

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0358>

AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP): EFECTIVIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES Y TOCOLÍTICOS

THREAT OF PRETERM LABOUR (TPL): THE EFFECTIVENESS OF NURSING CARE IN THE ADMINISTRATION OF CORTICOSTEROIDS AND TOCOLYTICS

Pachacama-Sangoquiza Carmen Rosa ¹; Condoy-Tonato Diana Marcela ²;
Guamuse-Pilatasig María Belén ³; Martínez-Vásquez Inés Estefanía ⁴;
Cabascango-Chicaiza Gabriela Marisol ⁵; Mendoza-Añamisse Yessenia Abigail ⁶

¹ Enfermera, Hospital General Docente Ambato. Ambato, Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-7946-1938>.

² Enfermera, Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arizmendi. Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-2889-3851>.

³ Enfermera, Hospital General Docente Ambato. Ambato, Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-2410-8942>.

⁴ Enfermera, Hospital General Docente Ambato. Ambato, Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-9569-4625>.

⁵ Enfermera, Hospital General Docente Ambato. Ambato, Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-1691-7428>.

⁶ Enfermera, Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arizmendi. Ecuador.
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-2768-229X>.

Resumen

La amenaza de parto prematuro tiene una alta tasa de incidencia mundial, que genera graves complicaciones neonatales como hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria, además es un factor determinante de la morbilidad materno-fetal. Objetivo: Analizar la influencia del cuidado de enfermería en la efectividad de la administración de corticoides y tocolíticos en las pacientes gestantes con amenaza de parto pretérmino. Metodología: Revisión sistemática a partir de la declaración PRISMA, con la búsqueda en bases de datos como Scopus, PubMed, Web of Science, Scielo, Google Scholar y Dialnet, de publicaciones realizadas a partir del 2021-2026 en el idioma inglés y español. Seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión, que fueron analizados y sintetizados arrojando un total de 16 estudios seleccionados. Conclusiones: El cuidado de enfermería tiene una influencia positiva en la efectividad al administrar corticoides y tocolíticos, ya que esta depende del monitoreo constante, identificación de diagnósticos prioritarios como el dolor de parto, aparición de infecciones o posibles efectos secundarios. La minuciosidad en la labor del personal de enfermería mejora la seguridad y adherencia al tratamiento. De modo que, el equipo de enfermería debe estar capacitado y contar con protocolos institucionales estandarizados y actualizados para optimizar la atención humanizada del paciente.

Palabras claves: Amenaza de Parto Prematuro (APP), Parto pretérmino, Cuidados de enfermería, Corticoides, Tocolíticos.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 08 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2026.

Fecha de publicación: 20 de abril de 2026.



Abstract

The risk of preterm birth has a high global incidence rate, leading to serious neonatal complications such as intraventricular haemorrhage and respiratory distress syndrome; it is also a key determinant of maternal and foetal morbidity and mortality. Objective: To analyse the influence of nursing care on the effectiveness of corticosteroid and tocolytic administration in pregnant women at risk of preterm birth. Methodology: A systematic review based on the PRISMA statement, involving a search of databases such as Scopus, PubMed, Web of Science, Scielo, Google Scholar and Dialnet for publications in English and Spanish from 2021 to 2026. Studies were selected according to inclusion and exclusion criteria, analysed and synthesised, resulting in a total of 16 selected studies. Conclusions: Nursing care has a positive influence on the effectiveness of corticosteroid and tocolytic administration, as this depends on constant monitoring and the identification of priority diagnoses such as labour pain, the onset of infections or potential side effects. The thoroughness of the nursing staff's work improves patient safety and adherence to treatment. Therefore, the nursing team must be properly trained and have access to standardised and up-to-date institutional protocols to optimise patient-centred care.

Keywords: Threat of preterm labour (TPL), Preterm birth, Nursing care, Corticosteroids, Tocolytics.

1. Introducción

La amenaza de parto prematuro (APP) es uno de los retos más importantes en salud materna y perinatal a nivel mundial. Más de 15 millones de los nacimientos que ocurren cada año en el mundo son prematuros, lo cual equivale a entre un 5% y un 13% del total. Estas cifras son más significativas en los países de ingresos bajos y medios, en donde se produce la mayor parte de los partos prematuros (Iza y Bustillos, 2022). Tal es el caso de la región de América Latina y el Caribe, la tasa de prematuridad es de aproximadamente 11% (Salazar et al., 2021). En Ecuador, aunque la tasa reportada es del 5,1% y se ubica entre las más bajas de la

región, paradójicamente la prematuridad es la primera causa de mortalidad infantil según datos del INEC, lo que evidencia que las complicaciones asociadas al parto pretérmino siguen siendo un problema crítico de salud pública (Cherres et al., 2023).

La amenaza de parto prematuro se define como la presencia de actividad uterina regular acompañada de modificaciones cervicales progresivas, que ocurre entre la semana 22 y 36,6 semanas de gestación, con una dilatación igual o mayor a 2 centímetros (Iza y Bustillos, 2022). Es decir, aquel niño que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación es considerado como un prematuro y se

les tienden a asociar distintas complicaciones neonatales. Estas complicaciones suelen ser el síndrome de dificultad respiratoria por déficit de surfactante, la apnea del prematuro, la hemorragia intracerebral, intraventricular, la leucomalacia periventricular, el conducto arterial permeable, la enterocolitis necrotizante, la sepsis neonatal, la retinopatía de la prematuridad (Cherres et al., 2023). La existencia de estas condiciones se relaciona con un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad neonatal. La incidencia más alta se observa en los prematuros extremos (<28 semanas). En el caso de los recién nacidos pretérmino, existen algunos factores de riesgo definidos que los predisponen a padecer enterocolitis necrotizante.

Una de las medidas más efectivas que se han demostrado para disminuir la morbimortalidad neonatal en las pacientes afectadas de APP, es el uso de corticoides prenatales. Esta intervención ha demostrado reducir significativamente la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria,

hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad neonatal, constituyéndose en la única medida farmacológica que mejora directamente los resultados perinatales (Cherres et al., 2023). Al igual que, la utilización de tocolíticos tiene como objetivo simultáneo inhibir la contractilidad uterina y lograr un tiempo suficiente para cumplir el efecto de los corticoides, y cuando sea necesario, permitir el traslado materno a un centro de mayor complejidad que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales. Su eficacia no solamente se atribuye al principio activo que se elige, sino también a la monitorización continua del personal de enfermería, la cual puede detectar precozmente efectos adversos maternos, como taquicardia, hipotensión, edema pulmonar y asegurar la adherencia al esquema terapéutico (Ovalle y Kakarieka, 2021).

La amenaza de parto prematuro, se considera como un problema de salud pública mundial debido a la alta frecuencia y las graves consecuencias físicas, emocionales

y económicas que presentan los recién nacidos prematuros (RN), así como sus familias y los sistemas sanitarios. A pesar de que se ha demostrado la contribución del ingreso oportuno de corticoides y tratamiento tocolítico en el APP, la efectividad de sus acciones dependerá del constante control, buena educación a la gestante y prevención de efectos adversos. El personal de enfermería tiene un papel clave en estos aspectos. Sin embargo, el estudio de este elemento ha sido. De este modo, la importancia de la investigación radica en responder ¿cómo influye el cuidado de enfermería en la efectividad de la administración de corticoides y tocolíticos en las pacientes gestantes con amenaza de parto pretérmino? Mediante una revisión sistemática, con el objeto de generar evidencias que permitan formular protocolos de actuación que estandarice la atención para la obtención de mejores resultados perinatales y controlar la carga de la prematuridad en el medio hospitalario.

Justificación

La amenaza de parto prematuro constituye un problema de salud

pública de primera magnitud debido a su elevada incidencia y a las graves consecuencias que conlleva. Frente a esta realidad, optimizar cualquier intervención que pueda reducir la morbilidad neonatal, incluyendo los cuidados de enfermería en la administración de fármacos clave como corticoides y tocolíticos, se vuelve una prioridad sanitaria. A pesar de que la eficacia de los corticoides prenatales para la maduración pulmonar fetal y de los tocolíticos para retrasar el parto ha sido ampliamente demostrada, la literatura existente se ha centrado casi exclusivamente en los aspectos farmacológicos y en los factores de riesgo maternos (Castillo et al., 2025).

Estudios previos como Jiménez y Gómez (2024) identificaron que factores como la edad materna avanzada y antecedentes de un parto prematuro previo son predictores de recurrencia en algunas poblaciones. Al igual que, la falta de controles prenatales adecuados y el inicio tardío de la atención. Pese a los estudios, no se ha determinado cómo influye la monitorización enfermera continua, la educación a la gestante o la prevención de efectos adversos en el

cumplimiento de los esquemas terapéuticos y en la reducción de complicaciones.

Se observa una brecha notoria relacionada con el papel que cumple el personal de enfermería en los resultados del tratamiento. Siendo así que, se requieren estudios sobre la intervención de enfermería para disminuir esos riesgos en el uso de corticoides y tocolíticos. A partir de esto, el estudio está fundamentado en los modelos del cuidado humanizado y en la teoría del cuidado enfermero que orientan en el monitoreo, comunicación y educación como tres elementos centrales. En la práctica clínica, los hallazgos de esta investigación permitirán diseñar guías de acción basadas en evidencia para el personal de enfermería que asiste a embarazadas con APP. Que contribuirá a la mayor adherencia al tratamiento para reducir la tasa de morbilidad neonatal y a la provisión de una atención más segura, humanizada y eficiente.

Fisiopatología y complicaciones de la amenaza de parto prematuro

La fisiopatología de la amenaza de parto prematuro es compleja y

multifactorial, aunque la causa más aceptada es la inflamación dentro de los tejidos gestacionales miometrio, cuello uterino, decidua y membranas fetales. La activación de los receptores tipo Toll (RTT) desencadena una respuesta inflamatoria que comienza caminos de señalización que facilitan la secreción de citoquinas y quimiocinas que incluye la interleuquina 1 (IL-1), interleuquina 6 (IL-6) e interleuquina 8 (IL-8), provocando en la producción de prostaglandinas y metaloproteinasas de matriz (MMP), cuyas acciones favorecen la maduración cervical; degradación del tejido conectivo y desarrollo de contracciones uterinas regulares.

Mientras tanto, se crea una interferencia en la función de la progesterona, que es fundamental en la quiescencia uterina, ya que esta inhibe la contractilidad, inducen un estado de reposo a nivel de membrana, así como la disminución de la respuesta miometrial a los estímulos contráctiles, y cuando esta señalización es bloqueada, provoca un aumento en la excitabilidad y medio contráctil del miometrio.

Además, con la aparición de eso, se produce una aceleración de la degradación. De hecho, la inhibición de la actividad de la progesterona por sí sola es suficiente para inducir el parto (Iza y Bustillos, 2022).

La comprensión de esta fisiopatología es la que justifica la administración de progesterona exógena y tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (APP). Cuanto más prematuro es el parto, mayores son las complicaciones para el recién nacido. El RDS (síndrome de distrés respiratorio) por déficit de surfactante es el trastorno más frecuente en el aparato respiratorio. A menudo dicha admisión a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) debe ser conjuntamente con el soporte ventilatorio mecánico (Cherres et al., 2023).

Las complicaciones neurológicas más relevantes son la hemorragia intraventricular y la leucomalasia periventricular, ambas se presentan en un 15 y 20% de los prematuros de menos de 32 semanas. Se presentan también otras patologías que se caracterizan por tener gravedad importante como la apnea del prematuro, el conducto arterioso

permeable, la enterocolitis necrotizante y la sepsis neonatal, así como la retinopatía de la prematuridad. Estas cifras evidencian la importancia de prevenir el parto prematuro y de optimizar el manejo de la amenaza mediante estrategias como la maduración pulmonar con corticoides y la neuroprotección con sulfato de magnesio (Cherres et al., 2023).

Importancia del manejo oportuno en la amenaza de parto prematuro

El manejo oportuno de la amenaza de parto prematuro (APP) es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal, ya que la prematuridad constituye la principal causa de muerte neonatal a nivel mundial y se asocia a complicaciones graves como síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y sepsis (Iza y Bustillos, 2022). Tan pronto como se observan los primeros síntomas de alarma como contracciones uterinas que se repiten con regularidad, modificaciones del cuello del útero, presión pélvica o pérdida de líquido, se interviene. Entre las primeras

actuaciones diagnósticas para valorar un posible comienzo de parto pretérmino está la ecografía transvaginal que determina la longitud cervical y la determinación de fibronectina fetal. Estos dos métodos determinan con una sensibilidad muy elevada quién está en riesgo de un parto inminente.

Dentro de las intervenciones que dependen de un manejo oportuno destacan la administración de corticoides prenatales como: betametasona o dexametasona y tocolíticos entre: nifedipino o atosiban. Los corticoides, están indicados entre las 24 y 34 semanas, requieren al menos 24 horas para alcanzar su efecto máximo en la maduración pulmonar fetal, reduciendo en un 50 % la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria; por ello, cada hora de demora puede significar la pérdida de esta ventana terapéutica (Iza y Bustillos, 2022).

Los tocolíticos, en cambio, tienen como objetivo retrasar el parto al menos 48 horas para completar el efecto de los corticosteroides y permitir la transferencia a un centro con unidad de cuidados intensivos

neonatales. El uso combinado de ambos fármacos más neuroprotección con sulfato de magnesio antes de las 32 semanas mostró una importante disminución de la parálisis cerebral y de la mortalidad neonatal; sin embargo, su eficacia es inversamente proporcional al tiempo desde su diagnóstico (Araujo y Villegas, 2024). Por el contrario, la demora en el diagnóstico o la falta de aplicación de corticoides y tocolíticos se asocia a mayor riesgo de parto prematuro extremo, hipoplasia pulmonar por oligohidramnios grave y sepsis neonatal. En conclusión, el manejo oportuno de la APP, basado en protocolos estandarizados por edad gestacional, es la herramienta más eficaz para disminuir la morbilidad perinatal y las secuelas a largo plazo en los recién nacidos.

Eficacia del uso de corticoides en la amenaza de parto prematuro

La administración de corticosteroides prenatales constituye una de las intervenciones más efectivas en perinatología para disminuir la morbilidad neonatal asociada al parto

pretérmino. Desde el estudio pionero de Liggins y Howie en 1972, se ha demostrado que un ciclo único de betametasona o dexametasona administrado a gestantes con amenaza de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas reduce significativamente la incidencia y gravedad del síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante y la mortalidad neonatal (Vain y Althabe, 2024). El efecto máximo se alcanza entre las 24 horas y los 7 días posteriores a la administración, periodo durante el cual la maduración pulmonar fetal reduce hasta en un 50% el riesgo de distrés respiratorio, lo que ha posicionado a los corticoides como el fármaco con mejor relación beneficio-coste en la atención del parto pretérmino.

El mecanismo de acción de los corticoides prenatales es múltiple y explica su eficacia. Promueven la maduración pulmonar fetal mediante el adelgazamiento del septo alveolar, la diferenciación de neumocitos tipo II que aumentan la producción de surfactante, y la activación del óxido nítrico sintetasa endotelial que mejora el flujo sanguíneo pulmonar y

la adaptación al nacimiento (Cubillo, 2021). Además, aumentan el número de canales de sodio epiteliales que facilitan el aclaramiento del líquido alveolar, previniendo el desajuste ventilación y perfusión. Más allá del efecto respiratorio, los corticoides ejercen un efecto vasoconstrictor sobre el flujo sanguíneo cerebral, lo que contribuye a reducir la hemorragia intraventricular y la leucomalacia periventricular, especialmente en prematuros extremos (Battarbee, 2024). Este beneficio multifactorial explica por qué la reducción de mortalidad en edades gestacionales muy tempranas como 22 a 23 semanas, se relaciona más con la disminución de complicaciones neurológicas que con la mejoría respiratoria aislada.

La eficacia de los corticoides ha alcanzado incluso a las edades gestacionales límites, pero con importantes matices. El tratamiento con esteroides a las 22-23 semanas de edad gestacional duplica la probabilidad de supervivencia al alta del hospital. Sin embargo, la morbilidad al alta entre los sobrevivientes es elevada, donde el 61,1% tiene displasia broncopulmonar severa y el 25,2%

tiene hemorragia intraventricular severa (Battarbee, 2024). Dada esta evidencia, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) actualizaron en 2021 su recomendación sobre la utilización de corticoides a las 22 semanas. Por su parte, la OMS es más restrictiva en su recomendación esto sugiere que los corticosteroides no deben utilizarse diariamente, sino solamente cuando se cumplen condiciones muy específicas. Estas condiciones son una evaluación exacta de la edad gestacional; una elevada probabilidad de que el parto se produzca durante la próxima semana; y haya cuidados disponibles. A pesar de su indudable eficacia, el uso de corticoides no está exento de riesgos, especialmente cuando se administra en poblaciones con baja probabilidad real de parto (Vain y Althabe, 2024).

Eficacia del uso de tocolíticos en la amenaza de parto prematuro

La evidencia actual, demuestra que todos los fármacos tocolíticos son efectivos para retrasar el parto prematuro. Los bloqueadores de canales de calcio como el nifedipino

funcionan y logran retrasar el parto 48 horas con bastante fiabilidad. Es decir, estos fármacos extienden el embarazo. No es un efecto espectacular, pero es medible y consistente. Los antagonistas de los receptores de oxitocina también resultaron efectivos para retrasar el parto 7 días, mientras que los donadores de óxido nítrico y las combinaciones de tocolíticos mostraron efectividad probable o posible para ambos desenlaces. Este retraso, aunque habitualmente de 48 horas, es clínicamente relevante porque permite completar el efecto de los corticoides prenatales y, cuando está indicado, administrar sulfato de magnesio como neuroprotector, además de facilitar el traslado de la gestante a un centro con unidad de cuidados intensivos neonatales (Sagastume, 2023).

Aunque los tocolíticos son muy efectivos, no han tenido beneficios claros en resultados neonatales severos como la muerte neonatal o la morbilidad respiratoria severa, debido en parte a la escasa cantidad de estos resultados en los estudios clínicos (Wilson et al., 2022).

Además, la selección de un tocolítico debe considerar el equilibrio entre los beneficios limitados y los posibles daños, y quizás lo más preocupante son aquellos que tienen un alto nivel de riesgo y un bajo nivel de beneficio. La mayoría de los medicamentos de esta clase tienen niveles muy altos de efectos adversos maternos como: taquicardia, disnea, palpitaciones, náuseas que son tan severos que resultan en altas tasas de discontinuación del tratamiento. La terapia tocolítica puede comprar tiempo valioso para realizar intervenciones perinatales. De los tocolíticos más efectivos, los bloqueadores de canales de calcio y el atosibán tienen mejores perfiles de seguridad y eficacia (Sagastume, 2023).

Fundamentos de enfermería y cuidado humanizado en la gestante con amenaza de parto prematuro

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, desarrollada a partir de la filosofía y la ciencia del cuidado, constituye uno de los referentes teóricos más influyentes en la disciplina de enfermería, al situar el cuidado como la esencia

misma de la profesión y promover una atención centrada en la persona más allá de lo biomédico (Elizalde et al., 2021). Watson establece diez factores de cuidado que guían la práctica de enfermería y logran una relación transpersonal sustentada en el cuidado empático, sensibilidad, comunicación terapéutica, estímulo de la fe y la esperanza.

En la situación de amenaza de parto prematuro, donde una embarazada se encuentra temerosa, insegura, angustiada por la posibilidad de un nacimiento prematuro y las consecuencias que desencadena, la teoría implica que la enfermera debe ir más allá del cuidado farmacológico, debe facilitar una alianza terapéutica, empatizar con la madre, atender sus creencias y valores, y fomentar la esperanza comunicándose con ella de forma honesta y amable. El enfoque humanista altera positivamente la experiencia de hospitalización para la familia.

La teoría de Watson es aplicable en el caso de mujeres embarazadas con amenaza de parto pretérmino y considera las dimensiones de: establecer la fe y esperanza, cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y

hacia los demás y desarrollar una relación de cuidado, ayuda y confianzas humanas (Córdova et al., 2024). El cuidado humanizado como se describe aumenta la experiencia subjetiva de la usuaria y, además, desde una perspectiva clínica, es una experiencia positiva que probablemente reduzca el estrés materno, el cual es un factor de riesgo para que el trabajo de parto prematuro continúe avanzando y, además, con las relaciones terapéuticas adecuadas, es posible comunicar tempranamente los cambios adversos y perjudiciales en la dinámica uterina.

Según la investigación fenomenológica, la teoría del cuidado de Swanson se ha convertido en un punto de referencia para la enfermería, porque es clara, sencilla y puede ser fácilmente aplicada en cualquier interacción enfermera-paciente, en cualquier situación clínica (Beristain et al., 2022). Swanson identificó cinco procesos de cuidado que guían el comportamiento profesional: conocer, estar y hacer por, mantener la creencia y habilitar. Considerando la amenaza de parto prematuro y

nacimiento prematuro, esta teoría describe un nivel apropiado de práctica de enfermería que va más allá de administrar medicamentos tocolíticos o corticosteroides, e incluye los aspectos emocionales, espirituales y sociales de la mujer embarazada y su familia, que se encuentran en una situación de alta incertidumbre y miedo y son muy vulnerables.

El modelo de Swanson, enfocado en el cuidado del parto prematuro, el apoyo a la madre, la promoción del apego materno-infantil a través de la lactancia, y el apoyo al duelo perinatal, demostró ser de gran beneficio en el cuidado de los recién nacidos prematuros y sus padres en duelo (Beristain et al., 2022). El proceso de conocer permite a la enfermera realizar una evaluación holística de la madre y el bebé, y esclarecer preocupaciones particulares respecto a la viabilidad del bebé, el impacto de la prematuridad y la capacidad de brindar cuidado posteriormente al alta. *Estar con*, describe la presencia empática de la enfermera durante la estadía de la madre, y el apoyo a la madre durante momentos de

angustia, incertidumbre y separación de su bebé.

El hacer por, demuestra el desempeño hábil de los procedimientos técnicos requeridos, pero siempre con la actitud de ser compasivo y respetuoso. Mantener las creencias, es particularmente significativo cuando la madre debe afrontar el escenario del parto prematuro o la muerte del recién nacido, ayudándola a descubrir el significado y la esperanza con sus creencias espirituales y culturales. Finalmente, el facilitar, describe la práctica positiva de los padres del prematuro al poder ayudar en el cuidado. Existe evidencia que demuestra que las intervenciones diseñadas desde este modelo de atención mejoran la satisfacción materna, disminuyen la ansiedad y aumentan el cumplimiento de los planes de cuidado, por lo que la teoría de Swanson es de gran valor para la humanización de la atención en el escenario del nacimiento prematuro(Elizalde et al., 2021).

Cuidados de enfermería en la administración de corticoides y tocolíticos

Según Bueno et al. (2024), el uso de corticoides antenatales en caso de amenaza de parto pretérmino es fundamental para mejorar la maduración pulmonar fetal. Ayuda a minimizar el síndrome de dificultad respiratoria y la mortalidad en neonatos. Por lo tanto, el personal de enfermería tiene que asegurar que se ponga el ciclo completo según prescripción médica, normalmente dos dosis con una diferencia de 24 horas y vigilar la aparición de efectos secundarios.

Un ejemplo de efectos secundarios maternos incluye hiperglucemia, aumento de la presión arterial y cambios en el estado de ánimo; por lo tanto, puede ser necesario monitorear periódicamente los signos vitales (Bueno et al., 2024). Además, educar a la paciente sobre el proceso y la razón del tratamiento es importante porque asegura que la paciente comprenda que los corticosteroides no mantienen las contracciones aisladas, sino que se utilizan para desarrollar los pulmones del bebé y prepararse para un parto prematuro, por lo tanto,

disminuye la ansiedad y mejora la adherencia (Romero et al., 2025).

Los tocolíticos como la nifedipina tienen como objetivo disminuir las contracciones uterinas. La responsabilidad de la enfermera es seguir el protocolo respecto a la administración y monitorear signos vitales maternos de manera constante, especialmente la presión arterial y la frecuencia cardíaca, ya que la hipotensión y la taquicardia refleja son posibles (Bueno et al., 2024). El mismo caso aplica para efectos secundarios como dolores de cabeza, mareos, rubor facial y náuseas. Por esta razón, la paciente debe mantenerse bien hidratada y en decúbito. Las pacientes deben entender el tratamiento y que es importante comunicar cualquier síntoma como palpitaciones o si sienten que van a desmayarse (Romero et al., 2025).

Las enfermeras al monitorear la actividad uterina, detectan rápidamente el sufrimiento fetal e iniciar las medidas para aliviar el dolor, además de las farmacológicas. De modo que, la ayuda de enfermería, consisten en aplicar alguna técnica de respiración,

cambio de postura o posición, etc. Así como, la incorporación de la educación para la salud en lo respectivo al reposo y a la identificación de los signos de alarma como: hemorragia, pérdida de líquidos, disminución de movimientos fetales. Se debe registrar con mucho cuidado la administración de ambos fármacos, su efecto materno y fetal, así como la evolución del trabajo de parto, garantizando una atención integral, humanizada y basada en evidencias (Romero et al., 2025).

Estrategias para fortalecer el cuidado de enfermería en la amenaza de parto prematuro

Una estrategia fundamental es la implementación estandarizada del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) utilizando taxonomías validadas como NANDA-I, NOC y NIC, lo que permite un lenguaje unificado y una práctica basada en evidencia. La valoración integral mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon facilita la identificación de diagnósticos prioritarios como dolor de parto, riesgo de alteración de la diada materno-fetal e infección del

tracto urinario. Igualmente, se fortalecerán las intervenciones como el manejo del dolor agudo (EVA), uso de tocolíticos y monitorización continua de signos vitales y actividad uterina, así como estricto control de infecciones. Otra acción es la educación en salud y el apoyo psicoemocional a la gestante y su familia, ya que la ignorancia sobre el proceso del parto prematuro y el miedo incrementan la ansiedad y pueden complicar la evolución clínica (Bueno et al., 2024).

Las intervenciones de enfermería deben incluir la explicación clara de los signos de alarma como: hemorragia, pérdida de líquido, disminución de movimientos fetales., la enseñanza de técnicas de respiración y relajación no farmacológicas para el alivio del dolor, y la orientación anticipatoria sobre posibles intervenciones como la cesárea o el ingreso del recién nacido en unidad de cuidados intensivos neonatales (Carrion et al., 2022).

La prioridad es construir un entorno de confianza y seguridad, utilizando un enfoque gradual y conteniendo los sentimientos y miedos, para minimizar la ansiedad asociada a lo

desconocido y fomentar un mejor cumplimiento del plan terapéutico. La monitorización electrónica del feto, la evaluación del feto mediante ultrasonido y la preparación para el traslado a la UCI neonatal, también son necesarias para evitar el desarrollo de complicaciones como la hemorragia intraventricular en el recién nacido pretérmino extremo, y requieren que el personal de enfermería ejerza la máxima vigilancia y mínima intervención evitando movimientos bruscos y manteniendo la termorregulación y estabilidad hemodinámica (Fundación NENE, 2023). La actualización continua del plan de cuidados, la evaluación sistemática de resultados y la adaptación individualizada a las necesidades biopsicosociales de cada gestante constituyen pilares para brindar una atención humanizada, segura y de calidad.

2. Metodología

Una revisión sistemática es un recurso metodológico que permite, de forma estructurada y rigurosa, la recolección, análisis y síntesis de la evidencia proveniente de estudios primarios (Hernández y Castillo,

2025). El investigador formula las preguntas de estudio, establece los criterios de inclusión y de exclusión, realiza una búsqueda sistemática en bases de datos y extrae datos de los estudios. La aplicación de la revisión sistemática en la salud perinatal permite identificar las mejores prácticas de cuidado. De igual forma, generan evidencias para actualizar protocolos de atención, tomar decisiones clínicas y diseñar futuros estudios que mejoren la atención integral y humanizada en los servicios de obstetricia (Ramos y García, 2024).

La metodología de esta investigación consistió en una revisión sistemática de la literatura científica, realizando búsquedas en bases de datos especializadas como Scopus, PubMed, Web of Science, SciELO, Google Scholar y Dialnet. El principal objetivo fue evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería sobre administración de corticoides y tocolíticos en una gestante con amenaza de parto pretérmino. Conforme a la declaración de PRISMA que es considerado como el estándar de calidad en este tipo de estudios, se consideraron los

lineamientos para asegurar que el proceso fue riguroso y transparente (Page et al., 2021).

Criterios de inclusión. Estudios que incluyan diseños observacional, cualitativo, cuantitativo y mixto., que se hayan publicado desde el año 2021 y que estén escritos en inglés o español. Además, estudios que tuvieron como tema central la efectividad de las intervenciones de enfermería de aplicación de corticoides para maduración pulmonar fetal o tocolíticos para la inhibición del parto prematuro y protocolos de asistencia relacionados con la amenaza de parto prematuro. **Criterios de exclusión.** Estudios publicados antes de 2021 y reseñas que no son sistemáticas con autor repetido cuyo tema central no es el referencial de enfermería en amenaza de parto pretérmino o prematuro.

Se inició la búsqueda en la base de datos Scopus utilizando la estrategia TITLE-ABS-KEY ("amenaza de parto pretérmino" OR "parto pretérmino") y título-ABS-CLAVE ("cuidado de enfermería" OR "intervenciones de enfermería") y TÍTULO-ABS-KEY ("corticoides" OR "tocolíticos" OR

“betametasona” OR “nifedipina”) publicados en el período 2021-2026. La búsqueda que se hizo en Pubmed, y se utilizó la siguiente cadena de palabras clave: (“threatened preterm labour” OR “preterm birth”) AND (“nursing effectiveness” OR “nursing care” AND (“corticosteroids” OR

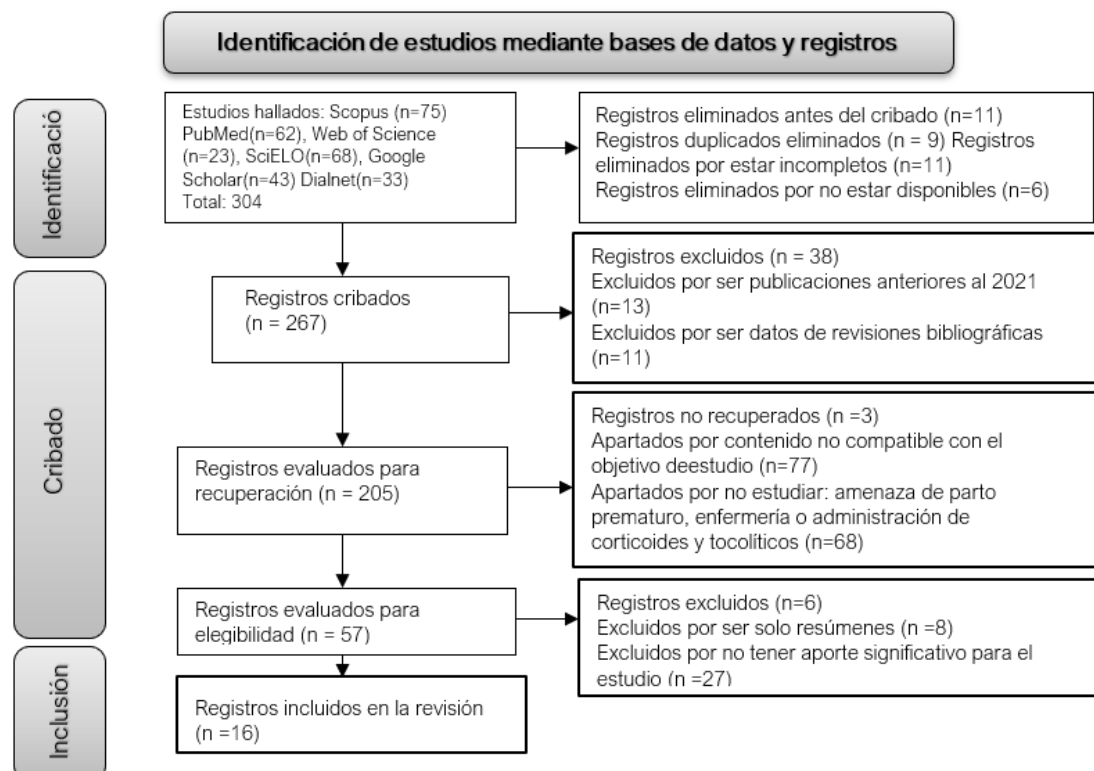
“tocolysis”) durante el periodo 2021 a 2026. En la base de datos de Web of Science, se aplicó the strategy humanized nursing care AND threatened preterm labor AND (corticosteroids OR tocolytics). La Tabla 1 describe la metodología empleada para la búsqueda de los estudios en la investigación.

Tabla 1. Resumen metodología PRISMA

Sección	Ítem
Criterios de elegibilidad	Aplicación de criterios de inclusión y exclusión
Fuentes de información	Scopus, PubMed, Web of Science, SciELO, Google Scholar y Dialnet
Cadenas de búsquedas	(“amenaza de parto pre término” OR “parto pre término”), (“cuidado de enfermería” OR “intervenciones de enfermería”), (“corticoides” OR “tocolíticos” OR “betametasona” OR “nifedipina”), (“threatened preterm labour” OR “preterm birth”) AND (“nursing effectiveness” OR “nursing care” AND (“corticosteroids” OR “tocolysis”).
Proceso de Selección	Eliminar estudios duplicados. Revisar el título y el resumen. Lectura analítica y selección de información y datos relevantes.
Proceso de recopilación de datos	Clasificación de los estudios en una Matriz en Excel
Métodos de síntesis	Tablas para la organización y síntesis.

Nota. Elaborado por el Grupo investigador.

Gráfico 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021



3. Resultados y discusión

Tabla 2. Resultados de la búsqueda de literatura

Autor	Título	Métodos	Resultados y Conclusiones
(Iza y Bustillos, 2022)	Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo	Revisión sistemática.	La amenaza de parto prematuro cursa con contracciones y modificaciones cervicales por inflamación gestacional. El manejo incluye hospitalización, tocolíticos, corticoides y neuroprotección.
(Bueno et al., 2024)	Nursing care in threatened preterm labor in the Obstetrics and Gynecology Department of a hospital	Estudio cualitativo, caso clínico único basado en el Proceso de Atención de Enfermería, aplicando la guía de Marjory Gordon.	El rol de enfermería es fundamental permitiendo identificar diagnósticos y priorizar cuidados. Se debe fortalecer las competencias del profesional mediante el uso de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.
(Carrion et al., 2022)	Proceso de atención de enfermería en gestante con ruptura prematura de membranas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja	Estudio de caso basado en el Proceso de Atención de Enfermería, con valoración según dominios NANDA y uso de las taxonomías estandarizadas NANDA-NIC-NO	El PAE con taxonomías NANDA-NIC-NOC identifica diagnósticos clave y guía intervenciones como monitorización fetal y manejo del dolor. Se recomienda su uso para elaborar protocolos de atención en ruptura prematura de membranas.
(Dagklis et al., 2023)	Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation	Revisión sistemática.	Mejorar la precisión diagnóstica de la amenaza de parto pretérmino para permitir una administración oportuna y adecuada de tocolíticos, corticoides, evitando intervenciones innecesarias o excesivas.
(Ubom et al., 2023)	FIGO good practice recommendations for preterm labor and preterm prelabor rupture of membranes: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes	Revisión y consenso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).	Administrar corticoides para maduración pulmonar fetal junto con tocolíticos limitados a 48 horas para completar el ciclo. La implementación del método de triaje FIGO en países de ingresos bajos y medios mejora los resultados maternos y neonatales.
(Kiebler et al., 2025)	Insights into tocolytic use and preterm birth management: a Swiss cross-sectional survey	Estudio transversal nacional en Suiza, 2024 a 94 jefes de obstetricia y 481 ginecólogos.	La mayoría de los obstetras suizos cumplen las guías, pero persisten discrepancias, especialmente en el uso de tocolisis prolongada (>48 horas) y más allá de las 34 semanas.
(Ali et al., 2024)	Nursing care for pregnant women at risk of preterm labor and its impact on their knowledge and lifestyle pattern	Estudio cuasiexperimental realizado en la unidad de alta dependencia y cuidados prenatales del Hospital Universitario de Minia Egipto.	Los cuidados de enfermería mejoraron significativamente el conocimiento y el estilo de vida saludable en gestantes con riesgo de parto pretérmino.
(Vogel et al., 2022)	Updated WHO recommendations on antenatal corticosteroids and tocolytic therapy for	Revisión Cochrane y un metaanálisis en red de 122 ensayos.	Administrar corticoides antenatales solo antes de las 34 semanas, con criterios estrictos. Los tocolíticos pueden usarse para retrasar el parto 48 horas a 7 días, solo cuando los

Autor	Título	Métodos	Resultados y Conclusiones
	improving preterm birth outcomes		beneficios superen los riesgos para la madre y el feto.
(Romero et al., 2025)	Cuidados enfermeros en gestante con amenaza de parto prematuro: abordaje clínico desde un enfoque estandarizado	Presentación de un caso clínico de una gestante de 28 semanas con amenaza de parto prematuro.	El diagnóstico precoz, la estratificación del riesgo y la actuación protocolizada con tocólisis y corticoides son clave para mejorar los resultados perinatales.
(Martínez et al., 2025)	Recomendaciones del manejo perinatal y seguimiento del prematuro moderado y tardío	Guía de recomendaciones por el grupo SEN32-36 de la Sociedad Española de Neonatología.	Manejo perinatal mediante asistencia prenatal, sala de partos, hospitalización, enfermedad respiratoria, lactancia, hiperbilirrubinemia, alta y seguimiento del neurodesarrollo, nutrición, prevención respiratoria, inmunizaciones de prematuros moderados y tardíos.
(Ungureanu et al., 2022)	Preventive antenatal interventions to reduce premature births	Revisión narrativa seleccionando estudios de PubMed (2000-2021).	El uso riguroso de tocolíticos, antibióticos, corticoides y vitamina K mejora los resultados fetales y maternos, reduciendo la mortalidad y morbilidad neonatal.
(Daskalakis et al., 2023)	European guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth	Guía de recomendaciones basada en la opinión de expertos.	Se recomiendan corticoides antenatales entre 24+0 y 33+6 semanas si parto inminente en 7 días. Puede extenderse hasta 34+6 semanas en casos seleccionados. Puede considerarse un único ciclo repetido si pasaron >7 días y riesgo renovado antes de 34 semanas.
(García, 2020)	Estrategias terapéuticas actuales para prevenir el parto prematuro	Revisión bibliográfica.	La prevención del parto prematuro es fundamenta, las medidas recomendadas incluyen: progesterona, cerclaje cervical, pesario de Arabin, fármacos tocolíticos y corticosteroides para aumentar la supervivencia de los recién nacidos prematuros.
(Donato et al., 2023)	A nomogram to optimize the timing of antenatal corticosteroids in threatened preterm delivery	Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel durante 2015-2019 con 1343 gestantes entre 24-34 semanas.	Una puntuación pronóstica sangrado, tocolisis segunda línea, PCR, cérvix corto, cicatriz uterina, edad gestacional predice parto en 7 días, evitando corticoides innecesarios en el 57% de los casos. Se recomienda su uso clínico.
(Rood et al., 2024)	Obstacles to Optimal Antenatal Corticosteroid Administration to Eligible Patients	Análisis secundario del estudio APEX desde el 2008-2011, 25 hospitales de EE. UU., 3123 partos entre 24-34 semanas.	Factores maternos, hospitalarios y el centro de atención influyen en el uso adecuado. Se recomienda implementar estrategias de mejora para aumentar la administración oportuna y reducir la variabilidad institucional.
(Kankaria et al., 2021)	Readiness to Provide Antenatal Corticosteroids for Threatened Preterm Birth in Public Health Facilities in Northern India	Estudio transversal en 37 centros de salud públicos de dos distritos de Haryana India.	Las directrices sobre corticosteroides prenatales no se implementaron de manera uniforme; existen deficiencias en personal capacitado, estimación de edad gestacional, calidad de atención al parto y registro de indicadores.

Nota. Elaborado por el Grupo investigador.

Se revisaron 16 artículos que presentan estudios en diferentes países como Perú, Ecuador, Suiza, India, Estados Unidos y varios países de Europa y Latinoamérica, obtenidos de bases de datos como Scopus, PubMed, Cochrane, SciELO, Google Scholar y Dialnet. Si bien se ha avanzado en el conocimiento sobre el manejo farmacológico de la amenaza de parto prematuro, todavía existen brechas importantes en la implementación de los cuidados de enfermería relacionados con la administración oportuna y segura de corticoides y tocolíticos, así como en la evaluación de su efectividad en la práctica clínica real.

Según el estudio la atención de enfermería en el APP, muestra que ha evolucionado, esto gracias a la administración estandarizada, uso de las taxonomías NANDA-NIC-NOC y la identificación de los diagnósticos prioritarios como el dolor en el parto, el riesgo a la alteración de la díada madre-feto y la infección. La mayoría de los estudios indican la necesidad de un entrenamiento específico al personal de enfermería en la identificación

temprana de signos de trabajo de parto pretérmino, en el correcto cálculo de la edad gestacional, en la aplicación de corticoides anteparto y en el uso de tocolíticos según protocolos actualizados.

Igualmente, los resultados sugieren que las actividades de enfermería que pertenecen al manejo protocolizado como: monitorización continua de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal; educación sanitaria de la gestante sobre signos de alarma; administración oportuna de corticoides y tocolíticos., favorecen la disminución de la morbilidad neonatal y mejoran los resultados perinatales. Su relación con el proceso de atención de enfermería está basada en la evidencia y con modelos de cuidado humanizados que integran el acompañamiento emocional y de disminución de la ansiedad materna.

No obstante, los artículos analizados muestran un limitado análisis de las guías internacionales por parte del personal de enfermería, falta de protocolos institucionales claros para la administración de corticoides y tocolíticos, escasez de recursos en

países de ingresos bajos y medios, y una alta variabilidad en la práctica clínica. Estas limitaciones impiden una administración óptima de los fármacos, aumentando el riesgo de uso subóptimo.

Los estudios proponen reforzar la formación de la educación continua en enfermería, desarrollar protocolos que se apliquen en cada nivel asistencial, implantar sistemas de vigilancia de la monitorización de la calidad y promover el trabajo interdisciplinario. Por consiguiente, la revisión bibliográfica verifica que el cuidado de enfermería ante amenaza de parto prematuro, así como la adecuada administración del corticoide y tocolíticos es un binomio importante que permite alargar la gestación, disminuir la prematuridad y sus complicaciones, así como mejorar el pronóstico neonatal y ofrecer una atención humanizada y de calidad a la paciente gestante y familiares.

Discusión

Los cuidados de enfermería en la amenaza de parto pretérmino son claves para una administración oportuna y segura de los corticoides y tocolíticos. El estudio realizado por Bueno et al. (2024) ha demostrado

que a través del uso de la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) con las taxonomías NANDA-NIC-NOC, es posible identificar diagnósticos priorizados como la alteración de la diada materno-fetal y el riesgo de infección del tracto urinario que permiten las siguientes intervenciones: monitorización del patrón de dolor, utilizando la taxonomía NIC, secuencia de dolor NOC. De manera similar Carrion et al. (2022) evidenciaron que el uso de lenguajes estandarizados en el PAE para gestantes con ruptura prematura de membranas permitió establecer diagnósticos como privación del sueño, conocimientos deficientes y ansiedad, con intervenciones dirigidas a mejorar el sueño y disminuir la ansiedad, lo que refuerza la necesidad de un abordaje holístico y sistemático.

La administración de corticoides antenatales es una de las intervenciones más efectivas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal. Según Daskalakis et al. (2023), en las directrices europeas, se recomienda el uso entre 24+0 y 33+6 semanas antes del parto en los siguientes 7 días, con betametasona

o dexametasona. No obstante, Rood et al. (2024) encontró que más del 60% de las embarazadas elegibles recibieron corticosteroides de forma subóptima, con una variabilidad considerable entre hospitales, lo que indica oportunidades de mejora. Mientras tanto Vogel et al. (2022), recalca la actualización de las recomendaciones de la OMS, reiteran que los corticoides sólo deben administrarse cuando se puede estimar con precisión la edad gestacional, el parto es inminente, no hay infección materna y se dispone de atención neonatal adecuada, condiciones que el profesional de enfermería debe verificar rigurosamente.

En cuanto a los tocolíticos, Dagklis et al. (2023) recomiendan su uso limitado a 48 horas antes de las 34 semanas para permitir el efecto completo de los corticoides y el traslado a un centro terciario, siendo los bloqueadores de canales de calcio los de primera línea. Una encuesta realizada por Kiebler et al. (2025) mostró discrepancias entre la evidencia y la práctica clínica. La encuesta mostró que 54% de obstetras hacen tocolisis de

mantenimiento (>48 horas) y el 20% continúa tocolisis después de 34 semanas. Según Donato et al. (2023), se exhibe un nomograma para la predicción de parto en 7 días, usando: sangrado vaginal, longitud cervical y necesidad de tocolisis de segundo tipo. Este nomograma podría ayudar a mejorar el tiempo de administración de corticoides y prevenir un 57% de uso subóptimo.

Kankaria et al. (2021) evaluaron 37 centros de salud en India y encontraron que había deficiencias muy comunes en las prácticas, el estimado preciso de la edad gestacional, la disponibilidad de protocolos y personal capacitado, tenían una desconexión entre el conocimiento y las actitudes de uso de corticoides, en consecuencia, las barreras estructurales y de formación que se ha evidenciado en los cuidados de enfermería debe tenerse en cuenta. Los autores concluyen que incrementar la administración de corticoides, sin garantizar una atención materna y neonatal de calidad, no mejora los resultados y puede ser perjudicial, sugiriendo fortalecer el monitoreo y la estandarización de la atención.

Según Iza y Bustillos (2022) la prevención del nacimiento prematuro requiere identificar factores de riesgo preconcepcional, gestacional y uterino. Por el contrario, la evaluación ecográfica de la longitud cervical es el estándar predictivo por excelencia, si bien también se predice con fibronectina fetal.

El rol educativo de la enfermería puede mejorar los conocimientos y estilos de vida en embarazadas con riesgo de parto pretérmino. Los autores Ali et al. (2024) realizaron un estudio cuasiexperimental en Egipto, incluyendo a 200 mujeres en estado de gestación en riesgo de parto prematuro, sobre el efecto de los cuidados de enfermería. Se encontró que la implementación del cuidado de enfermería mejoró conocimientos y estilos de vida en esas gestantes. Por lo tanto, el papel educativo de la enfermería es fundamental en el abordaje de mujeres con riesgo de parto prematuro. Este hallazgo subraya que las atenciones de enfermería, en forma de educación para la salud, constituyen una intervención eficaz.

La monitorización fetal y materna es otra destreza que debe manejar la

enfermera. Las guías de buenas prácticas de FIGO por Ubom et al. (2023), dan a conocer un sistema de triaje denominado Prep-for-Labor, que permite la rápida identificación de pacientes en riesgo alto o riesgo bajo y la toma de decisiones para manejar en sitio o referir a nivel superior. Se sugiere además el uso limitado por 48 h de corticoides, tocolíticos y sulfato de magnesio para neuroprotección fetal. La antibioticoterapia sólo sería recomendable en caso de rotura prematura de membranas confirmada. Según García (2020) los métodos actualmente utilizados para prevenir el parto pretérmino son: la administración de progesterona, el cerclaje cervical, el pesario de Arabin, tocolíticos y corticoides, aunque destacan que algunos tienen poca evidencia de su eficacia. Todos los casos deben ser individualizados según los factores de riesgo de cada paciente.

Los efectos adversos de los tocolíticos y corticoides no deben subestimarse. Ungureanu et al. (2022) revisaron que los bloqueadores de canales de calcio ofrecen una demora adicional del parto de 4,4 días con menos efectos

maternos que los betamiméticos, aunque la dexametasona se asoció a un mayor riesgo de hemorragia intraventricular comparada con betametasona. Además, advierten que la utilización de antibióticos en el parto pretérmino con membranas íntegras no es aconsejable debido al riesgo de parálisis cerebral y deterioro funcional en los descendientes, según indicaron los hallazgos del estudio ORACLE II. Los autores Martínez et al. (2025) postulan que en los prematuros moderados y tardíos de 32 a 36 semanas, el corticoide que se les administra muy cerca del parto favorece la hipoglucemia neonatal, y puede llegar a correlacionarse a niveles. Por tanto, es recomendable que se realice de manera individual, previo a las 34 semanas, no de forma rutinaria. Finalmente, Romero et al. (2025) presentan un caso clínico en el que se logró controlar la amenaza de parto prematuro a las 28 semanas en dirección favorable gracias a la monitorización continua, al control con escalas de dolor (EVA 8/10) y la utilización de tocolíticos y corticoides. A ciencia cierta, es primordial que se diagnostique cuanto antes y se actúe con

protocolos y cuidados estandarizados de enfermería. Sin embargo, se observan barreras formativas, de recursos y de cumplimiento con los estándares que hacen necesario poner en marcha acciones de mejora continua, de educación permanente y de protocolos ajustados a distintos escenarios de salud, para lograr una atención humanizada, seguro y de calidad a las gestantes y a sus recién nacidos.

4. Conclusiones

Los cuidados de enfermería estandarizados mediante el Proceso de Atención de Enfermería con taxonomías NANDA-NIC-NOC influyen positivamente en la efectividad de la administración de corticoides y tocolíticos, ya que permiten identificar diagnósticos prioritarios como dolor de parto, riesgo de alteración de la diada materno-fetal e infección del tracto urinario, facilitando intervenciones oportunas como monitorización fetal, control de infecciones y manejo del dolor, lo que se traduce en una administración más segura y dentro de la ventana terapéutica óptima.

La capacitación y competencia del personal enfermero son determinante crítico para la efectividad de los tratamientos. En los países de ingresos bajos y medios, la falta de conocimiento sobre las indicaciones, dosis y criterios de uso de corticoides y tocolíticos, se asocia a un uso subóptimo que agrava la morbilidad neonatal. Por esto se necesita una capacitación continua, así como una actualización basada en guías internacionales.

Las enfermeras influyen en la adherencia y seguridad del tratamiento farmacológico a través de la educación sanitaria a la gestante, el reconocimiento de signos de alarma, técnicas de respiración, el control de signos vitales y la actividad uterina, la detección precoz de efectos adversos como: hipoglucemia neonatal, hipotensión materna, taquicardia, la preparación y administración correcta de fármacos. Así se disminuyen complicaciones, estancia hospitalaria y se optimiza la experiencia de la paciente.

Frente a esta carga se requiere que la atención de enfermería en el medio hospitalario debe estar

estandarizada, para lo cual debe contar con protocolos actualizados que contemplen: valoración integral con escalas actualizadas y validadas orientadas a la precisión en el diagnóstico. Criterios unificados para comenzar y suspender el uso de fármacos en caso de ser necesario. Registro de calidad del tratamiento preparto, el seguimiento constante en conjunto con los profesionales de neonatología y obstetricia para generación de evidencias.

Es importante señalar que el área de estudio debe continuar evaluando el efecto de un protocolo estandarizado de enfermería en ensayos clínicos en diferentes niveles de atención. Es necesario desarrollar y validar herramientas digitales de apoyo a la decisión clínica del personal de enfermería para que se realicen correctamente el cálculo de la edad gestacional, la ventana de administración del tratamiento. Del mismo modo, poner en marcha programas de simulación clínica y capacitación continua interdisciplinaria para cerrar la brecha entre el conocimiento conceptual y la ejecución práctica en la labor de enfermería.

Bibliografía

- Ali, Z., Elazim, H., Malak, A., Mousa, S., y Ali, S. A. (2024). Nursing care for pregnant women at risk of preterm labor and its impact on their knowledge and lifestyle pattern. *International Journal of Obstetrics and Gynaecological Nursing*, 6(1), 01-09. <https://doi.org/10.33545/26642298.2024.v6.i1a.127>
- Araujo, K., y Villegas, C. (2024). Rotura prematura de membranas: Diagnóstico y manejo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(01), 59-72. <https://doi.org/10.51288/00840110>
- Battarbee, A. (2024). Antenatal Corticosteroids at 21–23 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 35-43. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005352>
- Beristain, I., Álvarez, A., Huerta, M. I., Casique, L., y Beristain, I. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: Revisión de literatura. *Sanus*, 7. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Bueno, R., Villanueva, C., Vivanco, S., y Morales, W. (2024). Nursing care in threatened preterm labor in the Obstetrics and Gynecology Department of a hospital. *SAP Multidisciplinary Open*, 2, 100. <https://doi.org/10.62486/agmu2024100>
- Carrion, C. B., Celi, M., y Riofrío, A. (2022). Proceso de atención de enfermería en gestante con ruptura prematura de membranas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja. *Revista de Ciencias de la Salud QhaliKay*, 6(1), 39-51. <https://doi.org/10.33936/qkracs.v6i1.3786>
- Castillo, D., Cobeña, A., y Tufiño, J. (2025). Factores de riesgo de parto prematuro [Risk factors for preterm delivery. *Sanitas*, 4(2), 71-83. <https://doi.org/10.62574/dvj7v331>
- Cherres, J., Saltos, L., Villacres, L., y Villacres, A. (2023). Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. *RECIAMUC*, 7(1), 265-272. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.265-272](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.265-272)
- Córdova, S., Tene, F., y Falconí, S. (2024). Percepción Materna de la Humanización en el Cuidado Neonatal: Desentrañando la Sensibilidad en la Atención Brindada. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 4615-4632.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11669

Cubillo Espinoza, A. (2021). Uso de corticoesteroides prenatales durante la labor de parto prematuro. *Revista Médica Sinergia*, 6(11), e708. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i11.708>

Dagklis, T., Akolekar, R., Villalain, C., Tsakiridis, I., Kesrouani, A., Tekay, A., Plasencia, W., Wellmann, S., Kusuda, S., Jekova, N., Prefumo, F., Volpe, N., Chaveeva, P., Allegaert, K., Khalil, A., y Sen, C. (2023). Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 291, 196-205. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.10.013>

Daskalakis, G., Pergialiotis, V., Domellöf, M., Ehrhardt, H., Di, G., Koç, E., Malamitsi, A., Kacerovsky, M., Modi, N., Shennan, A., Ayres, D., Gliozheni, E., Rull, K., Braun, T., Beke, A., Kosińska, K., Areia, A., Vladareanu, S., Sršen, T. P., ... Jacobsson, B. (2023). European guidelines on perinatal care: Corticosteroids for women at

risk of preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1), 2160628.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2160628>

Donato, E., Guerby, P., Guyard, B., Vayssiere, C., y Allouche, M. (2023). A nomogram to optimize the timing of antenatal corticosteroids in threatened preterm delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(7), 100955. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100955>

Elizalde, H., González, E., y Quintero, Á. (2021). *Realidad del estudio de las teorías de enfermería* (1ra ed.). CIDE. <https://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/805/4/Libro%20Realidad%20del%20Estudio%20Teorias%20Enfermeria.pdf>

Fundación NENE. (2023). Posicionamiento sobre Cuidado del recién nacido extremadamente prematuro en las primeras 72 horas de vida. *FUNDACION NENE*. https://www.neurologianeonatal.org/images/formacion_due/Posicionamiento-RNEP-72-h-Enfe-NeNe-.pdf

García, C. (2020). Estrategias terapéuticas actuales para prevenir el parto prematuro. *Revista Salus*, 24.

- https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol24n2/art05.pdf
- Hernández, J., y Castillo, K. (2025). *Uso de la revisión sistemática y su importancia en la construcción de la investigación.* 13(37). <https://doi.org/10.5281/ZENODO.16543303>
- Iza, L., y Bustillos, M. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO*, 6(3), 393-408. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)
- Jiménez, Lady, y Gómez, H. (2024). Factores de riesgo del parto prematuro en base a la edad materna y controles insuficientes. *Polo del Conocimiento*, 9(4). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/7041/html>
- Kankaria, A., Duggal, M., Chauhan, A., Sarkar, D., Dalpath, S., Kumar, A., Dhanjal, G., Kumar, V., Suri, V., Kumar, R., Kumar, P., y Litch, J. (2021). Readiness to Provide Antenatal Corticosteroids for Threatened Preterm Birth in Public Health Facilities in Northern India. *Global Health: Science and Practice*, 9(3), 575-589. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00716>
- Kiebler, M., Simões, A., y Ochsenbein, N. (2025). Insights into tocolytic use and preterm birth management: A Swiss cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 155(11), 4453. <https://doi.org/10.57187/s.4453>
- Martínez, S., Ginovart, G., Morales, F., Rodríguez, M., García, M., Ansó, S., y Hurtado, J. (2025). Recomendaciones del manejo perinatal y seguimiento del prematuro moderado y tardío. *Anales de Pediatría*, 102(2). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503714>
- Ovalle, A., y Kakarieka, E. (2021). Muerte fetal por infección bacteriana ascendente. Método diagnóstico, una revisión narrativa. ¿Por qué el método que incluye estudio placentario, evaluación de datos clínicos y de laboratorio es eficiente en identificar la infección bacteriana ascendente como causa de muerte fetal? *Infectología al Día*, 38(3), 384-392.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo, E., McDonald, S., ...

- Alonso, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Ramos, C., y García, P. (2024). Guía para realizar estudios de revisión sistemática cuantitativa. *CienciAmérica*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.33210/ca.v13i1.444>
- Romero, E., Romero, E., Lapeña, Á., & Almunia, R. (2025). Cuidados enfermeros en gestante con amenaza de parto prematuro: Abordaje clínico desde un enfoque estandarizado. *Polo del Conocimiento*, 8(8). <https://revistamedica.com/gestante-amenaza-parto-prematuro-enfoque-estandarizado/>
- Rood, K., Ugwu, L., Grobman, W., Bailit, J., Wapner, R., Varner, M., Thorp, J., Caritis, S., Tita, A., Saade, G., Rouse, D., Blackwell, S., y Tolosa, J. (2024). Obstacles to Optimal Antenatal Corticosteroid Administration to Eligible Patients. *American journal of perinatology*, 41(Suppl 1), e594-e600. <https://doi.org/10.1055/a-1925-1435>
- Sagastume, C. (2023). Tratamiento tocolítico para la amenaza de parto pretérmino. *Revista Diversidad Científica*, 3(2), 281-289. <https://doi.org/10.36314/diversidad.v3i2.99>
- Salazar, J., Guevara, D., y Dominguez, J. (2021). Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. *RECIAMUC*, 5(1), 70-77. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.70-77](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.70-77)
- Ubom, A., Vatish, M., y Barnea, E. (2023). FIGO good practice recommendations for preterm labor and preterm prelabor rupture of membranes: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(S2), 40-50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15113>
- Ungureanu, D., Moga, M., Badila, S., Casap, S., Anastasiu, C., y Festila, D. (2022). Preventive antenatal interventions to reduce premature births. *Archives of the Balkan Medical Union*, 57(2), 171-178. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2022.57.2.06>
- Vain, N., y Althabe, F. (2024). Corticoides prenatales: Afinando la puntería. *Arch Argent Pediatr*, 122(3).

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10272>

Vogel, J., Ramson, J., Darmstadt, G., Qureshi, Z., Chou, D., Bahl, R., y Oladapo, O. (2022). Updated WHO recommendations on antenatal corticosteroids and tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. *The Lancet Global Health*, 10(12), e1707-e1708.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00434-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00434-X)

Wilson, A., Hodgetts, V., Marson, E., Markland, A., Larkai, E., Papadopoulou, A., Coomarasamy, A., Tobias, A., Chou, D., Oladapo, O., Price, M., Morris, K., y Gallos, I. (2022). Tocolytics for delaying preterm birth: A network meta-analysis (0924). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD014978.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD014978.pub2>