (6). En cuanto a las causas sociales y culturales, se destacan el nivel socioeconómico, el acceso educativo, los servicios de salud, las relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestantes adolescentes y adultas (7). De acuerdo con Vásquez *et al.*, es importante, para el equipo de salud, “valorar su vivencia e impacto emocional a futuro para un conocimiento y comprensión de la experiencia frente a esta situación” (8).

Los niveles de estrés psicosocial –cuyo rango suele estar entre el 25% y el 60%– influyen sobre el riesgo de prematuridad en las gestantes a causa

de factores como acontecimientos vitales negativos, eventos catastróficos, situaciones crónicas agobiantes, depresión, ansiedad, percepción de seguridad, discriminación y pobre apoyo social, agentes presentes en diferentes grupos étnicos (3). En cuanto a los factores sociales que se relacionan con esta situación clínica, se encuentran estrés crónico, estatus socioeconómico, raza, consumo de drogas y las infecciones que pueden afectar el embarazo (1). En definitiva, las condiciones psicosociales predisponen el parto pretérmino espontáneo como resultado del desequilibrio de los factores mencionados.

La APP es de origen multifactorial, pues está relacionada con la edad gestacional y el contexto étnico-geográfico. Frecuentemente, no se identifican las causas desencadenantes; mientras que, en otros casos, una situación clínica explica la ocurrencia del evento, por ejemplo: una ruptura prematura de membranas (RPM) (9).

De acuerdo con Faneite *et al.*, la morbilidad materna antenatal está relacionada con complicaciones de la gestación. La incidencia de 17,76 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos referencian que las patologías más frecuentes propias de la gestación que condicionan la hospitalización son la APP (18,20%), la preeclampsia (9,78%), la hemorragia placentaria (6,68%), la oligohidramnios (6,58%) y la anemia (5,52%); las patologías asociadas al embarazo son la infección urinaria (14-13%) y la diabetes (9,49%) (10). Según Ugalde-Valencia *et al.*, en un estudio de casos y controles donde se incluyeron a 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, se determinó que las infecciones vaginales se encuentran presentes en el 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino y las infecciones en vías urinarias tienen una incidencia de 54,3% en las adolescentes con parto pretérmino, contra un 38,8% en aquellas con parto a término. Es por ello que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo en adolescentes (11) y entre un 8% y un 24% de mujeres con síntomas subjetivos desarrollan la situación clínica (12).

En una investigación realizada por Okamura *et al.*, se demostró que la eclampsia, la diabetes gestacional, la infección puerperal, el bajo peso al nacer –nacido vivo con menos de 2 500 gramos al nacimiento– y pequeño para la edad gestacional –debajo del percentil 10– se presentan con mayor frecuencia a medida que la edad materna aumenta. Así mismo,

los resultados del estudio muestran que la anemia y la RPM en madres adolescentes son mayores que en las adultas; las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas, pues las adolescentes tempranas son las más afectadas. Existen factores socio-culturales y de comportamiento sexual inherentes a la edad adolescente que influyen en la gestación (7).

Teoría de Mishel: incertidumbre frente a la enfermedad

La *incertidumbre* se define como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, razón por la cual surge una interpretación subjetiva del contexto de salud (13). De acuerdo con Castillo-Arcos *et al.*, la incertidumbre “es mayor cuando no posee información acerca de lo que le está sucediendo, no entiende la información o cuando los eventos que ocurren son extraños, desconocidos o inesperados” (14). La incertidumbre puede disminuir el afrontamiento y la adaptación del individuo (15). Sin embargo, si el evento es evaluado efectivamente, sobreviene la adaptación y la incertidumbre es una oportunidad: el afrontamiento se protege. Si, por el contrario, el evento se torna peligroso, el afrontamiento requiere de acciones de apoyo psicológico.

Cuando la coherencia circunstancial –conexión existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad– aumenta, el grado de incertidumbre disminuye. Las fuentes de estructura disminuyen la incertidumbre: directamente, interpretan los hechos; indirectamente, fortalecen el marco de estímulos (13). La gestante con APP experimenta sensaciones que desestabilizan su entorno, las cuales generan inseguridad o intranquilidad; éstos se incrementan si existe desconocimiento sobre la evolución del evento clínico. La valoración debe ser holística: que comprenda la concepción que tiene la persona sobre la enfermedad, el entorno, los cuidados individualizados que recibe y su salud (16).

Según el modelo teórico de Mishel, la adaptación ocurre frente a la enfermedad como resultado de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo. De cualquier modo, es posible realizar intervenciones específicas que minimicen la incertidumbre, mejorando el afrontamiento. De acuerdo con lo anterior, se describe el cuidado de enfermería ante una situación

clínica de amenaza de parto pretérmino, en la cual el profesional de enfermería identifica la situación estresante para realizar un plan de cuidados enfocado a lograr el afrontamiento, lo cual mejora la calidad de vida materno-fetal (17).

Metodología

El cuidado de enfermería permite abordar la situación clínica de APP con el proceso de atención de enfermería, fundamentado en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel. La valoración, según el proceso, se enfoca en los siguientes criterios:

1. Antecedentes de la incertidumbre: marco de los estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de la estructura.
2. Valoración a través de la inferencia: creencia del individuo sobre el control de los acontecimientos de su vida y la ilusión, que considera aspectos positivos de una situación. La incertidumbre se interpreta como peligro u oportunidad.
3. El afrontamiento resulta de la adaptación, que representa la continuidad de la conducta biopsicosocial del individuo para reducir la incertidumbre.

Para el desarrollo del presente estudio, se identificaron los diagnósticos según la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (18); los resultados, según la taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (19); y las intervenciones, según la taxonomía NIC (*Nursing Interventions Classification*) (20).

Situación clínica de enfermería

A continuación se especifican los datos de la paciente objeto de estudio de acuerdo con su evolución clínica desde la llegada a la institución de salud hasta el cuarto día de permanencia:

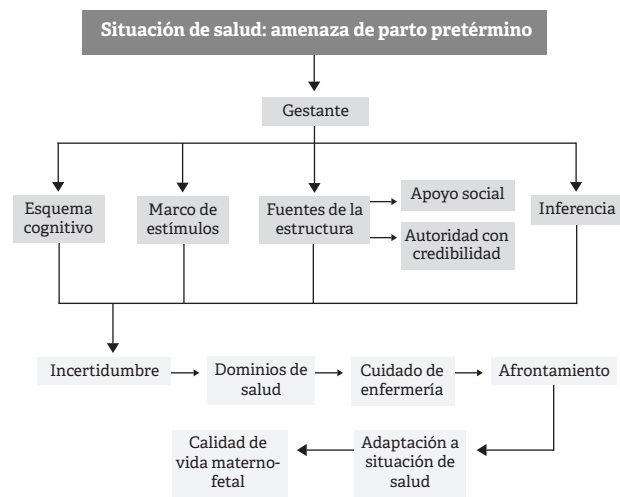
- *Primer día:* Multigestante de 22 años con embarazo de 33,5 semanas según ecografía. Ingresó a Urgencias con cuadro clínico de tres días de evolución con dolor pélvico tipo contracción, sin ningún otro síntoma asociado. Se decide observación estricta por alto riesgo obstétrico de APP.

Antecedentes gineco-obstétricos: gestaciones: 3; partos: 1; cesáreas: 0; abortos: 1; vivos: 0; mortalidad: 1. La paciente refirió que su familia se encontraba lejos. Manifestó temor y relacionó la situación actual con experiencias vividas anteriormente.

- Segundo día:** Paciente sin actividad uterina en tratamiento con nifedipino. Varias veces en la noche manifestó dolor en hipogastrio con hipotensión, por lo que se inició manejo analgésico con tramadol, luego de lo cual presentó mejoría del dolor. Se indicó bolo de 500 cc de cristalooides con presiones arteriales óptimas y frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 125 latidos por minuto, producto del ayuno. Se realizó un monitoreo que reportó ausencia de actividad uterina, fetocardia normal y una ecografía obstétrica más perfil biofísico adecuado para la edad gestacional. La paciente manifestó temor e inconformidad con la información brindada.
- Tercer día:** Gestante con hipotensión. Se suspendió la administración de nifedipino y se inició la de terbutalina de 2,5 g cada 8 horas. Los resultados de laboratorio reportaron neutrofilia, por lo cual se efectuó un tratamiento de antibioticoterapia con cefalotina de 1 g cada 6 horas. Se solicitó hemograma y proteína C reactiva de control. Se acudió al llamado de enfermería por dolor a nivel pélvico. Al realizar el tacto vaginal, se encontró el cuello corto posterior no dilatado, sin salida de líquido, estación +1 y monitoreo fetal reactivo sin estrés. Bajo estas condiciones, la FCF fue de 150 latidos por minuto. La gestante se encontraba intranquila y poco colaboradora; manifestó deseos de terminar su embarazo y expresó sentimientos de soledad, angustia e impotencia por su situación.
- Cuarto día:** Paciente hemodinámicamente estable, afebril, con ecografía y perfil biofísico en parámetros normales, monitoreo fetal reactivo y Doppler fetoplacentario normal. Al ser valorada por perinatología, se dio continuidad al embarazo, a la antibioticoterapia y a la

analgésia. La paciente permaneció hospitalizada hasta completar las 37 semanas de gestación. El fruto de la gestación fue un recién nacido vivo, de sexo masculino. Se realizó adaptación neonatal inmediata, con prueba de Apgar al minuto = 8/10 y a los cinco minutos = 10/10. El peso del neonato fue de 3 070 g y la talla, de 51 cm.

Figura 1. Cuidado de enfermería en amenaza de parto pretérmino según la teoría de Mishel



Fuente: Datos del estudio.

Según la Figura 1, la meta primordial del cuidado de enfermería es contrarrestar los efectos negativos de la situación clínica y contribuir al bienestar materno-fetal. En la valoración focalizada de cada uno de los elementos teóricos de la teoría de Mishel, se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo con los dominios de salud afectados, según la taxonomía NANDA (18). Posteriormente, se planteó el resultado esperado NOC (19), con sus respectivas intervenciones NIC (20).

Resultados

Incertidumbre

Es la incapacidad personal para dar significado a un hecho relacionado con el estado de la enfermedad. En relación con la paciente objeto de estudio, se creó una asociación con la situación experimentada en su tercera gestación, de 33,5

semanas. Presentó un cuadro clínico de dolor pélvico de tipo contracción. Los antecedentes obstétricos de la gestante fueron gestaciones: 3; partos: 1; abortos: 1; mortalidad: 1 y se hospitalizó por alto riesgo obstétrico.

La gestante manifestó que su situación era molesta, pues desconocía su enfermedad. Su opinión no parecía ser importante, dado que el personal médico sólo se acercaba para suministrar el tratamiento y valorar su estado y el del bebé. Nunca le explicaron su condición, ni conocieron su percepción situacional. La duda y la incertidumbre fueron poco favorables durante la hospitalización. La confusión con la información acerca del estado de salud, los procedimientos y las intervenciones aumentaban la ansiedad y la angustia. La incertidumbre convertía la hospitalización en un evento perturbador, causando ira, frustración y soledad por el escaso tiempo de los horarios de las visitas y la poca actividad física que se les permite realizar (8).

De acuerdo con Ceron *et al.*, "Durante la gestación, las madres sienten temor o miedo por el nacimiento de su hijo antes de tiempo", inicialmente experimentan incertidumbre, tristeza y desilusión (21). Por esto, la enfermería debe proporcionar información clara y completa sobre los cambios que genera la situación clínica, buscando mejorar el confort, el bienestar y el equilibrio emocional de las gestantes (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. La enfermería en la incertidumbre

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionada con el apoyo social insuficiente.	Orientación sobre la salud.	Apoyo en toma de decisiones. Enseñanza: proceso de enfermedad. Educación para la salud. Identificación de riesgos.
	Impotencia relacionada con el régimen terapéutico complejo.	Aceptación: estado de salud.	Apoyo emocional. Aumentar sistemas de apoyo. Establecimiento de objetivos comunes.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Riesgo de impotencia relacionado con el apoyo social insuficiente.	Autonomía personal.	Enseñanza: proceso de enfermedad. Mejorar el afrontamiento.
	Temor relacionado con la respuesta innata a los estímulos.	Autocontrol del miedo.	Asesoramiento. Disminución de la ansiedad. Técnica de relajación.

Fuente: Datos del estudio.

Esquema cognitivo

Es la interpretación subjetiva del paciente respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización. La gestante conocía la causa de hospitalización y el manejo médico, reconociendo el tratamiento, especialmente el manejo del dolor. También manifestó que deseaba que su bebé naciera, porque "no soportaba el dolor de las contracciones". Esta situación clínica llevó a que la gestante desconociera la enfermedad y los cuidados que debe brindar a su hijo, debido a que no categorizaba la enfermedad, por la desinformación y la ambigüedad (22). Enfrentarse a situaciones nuevas que amenazan la condición de salud impide tomar medidas para enfrentar el esquema cognitivo (23). El cuidado de enfermería debe ser individualizado, de manera que permita abordar sentimientos e inquietudes mediante una comunicación asertiva y oportuna, que fortalezca la relación enfermería-paciente (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. La enfermería en el esquema cognitivo

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Percepción Cognición	Conocimientos deficientes relacionados con la información insuficiente.	Conocimiento: proceso de enfermedad.	Enseñanza individual. Enseñanza: proceso de enfermedad; medicamentos prescritos; procedimiento/tratamiento.
	Disposición para mejorar los conocimientos.	Comunicación: fomento de la salud.	
Sexualidad	Riesgo de alteración de la diada materno-fetal relacionado con las complicaciones del embarazo.	Estado materno: parto.	Cuidados del embarazo de alto riesgo. Identificación de riesgos. Aumentar sistema de apoyo. Cuidados prenatales.

Fuente: Datos del estudio.

Marco de los estímulos

Constituye la forma, la composición y la estructura de los estímulos que percibe un paciente. En relación con el presente estudio, la gestante experimentó dolor a nivel pélvico a pesar del tratamiento, dolor que se asoció con el parto. La gestante manifestó sentir miedo, tristeza, preocupación, inseguridad y angustia (8).

Las complicaciones gestacionales y el desconocimiento de la situación aumentaron la ansiedad y el temor en la gestante, afectando la esfera emocional

y la interacción con el equipo de salud (24). Por su parte, la enfermería intervino positivamente los estímulos negativos que dificultaban la adaptación a la situación clínica en estudio e hizo uso del cuidado para transformar la incertidumbre en adaptación al cambio, modificando el significado de los eventos (22) (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. La enfermería en el marco de los estímulos

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Gestión ineficaz de la salud relacionada con el apoyo social insuficiente; impotencia; régimen terapéutico complejo.	Autogestión de los cuidados.	Facilitar el aprendizaje. Modificación de la conducta. Reestructuración cognitiva. Acuerdo con el paciente.
	Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con las estrategias de afrontamiento.	Conducta de fomento de la salud.	Aumentar sistemas de apoyo. Educación para la salud. Identificación de riesgos.
Actividad/reposo	Disposición para mejorar el autocuidado.	Autogestión de los cuidados.	Ayuda con el autocuidado. Enseñanza individual.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Ansiedad relacionada con la crisis situacional.	Nivel de ansiedad.	Disminución de ansiedad. Mejorar el afrontamiento. Apoyo emocional.
	Estrés por sobrecarga relacionado con los factores estresantes.	Nivel de estrés.	Fomentar la resiliencia. Aumentar los sistemas de apoyo.
Confort	Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos.	Control del dolor.	Administración de la medicación. Disminución de la ansiedad. Manejo del dolor.

Fuente: Datos del estudio.

Fuentes de la estructura

Representan los recursos existentes para interpretar el marco de los estímulos del paciente.

La autoridad con credibilidad: Es entendida como el grado de confianza que el paciente tiene en el personal que le brinda atención, permite de forma directa disminuir la incertidumbre a través de la interpretación de los hechos. En el caso del presente estudio, no coexistió confianza entre el personal de salud y la gestante que permitiera una comunicación efectiva para mitigar las dudas que tenía la gestante. El rol disciplinar de

la enfermería se prestó para explicar los factores estresantes asociados al cuidado, minimizando el miedo y logrando seguridad y confianza en el cuidado brindado (23).

El apoyo social: Influye en la incertidumbre cuando se interpreta el significado de los hechos. Factores como la procedencia del área rural y la distancia dificultan el contacto y la compañía con los familiares, aumentando la sensación de incertidumbre. El profesional de enfermería debe abarcar el apoyo psicosocial de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, independientemente de la incertidumbre presentada (21), de manera que es fundamental emprender acciones responsables para cuidar la salud de la gestante (22) (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. La enfermería en la fuente de la estructura

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Percepción/cognición	Disposición para mejorar la comunicación.	Comunicación.	Potencialización de la socialización. Escucha activa. Orientación de la realidad.
	Deterioro de la interacción social relacionado con la ausencia de personas significativas.	Habilidades de interacción social.	Aumentar los sistemas de apoyo. Potenciación de autoestima.
Rol/relaciones	Relación ineficaz asociada a los factores estresantes.	Desempeño: seguridad psicosocial.	Asesoramiento. Terapia familiar. Mediación de conflictos.
	Riesgo de relación ineficaz asociado a los factores estresantes.	Relación entre el cuidador principal y el paciente.	Asesoramiento. Estimulación de la integridad familiar. Mejorar el afrontamiento.
Confort	Aislamiento social relacionado con los recursos personales insuficientes.	Implicación social.	Apoyo emocional. Facilitar las visitas. Terapia de actividad.
	Riesgo de soledad relacionado con el aislamiento social.	Nivel de ansiedad social.	Apoyo a la familia. Fomentar la implicación familiar. Mantener los procesos familiares.

Fuente: Datos del estudio.

Capacidades cognitivas: Se refieren a las habilidades que el paciente posee para procesar información. Por su parte, la gestante de la presente situación de enfermería dispuso de sus capacidades

cognitivas para comprender su estado de salud, lo cual llevó a señalar que se debe garantizar una comunicación clara y precisa. El lenguaje que usa el equipo de salud debe ser comprensible para las gestantes que requieran de su servicio, pues en ocasiones la información contiene tecnicismos difíciles de entender (8). En este sentido, el lenguaje claro utilizado por el profesional de enfermería le permite a la gestante mejorar su capacidad cognitiva ante el problema de salud que confronta, participando de su tratamiento, modificando la relación médico-paciente en fraternidad y mutua colaboración (25) (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. La enfermería en la capacidad cognitiva

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Disposición para mejorar la resiliencia.	Creencias sobre la salud.	Establecimiento de objetivos comunes. Mejora de la autoconfianza y afrontamiento. Modificación de la conducta.
Principios vitales	Disposición para mejorar la toma de decisiones.	Conducta de cumplimiento.	Apoyo en toma de decisiones. Asesoramiento. Acuerdo con el paciente.
Confort	Disposición para mejorar el confort.	Estado de salud personal.	Apoyo emocional. Manejo del dolor. Mejorar afrontamiento.
	Disconfort relacionado con los síntomas asociados a la enfermedad.	Estado de comodidad.	Administración de medicación. Disminución de la ansiedad. Cambio de posición.

Fuente: Datos del estudio.

Inferencia

Consiste en realizar la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de las experiencias relacionadas con otros embarazos. La gestante objeto de estudio “a sus 18 años, tuvo su primer embarazo y en su decimosegunda semana gestacional tuvo un aborto; dos años después, concibe por segunda vez, pero a las 26 semanas de gestación pierde a su bebé”. Las vivencias anteriores generaron mayor incertidumbre en la gestante de nuestro estudio, lo que se relaciona con otra investigación, para cuyos autores “son situaciones inexplicables, sin significado ante la enfermedad y sus complicaciones, y sin respuesta a los hechos vividos y a la nueva experiencia” (22). La gestante manifestó el acontecimiento actual de acuerdo con sus vivencias, con motivación y

confianza en el profesional de enfermería (22), pero en la inferencia se perturbó el campo emocional por la condición de riesgo existente (23). El profesional de enfermería estuvo en la capacidad de ofrecer a la gestante el soporte emocional necesario para afrontar la situación y mejorar la calidad del embarazo (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. La enfermería en la inferencia

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Autopercepción	Disposición para mejorar la esperanza.	Afrontamiento de problemas.	Acuerdo con el paciente. Aumentar sistemas de apoyo.

Fuente: Datos del estudio.

Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial común del paciente. De acuerdo con este concepto, se encontró que la gestante objeto de estudio comprendió que la vigilancia continua favorece el óptimo bienestar materno-fetal. La adaptación permitió reconocer la importancia de la autonomía de la gestante para el cuidado del recién nacido prematuro (21). La humanización del cuidado fortaleció el vínculo entre la enfermería y la gestante, ya que permitió que ella comprendiera la incertidumbre, aceptando los cambios desde una perspectiva positiva (22) (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. La enfermería en la adaptación

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Disposición para mejorar la gestión de la salud.	Conducta para fomentar salud.	Enseñanza individual. Identificación de riesgos. Establecimiento de objetivos comunes.
Rol/relaciones	Interrupción de los procesos familiares relacionada con la crisis situacional.	Funcionamiento de la familia.	Aumentar sistemas de apoyo. Fomentar presencia familiar.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Afrontamiento defensivo relacionado con la incertidumbre.	Afrontamiento de problemas.	Acuerdo con el paciente. Clarificación de valores. Potenciación de la autoestima.
	Afrontamiento ineficaz relacionado con el apoyo social insuficiente.	Afrontamiento de problemas.	Apoyo en toma de decisiones. Mejorar el afrontamiento. Modificación de la conducta.
	Disposición para mejorar el afrontamiento.	Aceptación: estado de salud.	Acuerdo con el paciente. Mejorar el afrontamiento. Asesoramiento.

Fuente: Datos del estudio.

Conclusiones

La amenaza de parto pretérmino genera incertidumbre en la gestante por el desconocimiento de la enfermedad y por la desconfianza hacia el personal de salud. El eje principal del cuidado es la disminución de factores estresantes para asumir la incertidumbre positivamente, logrando un afrontamiento individual. Al minimizar la inestabilidad emocional, se comprende el entorno, convirtiéndose en una oportunidad para la participación activa en la toma de decisiones.

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel contribuye a la práctica de enfermería, pues permite dar continuidad al cuidado diario, con resultados satisfactorios para la gestante y su familia. La confianza depositada en la enfermería influye en la transformación de la incertidumbre, a través del cuidado humanizado, disminuyendo la ansiedad y los temores, lo cual hace que se afronten positivamente las conductas de salud.

Referencias

- (1) Aguilera NL, Vega G, Montañez MA, Montesinos L. Riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 20 ago 2015];23(1-2):21-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100005>
- (2) Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas [Editorial]. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 19 ago 2015];72(4):217-220. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001&lng=es
- (3) Ortiz RA, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev Colomb Psiquiatr* [revista en Internet]. 2016 [acceso: 20 dic 2016];45(2):75-83. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.006>
- (4) López N, González M, Álvarez L, Martínez N, González A, Omeñaca F. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 13 ago 2015];76(5):302-310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000500004>
- (5) García I, Alemán MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 13 ago 2015];39(2):120-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es
- (6) Carvajal J, Vera C. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];79(1):64-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100011>
- (7) Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];14(4):383-392. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400008>
- (8) Vásquez C, Quintero J, Jiménez HJ, Preciado JA. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 20 dic 2016];12(31):357-371. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/revision4.pdf>
- (9) Robert JA, Leiva JL, Germain AA. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica Las Condes. *Rev Med Clín Condes* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 19 ago 2015];25(6):953-957. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70643-1](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70643-1)
- (10) Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 12 ago 2015];72(2):83-88. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000200003&lng=es
- (11) Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 19 ago 2015];77(5):338-341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500003>

- (12) Lozano-Mosquera SJ, Muñoz-Pérez DL, Cortés-Yepes HA, Zuleta-Tobón JJ. Cervicometría menor o igual a 25 mm para identificar parto a los siete días en pacientes con amenaza de parto prematuro. Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de cuarto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, 2009-2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];65(2):112-114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.59>
- (13) Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 20 ago 2015];22(1-2):60-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>
- (14) Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 20 ago 2015];12(2):169-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a08>
- (15) Brevis I, Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Med Inten* [revista en Internet] 2011 [acceso: 10 jul 2015];26(1):27-34. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- (16) Morales E, Rubio AM, Ramírez MV. Meta-paradigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *RECIEEN* [revista en Internet] 2012 [acceso: 10 jul 2015];(4):1-17. Disponible en: DOI: 10.14198/recien.2012.04.06
- (17) Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)* [revista en Internet] 2012 [acceso: 10 jul 2015];11(1):34-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- (18) NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (19) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (Eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (20) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (Eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (21) Cerón ML, Argote LA. La inasistencia al Programa Madre Canguro desde la teoría de la incertidumbre y del modelo Dreyfus. *Av Enferm* [revista en Internet] 2012 [acceso: 11 jul 2015];30(3):70-82. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39866>
- (22) Ruydiaz KS, Fernández SP. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 20 dic 2016];24(1-2):67-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>
- (23) Wilhelm L, Alves C, Demori C, Silva S, Meincke SM, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet] 2015 [access: 2016 Dec 10];14(3):284-293. Available from: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155206>
- (24) Marina C. Aspectos físicos y emocionales durante la estancia hospitalaria de gestantes con amenaza de parto prematuro [monografía de pregrado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014.
- (25) Cabrera C, Uzcátegui O. Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 20 dic 2016];74(2):87-102. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es