

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i3.1595>

Abordaje integral de la insuficiencia cervical desde el cuidado de enfermería basado en la teoría de adaptación: A propósito de un caso

Comprehensive Approach to Cervical Insufficiency Through Nursing Care Based on the Adaptation Theory: A Case Report

Nathaly Anahi Hernandez Medina

nhernande4@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-4724-6411>

Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Marlene Johana Chamba Tandazo

mchamba@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Geni Levita Merizalde Naula

Gmerizald2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-6648-0676>

Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Melany Germania Dávila Erreyes

mdavila7@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-1994-6309>

Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Dayana Lizbeth Velasquez Males

dvelasque3@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-0770-1669>

Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Artículo recibido: 18 agosto 2025 - Aceptado para publicación: 28 septiembre 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

La insuficiencia cervical es una condición obstétrica caracterizada por la incapacidad del cuello uterino para mantenerse cerrado durante el embarazo, lo que puede desencadenar abortos espontáneos o partos prematuros, especialmente en el segundo trimestre. Esta patología representa una causa prevenible de pérdida gestacional si se identifica oportunamente; sin embargo, muchas veces pasa desapercibida debido a la ausencia de síntomas evidentes en etapas tempranas. Las complicaciones asociadas pueden ser agudas, como la pérdida fetal, infección intraamniótica y hemorragias, o a largo plazo, como trastornos emocionales, infertilidad secundaria y dificultades en embarazos futuros. El objetivo fue identificar los factores de riesgo

de una paciente para establecer un plan de cuidados de enfermería centrado en su adaptación ante un embarazo de alto riesgo. La paciente de 23 años, cursando actualmente su segunda gestación, con factores de riesgo múltiples, entre ellos infección urinaria, antecedentes de aborto incompleto y legrado uterino por insuficiencia cervical diagnosticada de forma tardía, además de una infección vaginal mal tratada que persistió hasta el final de su primera gesta. Los resultados del abordaje enfermero permitieron estructurar cuidados dirigidos a la vigilancia materna, educación sobre signos de alarma y apoyo emocional continuo. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue clave para priorizar intervenciones individualizadas y humanizadas. Asimismo, la Teoría de Adaptación de Callista Roy brindó un marco útil para comprender el afrontamiento de la paciente ante situaciones difíciles, favoreciendo respuestas adaptativas en los planos físico y emocional.

Palabras Clave: embarazo, insuficiencia cervical, factores de riesgo, cuidado de enfermería, teoría de enfermería

ABSTRACT

Cervical insufficiency is an obstetric condition characterized by the inability of the cervix to remain closed during pregnancy, which may lead to spontaneous abortions or preterm births, especially in the second trimester. This pathology represents a preventable cause of gestational loss if identified in a timely manner; however, it often goes unnoticed due to the absence of evident symptoms in early stages. Associated complications may be acute—such as fetal loss, intra-amniotic infection, and hemorrhages—or long-term, including emotional disorders, secondary infertility, and complications in future pregnancies. The objective was to identify the risk factors of a patient in order to establish a nursing care plan focused on her adaptation to a high-risk pregnancy. Our patient, a 23-year-old woman currently in her second pregnancy, presented multiple risk factors, including urinary tract infection, a history of incomplete abortion and uterine curettage due to cervical insufficiency diagnosed late, and an improperly treated vaginal infection that persisted until the end of her first pregnancy. The outcomes of the nursing approach enabled the structuring of care focused on maternal monitoring, education on warning signs, and continuous emotional support. The application of the Nursing Care Process (NCP) was essential to prioritize individualized and humanized interventions. Likewise, Callista Roy's Adaptation Model provided a useful framework for understanding the patient's coping process in the face of difficult situations, promoting adaptive responses both physically and emotionally.

Keywords: pregnancy, cervical insufficiency, risk factors, nursing care, nursing theory

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cervical, también denominada incompetencia istmicocervical, es una condición obstétrica caracterizada por la incapacidad del cuello uterino para mantener el embarazo en ausencia de contracciones uterinas o signos clínicos de parto prematuro. Esta afección provoca una dilatación cervical indolora que puede culminar en la pérdida del feto, generalmente entre el segundo y el inicio del tercer trimestre y es el responsable de entre el 8 % y el 15 % de los abortos espontáneos en el segundo trimestre, lo que la convierte en una causa significativa de morbilidad obstétrica prevenible si se detecta a tiempo (Gava Nunes et al., 2024).

A nivel mundial, la insuficiencia cervical afecta entre el 0,5 % y el 1 % de las mujeres embarazadas, y su prevalencia se eleva hasta un 8 % en aquellas con antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre. En América Latina, las cifras son difíciles de precisar por el subregistro, pero se estima que al menos el 5 % de los abortos de segundo trimestre están relacionados con esta condición y en el Ecuador, se reportan anualmente cerca de 24.000 abortos, de los cuales un número significativo corresponde a pérdidas espontáneas. En la provincia de El Oro, aunque no hay datos específicos desagregados por insuficiencia cervical, la presencia de factores socioeconómicos como el limitado acceso a controles prenatales tempranos podría aumentar su incidencia (Thakur et al., 2025; Organización mundial de la salud OMS, 2021; Primicias el periodismo comprometido, 2024).

Los factores de riesgo más comunes incluyen antecedentes de legrado uterino, partos prematuros, traumatismos cervicales, malformaciones uterinas, infecciones vaginales y urinarias recurrentes, así como la exposición prenatal al dietilestilbestrol (es un estrógeno sintético que se recetaba a mujeres embarazadas entre 1940 y 1970 para prevenir abortos. Más tarde se descubrió que causaba malformaciones uterinas, infertilidad y aumento del riesgo de cáncer en los hijos expuestos durante el embarazo, por lo que fue suspendido). En el caso presentado, se observa un historial de infección urinaria no tratada adecuadamente, lo cual puede contribuir a la inflamación y debilitamiento del cuello uterino, favoreciendo la insuficiencia cervical. Otros factores de riesgo menos estudiados pero relevantes incluyen el bajo nivel de educación en salud sexual y reproductiva y el escaso acompañamiento psicológico en embarazos de alto riesgo (Mayo clinic, 2025).

Los signos y síntomas clínicos de la insuficiencia cervical son frecuentemente inespecíficos o inexistentes hasta etapas avanzadas de la dilatación. Las pacientes pueden referir sensación de presión en el periné, flujo vaginal acuoso o mucoso, dolor pélvico tipo cólico y, en casos más avanzados, protrusión de membranas por el orificio cervical. Sin embargo, en muchos casos, estos signos pasan desapercibidos o son subestimados, lo que dificulta un diagnóstico temprano sin evaluación ecográfica (M Ramus, 2024).

Las complicaciones de esta condición pueden dividirse en agudas y crónicas. A corto plazo, la más grave es la pérdida fetal, ya sea por aborto espontáneo tardío o parto prematuro. También puede presentarse infección intraamniótica, rotura prematura de membranas y hemorragias. A largo plazo, las consecuencias incluyen infertilidad secundaria, alteraciones psicológicas como trastorno por estrés postraumático, depresión postaborto, y en algunos casos, rechazo de futuros embarazos por miedo a la pérdida. Las complicaciones también afectan al recién nacido en embarazos que logran avanzar, al aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y complicaciones respiratorias por prematuridad (Nieto D  a et al., 2022).

Las causas pueden ser congénitas o adquiridas. Las congénitas incluyen malformaciones uterinas, tejido conectivo deficiente o exposición intrauterina a agentes como el dietilestilbestrol. Las causas adquiridas son más frecuentes y se relacionan con intervenciones ginecológicas previas como conizaciones, biopsias cervicales, partos instrumentados o múltiples dilataciones uterinas, así como infecciones crónicas como cervicitis o infecciones del tracto urinario que afectan la integridad del cuello uterino (Gascón et al., 2024).

Para el diagnóstico, el examen más fiable es la ecografía transvaginal, que permite medir la longitud del cuello uterino. Una longitud menor a 25 mm entre la semana 16 y 24 de gestación se asocia con alto riesgo de parto prematuro. Otros estudios complementarios incluyen el cultivo vaginal y urinario, la PCR para marcadores inflamatorios, y la evaluación de hemorragias mediante ecografía obstétrica. En contextos de recursos limitados, como algunas zonas de Ecuador, estas pruebas pueden no estar disponibles en atención primaria, lo que retrasa el diagnóstico (Mogrovejo Gavilanes et al., 2021).

El tratamiento preventivo más común consiste en la administración de progesterona natural micronizada, que ha demostrado reducir el riesgo de parto prematuro en pacientes con cuello corto. En casos confirmados o con antecedentes de pérdidas, se indica el cerclaje cervical, una sutura colocada en el cuello uterino para mantenerlo cerrado, idealmente entre las semanas 12 y 14. El tratamiento se complementa con reposo relativo, vigilancia ecográfica frecuente y tratamiento de infecciones urinarias o vaginales concomitantes (B. Bieber y M. Olson, 2025).

Los profesionales de enfermería en países como Canadá, España y Chile cumplen un papel esencial en la atención integral de estas pacientes, realizando control prenatal comunitario, monitoreo del estado emocional, educación sobre signos de alarma, y coordinación con servicios de psicología o psiquiatría cuando es necesario. Su rol incluye también el apoyo continuo durante el duelo gestacional mediante programas como el Código Mariposa, que han sido implementados para humanizar la pérdida perinatal (Poalacin y Bermúdez, 2023).

Finalmente, desde el enfoque enfermero, abordar un caso de insuficiencia cervical no puede limitarse únicamente al manejo clínico, sino que requiere una visión holística que contemple también el impacto emocional, social y espiritual que esta condición provoca en la mujer. En este contexto, la Teoría de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy resulta altamente pertinente,

ya que concibe al ser humano como un sistema en constante interacción con estímulos del entorno que pueden alterar su equilibrio fisiológico y psicológico. Esta teoría permite comprender cómo la paciente, tras una pérdida gestacional traumática y un embarazo actual de alto riesgo, ha debido enfrentar estímulos complejos que comprometen su capacidad adaptativa (Cusme Torres et al., 2023).

La intervención de enfermería, por tanto, se orienta a promover respuestas positivas de adaptación en los distintos modos del modelo de Roy: fisiológico (prevención del aborto), autoconcepto (enfrentamiento emocional del duelo), función del rol (reconstrucción de su identidad como madre) e interdependencia (fortalecimiento de redes de apoyo). La aplicación de esta teoría no solo guía el proceso de atención integral, sino que aporta un marco sólido para planificar intervenciones que acompañen a la paciente de forma empática, humanizada y centrada en sus necesidades reales, con especial atención al componente emocional que atraviesa toda la experiencia de embarazo tras la pérdida (Cusme Torres et al., 2023).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de carácter descriptivo-analítico, cualitativo, se analizaron las características físicas y fisiopatológicas del paciente, también se revisó la historia clínica del paciente, la misma que aportó información específica acerca de la condición patológica del diagnóstico de estudio, además de incorporar elementos que permiten identificar las necesidades presentes, de tal manera que, a partir de su valoración, se plantearon cuidados individualizados de enfermería. Para la investigación, se consideraron aspectos éticos-legales, tras el consentimiento informado del paciente, el cual fue obtenido luego de una entrevista realizada con la paciente. Asimismo, se obtuvo la autorización explícita del esposo de la paciente para llevar a cabo el estudio y se llevaron a cabo seguimientos regulares con la paciente durante el desarrollo de la investigación. Se tomaron en cuenta los principios que rigen la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), y así, no se consideró información que no haya sido autorizada, ni se realizaron procedimientos que perjudiquen al sujeto en mención.

Descripción del caso

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad, multigesta residente en una zona urbana, secundaria completa, vive actualmente con su familia, se encuentra en una relación de unión libre; sin embargo, su pareja trabaja en otra ciudad a 12 horas de distancia, por lo que no cohabitan juntos, y ha llevado que afronte su embarazo en relativa soledad. Se encuentra en condición de reposo domiciliario debido a las complicaciones de su actual estado gestacional. Su índice de masa corporal es de 24.9 con rango normal con una talla de 1.62 m y un peso de 65.4 kg,

Durante su primera gestación, ocurrido en el año 2024, presentó múltiples complicaciones que no fueron atendidas oportunamente, tenía bajo peso al iniciar el embarazo con un IMC de 17, a pesar de que en el primer control se le realizaron exámenes básicos como HEMOGRAMA:

Hemoglobina: 11.1 g/dL Hematocrito: 34 %, Glóbulos blancos: 9,500 /mm³, Neutrófilos segmentados: 60 %, Plaquetas: 268,000 /mm³ y EXAMEN DE ORINA: Aspecto: Claro, Color: Amarillo pálido, pH: 5.2, Densidad: 1.020, Proteínas: Negativo, Glucosa: Negativo, Cuerpos cetónicos: Negativo, Leucocitos: 2 a 4 por campo, Bacterias: Ausentes, Hemoglobina: Ausente, Cilindros: Ausentes, la paciente presentó infección vaginal por lo cual el tratamiento fue Óvulos de metronidazol y clotrimazol por 7 días a pesar del tratamiento siguió presentando secreciones anormales, que evolucionaron desde un tono amarillento hasta una apariencia blanquecina y grumosa tipo "leche cortada", persistentes hasta culminar el embarazo. También refería dolor pélvico tipo cólico con una intensidad moderada (5/10 según EVA), por lo que fue tratada empíricamente con paracetamol.

En el tercer mes, el centro de salud no le proporcionó los suplementos esenciales como ácido fólico ni hierro, lo cual representó una omisión importante en su atención prenatal. Una ecografía temprana reveló un hematoma de pequeño tamaño, pero no se realizó un seguimiento adecuado. No recibió orientación educativa sobre los signos de alarma ni estrategias de prevención. Fue recién en el cuarto mes cuando se le diagnosticó insuficiencia cervical, al evidenciarse la dilatación del cuello uterino sin contracciones. En ese momento ya existía un peso fetal considerable, lo cual limitaba la efectividad de las medidas conservadoras. Se le indicó progesterona y reposo absoluto, pero los síntomas persistieron por lo cual fue internada en un hospital materno infantil.

A su ingreso hospitalario, se registraron los siguientes signos vitales: presión arterial de 98/62 mmHg, frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8°C y saturación de oxígeno de 97%. La paciente se encontraba consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con facies de dolor leve y evidenciando un estado general regular.

Se registró una talla de 1.62 metros y un peso corporal de 45.6 kilogramos, con lo cual se calculó un índice de masa corporal (IMC) de 17.4 kg/m², lo que corresponde a un estado de bajo peso según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tras 5 días de hospitalización, a las 23 semanas de gestación, sufrió un aborto incompleto, por lo que requirió un legrado uterino, tras esta pérdida, se activó el Código Mariposa para brindar apoyo emocional. La paciente atravesó un duelo complejo con dos intentos autolíticos, por lo que recibió seguimiento por psicología y psiquiatría, completando un total de 10 sesiones en un periodo de 4 meses.

En el embarazo actual, la paciente tiene 14 semanas de gestación, con un diagnóstico de IVU más presencia de tres hematomas placentarios, dos marginales y uno microndiano. Debido al antecedente previo de aborto espontáneo incompleto por insuficiencia cervical, se instauró el tratamiento con progesterona vía oral de 100 mg cada 12 horas por 10 días para mantener cerrado el cérvix, este embarazo es catalogado de alto riesgo, la paciente ha acudido a tres controles

prenatales y mantiene seguimiento psicológico, hasta la fecha solo ha tenido una sesión programada y se espera que continúe con atención integral en el hospital donde está previsto su próxima cita psicológica.

A las 17 semanas acude al control prenatal presentado signos vitales de presión arterial 117/72 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.9 °C y saturación de oxígeno del 98% al aire ambiente con un peso 65.4 kilogramos, talla 1.62 metros, obteniéndose un índice de masa corporal (IMC) de 24.9 kg/m², ubicado en el límite superior del rango de peso normal según la clasificación de la OMS. La paciente se encontraba alerta, orientada y sin signos clínicos de compromiso hemodinámico. En la evaluación obstétrica, se constató una frecuencia cardíaca fetal de 156 latidos por minuto, dentro de los valores fisiológicos normales, con actividad y movimientos fetales presentes. La ecografía obstétrica más reciente reveló la persistencia de los tres hematomas placentarios dos marginales y uno microndiano sin aumento de tamaño, así como un cérvix cerrado y de longitud conservada para la edad gestacional.

Este caso refleja no solo las implicaciones clínicas de la insuficiencia cervical no diagnosticada a tiempo, sino también la necesidad de un enfoque preventivo e interdisciplinario, que abarque tanto la atención médica como el acompañamiento emocional y educativo, especialmente en contextos con barreras de acceso y atención fragmentada.

Figura 1

Ecografía Obstétrica



Fuente: Presencia de hematomas placentarios: dos marginales y uno microndiano

Proceso de Atención de Enfermería

Tabla 1

Plan de Cuidado de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Planificación (Objetivo)	Intervención de Enfermería
1. Riesgo de aborto relacionado con antecedentes de insuficiencia cervical y presencia de hematomas placentarios.	Prevenir la amenaza de aborto mediante seguimiento prenatal estricto y adherencia a tratamiento médico.	- Controlar signos y síntomas de amenaza de aborto (dolor pélvico, sangrado, flujo vaginal): se va a realizar el control en cada visita, aplicando escala EVA para dolor y observación de características del flujo - Promover adherencia a la administración de progesterona: explicar a la paciente y su familia la función del medicamento, efectos secundarios y cómo se administra (vía oral). Si es cada 12 horas, preferiblemente debe ser a la misma hora cada día (por ejemplo, 8:00 a.m. y 8:00 p.m.), se recomienda tomarla con alimentos ricos en grasa saludable (como aguacate, huevo, yogurt entero o nueces) porque mejora su absorción intestinal - Educar sobre reposo relativo: brindar pautas claras sobre posiciones seguras, evitar cargas, esfuerzo físico y mantener rutinas adaptadas a su condición, validando comprensión mediante retroalimentación. - Coordinar seguimiento ecográfico periódico: facilitar agendamiento en el centro especializado y asegurar que entienda la importancia de asistir puntualmente.
2. Afrontamiento ineficaz relacionado con experiencia de pérdida gestacional previa y escaso acompañamiento emocional manifestado por intentos autolíticos previos.	Mejorar la capacidad de afrontamiento emocional de la paciente ante su embarazo de alto riesgo.	- Establecer un vínculo terapéutico mediante escucha activa: en cada encuentro, brindar espacio para que exprese sus temores y sentimientos, sin juzgar ni minimizar su experiencia. (si es posible aplicar la tele-enfermería en reposo absoluto) - Coordinar apoyo psicológico continuo: contactar con el área de salud mental para asegurar continuidad de atención. Acompañar a la paciente en el proceso de cita y facilitar seguimiento. - Reforzar logros emocionales: validar verbalmente sus avances y resiliencia desde la pérdida previa. Utilizar frases afirmativas y gestos empáticos para promover seguridad y autoestima.
3. Déficit de conocimiento sobre embarazo de alto riesgo relacionado con insuficiente educación prenatal previa manifestado por pérdida fetal.	Incrementar el conocimiento de la paciente sobre el cuidado prenatal específico en embarazos de alto riesgo.	- Diseñar sesiones breves de educación individualizada: usar lenguaje claro y adaptado a su nivel educativo. Incluir temas como: signos de alarma, medicamentos, controles prenatales, higiene íntima y alimentación. (Tele-Enfermería) - Utilizar material visual: mostrar folletos o trípticos simples sobre el cuello uterino, cambios gestacionales y medidas de protección. - Evaluar comprensión con preguntas abiertas al finalizar cada sesión. - Incluir a un familiar o cuidador en la educación cuando sea posible: fomentar el apoyo domiciliario informado.

Diagnóstico de Enfermería	Planificación (Objetivo)	Intervención de Enfermería
4. Soledad relacionada con la ausencia física de la pareja y falta de red de apoyo activa.	Fortalecer la red de apoyo emocional y social de la paciente durante su embarazo.	- Identificar personas significativas en su entorno que puedan brindarle apoyo: explorar conversaciones. - Coordinar con trabajo social si se identifica situación de vulnerabilidad familiar: facilitar intervención institucional o comunitaria. - Estimular contacto regular con la pareja por medios virtuales: sugerir video llamadas frecuentes y fomentar su involucramiento emocional aún a distancia. - Integrar a la paciente en grupos de apoyo para gestantes en riesgo (virtuales, si están disponibles): sugerir participación semanal o mensual.
5. Riesgo de bajo estado nutricional relacionado con antecedentes de bajo IMC en embarazo anterior y omisión de micronutrientes.	Mantener un estado nutricional adecuado durante el embarazo actual.	- Coordinar valoración nutricional inicial y seguimiento mensual para prevenir que baje de peso - Orientar sobre alimentación rica en hierro, ácido fólico y proteínas: proporcionar lista de alimentos locales accesibles y adaptarla a sus costumbres - Supervisar adherencia a suplementos prenatales: recordar en cada visita su importancia y ayudar a resolver barreras (olvidos, efectos adversos, creencias) - Realizar control periódico de peso y talla para monitorear progreso: registrar en cada control y explicar su evolución.

Evaluación

La paciente ha presentado avances favorables en varias dimensiones, aunque persisten factores de riesgo que requieren seguimiento continuo. Clínicamente, el cuello uterino se ha mantenido cerrado gracias a la adherencia al tratamiento con progesterona oral, sin episodios nuevos de sangrado o contracciones dolorosas. El control ecográfico reciente muestra estabilidad de los hematomas, sin incremento en su tamaño, lo cual es un dato positivo en la evolución obstétrica.

En el aspecto emocional, la paciente ha mostrado mejor disposición para comunicarse y expresar sus temores. A través de las sesiones de escucha activa y del acompañamiento psicológico, se ha notado una disminución progresiva en los niveles de ansiedad, aunque continúa manifestando episodios de preocupación especialmente ante ausencias prolongadas de su red de apoyo. A pesar de ello, verbaliza sentirse más contenida emocionalmente y ha desarrollado estrategias de afrontamiento más saludables.

En cuanto al componente educativo, la paciente ha demostrado comprensión adecuada de los cuidados específicos que requiere su embarazo. Reconoce signos de alarma, ha mejorado su adherencia a los controles prenatales y a la suplementación nutricional. Refirió que aún presenta

ciertas dificultades para mantener horarios exactos de medicación y alimentación, pero ha aceptado apoyo de un familiar cercano para organizar mejor su rutina diaria, nutricionalmente, se ha evitado la pérdida de peso, manteniéndose dentro de parámetros aceptables para su edad gestacional,

En conclusión la paciente ha respondido de manera favorable al plan de cuidados, mostrando avances clínicos, emocionales y conductuales relevantes. Sin embargo, sigue siendo una gestante de alto riesgo que requiere monitoreo frecuente, apoyo emocional constante y educación reforzada para evitar complicaciones futuras

Teoría de afrontamiento y adaptación de callista roy

La Teoría de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy constituye un modelo conceptual que considera al ser humano como un sistema abierto, en constante interacción con el entorno, capaz de recibir estímulos y responder a ellos mediante mecanismos de afrontamiento que pueden ser efectivos o ineficaces. La función de la enfermería, según esta teoría, es promover respuestas adaptativas positivas que ayuden a mantener o restablecer el equilibrio del paciente en sus diferentes dimensiones: fisiológica, emocional, social y relacional. Roy propone cuatro modos de adaptación en los cuales se deben enfocar las intervenciones de enfermería: el modo fisiológico, el modo de autoconcepto, el modo de función del rol y el modo de interdependencia. Estos modos permiten comprender de manera integral la experiencia de la persona ante situaciones de enfermedad, pérdida o crisis vital, y guiar el cuidado de forma más empática y centrada en la persona.

Actualmente tiene un embarazo actual de alto riesgo por la misma patología, se evidencia claramente cómo cada uno de estos modos adaptativos ha sido desafiado por las circunstancias vividas y cómo el proceso de enfermería debe responder a ellos de manera sistemática y humanizada.

Desde el modo fisiológico, el organismo de la paciente evidencia múltiples alteraciones: aborto incompleto en el segundo trimestre, hematomas placentarios y cuello uterino vulnerable. Estos hallazgos constituyen estímulos adversos que comprometen la estabilidad del embarazo. La adaptación fisiológica se ha favorecido mediante reposo relativo, control ecográfico, administración profiláctica de progesterona y vigilancia de signos de alarma. En este contexto, el rol de enfermería es asegurar la comprensión, aceptación y cumplimiento de las indicaciones, a través de educación clara, acompañamiento cercano y seguimiento continuo, promoviendo la adherencia terapéutica y la prevención de nuevas complicaciones.

Modo de autoconcepto (Modelo de Adaptación de Roy). La paciente presenta un proceso emocional complejo posterior a una pérdida gestacional a las 23 semanas en su primer embarazo, experiencia vivida como traumática y asociada a dos intentos autolíticos, duelo complicado e intenso temor frente al embarazo actual. Estas manifestaciones sugieren una alteración del autoconcepto, con impacto en la identidad femenina y en el rol materno anticipado.

Desde el enfoque de Roy, los objetivos del cuidado de enfermería se orientan a restaurar la autoestima, reconfigurar una imagen corporal y emocional positiva y potenciar estrategias de afrontamiento adaptativas. Las intervenciones incluyen validación y legitimación de las emociones, escucha activa, psicoeducación sobre duelo perinatal, técnicas básicas de regulación emocional, fortalecimiento de la red de apoyo y derivación oportuna a salud mental (psicología/psiquiatría) para evaluación del riesgo suicida y elaboración de un plan de seguridad. La implementación de estrategias humanizadoras como el Código Mariposa favorece la resignificación de la pérdida, facilita rituales de despedida y contribuye a una recuperación emocional más saludable, con potencial beneficio sobre la adherencia al control prenatal y la continuidad del tratamiento. Respecto al modo de función del rol, la paciente se encuentra en una etapa de transición y redefinición de su identidad como madre. El embarazo actual, aunque deseado, está atravesado por el temor, la incertidumbre y la ausencia física de su pareja, que trabaja en otra ciudad. Esto genera una sensación de carga emocional y aislamiento que puede afectar negativamente su adaptación al rol materno. Desde la perspectiva de Roy, el personal de enfermería debe ayudar a la paciente a fortalecer su sentido de competencia y valor en este nuevo rol. Se pueden aplicar intervenciones como el refuerzo positivo, el reconocimiento de sus esfuerzos por cuidar su embarazo, y la educación sobre el proceso de gestación de alto riesgo, con el fin de empoderarla en su papel como protectora de la vida que lleva en su vientre.

Modo de interdependencia. La paciente dispone de una red familiar limitada en apoyo emocional y mantiene una relación de pareja no conviviente. Aunque reside con sus padres, el acompañamiento afectivo es insuficiente, lo que incrementa su vulnerabilidad percibida. En este escenario, la adaptación interdependiente exige que el equipo de enfermería funcione como articulador entre la paciente y los recursos disponibles, orientado a fortalecer redes de sostén. Las acciones prioritarias incluyen: coordinación con Trabajo Social para mapeo y activación de apoyos; inclusión planificada de familiares y pareja en los controles prenatales; derivación a grupos de apoyo (duelo perinatal, salud mental materna) y acceso a consejería psicológica. Estas intervenciones buscan disminuir el aislamiento, promover vínculos significativos y favorecer el bienestar psicosocial, con impacto positivo en la adherencia al cuidado prenatal.

En conjunto, el Modelo de Adaptación de Roy evidencia que la paciente requiere no solo intervenciones clínicas orientadas a la prevención del aborto, sino también un acompañamiento integral que atienda sus emociones, vínculos, temores y capacidad de afrontamiento frente a una experiencia previa dolorosa y un embarazo actual marcado por la incertidumbre. Desde este enfoque, el cuidado de enfermería trasciende lo estrictamente técnico para convertirse en un cuidado humanizado, empático y centrado en la persona, en el que la recuperación del equilibrio adaptativo depende tanto de los factores fisiológicos como de las dimensiones emocional y social y de la red de apoyo que sostiene a la gestante. Este abordaje integrado favorece la adherencia

terapéutica, reduce el riesgo de nuevas descompensaciones y promueve resultados maternos y perinatales más favorables.

DISCUSIÓN

La insuficiencia cervical continúa siendo un reto obstétrico de difícil detección temprana y abordaje integral. Su definición como una dilatación indolora del cuello uterino en ausencia de contracciones ha sido ampliamente aceptada por autores como (Barzallo et al. 2023) e (Ibarra et al. 2021), quienes coinciden en que esta condición representa una causa significativa de aborto en el segundo trimestre. No obstante, otros investigadores como (Meng et al. 2025) proponen revisar críticamente esta definición, ya que en algunos casos existen contracciones uterinas subclínicas o procesos inflamatorios que preceden la dilatación cervical. Esta discrepancia señala que el diagnóstico debe considerar no solo parámetros estructurales, sino también marcadores bioquímicos de inflamación o infección (Barzallo-Pazhar et al., 2023); (Ibarra-Fortes et al., 2021; (Meng et al., 2025).

En cuanto a la prevalencia, los datos globales han sido consistentes algunos autores estiman una afectación entre el 0,5 % y el 1 % de las embarazadas, cifra que coincide con la revisión de (Villasmil et al. 2021), quienes recalcan que dicha incidencia podría estar subestimada en países en vías de desarrollo. En Ecuador, no existen cifras específicas sobre insuficiencia cervical, lo cual evidencia una brecha en la vigilancia epidemiológica. Esta carencia de información también ha sido denunciada, que el subregistro es consecuencia de un sistema de salud poco sensible a diagnósticos gineco-obstétricos de segundo nivel. En contraste, países como Canadá y Noruega han implementado registros perinatales que permiten trazar estadísticas precisas y guiar políticas públicas más efectivas (Reyna-Villasmil et al., 2021).

Respecto a los factores de riesgo, la literatura es amplia y en general coincide con lo expuesto en la introducción. Se identifican antecedentes de procedimientos uterinos como el legrado o la conización como causas adquiridas más frecuentes. No obstante, estudios recientes como el de Cairo et al. han comenzado a identificar nuevas variables, como el estrés psicosocial sostenido y la pobreza menstrual, como posibles agentes indirectos que comprometen la salud cervical al debilitar el sistema inmune. En este sentido, se amplía la mirada tradicional biomédica hacia un enfoque biopsicosocial más abarcador. Esta postura, sin embargo, no es universalmente aceptada. Autores como (Shvartsman et al. 2023) aún sostienen que los factores estructurales (trauma cervical, exposición al dietilestilbestrol) siguen siendo los más determinantes (Cairo González et al., 2021); (Shvartsman y Brown, 2023).

En cuanto a los signos y síntomas, es evidente la dificultad diagnóstica por su carácter asintomático en etapas iniciales, autores como Fanning et al. (2024), argumentan que muchas mujeres no presentan señales clínicas evidentes hasta que la dilatación cervical ya ha iniciado. Esta realidad refuerza la necesidad de tamizajes ecográficos rutinarios entre las semanas 16 y 24,

no obstante, otros especialistas advierten que la medicalización excesiva de la gestación podría generar ansiedad innecesaria y sobrediagnóstico. Este debate resalta la importancia de individualizar la atención prenatal con base en antecedentes obstétricos y condiciones psicosociales (Fanning Tacoaman et al., 2024; Serón Navas, 2023).

En relación con las complicaciones asociadas, la literatura coincide en que, a corto plazo, predominan las repercusiones de tipo obstétrico, mientras que, a largo plazo, se manifiestan efectos psicológicos de considerable relevancia. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2024) advierte que la pérdida fetal en etapas avanzadas del embarazo conlleva un riesgo elevado de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión posaborto. Estas afectaciones han sido corroboradas por el metaanálisis de Herbert et al. (2022), quienes evidenciaron que el 38 % de las mujeres que experimentan una pérdida gestacional, especialmente por causas como la insuficiencia cervical, presentan sintomatología ansioso-depresiva durante el año posterior al evento. No obstante, a pesar de la solidez de esta evidencia, persisten sistemas de salud en los que el abordaje del componente emocional continúa siendo insuficiente (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2024; Herbert et al., 2022).

El abordaje diagnóstico sigue centrado en la ecografía transvaginal, considerada el estándar de oro. La longitud cervical menor a 25 mm es altamente predictiva de parto prematuro, tal como señala Solari et al. (2023) Sin embargo, otros autores han criticado la falta de sensibilidad de este único parámetro, proponiendo un modelo combinado que incluya ecografía más proteína C reactiva o interleucina-6 como marcadores de inflamación intraamniótica (Solari Grunwald y Carvajal Cabrera, 2023).

El tratamiento preventivo mediante progesterona sigue siendo una de las estrategias más aceptadas, respaldada por la evidencia de meta-análisis como el de Waixing et al. (2020). Aun así, algunos estudios advierten sobre los riesgos asociados, como infecciones, hemorragias y partos aún más prematuros. Estos autores promueven un enfoque más conservador en pacientes sin historia obstétrica severa (Waixing et al., 2020; Hospital Clínic Sant Joan de Déu |, 2024).

El papel de la enfermería ha cobrado mayor protagonismo en contextos internacionales, profesionales en Canadá, España y Chile participan activamente no solo en el control prenatal, sino en el acompañamiento emocional, educación y activación de protocolos como el Código Mariposa, este protocolo ha permitido humanizar el manejo de la pérdida perinatal, facilitando el duelo y fortaleciendo el vínculo con los servicios de salud. En contraste, en Ecuador y otras zonas de Latinoamérica, aún persisten deficiencias en la capacitación del personal de enfermería sobre estos protocolos, lo que limita su implementación real (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Finalmente, la aplicación de la Teoría de Roy en el presente caso se justifica plenamente. Roy plantea que los seres humanos responden de forma adaptativa a los estímulos que alteran su equilibrio. La paciente, tras un aborto anterior y con un embarazo de alto riesgo, enfrenta estímulos fisiológicos y emocionales complejos. El modelo de Roy permite estructurar

intervenciones desde cuatro dimensiones: fisiológica (control ecográfico y farmacológico), autoconcepto (apoyo emocional y psicológico), función del rol (reconstrucción de la identidad materna) e interdependencia (fortalecimiento de vínculos familiares y sociales).

Esta teoría ofrece un marco de cuidado holístico y personalizado, respaldado por experiencias clínicas en centros de atención perinatal en países como Chile, donde ha sido integrada en protocolos de enfermería obstétrica. No obstante, otros críticos señalan que, si bien la teoría ofrece un marco conceptual útil, su aplicación práctica depende fuertemente del contexto institucional y del nivel de formación del profesional de enfermería ((Browning) Callis, 2020).

CONCLUSIONES

La insuficiencia cervical constituye un desafío relevante en la salud materno-fetal, debido a su diagnóstico tardío y las complicaciones que conlleva. Su abordaje requiere una mirada integral que contemple no solo el manejo clínico, sino también el impacto emocional en la paciente. La atención del caso clínico permitió evidenciar la importancia de una práctica enfermera fundamentada en la empatía, el conocimiento científico y el enfoque humanizado. La aplicación de la Teoría de Adaptación de Callista Roy facilitó intervenciones sistemáticas, centradas en las necesidades físicas y emocionales de la gestante, promoviendo su adaptación a un embarazo de alto riesgo. Esta experiencia reafirma que la enfermería no se limita a la ejecución de procedimientos, sino que desempeña un rol fundamental en el acompañamiento, contención y fortalecimiento del vínculo entre la paciente y su proceso de maternidad. Así, se destaca la necesidad de reforzar la formación del personal sanitario en herramientas teóricas y prácticas que permitan brindar cuidados humanizados y transformadores, capaces de mejorar el pronóstico clínico y la experiencia vivencial de quienes enfrentan condiciones obstétricas de alto riesgo.

REFERENCIAS

- Fanning Tacoaman, J., Añazco Nuñez, E., Salinas Salinas, G., y Villarreal Armas, M. (Marzo de 2024). Incompetencia ístmico-cervical: diagnóstico y tratamiento. *Reciamuc*, VIII(1). [https://doi.org/https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.368-374](https://doi.org/https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.368-374)
- Ibarra-Fortes, M., Martín del Campo, E., Carrera-Lomas, E., cStuht-López, D., y Stern-Colin, J. (30 de Agosto de 2021). Días de gestación ganados con diferentes técnicas de cerclaje en pacientes con insuficiencia cervical. *Scielo*, LXXXIII(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3031>
- Mogrovejo Gavilanes, M. F., Ordóñez Castro, E. R., y Molina Romero, C. E. (Julio de 2021). Utilidad de las pruebas predictivas para parto pretérmino. *Revista Medica HJCA*, VII(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.rb.18>
- Thakur , M., Jenkins , S., y Mahajan, K. (Enero de 2025). Insuficiencia cervical. *PubMed*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525954/>
- (Browning) Callis , A. (16 de Agosto de 2020). Aplicación de la Teoría de Adaptación de Roy a un programa de cuidados para enfermeras. *Pubmed*. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>
- Abril, R., Chisag, M., Campos, A., Benítez, K., y Ocaña, M. (2023). Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 489. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023489>
- Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., y Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0>
- B. Bieber , K., y M. Olson, S. (25 de Julio de 2025). Cerclaje cervical. *PubMed*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560523/>
- Barnes, A., y Alston, M. (2023). Perioperative Pain Control for Patients Undergoing Cesarean Delivery. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 17, 1-5. https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=01938899-202311300-00001&Journal_ID=5188715&Issue_ID=6799106#:~:text=match%20at%20L414%20after%20delivery,decrease%20pain%20after%20delivery%20during
- Barriga, P., y Encalada, D. (2022). *Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital “Homero Castanier Crespo” Azogues 2020*. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/38495>
- Barzallo-Pazhar, M., Velásquez-Pesántez, J., y Cedeño-Marín, C. (1 de Enero de 2023). Incompetencia cervical: presentación de un caso. *Revista Metropolitana* , VI(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.62452/6dlj9y61>

- Batista, M., Araujo, A., Santos, R., Lima, D., Nunes, T., y Souza, A. (2021). Retos de la enfermería frente al parto humanizado: percepciones de los profesionales sobre la humanización en obstetricia. *saúdecoletiva*, 11(67), 6956-6962. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6949-6962>
- Becas, M., Blasco, I., Caballero, M., Fernández, A., Gregorio, M., y Salete, C. (2024). Plan de cuidados de enfermería post distocia de hombros. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(3), 39-45. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-post-distocia-de-hombros-caso-clinico/#:~:text=2,neonatali%20della%20distocia%20di%20spalle>
- Cabrera, S. (2023). Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Rev. peru. ginecol. obstet*, 69(3). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2553>
- Cairo González, V., Jiménez Puñales, S., Machado Benavides, H., Marín Tápanes, Y., Cardet Niebla, Y., y Ocenés Reinoso, R. (31 de Diciembre de 2021). Factores de riesgo y características de la cervicometría en pacientes con parto pretérmino. *Scielo*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400531
- Caiza, E., y Medina, G. (2019). PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL Y QUE SON ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO. Ambato, Ecuador: UNIANDES. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10877/1/IFECUAENF016-2019.pdf>
- Chacaliaza, Y., y Noa, M. (2023). *PARTO DISTOCICO EN GESTANTES CON COVID 19 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2020*. <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5d22fdcf-2619-4e45-b269-b060346f1bc5/content>
- Colan, L., Barreto, M., Ayala-Peralta, F., Leon, E., y Torres, F. (2018). FACTORES ASOCIADOS AL PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 7(2), 37-40. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018116>
- Costello, S., Santillan, D., Shelby, A., y Bowdler, N. (2024). Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding After Planned Cesarean Birth Before and During the COVID-19 Pandemic. *Breastfeed Med*, 19(3), 166-176. <https://doi.org/10.1089/bfm.2023.0195>
- Cusme Torres, N., Cantuñi Carpio, V., Chasillacta Amores,, F., y Rojas Conde, L. (1 de Septiembre de 2023). Proceso de afrontamiento y adaptación en enfermeras según Teoría Callista Roy. *MedWave*. <https://doi.org/http://doi.org/10.5867/medwave.2023.S1.UTA109>

- Delgado, V. (2019). *FACTORES QUE DESENCADENAN PARTO DISTOCICO EN LAS EMBARAZDAS QUE SE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SUR DELFINA TORRES DE CONCHA*. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/af6743dc-bc77-46a2-ab36-8225b59b8b33/content>
- Echavarría, L., Campo, M., y Gómez, A. (2004). Manejo activo del trabajo de parto y su relación con la morbilidad materno perinatal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2), 122-128. <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306004.pdf>
- Gascón , A., Maiz , N., Brik , M., Mendoza, M., del Barco, E., Carreras , E., y Goya , M. (Diciembre de 2024). Cerclaje cervical vs. pesario cervical en mujeres con insuficiencia cervical: un ensayo piloto multicéntrico, abierto, aleatorizado y controlado. *Science Direct, XXIV*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurox.2024.100347>
- Gava Nunes, D. M., Alves de Oliveira, C., Pereira da Silva, A., y Vale Araújo, F. (6 de Marzo de 2024). Desafíos en la prevención del parto prematuro asociado a insuficiencia cervical. *Brasileiro de ginecologia, CXXIV*. <https://doi.org/https://doi.org/10.5327/JBG-2965-3711-2024134103%20>
- Gonçalves, S., Pereira, C., Mourão, E., Costa, F., Barreto, R., y do Vale, F. (2024). Aplicabilidad del Modelo de Sistemas de Neuman a la práctica de enfermería gerontológica: revisión de alcance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 32, e4223. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6977.4224>
- González, C., y Ramos, M. (2023). Disrupción del pubis asociada a parto distócico en pelvis inmadura. *Ortho-tips*, 19(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110718>
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., y MacBeth , A. (15 de Enero de 2022). El impacto de la pérdida perinatal en la salud mental: una revisión sistemática y un metanálisis. *PubMed*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Hospital Clínic Sant Joan de Déu |. (Febrero de 2024). INCOMPETENCIA CERVICAL. CERCLAJE UTERINO. *Hospital Clínic Sant Joan de Déu* . <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Cerclaje-Uterino.-Incompetencia-cervical.pdf>
- Huillca, L. (2021). *Características de las gestantes con parto distócico atendidos en el hospital de apoyo de Huanta 2019*. <https://repositorio.unh.edu.pe/items/670dd887-d9f3-4af2-993d-8809daaed1a7>
- Jaramillo, D., y Jaramillo, D. A. (2017). *PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, ENERO DEL 2015 - JUNIO DEL 2016, CUENCA-ECUADOR*.

<https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b0714089-2641-45bc-b8bd-49cadb7e422e/content>

Karlsson, H., y Pérez, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es

Kerkez, M., y Kaplan, M. (2025). Evaluation of discharge training given by nurses to postpartum mothers to artificial intelligence: an alternative approach to health care. *BMC Nursing*, 24(296). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02966-5>

Leon, E., y Torres, F. (2018). *FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017*.

<https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/813/1/LEON%20MORETO%20ELKE%20LUCILA-TORRES%20LINARES%20FRIZSIA%20ROMINA.pdf>

López, J., y De la Cruz, J. (2018). *Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016*.

<https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b056c985-f013-48dd-9ad4-9d6636eb53db/content>

M Ramus, R. (10 de Octubre de 2024). Insuficiencia cervical. *MedsCape*. <https://emedicine.medscape.com/article/1979914-overview>

Mayo clinic. (17 de Junio de 2025). Insuficiencia cervical en Embarazo con único feto. Revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Portales Medicos*, XX(12). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/insuficiencia-cervical-en-embarazo-con-unico-feto-revision-de-la-literatura/>

McCarter, D., Law, A., Cabullo, H., y Pinto, K. (2022). Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 51(4), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.03.002>

Meng , L., Öberg, S., Sandström, A., y Reilly, M. (Mayo de 2025). Asociación entre infertilidad e insuficiencia cervical en mujeres nulíparas: la contribución del tratamiento de fertilidad. *El Sevier*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.10.035>

Ministerio de Salud Publica . (14 de Octubre de 2024). PROTOCOLO DE MANEJO DE DUELO GESTACIONAL, PERINATAL Y NEONATAL “CÓDIGO MARIPOSA”. *MSP*. https://hgoia.gob.ec/images/documentos/2024/CODIGO_MARIPOSA_FINAL_CORR EGIDO-signed-signed-signed-signed.pdf

- Minooee, S., Cummins, A., Foureur, M., y Travaglia, J. (2021). Catastrophic thinking: Is it the legacy of traumatic births? Midwives' experiences of shoulder dystocia complicated births. *Women Birth*, 34(1), e38-346. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.008>
- Monteiro, A., Martins, E., Pereira, L., Freitas, J., Silva, R., y Jorge, H. (2020). Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a highrisk maternity. *Rev Rene*, 21, e43863. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143863>
- Mullman, L., Hilden, P., Goral, J., Gwacham, N., y Tauro C. (2020). Improved Outcomes With an Enhanced Recovery Approach to Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 685-691. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004023>
- Nedergaard, H., Balaganeshan, T., Weitling, E., Petersen, H., y Brøchner, A. (2022). Presence of the partner in the operating room during emergency caesarean section: A scoping review. *European journal of anaesthesiology*, 39(12), 929-952. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001761>
- Neef, V., Choorapoikayil, S., Hof, L., Meybohm, P., y Zacharowski, K. (2024). Current concepts in postpartum anemia management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 37(3), 234-238. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001338>
- Nieto Día, A., Cascales Campos, P. A., y Qui  nero Rubio, J. M. (2022). Obstetricia y Ginecología. *ELSEVIER*. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=DJpxEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA76&dq=Complicaciones+de+la+Insuficiencia+Cervical&ots=3VWiSpxZOo&sig=1W9d_i7QKj1wLorzt5fi9O7Hz7w&redir_esc=y#v=onepage&q=Complicaciones%20de%20la%20Insuficiencia%20Cervical&f=false
- Obregón, L. (2007). Primigesta de edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(3). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300003&lng=es
- OMS. (2023). *Fortalecer el parto humanizado es una necesidad para mejorar la calidad de atención a las mujeres*. <https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2023-fortalecer-parto-humanizado-es-necesidad-para-mejorar-calidad-atencion-mujeres#:~:text=La%20Organizaci%3%B3n%20Panamericana%20de%20la,de%20juntar%20esfuerzos%20para%20lograrlo>
- Organización mundial de la salud OMS. (25 de Noviembre de 2021). Aborto. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de Mayo de 2024). Trastorno de estrés postraumático. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Ormeño, K., y Saavedra, F. (2021). *COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO*

- Patel, M. (2024). Postpartum Hemorrhage: Enhancing Outcomes for Mothers by Effective Management. *J Obstet Gynecol India*, 74, 191-195. <https://doi.org/10.1007/s13224-024-02022-3>
- Pérez-Jiménez, J., Luque-Oliveros, M., Gonzalez-Perez, D., Rivera-Sequeiros, A., y Rodriguez-Blanco, C. (2023). Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nursing open*, 10(2), 649-657. <https://doi.org/10.1002/nop2.1331>
- Poalacín, E. M., y Bermúdez, D. M. (1 de Mayo de 2023). Violencia psicológica, sus secuelas permanentes y la proporcionalidad de la pena. *Revista Metropolitana de ciencias aplicadas*, VI(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.62452/2g88ev55>
- Pogo, R. (2023). Rol de la enfermera en los cuidados en parto eutócico y atención integral al neonato. *LATAM*, IV(1), 4490. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.584>
- Primicias el periodismo comprometido . (02 de Octubre de 2024). La despenalización del aborto sigue siendo un tema pendiente en Ecuador. *Gestión digital*. <https://revistagestion.primicias.ec/analisis-sociedad/la-despenalizacion-del-aborto-sigue-siendo-un-tema-pendiente-en-ecuador/#:~:text=Esto%20se%20refleja%20tambi%C3%A9n%20en,los%201.012%20casos%20en%202023>
- Reyna-Villasmil, E., Mejía-Montilla, J., Reyna-Villasmil, N., Torres-Cepeda, D., y Briceño-Pérez, C. (Junio de 2021). Índice de consistencia cervical o longitud cervical en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas. *Scielo*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000004>
- Rivera, E., y Leal, E. (2024). *CHOQUE HEMORRÁGICO EN POST CESÁREA POR PARTO DISTÓCICO EN UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL III, LIMA – 2018*. https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/3343/Elizabeth_trab-acad_titulo_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rivera, G. (2024). REPERCUSIONES EMOCIONALES Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA. *Enfoque*, 34(30), 109-122. <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v34n30.a4712>
- Romero, G., Ríos, L., Cortés, S., y Ponce, A. (2007). Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecol Obstet Mex*, 533-538. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-de-riesgo-asociados-con-el-parto-distocico>

- Roshangar, F., Lofti, M., Mirza, A., Asghan, E., y Aghaei, E. (2020). The Effect of "Nurse Companionship" on Anxiety and Vital Sign Changes of Cesarean Section Candidates: A Randomized Control Trial. *CJMB*, 7(2), 267-273.
https://doi.org/https://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf_CJMB_208.pdf
- Salvador, R., Cruz, S., Sanz, A., de los Rios Quintanero, B., Malalana, A., de la Cruz, M., y Martínez, O. (2022). Incidence of obstetric brachial plexus palsy after a training program in shoulder dystocia. *Anales de pediatría*, 97(6), 415-421.
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.06.011>
- Sánchez-González, M., Crespo-Naranjo, J., y de Oca-González, S. (2023). Influencia de la edad de la madre en los desenlaces perinatales y maternos. *Ginecol. obstet. Méx*, 91(1).
<https://doi.org/10.24245/gom.v91i1.8174>
- Sarmiento, D. (2021). *Proceso de atención de enfermería en paciente de 29 años con desgarro perineal*. <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10470>
- Serón Navas , J. (Enero de 2023). INCOMPETENCIA CERVICAL. *Hospital Universitario virgen de la nieves*.
- Shorey, S., y Debby, E. (2023). Midwives' perceptions of and experiences with normal physiologic birth: A qualitative systematic review. *Birth*, 50(4), 749-763.
<https://doi.org/10.1111/birt.12763>
- Shvartsman, K., y Brown, J. (2023). Efectos de la exposición al dietilestilbestrol in utero. *Access Medicine*.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3323§ionid=279067957>
- Solari Grunwald, C., y Carvajal Cabrera, J. (Diciembre de 2023). Utilidad de la ecografía transvaginal para la predicción de parto prematuro luego de un cerclaje cervical: revisión de la literatura. *Elsevier, ILVIII*(4).
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v48i4.1956>
- Sung, S., Mikes, B., y Martiniano, D. (2024). Cesarean Delivery. In: StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Vaquero, N., Gafas, C., Pazmiño, A., Duque, J., y Cherrez, I. (2022). COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN EMBARAZADAS AÑOSAS. CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE, 2020. *Más Vita*, 4(2), 257-266.
<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0126>
- Veintimilla, O., Ledezma, M., Marrero, D., López, L., y Loor, H. (2020). Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. *QhaliKay*, 4(2), 1-8.
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2725/2821>

- Véliz, Y., Marrero, D., y Navas, V. (2024). Risk factors related to dystocia in primiparous women at the Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova. *Revista Gregoriana De Ciencias De La Salud*, 1(1), 10-25. <https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3098>
- Waixing , L., Li , Y., Zhao, X., Cheng, C., Burjoo, A., Yang , Y., y Xu , D. (Febrero de 2020). Diagnóstico y tratamiento de la incompetencia cervical combinada con adherencias intrauterinas. *PubMed*. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.12.148>
- White, A. (2022). Holistic Nursing Practice: Implementing The Neuman Systems Model. *Nursing Specialties*, 10. <https://nursingcecentral.com/holistic-nursing-practice-implementing-the-neuman-systems-model/#:~:text=The%20important%20role%20of%20nurses,the%20patient%20move%20towards%20reconstitution>