South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2024; 2:98
doi: 10.62486/mo202498

ORIGINAL

Nursing role in the care of a patient with threatened abortion in the obstetrics and gynecology service of a hospital

Rol de enfermería en el cuidado a paciente con amenaza de aborto del servicio de ginecoobstetricia de un hospital

Marcela F. Monzón-Murillo[1], Sofía D. Vivanco-Hilario[1], Wilter C. Morales-García[1]

[1]Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Cite as
Monzón-Murillo MF, Vivanco-Hilario SD, Morales-García WC. Nursing role in the care of a patient with threatened abortion in the obstetrics and gynecology service of a hospital. SAP *Multidisciplinary Open*. 2024; 2:98. https://doi.org/10.62486/mo202498

Publication History
Recibido: 20-12-2023
Revisado: 04-04-2024
Aceptado: 08-08-2024
Publicado: 09-08-2024

Corresponding Author
Wilter C. Morales-García

ABSTRACT

The threat of abortion is an alert with vaginal bleeding in the first twenty weeks, accompanied by physical and emotional suffering. The common complication is mild to severe anemia. There are no preventive measures to avoid it, so prenatal control is important so that the pregnancy is viable. In order to know the role of nursing in the care of patients with threatened abortion, a qualitative study was carried out, with a single clinical case design based on the Nursing Care Process method, applying as an instrument the evaluation guide of Marjory Gordon to a 22-year-old patient. 10 nursing diagnoses were identified, prioritizing the diagnosis: (00221) Ineffective maternity process r/c with insufficient prenatal care and inadequate maternal nutrition m/p inadequate prenatal management, ineffective management of bothersome symptoms during pregnancy and prenatal lifestyle inappropriate. The interventions carried out were satisfactory, since the patient improved the maternity process. Given the problem of hemorrhage complication, the results are still indefinite due to the few hours of intervention and evaluation. It is concluded that the role of nursing is essential in the assessment of pregnant women with threatened abortion; Knowing its evolution allowed administering care to resolve the process of ineffective motherhood and prioritizing individualized nursing care in the prevention of hemorrhage in the first 20 weeks of pregnancy. In addition, in order to improve the skills of the nursing professional, NANDA I, NOC, NIC, and collaboration problems were used.

Keywords: Nursing Role; Care; Patient; Threatened Abortion.

RESUMEN

La amenaza de aborto, es una alerta con sangrado vaginal en las primeras veinte semanas, acompañada de sufrimiento físico y emocional. La complicación común es la anemia de leve a severa. No existen medidas preventivas para evitarlo, por lo que es importante el control prenatal a fin que el embarazo sea viable. Con el objetivo de conocer el rol de enfermería en la atención de paciente con amenaza de aborto, se realizó un estudio cualitativo, con diseño de caso clínico único basado en el método del Proceso de Atención de Enfermería, aplicando como instrumento la guía de valoración de Marjory Gordon a una paciente de 22 años. Se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, priorizando el diagnóstico: (00221) Proceso de maternidad ineficaz r/c con cuidados prenatal insuficiente y nutrición materna inadecuada m/p manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado. Las intervenciones ejecutadas fueron satisfactorias, pues la paciente mejoró el proceso de maternidad. Ante el problema de complicación de hemorragia los resultados aún son indefinidos debido a las pocas horas de intervención y evaluación. Se concluye que el rol de enfermería es fundamental en la valoración de la gestante con amenaza de aborto; conocer su evolución permitió administrar cuidados para resolver el proceso de maternidad ineficaz y priorizar los cuidados de enfermería individualizado en la prevención de hemorragia en las primeras 20 semanas de embarazo. Además, a fin de mejorar las competencias del profesional de enfermería, se hizo uso del NANDA I, NOC, NIC, y de los problemas de colaboración.

Palabras clave: Rol de Enfermería; Cuidado; Paciente; Amenaza de Aborto.

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto, como problema mundial, implica una afección con una pérdida temprana del embarazo o la posibilidad de un aborto espontáneo antes de las 20 semanas de gestación, caracterizada por dolor y/o sangrado, cuello uterino cerrado, evidencia de latido fetal por ecografía y gestación intrauterina acorde a la edad gestacional (Carvajal-Cabrera & Barriga- Cosmelli, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre un 4,7 % y un 13,2 % de la mortalidad materna anual se atribuye a los abortos peligrosos; durante los años 2010 a 2014 ocurrieron 39 abortos provocados por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad (OMS, 2017). Por otro lado, entre los años 2015 a 2019, en el mundo hubo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados en condiciones de seguridad o sin ellas, y en los países en desarrollo cada año ocurre alrededor de 7 millones de mujeres que son hospitalizadas por aborto sin condiciones de seguridad. Además, se aproxima que 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019; y puede atribuirse cada año, entre un 4,7 % y un 13,2 % de la mortalidad materna por abortos peligrosos (OMS, 2020). De los embarazos no planeados, el 61 % terminó en aborto, esto se traduce en 73 millones de abortos por año en el mundo (Frederico et al., 2020).

A nivel de los países de Latinoamérica, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro, si bien la mayoría de ellos se consideraron como "menos seguros", y 3,7 millones de abortos inducidos ocurren cada año en Latinoamérica y el Caribe, estiman que el 17 % de muerte materna se debe al aborto inseguro. (OMS, 2017). En Sudamérica, ocurren 10 muertes por aborto inseguro por cada

100 000 nacidos vivos (OMS, 2020). En este sentido, Ramos, (2016) refiere que es importante difundir y comprender la situación del aborto, asimismo las causas, consecuencias y dificultades que las mujeres enfrentan para decidir la cancelación de su embarazo, así como las actitudes de los diversos actores sociales que están a favor o en contra de la despenalización del aborto y las acciones respectivas que se practican en instituciones privados y públicos.

Mientras Ramos y Fernández Vázquez (2020) observan que en la década de los 90 la mortalidad materna era 100 veces más alta que en los países desarrollados, ello afectaba principalmente a las mujeres de clase pobre haciéndolas más vulnerables. Asimismo Huanca- Morales (2020), señala que los índices de mortalidad materna son muestra de la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres.

En Perú, la mortalidad materna por aborto inseguro es la cuarta causa de ello (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017). El año 2015 ocurrieron 414 muertes maternas reportadas por la Dirección General de Epidemiología del Perú, pero no se detalla cuántas de estas han sido causadas por abortos clandestinos (Abanto-Arana & Anhuamán-Morillo, 2019).

Por su parte, el INEI (2019) reporta las 57,8 muertes ocasionadas por aborto correspondientes a 578 130 nacidos vivos. En este país, el aborto terapéutico es legal desde 1924; sin embargo, no se cuenta con cifras exactas, aunque sí se registra el impacto del aborto inseguro que ocasiona cada año 28 652 hospitalizaciones y 58 muertes. Además, la no despenalización del aborto pronostica 27 166 hospitalizaciones y 54 muertes al año en el Perú.

Es menester señalar que la amenaza de aborto en las primeras veinte semanas de gestación, si no es controlada a tiempo, conlleva al riesgo de la terminación espontánea de la gestación con sangrado proveniente del útero y sin cambios en el cuello uterino (Dulay, 2020); por ello, la presente investigación intenta identificar los problemas presentes y/o necesidades de la paciente a través de una exhaustiva valoración para emitir los diagnósticos de enfermería, manteniendo interés en el diagnóstico principal, así como la prevención de los riesgos de complicación que se podrían generar en la paciente; dado que el sangrado vaginal que se podría presentar como consecuencia de un aborto activo no controlado podría generar choque hipovolémico secundario superando pérdidas de volumen sanguíneo mayores al 40 %.

En este sentido, el profesional de enfermería especialista en gineco obstetricia debe brindar cuidado humano competente, fomentando la atención oportuna y prevención de complicaciones mediante técnicas y procedimientos que eviten eventos que podrían ocasionar muerte materna (Diaz Rivera, 2017).

Por ello, y a la luz del panorama mencionado, el presente estudio pretende confirmar el aporte de la enfermería en la identificación oportuna de los factores de riesgo que causa un aborto, a fin de prevenirlo. Cabe señalar al aborto como el corte del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, ocasionado por diferentes factores —entre genéticos, patológicos e inducidos—. En este contexto, los riegos se incrementan en mujeres que tuvieron abortos involuntarios, exposición a toxinas, problemas de placenta, cuello uterino o útero, entre otros (Bergallo et al., 2018).

Además, este trabajo consiste en un estudio cualitativo de un caso elegido para analizar, desde el punto de vista bio-psico-socio-espiritual, la importancia del abordaje enfermero en pacientes con amenaza de aborto, considerando que enfermería es el primer contacto que tienen las pacientes después de recibir el diagnóstico médico, además que comparten situaciones difíciles y de intimidad con ellas (Martínez-Montaño, 2021).

Objetivo general

Conocer el rol de enfermería en la atención de una paciente con amenaza de aborto.

Objetivos Específicos

Estudiar la amenaza de aborto, sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones. Describir la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de hemorragias.

Redactar los cuidados de enfermería en la atención del proceso de maternidad eficaz en paciente con amenaza de aborto.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado en una paciente con amenaza de aborto utilizando la taxonomía NANDA I, NOC, NIC y el manual de problemas de colaboración de Linda Juall Carpenito (Johnson et al., 2007; "NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020," 2019).

Marco teórico

Aborto

Según Bergallo et al. (2018) el aborto comprende la expulsión, por el útero, del producto de la concepción, ocasionando el término del embarazo de forma abrupta, en modo natural o voluntaria, antes de las 22 semanas de gestación, con un feto con peso menor a 500 gramos.

Epidemiología del aborto

Según León et al. (2016), en el Perú el 52 % de las mujeres abortan porque "tienen muchos hijos" o "no tenían pareja estable". El 28 % revela que lo hizo por causas económicas, el 8 % por miedo a los padres y el 5 % por haber sufrido violación o incesto. Estas razones son similares a las de otros países de Latinoamérica.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la alta frecuencia de la incidencia de aborto en los siguientes casos: cuando la paciente presenta anomalías uterinas anatómicas; cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; con la presencia de pólipos de más de 2 cm, mayor número y tamaño de miomas uterinos que dificultan la implantación y el aporte sanguíneo deficiente al feto; cuando aparecen tumoraciones de rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas; cuando aparece ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto y adherencias uterinas, aunque en este punto se necesitan más evidencias (Gaspar-Huánuco & Torres-Rojas, 2018).

Tipos de aborto

La OMS (2019) reconoce 4 tipos de aborto según las causas y las condiciones:

Aborto espontáneo

Consiste en el término del embarazo que no es provocado intencionadamente, con la muerte no deseada y la expulsión del feto.

Aborto inducido

Cuando se finaliza el embarazo eliminando el feto o embrión antes que pueda sobrevivir fuera del útero de la madre.

Aborto indirecto

Cuando se provoca la muerte del feto durante una intervención médica. Esta se realiza en dos circunstancias: cuando se tiene que salvar la vida de la madre o cuando la viabilidad del feto es nula.

Aborto peligroso

Es el término del embarazo realizada por personas que no tienen la formación y preparación necesaria y/o se realiza en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas.

Medidas preventivas

No existe una terapia efectiva preventiva en el tratamiento de la amenaza de aborto, pero se puede realizar un seguimiento semanal del embarazo hasta que se resuelva el sangrado y también prestar atención ante el riesgo de un parto pre término, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino (Carbajal-Sánchez & Nery-Segura, 2018).

Amenaza de aborto

Según Vásquez De La Torre (2018), es una situación de peligro con riesgo de culminar en un aborto antes de las 20 semanas de gestación, se caracteriza por metrorragia escasa, con o sin dolor en hipogastrio tipo cólico, cuello uterino cerrado. Generalmente, existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional.

Asimismo, se sospecha de una amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo. En esta situación, de un 30 %, aproximadamente la mitad aborta (Gaspar-Huánuco & Torres-Rojas, 2018).

Finalmente, según Huanca Morales (2020) en el eCIE10ES (2022) Amenaza de aborto se define como una Hemorragia especificada como consecuencia de una amenaza de aborto.

Fisiopatología

De acuerdo con Ocón-Cabria (2017) la amenaza de aborto es precedida por un sangrado durante el primer trimestre del embarazo, con origen dentro del útero. En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación embrionaria del blastocito en la pared interna del endometrio, iniciándose la formación de la placenta. En las primeras 20 semanas de gestación pueden ocurrir alteraciones (anatómica o fisiológicas) o sangrado, en su mayoría a consecuencia de la formación de hematoma retro corial, que puede evolucionar favorablemente o culminar en un aborto.

También, estas características se acompañan de dolor tipo cólico en el bajo vientre, lo que indica el posible caso de un aborto espontáneo, considerado como muerte embrionaria o fetal no inducida antes de las 20 semanas de gestación.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la alta frecuencia de la incidencia de aborto en los siguientes casos: cuando la paciente presenta anomalías uterinas anatómicas; cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; con la presencia de pólipos de más de 2 cm, mayor número y tamaño de miomas uterinos que dificultan la implantación y el aporte sanguíneo deficiente al feto; con la aparición de tumoraciones de rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas, ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto y adherencias uterinas, aunque en este punto se necesitan más evidencias. (Carbajal & Segura, 2018).

Etiología

Según Carvajal-Cabrera y Barriga-Cosmelli (2021), la amenaza de aborto generalmente es provocada por anormalidades cromosómicas (49 % de los casos) y morfológicas de los gametos, así como anormalidades anatómicas del aparato genital materno; enfermedades endocrinas como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; también, por enfermedades e infecciones sistémicas como sífilis, rubeola y toxoplasmosis; por factores inmunológicos; por incompatibilidad ABO; por factores tóxicos con el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo; y por factores traumáticos.

Clínica: signos y síntomas

El cuadro clínico se basa en la historia de sangrado transvaginal durante las primeras 20 semanas de gestación, evidenciando la presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas, amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva (β-Hcg cuantitativa), actividad vital fetal, dolor tipo cólico en hipogastrio, volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación ni modificaciones cervicales (Ochoa-Marieta et al., 2018).

Los signos y síntomas que se presentan son: sangrado vaginal, generalmente escaso durante las primeras 20 semanas de la gestación; dolor en la espalda y en la parte baja del abdomen. En la mayoría de los casos el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; en otros casos la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo (Personal de Mayo Clinic, 2020).

Tratamiento

El tratamiento depende de los resultados de la ecografía: si demuestra viabilidad ovular, los resultados de β-Hcg cuantitativa están en rangos normales y no hay sangrado activo, por lo que se debe realizar el respectivo manejo ambulatorio y control en 72 horas, así también instaurar reposo absoluto, tratar las causas metabólicas, infecciosas o de otro tipo. Si hay cierto desprendimiento placentario, o las pruebas de β-Hcg cuantitativa expresan cierto déficit hormonal, la paciente debe ser hospitalizada para control y evaluación del embarazo, en reposo absoluto, y con administración de progestágenos 100 mg. dos veces al día, alta tras 24 o 48 horas sin presentar sangrado vaginal, con reposo en casa y control dentro de 7 a 10 días en consulta ambulatoria del hospital. Si la ecografía no revela placa embrionaria positiva, pero la β-Hcg cuantitativa es positiva, debe prescribirse reposo, sin medicación alguna (Ríos Canales et al., 2018).

En el tratamiento farmacológico de solución inyectable de progesterona 50 mg. cada 48 horas como soporte se utiliza la progesterona en casos de defecto de fase lútea establecida. En aborto recurrente de etiología no precisada y en pacientes que han recibido inductores de ovulación. El uso de supositorios antiespasmódicos es limitado sobre todo en el período de organogénesis entre los 18 a 55 días post concepción (ANAEL, 2015).

Complicaciones

La complicación más común es el aborto espontáneo y la anemia derivada de una pérdida de sangre moderada o grave, que puede requerir transfusión sanguínea; no se debe descartar la infección o la probabilidad de un embarazo ectópico, lo que es una complicación potencialmente mortal (Gaspar-Huánuco & Torres-Rojas, 2018).

Medidas preventivas

No existe una terapia efectiva preventiva en el tratamiento de la amenaza de aborto, lo que exige realizar un seguimiento semanal del embarazo hasta que se resuelva el sangrado y debe prestarse atención al riesgo de presentar un parto pre término, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino (León et al., 2016)

Rol de enfermería en el cuidado a paciente con amenaza de aborto

El rol de enfermería tiene como objetivo principal monitorizar y documentar el progreso clínico de la paciente en riesgo de sufrir un aborto. Las actividades de enfermería sobre esta perspectiva se pueden desarrollar cuando el conocimiento y las habilidades se funden para alcanzar la suficiente comprensión del fenómeno, así como de las complejidades que se producen. Esto exige el apoyo psicológico permanente a la pareja y familia, porque los lazos afectivos se desarrollan a medida que avanza la gestación, y se asocian a sentimientos de fracasoen la gestante. También se debe propiciar un ambiente de tranquilidad para descansar, donde el sueño es vital en la recuperación y la mejora del equilibrio psico social (Cornejo-Sánchez, 2020). Tratándose de una paciente gestante se deberá brindar apoyo emocional con participación del esposo y/o familia, buscar ayuda para fomentar seguridad y actitud positiva; vigilar el color, olor y duración del sangrado; controlar la temperatura de la gestante durante la primera semana; evitar el uso de tampones o duchas vaginales durante 15 días; abstinencia sexual durante los primeros 15 días; considerar las medidas generales como el reposo absoluto; y procurar manejar el estado emocional en la paciente (EAFIT, 2018).

Riesgo de complicación en el pre parto: hemorragia

El sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación es una situación frecuente que ocurre entre el 15 al 25 % de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del feto (Alayo-Huatay, 2019). Según, Herdman y Shigemi (2019) esto involucra el riesgo de sangrado susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer muy seriamente la salud.

Por otro lado, los datos estadísticos señalan que la mortalidad materna es un indicador sanitario que evidencia la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, poco respeto a los derechos humanos y el acceso limitado a los servicios de salud. El 27,1 % indica muerte materna por hemorragias, según la reciente revisión Lancet 2014, que analizó las estimaciones globales, regionales y subregionales de causas de mortandad materna durante 2003-2009. En las poblaciones indígenas la tasa de mortalidad materna es de 25 % en todos los casos. La hemorragia genital anormal debe ser clasificada como prioritaria, valorando la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea en el posparto inmediato en las 24 primeras horas posparto (INEI, 2019).

Causas

Teniendo en cuenta a Bunce y Heine (2020) la hemorragia en la primera mitad del embarazo dependerá si este es ectópico, tubárico o cervical; en el 1,5-2 % de estos casos, la implantación del blastocito ocurre por fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente se ubica en las trompas de Falopio (98 % de los casos). También puede suceder a nivel cervical, en el ovario, en la cavidad pélvica, y aun en vísceras abdominales.

Tratamiento

El tratamiento clínico dependerá de la cantidad de sangrado, la edad gestacional y del tipo de implantación de la placenta. Frente a la emergencia de presentarse la hemorragia, se sustituye de inmediato la sangre perdida y se administra prioritariamente una transfusión, mientras se resuelve la urgencia; en esta situación es fundamental detener la hemorragia y eliminar su origen, y ante un sangrado agudo se prefiere la expansión con plasma más que con solución (Llanos-Cerquín, 2018).

Por otro lado, el tratamiento quirúrgico consiste en la extracción de los restos placentarios y la respectiva reparación de las laceraciones genitales o legrado uterino (MINSA-CSS, 2015).

Asimismo, el tratamiento complementario comprende la administración de medicamentos uterotónicos con oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina y reposición de líquidos o transfusión, suplementación con hierro, control clínico y control ecográfico (Carvajal & Barriga, 2021).

Complicaciones

En el proceso de amenaza de aborto, el sangrado es una complicación de urgencia que debe ser atendido de inmediato, con el respectivo tratamiento farmacológico para el control de la hemorragia; y la aplicación de masaje uterino que estimule la contracción y evite abundantes descargas de sangre. Además, se recomienda la respectiva transfusión sanguínea para reponer las pérdidas que podrían llevar a complicaciones mayores. En el caso que la atención no sea oportuna o haya escasa experticia en la prevención de estas complicaciones, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es del 100 %; por tanto, a fin de mantener la hemodinamia, se necesita conservar de forma relativa una constante del volumen sanguíneo (Alayo-Cuzcano et al., 2018).

Prevención

Las medidas preventivas de la hemorragia se aplican a través del cumplimiento estricto de los protocolos de atención basados en las prácticas clínicas desde el ingreso de la paciente hasta el alta, priorizando el respeto a la vida, la confidencialidad y la privacidad.

Definitivamente, no existe una terapia efectiva preventiva en amenaza de aborto (Ochoa-Marieta et al., 2018).

Asimismo, es importante la identificación temprana de los factores de riesgo, el trabajo del equipo multidisciplinario y el inicio de procedimientos que permitan conservar una vía endovenosa segura para la reposición de la volemia. También es importante el control estricto de las constantes vitales, valoración de signos de shock, valoración de latidos fetales, disposición de un banco de sangre, posicionamiento adecuado de catéteres arteriales para embolización uterina y la colocación de catéteres uretrales; todo ello contribuye al buen estado de la paciente.

Además, se exige el reposo en cama, abstinencia de relaciones sexuales, disminución de emociones tensas y, en algunos casos, el uso de progesterona en la preparación del útero para la implantación del óvulo fertilizado (Neyra-Díaz & Palominpo-Bonifacio, 2019).

Cuidados de enfermería en hemorragias

De acuerdo con Rivero-Navia y Pintado-Abad (2017), en el manejo de hemorragia uterina se consideran los siguientes procedimientos: vigilancia del estado de consciencia de la paciente, evaluación de las pupilas, control de constantes vitales de preferencia cada 15 minutos, atención en los cambios de la tensión arterial, monitoreo de la involución uterina, control y valoración del sangrado vaginal (escaso, moderado, abundante), control y valoración del sangrado vaginal (especialmente la cantidad, color y consistencia del mismo), estricto cumplimiento de las indicaciones médicas, balance hídrico exacto, valoración del nivel de ansiedad y temor de la paciente y su familia, manejo del dolor y alerta en los signos de alarma (confusión o alteración de la lucidez, palidez, piel fría y húmeda), hipotensión arterial, taquicardia, debilidad, sangrado mayor a los 500ml, y dificultad para respirar.

Proceso de maternidad eficaz

La maternidad en el Perú ha enfrentado desafíos de diversa índole, como sensibilizar, comprometer y motivar a las entidades públicas y privadas en el tema de maternidad sin riesgos. Por ejemplo, en el año 1988 se declaró a la tercera semana de mayo como la "Semana de la maternidad saludable y segura" a fin de evitar la muerte de la gestante y/o su niño/a durante el embarazo, parto o puerperio; se consideró el contexto cultural y socioeconómico como factores que influyen en el comportamiento reproductivo de la mujer y de su entorno (UNFRA-Perú, 2021).

Por su parte, el MINSA-CSS. (2015) ha implementado atenciones durante el embarazo con seis controles prenatales a la gestante, como mínimo; esto incluye examen de mamas y enseñanza del auto examen de las mismas (prevención de cáncer mama), toma de muestra para papanicolaou y/o inspección visual de ácido acético (prevención de cáncer cuello uterino), continuidad en la nutrición de la gestante y del niño por nacer, consejería para una lactancia materna precoz y exclusiva y administración de micronutrientes (suplementos de hierro, ácido fólico y calcio).

De igual manera, el MINSA-CSS. (2015) incluye enseñanza oportuna en identificar los signos de alarma, el plan de parto con la gestante, consejería de pareja, familiar, apoyo comunitario, asesoría y orientación en el pre test VIH y sífilis, prueba rápida para VIH y sífilis, valoración de caso de violencia familiar o sexual, tamizaje de depresión, detección de proteinuria en cada consulta a fin de detectar enfermedades hipertensivas/embarazo, detección de infecciones urinarias, detección de anemia, diabetes gestacional, análisis de grupo y factor sanguíneo, aplicación de seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica con participación de la pareja y la familia, seis sesiones de estimulación prenatal con participación de la pareja, ecografías en la primera consulta y en el tercer trimestre, dos exámenes odontológicos, vacunas contra el tétano, la influenza y otras, tres visitas domiciliarias, y monitoreo fetal una vez en el tercer trimestre.

Proceso de maternidad ineficaz (00221)

En el año 2012, el MINSA registró, como causales de muertes, a las hemorragias (40,2 %), luego a la hipertensión inducida por el embarazo (32 %), al aborto (17,5 %), y a diversas infecciones durante el período de puerperio (4,1 %). Asimismo, ciertas regiones del interior del Perú registran altas cifras de mortalidad materna como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad y Loreto.

De acuerdo con Herdman y Kamitsuru (2017) el proceso de maternidad ineficaz comprende la "incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar" (p. 329). En el quehacer del día a día, la enfermería considera que el proceso de maternidad ineficaz implica un conjunto de intervenciones específicas dirigidas al cuidado de la gestante y el feto, que no concuerdan debido a su vulnerabilidad y a factores biológicos, psicológicos y sociales, así como al cumplimiento fallido de las normas y expectativas.

Características definitorias de maternidad ineficaz

Se presenta a través de ciertas manifestaciones clínicas, como lo demuestra NANDA Internacional, según se detalla: "acceso insuficiente a los sistemas de apoyo, cuidados prenatales inadecuados, estilo de vida prenatal inadecuado, inadecuada preparación de los artículos para el recién nacido, inadecuada preparación del entorno doméstico, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo, plan de parto poco realista y respeto insuficiente para el neonato, entre otros" (Herdman & Shigemi, 2019, p.329). Sin embargo, en el caso de la paciente en estudio, este problema se evidenció a través de fiebre, ceño fruncido, manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado.

Factores relacionados a maternidad ineficaz

Los factores causales que la taxonomía NANDA I considera son: "abuso de sustancias, conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad, cuidado prenatal insuficiente, entorno inseguro, impotencia de la madre, modelo de rol parental insuficiente, nutrición materna inadecuada, plan de parto poco realista, poca confianza materna, preparación cognitiva insuficiente para la crianza, sistemas de soporte insuficiente, sufrimiento psicológico de la madre, violencia doméstica y visitas al proveedor de salud esporádica durante el embarazo, entre otros" (Herdman & Shigemi, 2019, p. 329). Después de lo expuesto, cabe mencionar que la paciente presentó proceso de maternidad ineficaz debido a cuidados prenatal insuficiente y nutrición materna inadecuada.

Por su parte, Bruno-Maldonado (2019) opina que la maternidad ineficaz suele presentarse por diferentes motivos, por ejemplo cuando las madres no disponen de los conocimientos suficientes para su cuidado, falta de habilidades y recursos necesarios para el desarrollo adecuado del proceso de maternidad, o por un incorrecto condicionamiento en su entorno o en las características del proceso que dificultan el desarrollo adecuado del rol materno. Además, entre estos factores resalta un conocimiento insuficiente del proceso de maternidad y escasa confianza, sistemas de apoyo insuficientes o inexistentes, situaciones de embarazo no planificado o no deseado, e incluso situaciones de riesgo, exclusión social o violencia de género.

Cuidados de enfermería en el proceso de maternidad ineficaz

La contribución de la enfermería en el cuidado materno consiste en educar y fortalecer a la gestante en la conciencia del valor de la salud, en aplicar procedimientos de intervención y evaluación de resultados y proveer el cuidado oportuno que permita la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo (Herdman & Kamitsuru, 2017). También, es necesario resaltar el rol que cumple el profesional de enfermería al empoderarse en las actividades de acompañamiento, educación y consejería a través de cuidados como: propiciar la consulta prenatal que permite la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, fomentar una maternidad sin riesgos, educar sobre cuidados y crianza del recién nacido, involucrar la participación social que contribuya a la mejora de aspectos

de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud, fomentar una relación intersubjetiva con el equipo de profesionales de obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia; todo ello con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Teorías del cuidado humano y de la adaptación

El proceso enfermero a través del método científico comprobará la validez del modelo teórico de enfermería por medio de la investigación en la práctica. Para el caso en estudio, se tomó como marco de referencia las teorías de Jean Watson y Callista Roy, en las cuales el cuidado humano está centrado en la persona y se atiende el proceso de adaptación (EAFIT, 2018)

El presente trabajo se basa en la teoría de Watson denominada "Teoría de la filosofía y ciencia de la asistencia" o "Teoría del cuidado humano", la que permite valorar, identificar y evaluar el cuidado humano; esto se aplica enfáticamente a los cuidados a brindar a la paciente con amenaza de aborto, pues rescata el aspecto humano, la sensibilidad espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación en enfermería (Cornejo, 2020).

Considerando que el estudio trata de un proceso de alteración en el binomio madre-niño, se eligieron tres dimensiones de la teoría de Watson: primero, la salud como una unidad y armonía entre cuerpo y alma; segundo, la persona como ser único libre de tomar decisiones; y tercero, el aspecto integral, porque la paciente tiene la capacidad de participar en su cuidado considerando su aspecto sociocultural, religioso y emocional (Neglia C., 2017). Por tanto, esta teoría permite guiar los cuidados de forma suavizada, sostenida en un sistema humanístico, integrando conocimientos científicos en la ciencia del cuidado, a fin de propiciar mejor calidad de vida.

Asimismo, la labor de enfermería se identifica con la teoría del modelo de la adaptación de la teorista Callista Roy, porque en el estudio de caso se considera que la gestación es un proceso de constante interacción persona-medio que se va adaptando para entrenar los mecanismos de afrontamiento; esto permite resaltar la importancia de su entorno para sobrevivir en su conversión a madre. De igual manera, se enfatiza la labor enfermera en su focalización en todos los contextos de la paciente: salud, ambiente, bienestar, etc. Por tanto, en este proceso la paciente podrá ser responsable en su propio cuidado y desempeñar nuevos roles, y la intervención de enfermería oportuna adquirirá un nivel más alto de salud y bienestar (Pezantes- Lazo, 2018).

Finalmente, como hace referencia Álvarez-Maita (2020) y la OMS (2020), esta práctica promueve en los profesionales de la salud un trato humanizado a la persona a partir de la formación integral, de una adecuada gestión en los sistemas de los servicios de salud y de un sistema de comunicación segura. Por tanto, en el presente estudio de caso se plantean actividades que brindar una atención científica, especializada, con bases filosóficas, ética y moral para propiciar una mejor calidad de vida en el binomio madre-niño.

MÉTODO

Diseño del estudio

El presente estudio consiste en una investigación con enfoque cualitativo, con un tipo de estudio es caso clínico único que se basa en el método del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), a fin de dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca del proceso de maternidad ineficaz y el riesgo de complicación de hemorragia en una paciente con amenaza de aborto.

Sujeto del estudio

Paciente mujer de 22 años de edad, en su segundo día de atención, seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada con amenaza de aborto de 11 semanas de gestación por ecografía. De acuerdo a su estado de vulnerabilidad, se observó manifestaciones del proceso de maternidad ineficaz y sensible a presentar hemorragia.

Ámbito y periodo del estudio

El estudio se realizó en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional "Santa Rosa" de la Región de Lima, del 12 al 14 de abril de 2021.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información

Se utilizaron los siguientes instrumentos: información verbal proporcionada por la paciente M. R. V. de 22 años, observación directa a la paciente, historia clínica, registros de evolución médica y de enfermería y examen físico; asimismo, se admitieron estos materiales con las tablas de valoración, aplicando como instrumento la guía de valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y la revisión bibliográfica como evidencia científica.

Por otro lado, la revisión de la evidencia científica se elaboró con las siguientes bases de datos: Science Direct, Elsevier, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de entidades oficiales (OMS, American Cáncer Society), MINSA, guías de práctica y protocolos, tesis, y libros sobre enfermería. Además, para la recolección y análisis de la información se aplicaron la entrevista y observación.

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se recabó la autorización previa de la paciente M.R. V. y del responsable de turno del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Santa Rosa", Lima, quedando garantizadas, durante todo el proceso, la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de ésta.

Recolección de información

Primera fase

Se procedió a una lectura y revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, motivo de consulta, resultados de las pruebas, diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados de enfermería.

Segunda fase

Se realizó una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

Tercera fase

Se encontró los dos seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma.

Cuarta y última fase

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose limites según criterios de fecha, desde el 2016 hasta la actualidad. Asimismo, se usaron algunas bases de datos como: Science Direct, Scielo, Elsevier, Google Académico, y palabras clave como: rol de enfermería, cuidado, paciente y amenaza de aborto.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en base a la metodología de enfermería, siguiendo los siguientes procedimientos:

Se realizó un análisis en base a la metodología de enfermería asociado al modelo AREA de Pesut y Herman (2019). Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento clínico basada en el modelo mencionado, para la selección del diagnóstico enfermero principal con la taxonomía (NANDA Internacional, 2018). Seguidamente, tras la elección del DxEp, se procede al establecimiento de los criterios de resultados esperados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) y las actividades respectivas.

Se realizó un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según taxonomía NOC (Moorhead et al., 2019) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut & Herman, 2019), a fin de obtener el NOC principal del diagnóstico de enfermería y el problema de colaboración principal; esto incide en la preparación del respectivo plan de cuidados teniendo como base la taxonomía NIC (H. Butcher et al., 2018).

Se ejecutaron las actividades de enfermería programadas, con la posterior evaluación de las mismas para la comprobación del grado de efectividad de las intervenciones realizadas según el plan de cuidados individualizado de la paciente.

RESULTADOS

Descripción del caso

Paciente adulta joven, sexo femenino, de 22 años de edad, procedente del distrito de La Victoria, Lima. Ingresó a emergencia de ginecología del hospital a las 09:00 am, acompañada de su esposo. Se encontraba sentada en silla de ruedas, en posición de flexión sobre sus rodillas. De aspecto delgada, buen estado de higiene, refirió que se sintió muy débil y hace 2 días presentó manchas marrones sanguinolentas por la vagina, lo cual aumentaba. Estaba temerosa, con mucho sueño, no pudo sostenerse de pie. Refirió que la noche anterior no pudo dormir, quizás por su estreñimiento, además de náuseas y vómitos desde hace 3 días; con muchísimo dolor en el bajo vientre e hinchado. Su preocupación adicional era su intención de ir a trabajar.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Para la valoración se utilizaron los 11 patrones funciones de Marjory Gordon.

Descripción de los patrones funcionales de salud Patrón funcional 1. Percepción manejo de la salud Patrón alterado

Paciente en REG, con buenas condiciones de higiene, procedente del distrito de La Victoria, Lima. Es gestante de 11 semanas, sin control pre natal, desconocía embarazo. No recibe medicación. Con diagnóstico médico: amenaza de aborto y gestación de 11 semanas por ecografía. Presente amenorrea más de dos años (por método anticonceptivo hormonal inyectable cada tres meses). Tuvo su primer embarazo hace tres años (parto eutócico y a término), le realizaron ecografía abdominal. Negó aborto anterior y alergias. Con nivel de hemoglobina de 10,5 mg/dl, como resultado de subunidad beta–cuantitativa de la gonadotrophina coriónica humana (beta-hCG) de 13800. Recibió tres dosis de vacuna antitetánica en su primer embarazo.

Diagnóstico médico actual

Amenaza de aborto y gestación de 11 semanas por ecografía. Terapéutica médica:

Dieta: NPO

Control de signos vitales cada 30 minutos por 2 horas, luego cada hora, Control de sangrado

Reposo absoluto

Hidratación parenteral Cl. Na. 0,9 0/0, VE a 40 gts x´ OSA

Control de hemograma a las 12 horas Exámenes auxiliares

Los resultados de laboratorio muestran

Hemoglobina de 10,5 mg/dl, VN: (13 mg/dl – 14,9 mg/dl) Hematocrito 31,4mg/dl, VN: (45mg/dl a 55mg/dl) Glucosa 104mg/dl, VN: (70mg/dl – 110g/dl)

Creatinina 0,61 mg/dl, VN: (0,6 mg/dl a 9,1mg/dl) Examen de orina: PH de 7,3 VN: (PH 7,35 – 7,45) Test VDRL (-)

Test VIH (-)

Grupo sanguíneo "O" y Rh (+)

Tiempo de sangría de 2 minutos y 30 segundos. VN: (1 a 9 minutos) Tiempo de coagulación de 30 segundos. VN: (25- 35 segundos) Subunidad beta–cuantitativa de la VN: (11 500-289 000 mUI/ml:) gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) de 13800 Ecografía abdominal: paredes de útero engrosado y presencia de saco embrionario de aprox. 11 semanas.

Patrón funcional 2. Nutricional metabólico

Patrón alterado. IMC: 23,04 (normopeso), piel y mucosas con palidez y semihidratadas, afebril, abdomen doloroso a la palpación, sensación nauseosa y con vómitos hace tres días y estreñimiento.

Patrón funcional 3. Eliminación

Patrón alterado. Estreñimiento hace tres días.

Patrón funcional 4. Actividad y ejercicio

Patrón alterado. P. A de 90/50mmgHg, FC de 125 por minuto, FR de 20 por minuto, dificultad para dormir, sentada en silla de ruedas por dolor, en posición de semi flexión y debilidad.

Patrón funcional 5. Descanso y sueño

Patrón alterado. Refirió no conciliar sueño, con dolor y debilidad, no pudo sostenerse de pie, sentada en silla de ruedas.

Patrón funcional 6. Cognitivo perceptivo

Patrón alterado. Paciente lucida, orientada en TEP, con dolor en el bajo vientre.

Patrón funcional 7. Autopercepción – autoconcepto

Patrón Eficaz. Preocupada porque no asiste a su trabajo. Se siente temerosa y no puede dormir hace tres días.

Patrón funcional 8. Rol – Relaciones

Patrón alterado. Tiene acompañamiento y apoyo de su pareja. Genera sus propios ingresos económicos. Tiene un hijo de tres años. Tiene preocupación por su ausencia en el trabajo.

Patrón funcional 9. Sexualidad - reproducción

Patrón alterado. Dos gestaciones, tuvo un parto eutócico hace dos años. No recibió CPN. FUR hace dos años (usó de anticonceptivo inyectable cada tres meses). Senos asimétricos, pezón y areolas oscuras, turgentes, sin secreciones, sin presencia de estrías ni masas. Útero no palpable, muy sensible a la palpación. Genitales de aspecto normal con presencia de secreción de color marrón oscuro, en poca cantidad en la toalla higiénica. No presenta pérdida de líquido amniótico. Secundigesta de once semanas de embarazo por ecografía, menarquia a los 13 años. Inicio de vida sexual a los 16 años.

Patrón funcional 10. Adaptación tolerancia al estrés

Patrón eficaz. Preocupación por su trabajo, ya que perderá los días que permanezca en el hospital. Es trabajadora contratada por terceros.

Patrón funcional 11. Valores y creencias

Patrón eficaz. Practicante de la religión evangélica.

Plan de cuidados

Diagnóstico

La formulación de los diagnósticos enfermeros (DxE) se realizó de acuerdo a la taxonomía NANDA Internacional (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Patrón funcional 1. Percepción manejo de la salud

(00043) Protección ineficaz r/c nutrición inadecuada m/p debilidad, inamovilidad e insomnio.

Definición: "Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 160).

Dominio 1: Promoción de la salud
Clase 2: Gestión de la salud
Patrón funcional 2. Nutricional metabólico

(0002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p incapacidad para ingerir comida, palidez de mucosas, dolor abdominal, tono muscular insuficiente.

Definición: "Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 171).

Dominio 2: Nutrición
Clase 1: Ingestión
Patrón funcional 3. Eliminación

(00011) Estreñimiento r/c embarazo m/p dolor abdominal, incapacidad para defecar y vómitos.

Definición: "Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 215).

Dominio 3: Eliminación e intercambio
Clase 2: Función gastrointestinal
Patrón funcional 4: Actividad y ejercicio

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor y disminución de la fortaleza muscular m/p alteración en la marcha, inestabilidad postural, limitación en la amplitud de movimientos y dificultad para pararse.

Definición: "Limitación de movimientos independientes intencionado del cuerpo, de una o más extremidades" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 239).

Dominio 4: Actividad/reposo
Clase 2: Actividad y ejercicio
Patrón funcional 5: Descanso y sueño

(00096) De privación del sueño r/c incomodidad prolongada m/p aumento de la sensibilidad al dolor, malestar y preocupación.

Definición: "Periodos de tiempo prolongado sin sueño (patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia)" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 231)

Dominio 4: Actividad/reposo
Clase 1: Sueño /reposo
Patrón Funcional 6: Cognitivo perceptivo

(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo biológico m/p valoración 7 según escala de EVA, expresión verbal de dolor en hipogastrio.

Definición: "Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, con un final previsible y una duración menor de 3 meses" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 468).

Dominio 12: Confort
Clase 1: Confort físico
Patrón funcional 8: Rol - relaciones

(00146) Ansiedad m/p amenaza por el estado actual r/c con insomnio, preocupación por cambios en acontecimientos vitales, temor, aumento de la frecuencia cardiaca y debilidad.

Definición: "Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen que, con frecuencia, es inespecífica o desconocida para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 352).

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuesta de afrontamiento
Patrón funcional 9: Sexualidad – reproducción

(00221) Proceso de maternidad ineficaz r/c con cuidados prenatal insuficiente, nutrición materna inadecuada m/p manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado.

Definición: "Incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 329).

Dominio 8: Sexualidad
Clase 3: Reproducción

(00209) Riesgo de alteración de la diada materno/fetal r/c con cuidados prenatal inadecuado.

Definición: "Susceptible a una alteración de la relación simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones

relacionadas con el embarazo que puede comprometer la salud" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 327).

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

(00145) Riesgo de síndrome postraumático r/c apoyo social insuficiente, entorno no propicio a las necesidades y percepción del acontecimiento como traumático.

Definición: "Incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 229).

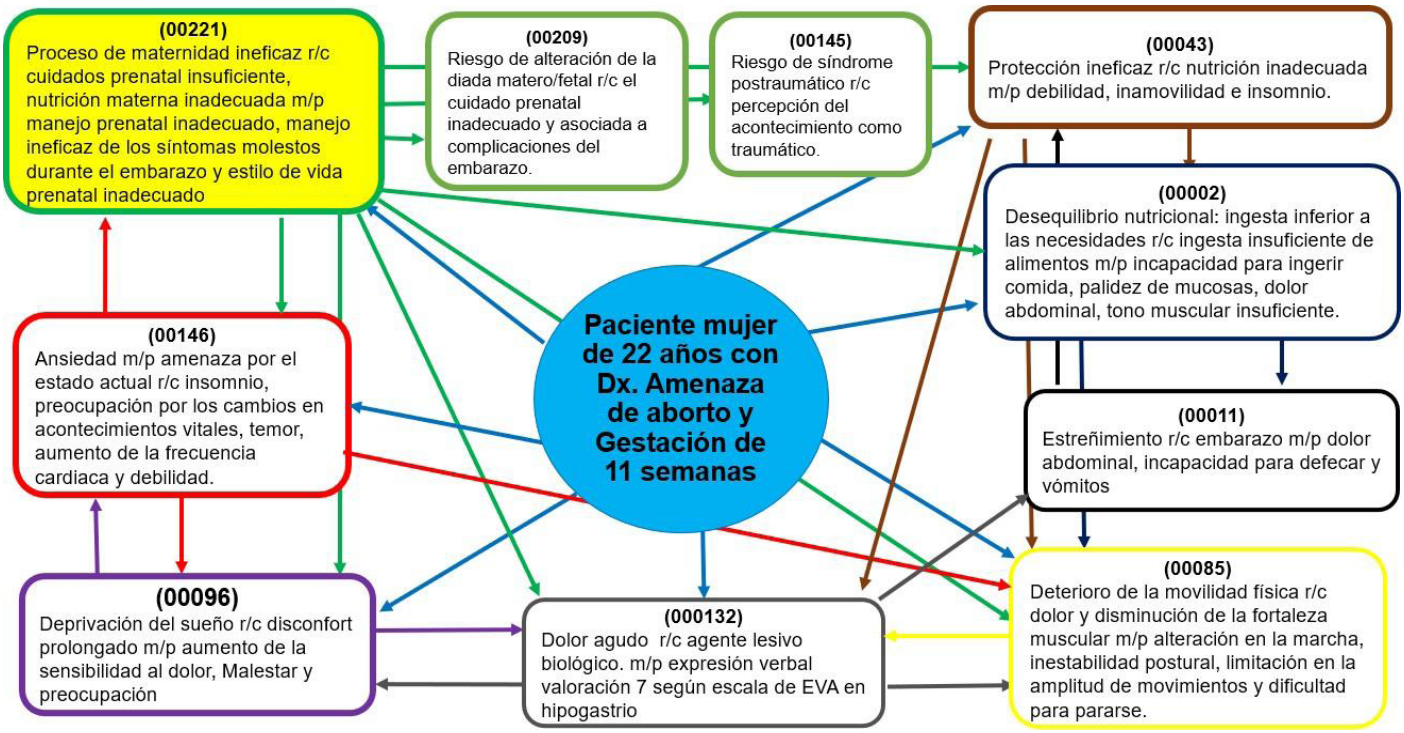

Figura 1. Red de razonamiento crítico, basado en el modelo AREA para la obtención del Dx.E principal

Diagnóstico principal

Tal como se puede observar en la Red de razonamiento (Figura 1), el DxE. principal es: (00221) Proceso de maternidad ineficaz r/c con cuidados prenatal insuficiente, nutrición materna inadecuada m/p manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida. prenatal inadecuado.

Definición

"Incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 329).

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción Justificación del DxE. Principal

Fuertes Moreno (2019) menciona que la maternidad es un proceso complejo y de transformación personal, pues ayuda a las embarazadas a formar vínculos con su bebé, pareja y familia. En este periodo puede presentarse la amenaza de aborto, que consiste en un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo, y suele suceder antes de las 20 semanas de embarazo. Generalmente se manifiesta con dolor en la espalda y en la parte baja del abdomen.

En la mayoría de ocasiones, el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; sin embargo, otras veces la amenaza puede progresar hacia un aborto espontáneo. Este proceso de maternidad ineficaz ocasiona un grado de incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, en el proceso de parto y cuidado del recién nacido.

Por otro lado, se debe considerar la relevancia que manifiesta Carvajal-Cabrera y Barrigam-Cosmelli (2021) en cuanto a que la maternidad es, a menudo, una experiencia positiva; sin embargo, para otras mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Para concluir, en un proceso de maternidad ineficaz, una complicación es la amenaza de aborto que genera estados de ansiedad, definida como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión. En este sentido, muchas veces es mejor observar a la paciente y valorar sus respectivas manifestaciones emocionales y conductuales, ya que estas influyen en el transcurso de la enfermedad (Carvajal- Cabrera & Barriga-Cosmelli, 2021).

Problemas de colaboración (PC) y sus riesgos de complicación (RC)

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración (PC), así como los riesgos de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el "Manual de Diagnósticos Enfermeros" de González-Aguña y Santamaría-García (2015).

Problema de colaboración en periodo pre parto: RC Hemorragia.

RC Infección RC Dolor agudo

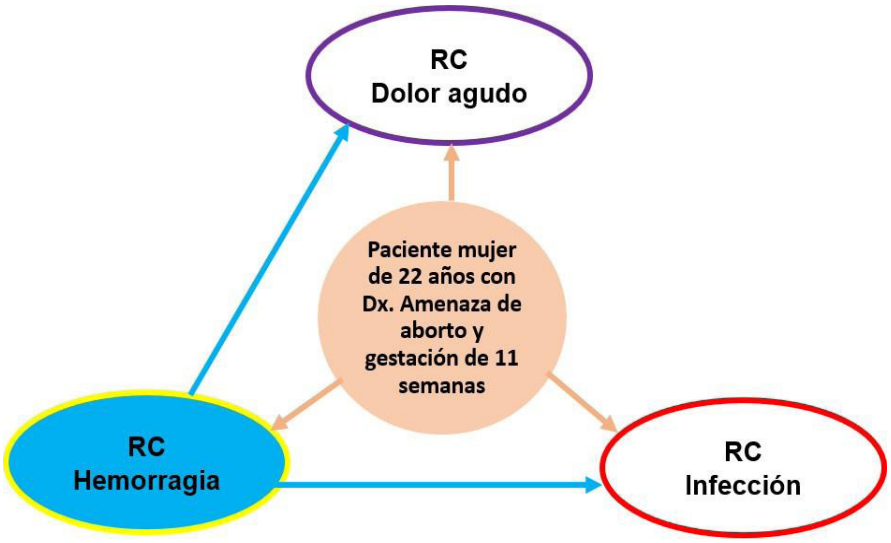

Figura 2. Red de razonamiento crítico basado en el método AREA para la obtención del riesgo de complicación principal (RC)

Identificación del RC principal

Se ha identificado como riesgo de complicación principal al RC hemorragia, ya que es el que más flechas de relación tiene con los demás, vinculándose con el RC dolor agudo y RC infección.

RC Hemorragia

Definición. Hemorragia es la salida o pérdida de volumen sanguíneo, dentro o fuera del organismo, por la ruptura o lesión de uno o varios vasos sanguíneos, que causa disminución de la presión arterial; es decir, el corazón aumenta su actividad de manera considerable en un intento de elevar su gasto cardiaco y conservar el volumen de sangre circulante. Es considerada una emergencia médica y la gravedad depende de la rapidez y cantidad que se pierde, y de la edad de la paciente. Este sangrado continuo puede originar complicaciones como anemia, choque hipovolémico, etc. (Bunce & Heine, 2020).

Justificación del RC principal

En casos de hemorragia post amenaza de aborto, es importante la intervención oportuna de la enfermera, valorando el lugar, la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea y la aplicación de las medidas de soporte vital, registrando correctamente el origen del sangrado, anotando la edad gestacional e identificando el diagnóstico diferencial. Un sangrado profuso es clasificado como prioridad en una situación frecuente antes de la vigésima semana de gestación, que ocurre en el 15-25 % de todos los embarazos. Esto pone en riesgo la vida de la madre y del feto (Ochoa, Reus, & Rogel-Cayetano, 2018).

Por otro lado, la presencia de hemorragia de origen intrauterino, se manifiesta con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. El cuidado que ofrece la enfermera en el caso de hemorragia se centra en la paciente con amenaza de aborto, con el objetivo de prevenir la aparición de sangrado, y valorando oportunamente los signos y síntomas de complicación. Para ello, se realizará actividades de gráfica de signos vitales, valoración de la hemodinamia corporal estricta en la hoja de balance hídrico, disminución de la ansiedad, conservación del reposo absoluto, enseñar acerca del proceso de la enfermedad y explicar los signos y síntomas de alarma, así como verificar los registros de las anotaciones en el plan de cuidados, reportes y actualización del Kardex y el examen detallado del incidente en la hoja de notas de enfermería (NANDA, 2018-2020).

De igual manera, es importante incidir en la prevención de complicación de la hemorragia, ya que es un signo que expresa disminución del volumen sanguíneo afectando el gasto cardiaco en relación a la cantidad y frecuencia del sangrado, es importante la intervención oportuna de la enfermera para evitar daños irreversibles en la madre como en el producto de concepción (MINSA, 2015).

Asimismo, es importante valorar frecuentemente la salud de la paciente, más cuando se asocia a dolor agudo visceral y se acompaña de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial. Cuando hay daño a los tejidos, debe considerarse que, en el proceso de gestación, se producen cambios hormonales estrogénicos y cambios en el pH (acidez baja) de la mujer, lo que la vuelve susceptible a contraer infecciones (Personal de Mayo Clinic, 2020).

En conclusión, la hemorragia es un signo que expresa disminución del volumen sanguíneo afectando el gasto cardiaco en relación a la cantidad y frecuencia del sangrado. En este caso, es importante la intervención oportuna de la enfermera a fin de valorar

constantemente la salud de la paciente. De igual manera, cuando se asocia el dolor agudo visceral se acompaña de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial. En señal de daño a los tejidos, hay que considerar que, en el proceso de gestación, se producen cambios hormonales estrogénicos y cambios en el pH (acidez baja) que le sensibilizan a contraer infecciones (Bunce & Heine, 2020).

Planificación Planificación del diagnóstico enfermero principal (Dx.E.p)

Para prevenir y minimizar el problema presentado en la paciente, se ha determinado los resultados y se ha elegido un conjunto de intervenciones que forman parte del plan de cuidados. Se utilizó los manuales de objetivos o resultados NOC (Moorhead et al., 2019) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2019).

DxE. principal

(00221) Proceso de maternidad ineficaz r/c con cuidados prenatal insuficiente, nutrición materna inadecuada m/p manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado.

Definición

"Incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar" (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 329).

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

Resultados (NOC) del diagnóstico enfermero principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que se está intentando conseguir, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el DxE. (0221) Proceso de maternidad ineficaz le corresponde los siguientes NOC:

(1607) Conducta sanitaria prenatal

(1638) Conocimiento: gestación (0111) Estado fetal prenatal

(2006) Estado materno pre parto de salud personal Priorización del NOC del diagnóstico enfermero principal.

Se realizó el análisis mediante la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 3.

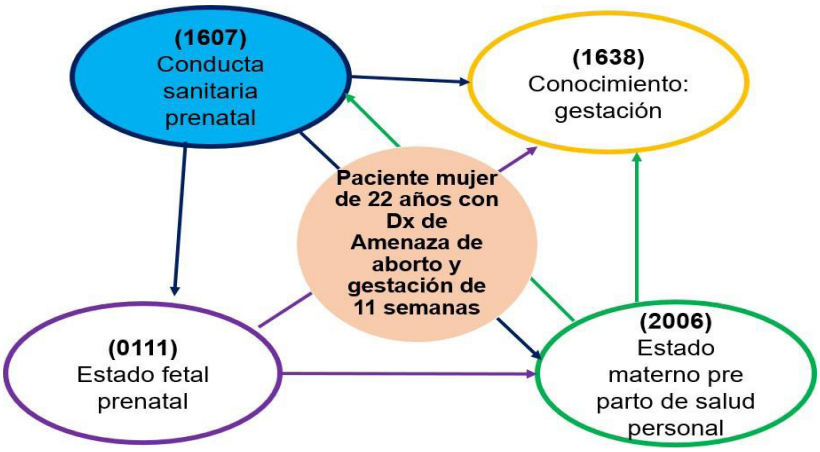

Figura 3. Priorización del NOC del DxE principal mediante red de razonamiento crítico basado en el método AREA

Justificación del NOC principal del DxE. principal

Podemos observar que según la red de razonamiento crítico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

(1607) Conducta sanitaria prenatal

Definición: "Acciones personales para fomentar una gestación y un recién nacido sano." (Moorhead et al., 2019, p. 185).

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud. Clase Q: Conducta de salud.

El objetivo se relaciona con mejorar el proceso de maternidad y el bienestar fetal, así como mantener la viabilidad de la gestación y a la vez prevenir el riesgo de morbimortalidad materno perinatal, porque el planteamiento tiene como prioridad mantener una conducta sanitaria durante el periodo gestacional y por ende de los demás objetivos y resultados.

Tabla 1. Puntuación del NOC Principal para el Dx.E.p.(Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1607) Conducta sanitaria prenatal	3	5	24 horas

En este sentido, De la Herrán et. (2018) consideran que es importante conocer y profundizar la educación prenatal a fin de

mejorar las políticas de atención a la infancia, la atención a la reproducción y las formas de crianza con planes preventivos e interdisciplinarios. Un menor contenido de aporte sanguíneo al feto podría causar muerte fetal.

Tabla 2. Puntuación de los indicadores del NOC Principal, según escala Likert (Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(160703) Mantiene las visitasnde asistencia pre natal	1	5	24 horas
(160710) Mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación.	2	5	24 horas
(160723) Utiliza suplementosnde hierro	1	5	24 horas
(160714) Evita la exposiciónna enfermedades infecciosas.	2	4	24 horas
(160721) Utiliza medicamentos según prescripción	1	5	24 horas

Intervenciones (NIC) del Dx.E. principal

Para obtener el resultado priorizado, se utilizó la taxonomía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (6680) Monitorización de los signos vitales (Butcher et al., 2018, p. 341)

Definición: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal, para determinar y prevenir complicaciones.

Dominio 4: Seguridad

Clase: V Control de riesgos Actividades

(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

(668003) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría). (668004) Monitorizar la pulsioximetría.

(668005) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

(4150) Regulación hemodinámica (Butcher et al., 2018, p. 393)

Definición: Optimización de la frecuencia, la pre carga y la contractilidad cardiaca Dominio 2: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular. Actividades

(415001) Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa).

(415002) Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico.

(415003) Determinar el estado de perfusión (indicar si la paciente esta fría, tibia o caliente).

(415004) Vigilar la entrada y salida, la diuresis y el peso de la paciente **(1450) Manejo de las náuseas (Butcher et al., 2018, p. 296)** Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Dominio 1: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física. Actividades

(145001) Monitorizar el efecto del tratamiento de las náuseas.

(145002) Animar a la paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. (145003) Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. (145004) Animar a que ingiera pequeñas cantidades de comida que sea atractiva para la persona con nauseas.

(145005) Pesar a la paciente con regularidad.

Patrón funcional 9: Sexualidad – reproducción

Respecto a la primera entrevista, se observó una disminución notable del sangrado vaginal de color marrón oscuro, continuando con su embarazo de 11 semanas. Debido a la situación transitoria por riesgo de hemorragia, es difícil predecir que vuelva a presentarse en las próximas semanas, por ahora se han observado cambios positivos en la evolución del proceso de maternidad ineficaz ante la probabilidad de presentar hemorragia y aborto espontáneo.

Finalmente, con el plan de cuidados de continuidad, se valora la evolución y el riesgo a presentar hemorragia, logrando así el mayor beneficio posible.

Planificación del riesgo de complicación principal (RCp) Hemorragia

NOC

A fin de determinar los cambios en el estado de la paciente, se utilizó el clasificador de medición de resultados en salud a través de objetivos NOC (Moorhead et al. 2019); y en cuanto a la mejora de la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC (Butcher et al., 2018). En consecuencia, el riesgo de complicación principal es RC Hemorragia.

Resultados NOC del RCp

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que se desea conseguir, utilizando códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el RC Hemorragia le corresponde los siguientes NOC:

(0413) Severidad de la pérdida de sangre
(0419) Severidad de shock hipovolémico
(0414) Estado cardiopulmonar
(0420) Severidad de shock cardiogénico

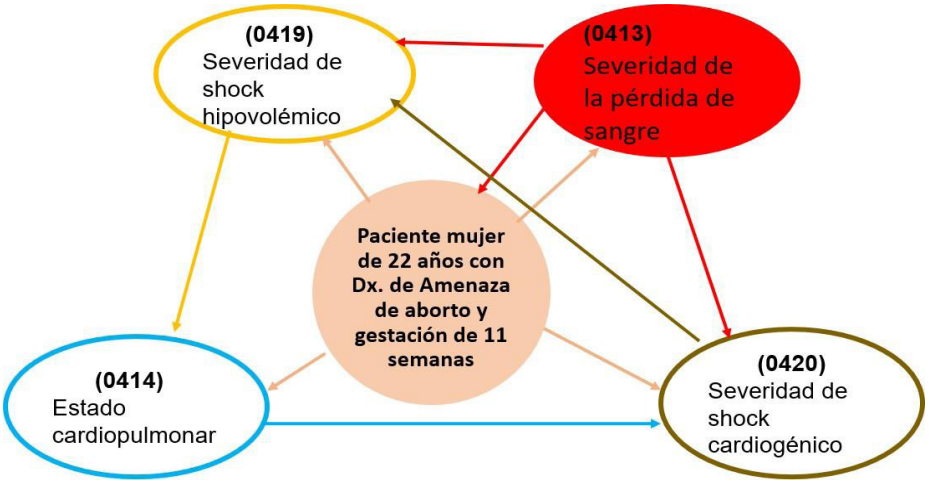

Figura 4. Priorización del NOC del RC principal mediante Red de Razonamiento Crítico Basado en el Método AREA

Justificación del NOC principal del RC principal

La severidad de la pérdida de sangre en las hemorragias es variable, y va a depender de la edad gestacional, intensidad de dolor y con posible trabajo de parto. También se puede presentar a consecuencia de una placenta previa, a un desprendimiento prematuro de la placenta o ruptura uterina; los riesgos aumentan si se presentan factores de riesgo como: ser mayor de 35 años, multíparas, cesáreas anteriores, enfermedades pélvicas, antecedente de legrado uterino, consumo de adictivos, etc. (MINSA, 2018). Por ende, se concluye que las hemorragias maternas son emergencias que deben ser atendidas con prioridad, ya que puede producir la pérdida súbita de una vida (el feto) y ser causa principal de muerte materna.

NOC priorizado del RC Hemorragia

(0413) Severidad de la pérdida de sangre

Definición: "Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa." (Moorhead et al., 2019, p. 564).

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase E: Cardiopulmonar.

Tabla 3. Puntuación del NOC Principal del RC Hemorragia, según Escala Likert (1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	4	5	48 horas

Tabla 4. Puntuación de los Indicadores del NOC Principal del RC Hemorragia (Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(041307) Sangrado vaginal	4	5	6 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas	3	5	6 horas
(041306) Distensión abdominal	3	5	6 horas
(041316) Disminución de la hemoglobina (Hb)	3	5	6 horas
(041317) Disminución del hematocrito (Hto)	3	5	6 horas
(041314) Ansiedad	4	5	48 horas
(041309) Disminución de la presión arterial sistólica	4	5	6 horas
(041310) Disminución de la presión arterial diastólica	4	5	6 horas
(041312) Pérdida del calor corporal	4	5	6 horas

NIC

Intervenciones (NIC) para el riesgo de complicación principal (RCp)

Sobre la conducta sanitaria a seguir en el periodo pre natal, es necesario realizar labores intrahospitalarias y consejería que luego deberán ser realizadas por la paciente al alta. Para conseguir el resultado priorizado, se utilizó la taxonomía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Riesgo de complicación principal (RCp). Hemorragia

(4010) Prevención de la hemorragia

Definición: "Disminución de los estímulos que pueden inducir a hemorragias en pacientes en riesgo de sufrirlas" (Butcher et al., 2019, p. 377).

Dominio 2: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

(441001) Vigilar de cerca a la paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna o externa (ejemplo: hinchazón abdominal).

(441002) Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito, antes y después de la pérdida de sangre, según se indica.

(441003) Mantener el acceso intravenoso.

(441004) Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. (441005) Instruir a la paciente y/o familia sobre los signos de hemorragia.

(5310) Dar esperanza

Definición: "Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones" (Butcher et al., 2019, p. 158).

Dominio 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

(145001) Ayudar a la paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. (145002) Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.

(145003) Ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.

(145004) Crear un ambiente que facilite a la paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

(145005) Evitar o disimular la verdad.

(5270) Apoyo emocional

Definición: "Proporcionar seguridad, aceptación y ánimos en el momento de tensión" (Butcher et al., 2019, p. 74).

Dominio 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

(527001) Explora con la paciente que ha desencadenado las emociones. (527002) Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

(527003) Favorecer a conversación o llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

(527004) Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

(527005) Remitir a los servicios de asesoramiento, si se precisa.

Finalmente, se observó que los patrones funcionales que inicialmente estuvieron alterados: percepción-manejo de la salud, nutricional metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, descanso y sueño, cognitivo perceptivo, rol – relaciones y sexualidad – reproducción, han mejorado en 24 horas y el embarazo de 11 semanas sigue en curso, gracias a la aplicación oportuna y eficaz de las intervenciones de enfermería.

Ejecución

En la aplicación de las intervenciones y actividades de enfermería, el tiempo para los cuidados fue organizado en tres turnos: de 6 horas, turno mañana; 6 horas, turno tarde; y 12 horas, turno noche. Además, se utilizó el libro de intervenciones de enfermería (NIC).

Tabla 5. Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería en amenaza de aborto

Fecha	Intervenciones/actividades	Turnos		
		M	T	N
Diagnóstico de enfermería principal				
12/04/2021	(6680) Monitorización de los signos vitales			
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	9	6	12
	Observar tendencias y fluctuaciones en los valores de la P.A.	9	6	12
	Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).	9	6	12
	Monitorizar la pulsioximetría.	9	6	12

	Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel	9	6	12
12/04/2021	(4150) Regulación hemodinámica			
	Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa).	9	6	12
	Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos del sistema hemodinámico.	9	6	12
	Determinar el estado de perfusión (indicar si la paciente esta fría, tibia o caliente).	9	6	12
	Colocar en posición de Trendelemburg de ser necesario.	9	6	12
12/04/2021	(1450) Manejo de las náuseas			
	Animar a la paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas.	9	12	6
	Animar a que ingiera pequeñas cantidades de comida que sea atractiva para la persona con nauseas.	9	12	6
	Pesar a la paciente con regularidad.			6
	Monitorizar el efecto del tratamiento de las náuseas.	9	12	6
Riesgo de complicación principal				
12/04/2021	(4010) Prevención de hemorragias			
	Vigilar de cerca a la paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna o externa (ejemplo: hinchazón abdominal).	8	2	10
	Mantener un control de la ingesta y de la eliminación.	8	2	10
	Mantener el acceso intravenoso.	8	2	10
	Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.	8	2	10
	Instruir a la paciente y/o familia sobre los signos de hemorragia.	8	2	10
12/04/2021	(5310) Dar esperanza			
	Ayudar a la paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.	8	2	10
	Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.		2	
	Ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.		2	
	Crear un ambiente que facilite a la paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.		2	
	Evitar o disfrazar la verdad.		2	
12/04/2021	(5270) Apoyo emocional			
	Comentar la experiencia emocional con la paciente.	8	2	10
	Explora con la paciente que ha desencadenado las emociones.	8	2	10
	Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.	8	2	10
	Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.	8	2	10
	Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	8	2	10

Fuente: elaborado en base a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2019

Evaluación

Se estableció un periodo de seguimiento de 48 horas, observándose un ligero progreso (mejora del proceso de maternidad ineficaz y disminución del riesgo de riesgo del sangrado) y se evaluaron las actividades de enfermería en base a la comparación del estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las intervenciones respecto a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del DxE. principal

Tabla 6 Puntuación del NOC principal del Diagnóstico principal (Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(1607) Conducta sanitaria prenatal	3	5	5	24 horas

Fuente: elaboración en base a Palomar-Aumatell (2017)

Tabla 7. Puntuación de los Indicadores del Diagnóstico principal (Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2- Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(160703) Mantiene las visitas de asistencia prenatal	1	5	5	06 horas
(160710) Mantiene una ingesta de nutrientes adecuados para la gestación.	2	5	5	24 horas
(160723) Utiliza suplementos de hierro	1	5	5	24 horas
(160714) Evita la exposición a enfermedades infecciosas.	2	5	5	24 horas
(160721) Utiliza medicamentos según prescripción	1	5	5	24 horas

Fuente: elaboración propia a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Analizando los resultados obtenidos

Como se puede observar en la tabla 6, se presentan resultados de logro en relación a la estabilidad de la paciente sin manifestaciones clínicas de amenaza de aborto durante las primeras 24 horas. Este riesgo se ha supervisado y monitorizado ejecutando las actividades de enfermería del NOC (1607) Conducta sanitaria prenatal, como podemos observar la paciente obtuvo una puntuación máxima de cinco desde el primer momento. Para poder controlar y llevar a cabo este desarrollo, se determinó los siguientes indicadores evidenciado en la tabla 7. En relación al indicador (160703), mantiene las visitas de asistencia pre natal, pues la paciente comenzó con una puntuación inicial de uno, ya que en el examen clínico se encuentra que no recibió control pre natal; luego de la evaluación realizada por el médico ginecoobstetra, la obstetra y la licenciada en enfermería, la intervención alcanzó una puntuación de cinco, manteniendo a la paciente en un estado de gestación controlada.

En relación al indicador (160710), mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación. inicialmente la paciente tuvo una puntuación de dos, puesto que en el examen clínico tuvo indicación de NPO preventivo en caso de que la paciente hubiera requerido de una intervención quirúrgica en SOP. Luego de la intervención y cuidados ha podido lograr el puntaje de cinco en las 24 horas, manteniendo una estabilidad en sus funciones vitales y en el sangrado vaginal e indicación de una dieta líquida con buena tolerancia oral. En relación al indicador (160723), utiliza suplementos de hierro; inicialmente la paciente tuvo la puntuación de uno, ya que en el examen clínico la paciente presentó una hemoglobina de 10,5 mg/dl. Luego de la intervención y cuidados, logró el puntaje de cinco a las 24 horas, continuando tratamiento con hierro para mejorar su estado de anemia. Este tratamiento continuará aun estando de alta médica, e irá mejorando paulatinamente en cuanto a los signos y síntomas de anemia. En relación al indicador (160714), evita la exposición a enfermedades infecciosas.

Inicialmente la paciente tuvo un puntaje de dos, pues su condición de anemia disminuyó sus defensas, por lo que requirió mayor protección con las medidas de bioseguridad durante los procedimientos no invasivos e invasivos. Luego de la intervención y cuidados ha podido alcanzar el puntaje máximo de cinco, por lo que continuará con los cuidados de higiene personal y mejora de la anemia. En relación al indicador (160721), utiliza medicamentos según prescripción. Inicialmente la paciente tuvo puntuación de uno, considerando que en la evaluación clínica ella ingresó por emergencia con dolor abdominal y presencia de secreción oscura vía vaginal. Luego de la intervención y cuidados, cumplió con la terapia indicada y, como se demuestra en el Kárdex de enfermería y en las notas respectivas, se le administró medicamentos por vía parenteral manteniendo una buena perfusión de los líquidos con las medidas de bioseguridad durante todo el proceso y el uso de material estéril. Se consiguió alcanzar un puntaje de cinco, por lo que continuará con el tratamiento farmacológico por indicación médica.

Por todo ello, la paciente adulta de 22 años que ingresó por el servicio de emergencia con dolor abdominal y presencia de secreción color marrón oscuro vía vaginal, en sus dos días de estancia hospitalaria y evaluaciones, fue diagnosticada: embarazo de 11 semanas por ecografía, anemia leve con 10,5mg/dl de hemoglobina, y actualmente presenta mejor estado general, afebril, con soporte de medicamentos de hierro y control del sangrado vaginal. Asimismo, presentó un proceso de maternidad ineficaz con cuidados pre natal insuficiente, nutrición materna inadecuada, tras haber recibido el conjunto de intervenciones de enfermería. Luego de dos días de evaluación del patrón funcional 9: Sexualidad – reproducción, la paciente no evidencia sangrado de color oscuro por vía vaginal, lo que determina el logro de mejorar la conducta sanitaria prenatal mediante las acciones personales de la paciente, a fin de fomentar un buen proceso de gestación y un recién nacido sano.

Evaluación del resultado del RCp

La evaluación se realizó en relación a la comparación del estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las acciones resueltas de los resultados planificados.

Tabla 8 Evaluación de la Puntuación del NOC del RC principal (Escala Likert: 1. Grave. 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	4	5	5	48 horas

Fuente: elaboración en base a Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 9. Puntuación de los indicadores del riesgo de complicación principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(041307) Sangrado vaginal	4	5	5	24 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas	3	5	5	24 horas
(041306) Distensión abdominal	3	5	5	12 horas
(041316) Disminución de la hemoglobina (Hgb)	3	5	4	24 horas
(041317) Disminución del hematocrito (Hto)	3	5	4	24 horas
(041314) Ansiedad	4	5	4	24 horas
(041309) Disminución de la presión arterial sistólica	4	5	5	6 horas
(041310) Disminución de la presión arterial diastólica	4	5	5	6 horas
(041312) Pérdida del calor corporal	4	5	5	12 horas

Fuente: elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Interpretación

En la tabla 8 se puede corroborar la permanencia de la paciente en condiciones de estabilidad sin que se manifiesten signos de sangrado interno o externo. Este riesgo de complicación de hemorragia ha sido supervisado mediante el NOC (0413). Presentó también severidad de la pérdida de sangre, como se demuestra en los formatos de monitoreo permanente. Según indicación médica y actividades de enfermería, se puede demostrar que la paciente alcanzó una puntuación de cinco, es decir, en condición de estabilidad. A fin de poder controlar y llevar a cabo una atención de enfermería óptima se aplicó las actividades establecidas en la Tabla 9, con los siguientes indicadores:

En relación al indicador (041307) sangrado vaginal, según el registro de monitoreo a horario, no se ha evidenciado signos de alteración de sangrado vaginal, tanto intra abdominal como extra vaginal. En relación a la hinchazón abdominal y al control de signos vitales y otras manifestaciones clínicas, se alcanzó una puntuación máxima de cinco a las 24 horas.

Referente a la (041313) palidez de piel y mucosas, como un indicador de evaluación que en este caso manifiesta el nivel de hemoglobina a través de la piel y mucosas, la paciente se ha mantenido constante y ha iniciado el tratamiento con suplementos de hierro para mejorar la anemia, asociado a la mejora de una dieta rica en hierro, consiguiendo una puntuación máxima de cinco a las 24 horas.

En relación a la (041306) distensión abdominal, este indicador está asociado al riesgo de sangrado intra abdominal. Durante el periodo de evaluación y monitoreo de la paciente, se ha valorado el nivel de dolor en base a una escala, alcanzando un puntaje de cinco en 12 horas

Referente a la (041316) disminución de la hemoglobina (Hgb), desde el momento de ingreso mantuvo una hemoglobina de 10,5mg/dl que no ha variado en su periodo de hospitalización, como lo demuestra el control de hemoglobina. Asimismo, se mantuvo en condiciones de estabilidad a la paciente con una puntuación final de cuatro a las 24 horas.

En relación a la (041317) disminución del hematocrito (Hto), tiene una relación estrecha con los niveles de hemoglobina, ya que corresponde al 1/3 de su total. En este caso no se ha visto alterada durante el periodo crítico de su estancia, alcanzó una puntuación máxima de cuatro a las 24 horas.

En relación a la (041314) ansiedad, la paciente inicialmente manifestaba signos de este trastorno, asociado a su preocupación por las condiciones actuales de su embarazo. Luego de haber recibido la información del médico y el respectivo apoyo emocional, fue recobrando la confianza en sí misma y permitió la ayuda y consejería habitual que se le brinda a la paciente, según los resultados de exámenes de laboratorio y ecografía. Por ello, alcanzó una puntuación máxima de cuatro a las 24 horas.

En lo referente a la (041309) disminución de la presión arterial sistólica, ha mantenido niveles normales de la presión arterial durante su estadía. su disminución automáticamente orientaría a una disminución del volumen sanguíneo, en este caso, la paciente ha manifestado una estabilidad en sus funciones vitales, obtuvo una puntuación máxima de cinco a las 06 horas.

En relación a la (041310) disminución de la presión arterial diastólica, tiene relación con los cambios inesperados de los valores de la presión arterial, en este caso por el riesgo de sufrir un episodio de sangrado en cualquier momento. La paciente alcanzó una puntuación máxima de cinco a las 06 horas, mantenido la presión arterial en valores estables durante su estancia hospitalaria.

Por último, la (041312) pérdida del calor corporal, está asociada a la disminución del volumen sanguíneo con alteración de sus funciones vitales. Según el seguimiento y control continuo, la paciente ha mantenido una temperatura normal y no se ha evidenciado muestras de sentir frio. A pesar de ello, logró una puntuación máxima de cinco a las 12 horas, es decir, se encuentra en condiciones favorables y estables.

Luego de la atención de enfermería brindada a la paciente, en el cual el riesgo de hemorragia era el principal objetivo en evitar y/o controlarlo, se realizaron valoraciones constantes de los indicadores de las actividades, por lo que se consiguió un término de 6 a 48 horas haber disminuido significativamente el riesgo de sangrado vaginal; por tanto, la paciente presentó una puntuación inicial de cuatro, y alcanzó la puntuación máxima de cinco, lo que significa condición de normalidad o estabilidad.

Se concluyó que los estados de hemorragia durante el embarazo son una de las principales complicaciones obstétricas en el preparto. Según NANDA I. (2018-2020) se debe valorar la presencia de sangrado vaginal, frecuencia y cantidad de la hemorragia, asociado a otras manifestaciones en los signos vitales y la piel. Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo

siempre evidentes como el hemoperitoneo o hematomas. Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico, se deberá hacer un control regular de la presión arterial y pulso.

En la práctica profesional de enfermería se ha dado significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, aplicando el método sistemático para organizar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería requeridas. Es éste el caso de la "Teoría del cuidado humano" de Jean Watson y el "Modelo de la adaptación" de Callista Roy, los cuales concuerdan con la aplicación del plan de cuidados y actividades de enfermería que denotan compromiso y responsabilidad profesional. Este procedimiento de por sí es científico, ya que implica planificación, organización, control, monitoreo y evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en la atención diaria en base a los lineamientos de salud, la disponibilidad de recursos y el uso de la tecnología en la gestión del cuidado. De esta forma, la atención realizada a la paciente permitió escuchar con atención, dialogar y respetar sus derechos durante los cuidados y la ayuda espiritual.

Por otro lado, se alcanzó sostener hemodinámicamente a la paciente sin que aparezca ningún tipo de signo que provocase hemorragia. Este riesgo de complicación se ha monitorizado permanentemente según indicación médica y el indicador del NOC (0413) severidad de la pérdida de sangre. Así, se logró una puntuación final de cinco, es decir, se encuentra en estado de normalidad.

Por todo lo anterior, se confirma que los resultados planificados para la atención de enfermería a la paciente han sido alcanzados con la aplicación de las actividades en el tiempo establecido, logrando resultados favorables. Además, ha sido oportuna la intervención en el proceso ineficaz de la salud, que se ha evidenciado en la valoración máxima de cinco puntos, alcanzados en el periodo de 48 horas. En conclusión, el plan de cuidados de enfermería fue exitoso, reflejado en la mejoría y ausencia de complicaciones en la paciente.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de ginecología luego de haber sido atendida en el servicio de emergencia. Presentaba amenaza de aborto a las 11 semanas de gestación y RC de hemorragia, considerando su estado clínico como de alto riesgo para su salud. Asimismo, tras la respectiva revisión bibliográfica, se han obtenido numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene la labor de enfermería en los cuidados integrales y de calidad, a fin de ayudar a pacientes con amenaza de aborto (Carvajal-Cabrera & Barriga- Cosmelli, 2021).

Esto implica realizar un plan de cuidados correspondiente a la utilización de la herramienta fundamental de enfermería (PAE), la cual confiere autonomía en la recopilación de información de la paciente y en la ejecución de una serie de actividades que refuercen las debilidades o malestares en los diferentes niveles: físico, emocional, espiritual y social. En este sentido, se enfatiza la asistencia en aquellos aspectos más relevantes que se puedan abordar desde enfermería (Franco-Campos, 2019).

Cabe destacar que el plan de cuidados permite protocolizar las actuaciones de enfermería en relación a las necesidades de la paciente con amenaza de aborto, para su monitoreo, evaluación y consolidación, como eje de mejora de las intervenciones en pacientes con diagnóstico similar. Por ello, toda gestante en su primer trimestre experimenta sentimientos mezclados entre la ilusión y el miedo al aborto hasta superar las 20 semanas. Las pacientes en estado de gestación son emocionalmente lábiles y necesitan de un buen acompañamiento y trato humano que las haga sentir que son valiosas y que tienen un equipo de profesionales de la salud atentos a su estancia hospitalaria y a la resolución de su problema de salud.

Se recalca también que, en este proceso de atención, fue importante la participación de la familia y la pareja mediante su apoyo, la resolución de dudas y la ampliación de información acerca de la paciente; esto permitió cubrir todos los componentes de la atención holística que se brindó en la intervención de enfermería. Al integrar a los miembros cercanos de la gestante, se convirtieron en participantes indirectos en la mejoría de la paciente, evitando complicaciones y disminuyendo la estancia hospitalaria (Macias. et, 2018).

En las intervenciones de enfermería se han aplicado dos teorías en cuanto al plan de cuidados: la "Teoría de cuidado humanizado" de Jean Watson (que se centra en las necesidades prioritarias de la paciente, y que hace referencia al cuidado holístico y humano), y la "Teoría de adaptación" de Callista Roy, tomando en consideración la valoración de la conducta y de los estímulos que puedan influir en la adaptación de la mujer en situación de amenaza de aborto.

La relación existente entre las teorías y la situación de la paciente, se observa tras el diagnostico de amenaza de aborto que suele presentarse en las primeras 20 semanas del embarazo (es decir, en el primer trimestre), con posibilidades de una mejoría con tratamiento efectivo en la mayoría de los casos. Sin embargo, se exige involucrar los cuidados adecuados y el autocuidado en mejora de su estilo de vida.

Por otro lado, el proceso de maternidad ineficaz se presenta como consecuencia de la incapacidad para preparase y/o mantener un embarazo saludable, y es aquí donde el/la profesional de enfermería juega un papel importante en el manejo de la prevención de la complicación de la hemorragia, con el cumplimiento estricto y científico del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Cabe mencionar que el RC de hemorragia podría presentarse si la paciente tuviera algún factor de riesgo que propiciara el impedimento de la gestación. En este sentido, las acciones de enfermería cumplen un rol imprescindible al estar dirigidas a la prevención y a la intervención oportuna a fin de evitar que este problema se agudice; además, es útil la aplicación de los procedimientos y técnicas interventivas en función a restablecer la salud con actitud intersubjetiva, con apoyo de la tecnología y promoviendo una relación entre el cuidador y el paciente.

Todo lo anteriormente expresado concuerda con Guerrero-Hernandez et al. (2017) y Carvajal-Cabrera y Barriga-Cosmelli (2021) consideran a la amenaza de aborto un estado que podría terminar en un aborto espontáneo antes de las 20 semanas de embarazo, y en la mayoría de casos el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; no obstante, otras veces la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo: por lo menos el 20-30 % de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre, y en

los embarazos conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10 %, presentándose usualmente entre las siete y 12 semanas de gestación (Reproductivos, 2018). También, la hemorragia es una de las primeras causas de morbimortalidad materno perinatal, haciendo imprescindible la atención inmediata, oportuna y eficaz, a fin de evitar complicaciones posteriores que provocan dolor familiar.

En conclusión, los profesionales de la salud tienen el compromiso de realizar una amplia y minuciosa valoración de enfermería, para evitar que algún riesgo de complicación en el proceso agrave las situaciones ya existentes en la paciente. El estudio presenta que, luego de haber brindado los cuidados a la paciente, se evidenció una evolución favorable, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo del estudio han sido: tiempo limitado para realizar el seguimiento del caso en estudio, ya que la gravedad de la situación en la que se encontraba la paciente y las consecuencias que conlleva requieren de mayor tiempo para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo. Por ello, se continuará con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

Asimismo, el periodo de tiempo fue restringido para la realización del seguimiento del caso en estudio de amenaza de aborto. El aislamiento social por pandemia COVID-19 ha limitado el tiempo para la visita de familiares en el hospital. Además, las condiciones limitadas al acceso de información por parte de la familia de la paciente jugaron un papel restrictivo, puesto que no se admitieron visitas por la pandemia, ni se han evidenciado datos adicionales considerados muy íntimos por ser parte del secreto profesional.

CONCLUSIONES

El rol de enfermería tiene un lugar de importancia durante la atención en el cuidado de pacientes que son atendidas en el servicio de ginecoobstetricia; entre los diferentes casos, se encuentra la amenaza de aborto. Ello implica que el profesional de enfermería debe fortalecer sus competencias para el manejo oportuno y asertivo de estos casos, evitando complicaciones y favoreciendo el bienestar y la salud de las pacientes.

De igual manera, se resalta la importancia de conocer a profundidad el proceso patológico de los problemas de salud que presentan las pacientes atendidas diariamente en el ambiente hospitalario; pues, un enfermero diagnosticador eficaz establece los juicios clínicos necesarios para conocer la fisiopatología y comportamiento de las enfermedades propias del servicio donde se desempeña, a fin de elaborar un buen diagnóstico.

Por otro lado, una de las primeras causas de morbimortalidad materna en el Perú lo constituyen las hemorragias puerperales, hecho que requiere que los profesionales de enfermería del área de ginecoobstetricia conozcan las medidas preventivas y los signos premonitorios de hemorragia a fin de controlar y revertir los casos, evitando complicaciones mayores. También, se considera de vital importancia la educación del cuidado pre natal ocurridos en los controles prenatales, a fin de favorecer el proceso de gestación y la concepción del feto, evitando los riesgos en el proceso de la maternidad.

En conclusión, el profesional de enfermería debe conocer y manejar adecuadamente el proceso de atención de enfermería, la cual es una herramienta indispensable en la administración del cuidado materno, manteniendo un lenguaje estandarizado a través de la interrelación NANDA I, NOC, NIC y los problemas de colaboración de Linda Juall Carpenito. Esto resultará en una atención óptima y focalizada de los problemas y riesgos que puedan aparecer en eventos obstétricos, como es el caso de la amenaza de aborto.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Investigación: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Metodología: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Administración del proyecto: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Redacción-borrador original: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Redacción-revisión y edición: Marcela F. Monzón-Murillo, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abanto Arana, C. F., & Anhuamán Morillo, L. A. (2019). Conocimientos, prácticas maternas y frecuencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. [Tesis de Licenciatura] [Universidad Nacional de Trujillo]. https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11623/1849.pdf?sequence=3&isAllowed=y

2. Alayo Cuzcano, C. G., Castañeda Alfaro, I. I., & Tarrillo Valcazar, C. M. (2018). Conocimientos y practicas de la enfermera sobre la valoración del paciente con sedación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. [Tesis de Especialidad] [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4581/Conocimientos_

AlayoCuzcano_Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Alayo Huatay, H. K. (2019). Efecto del programa: '"cuidando mi salud"' en el nivel de información y ansiedad en gestantes programadas para cesárea. [Tesis de Segunda Especialidad] [Universidad Nacional de Trujillo]. https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14920/2E 603.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Álvarez Maita, R. A. (2020). Percepción del familiar sobre comunicación asertiva y apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020. [Tesis de Especialidad] [Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3511/Rocio_Trabajo_Especi alidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=yANAEL. (2015). El aborto: métodos y consecuencias. Centro Gnóstico ANAEL. https://anael.org/es/aborto

5. Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C., & Vaggione, J. M. (2018). El Aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. (Siglo XXI (ed.); 1ra ed.). Grupo Editorial Siglo Veintiuno XXI. https://www.cmi.no/publications/file/6584-movimiento-transnacional-contra-el-derecho- al.pdf

6. Bruno Maldonado, Z. E. (2019). Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por oligo- hidramnios y cesárea anterior del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huaral, 2018. [Tesis de Segunda Especialidad] [Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1955/Zulmy_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Bunce, E. E., & Heine, R. P. (2020). Edema en los miembros inferiores en la segunda mitad del embarazo - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales. Manual MSD: Versión Para Profesionales. https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/síntomas-durante-el-embarazo/edema-en-los-miembros-inferiores-en-la-segunda-mitad-del-embarazo

8. Butcher, H., Bulecheck, G., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Elsevier (ed.); 7th ed.). Elsevier. https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria- nic/butcher/978-84-9113-404-6

9. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7th Editio). Elsevier. https://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/CRb2693537SGIGA361301P0,7OrightresultUX1?lang=cat

10. Carbajal Sánchez, R. E., & Nery Segura, M. M. (2018). Salud mental y calidad de vida en el trabajo del personal de la central de esterilización del hospital "Julio César Demarini Caro", Chanchamayo - 2017. [Tesis de Maestría] [Universidad Norbert Wiener]. http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2867/TESISCarbajalRosa-NeryMaría.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Carvajal Cabrera, J. A., & Barriga Cosmelli, M. I. (2021). Manual de Obstetricia y Ginecología (Pontificia Universidad Católica de Chile - Escuela de Medicina - Facultad de Medicina (ed.); 12th ed.). https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia/

12. Cornejo Sánchez, L. L. (2020). Percepción del paciente sobre Cuidado Humanizado a la luz de Watson - Servicio de Cirugía H.R.D. "Las Mercedes", Chiclayo - 2019. [Tesis de Licenciatura] [Universidad Señor de Sipán]. https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6536/CornejoSánchezLeslieLucía.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Diaz Rivera, V. G. (2017). Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI - UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima - 2017. [Tesis de Especialidad] [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7102/Diaz_rv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Dulay, A. (2020, October). Preeclampsia y eclampsia. Manual MSD Versión Para Profesionales. https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia

15. EAFIT. (2018). El cuidado y el mutuo cuidado. https://www.eafit.edu.co/bienestar- universitario/acerca-de-la-direccion/Documents/cuidado-mutuo-cuidado.pdf

16. eCIE10ES. (2022, January). eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos. Edición Electrónica de La CIE-10-ES Diagnósticos. https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

17. Franco Campos, H. L. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por expulsivo prolongado y macrosomía fetal del Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018. [Tesis de Segunda Especialidad]

[Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2087/Haydee_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Frederico, M., Arnaldo, C., Decat, P., Juga, A., Kemigisha, E., Degomme, O., & Michielsen, K. (2020). Induced abortion: a cross-sectional study on knowledge of and attitudes toward the new abortion law in Maputo and Quelimane cities, Mozambique. BMC Women's Health 2020 20:1, 20(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/S12905-020-00988-6

19. Fuertes Moreno, A. I. (2019). Factores clínicos y sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de emergencia del periodo enero-julio del Hospital de Apoyo II Sullana, 2018. [Universidad Privada Antenor Orrego]. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/5319/1/REP_MED.HUMA_ISABEL.FUE RTES_FACTORES.CLÍNICOS.SOCIODEMOGRÁFICOS.ASOCIADOS.PREECLAMPSIA.GESTANTES.ATENDIDAS.SERVICIO.EMERGENCIA.PERIODO.ENEROJULIO.HOSPITAL.APOYO.II.SULLANA.2018.pdf

20. Gaspar Huánuco, S. L., & Torres Rojas, A. M. (2018). Factores que influyen en las mujeres de edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, periodo Junio - Agosto del 2017. [Tesis de Titulción] [Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt]. https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/103/TesisAborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. González Aguña, A., & Santamaría García, J. M. (2015). El ciclo del cuidado: el modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. Ene, 9(1), 0–0. https://doi.org/10.4321/s1988-348x2015000100003

22. Guerrero Hernandez, L., Huamán Sialer, C., & Manrique Rosas, C. (2017). Carga laboral y actitud del profesional de enfermería hacia el familiar del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos de una clínica privada. [Tesis de Especialidad] [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/718/Carga_GuerreroHernandez_Leidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Herdman, H., & Shigemi, K. (2019). Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018- 2020. In ELSEVIER. Elsevier España. https://www.elsevier.com/books/diagnosticos- enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2018-2020-edicion-hispanoamericana/herdman/978-84-9113-450-3

24. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Casificación.

25. NANDA Internacional. https://s67d378623b10162d.jimcontent.com/download/version/1479845861/module/898643 8569/name/NANDA2015-201717.pdf

26. Huanca Morales, M. P. (2020). Pielonefritis aguda y embarazo en Hospital II-1 MINSA - 2018. [Tesis de Segunda Especialidad] [Universidad José Carlos Mariátegui]. http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/985/Milagros_trab-acad_titulo_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

27. INEI. (2019, December 31). ENDES realizadas. Instituto Nacional de Estadística e Informática PERÚ. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/

28. Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2007). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0880. Interrelaciones.

29. Nanda%2C Noc y Nic. Diagnósticos enfermeros%2C resultados e intervenciones.pdf

30. león, W., Yépez, E., Nieto, M. B., Grijalva, S., Cárdenas, M., Carrión, F., & Miranda, O. (2016).

31. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto en una muestra de médicos gineco- obstetras de Ecuador. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 62(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200004

32. Llanos Cerquín, J. (2018). Factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas post aborto Hospital Regional Docente Cajamarca 2016. [Tesis de Titulación] [Universidad nacional de Cajamarca]. https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1792/FACTORES DE RIESGO SOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POST ABORTO HOSPITAL R.pdf?sequence=1&isAllowed=y

33. Martínez Montaño, M. del L. (2021). El informe final de la investigación: Metodología de la investigación para el área de la salud (AccessMedicina (ed.); 2da ed.). McGraw Hill Medical. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.

aspx?bookid=2448&sectionid=193961606 MINSA-CSS. (2015). Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo (Programa

34. Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil). https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones- embarazo_diciembre_2015.pdf

35. MINSA. (2018, September 14). Minsa: el embarazo adolescente incrementa el riesgo de mortalidad materna y del niño por nacer | Gobierno del Perú. Ministerio de Salud - Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/19292-minsa-el-embarazo-adolescente-incrementa-el-riesgo-de-mortalidad-materna-y-del-nino-por-nacer

36. Moorhead, S., Swanson, E., Jphnson, M., & Maas, M. L. (2019). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) : medición de resultados en salud. (6th ed.). Elsevier.

37. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. (2019). In Biblioteca San Juan de Dios (11th ed.). Elsevier España S.L.U. https://bibliosjd.org/2019/11/04/nanda-2018-2020-nueva-edicion/#.X6MXzGhKjcc

38. NANDA Internacional. (2018). La Cuidadología es la ciencia del cuidado. NANDA 2018-2020 - El Diagnóstico Enfermero. http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2017/08/nanda-2018- 2020.html

39. Neglia Cermeño, M. E. (2017). Cuidados de enfermería en el post operatorio inmediato a pacientes cesareadas del Hospital II EsSalud Huaraz - Ancash, 2014 - 2017. [Tesis de Segunda Especialidad] [Universidad Nacional del Callao]. http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4916/negliacermeñoenfermeria2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Neyra Díaz, A. del P., & Palominpo Bonifacio, E. N. (2019). Factores de riesgo para la depresión postaprto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017. [Tesis de Licenciatura]. http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3153/TESIS/PalominoEvelyn-NeyraAdela.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41. Ochoa Marieta, C., Reus, R., & Rogel Cayetano, S. (2018). Amenaza de aborto: causas, síntomas y tratamiento. Reproducción Asistida ORG. https://www.reproduccionasistida.org/amenaza- de-aborto/

42. Ocón Cabria, A. M. (2017). El aborto: aspectos filosóficos, éticos y jurídicos. [Tesis Doctoral] [Universidad Complutense de Madrid]. https://eprints.ucm.es/id/eprint/43243/1/T38908.pdf OMS. (2019, October 25). Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. Organización Mundial de La Salud. https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study

43. OMS. (2020, April). La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. Organización Mundial de La Salud. https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses

44. Personal de Mayo Clinic. (2020). Aborto espontáneo - Síntomas y causas. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss- miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298

45. Pesut, D. J., & Herman, J. (2019). Razonamiento clínico: el arte y la ciencia del pensamiento crítico y creativo.

46. Pezantes Lazo, E. J. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente poscesareada por preeclampsia severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. [Tesis de Especialidad] [Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1421/Elizabeth_Trabajo_Académico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y

47. Ramos, S., & Fernández Vázquez, S. S. (2020). ¿Porqué abortan las mujeres?: Contexto y biografía en las experiencias de aborto. REDAAS - Red de Acceso Al Aborto Seguro, 12. www.cedes.org

48. Ríos Canales, C. I., Vera Véliz, R. C., & Mantilla Cruzado, V. (2018). Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016 – Diciembre 2017.

49. Revista Médica de Trujillo, 13(3). https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/2097

50. Rivero Navia, M. J., & Pintado Abad, S. V. (2017). Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. [Tesis de Titulación] [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8043

51. UNFRA-Perú. (17 de Mayo de 2021). Conmemoramos la Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria. LIma, Lima, Perú.

52. Vásquez De La Torre, A. K. (2018). Actitudes hacia el aborto en adolescentes de dos instituciones educativas. [Tesis de Licenciatura] [Universidad Señor De Sipán]. https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7038/VásquezDeLaTorreAshleyKatheryne.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Apéndice A. Plan de cuidados
DATOS DE FILIACION
Nombre del usuario:_____ Dirección: ____
DATOS DE HOSPITALIZACION
HCL:___Cuenta:_____Seguro:_____ Procedencia: Consultorio externo ( ) Emergencia ( ) SOP ( )Referida
Edad: __
Religión: _____ de:_____
Grado de instrucción:____Ocupación: _Fuente de Información: Paciente ( ) Familiar/amigo ( ) Otro: _____
_____
Forma de llegada: Caminando ( ) Camilla( ) Silla de ruedas ( ) Motivo de ingreso: _____ Dx. Médico:____
_____ Fecha de valoración: _____

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD
PATRÓN FUNCIONAL PERCEPCION/CONTROL DE LA SALUD
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlcera ( ) TBC (
) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____ Cirugías: No ( ) Si ( ) _____ **Alergias y otras reacciones:**
Fármacos:_____Alimentos:_____ Signos-síntomas:_____Otros_____ **Factores de riesgo:**
Consumo: Tabaco No ( ) Si( ) Alcohol No( ) Si( ) Drogas No( ) Si ( )
Medicamentos (con o sin indicación médica)
¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis
_____ _____

Estado de higiene: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )
¿Qué sabe usted sobre su enfermedad
actual?_
¿Dónde acude cuando se enferma?: _____
¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

PATRÓN FUNCIONAL DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Formula Obstétrica: G P_____EG: N° CPN: FUR: FPP:
Mamas: sensibles ( ) No sensible( ) blanda( ) duras( ) secretantes(
) no secretantes ( ) masa dura ( ) absceso ( ) curación ( ) vendaje( ) **Pezones:** Formados ( ) planos ( ) invertidos ( ) agrietados ( ) Útero: Grávido ( ) No grávido ( ) contraído ( ) no contraído( ) Altura Uterina:_
Dinámica uterina:
Frec:___Tono:___Intensidad:_____ **Genitales:** normal ( ) edema ( ) hematoma ( ) otros:_____ Secreción vaginal: blanco ( ) amarillo( ) verde( ) maloliente ( ) Volumen sangrado vaginal:
M:_____T:_____N:_____
Tapón vaginal: Si ( ) No ( ) N° de gasas:_____ Perdida líquido amniótico:_____cant:___
color:___olor:____
Loquios: :_____cant:_____color:___olor:_____ **Movimientos Fetales:** Si ( ) No ( ) LCF:_____
Observación: _____

PATRÓN FUNCIONAL NUTRICIONAL – METABÓLICO
Peso:___Talla:___IMC:___T:_____°C
Herida: Ubicación y descripción: _
Glucosa: _____
Hb:____
Protegida con apósito: limpios ( ) secos( ) manchados( ) húmedos( )Sin signos de flogosis ( ) con signos de flogosis( ) con bordes equimótico ( ) equimótico ( )
Con dren: tubular ( ) laminar( )Infectada: No( ) Si( )
PATRÓN FUNCIONAL DE RELACIONES -
ROL
Ocupación:____ Estado civil: Soltera ( ) Casada( ) Conviviente( ) Divorciada( )
¿Con quién vive? Sola ( ) Con su familia( ) Otros ___
Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos( ) Otros _____
Conflicto/violencia familiar: Si ( ) No ( )

Intento/suicidio Si ( ) No ( ) cuando:_____
AGA:__
Piel y mucosa: sonrosado ( ) Pálida( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Tibia ( ) caliente ( ) fría ( ) Hidratada ( ) deshidratada ( ) seca( ) turgente( ) edematosa ( ) hemorragia ( ) calambre ( ) diaforesis ( ) sobre hidratación ( )
sed ( ) sudoración ( ) Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( ) Observación: __
Nutrición: Ingesta líquidos:_____24 hr / alimentos: 24 hr Vía de administración: oral ( ) enteral( ) SNG( ) ostomía( ) parenteral( ) periférico ( )
Apetito: Norma l( ) Disminuido( ) Aumentado( ) Tipo de dieta:

Cavidad bucal: Dentadura: Completa ( ) Incompleta ( ) Prótesis(
) Dificultad para deglutir: Si ( ) No( ) nauseas( ) Pirosis( ) Vómitos( )
Estado de higiene bucal: Mala ( ) Regular ( ) Buena( ) Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No( )

PATRÓN FUNCIONAL DE ACTIVIDAD – EJERCICIO
edad: ( ) Bajo peso:( ) Especificar:_
ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR:____
Respiración:
superficial l( ) profunda( ) Disnea: En reposo( )
Al ejercicio( ) Se cansa con facilidad: No ( ) Si( ) Tos: seca(
) productiva( ) expectoración:
Reflejo de la tos: Presente ( ) Ausente( ) Disminuido ( )
Secreciones: No( ) Si ( ) características: ____
Blando( ) depresible( )distendido( ) timpánico( ) globuloso( ) doloroso()

PATRÓN FUNCIONAL AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO
TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional Tranquila ( ) ansiosa( ) Negativa( ) Temerosa ( ) Irritable ( ) diferente( ) Depresiva ( )
Preocupaciones principales/comentarios:___
O2: No ( ) Si ( ) Modo:_____ l/min__

PATRÓN FUNCIONAL DE ELIMINACIÓN
Hábitos intestinales Nº de deposiciones/día: _____
Normal (**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**) Estreñimiento( ) Diarrea ( ) Incontinencia( )
Pulso periférico: _
P/A:____sin alteración:
Hábitos vesicales Frecuencia:_____/ día Polaquiuria ( ) Disuria( ) Nicturia( )Proteinuria:_____Albumina en orina:
Hipotensión () hipertensión () taquicardia ( ) bradicardia( )
extremidades frías( ) entumecimiento( ) sensibilidad de miembros(
) arritmias( ) dolor precordial( ) marcapaso( )
Edema: No Si Localización: ___
_____Otros:

PATRÓN FUNCIONAL DE DESCANSO – SUEÑO+( ) ++ ( ) +++( )
Presencia de líneas invasivas: Catéter periférico:

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2= Parcialmente dependiente
Comentarios adicionales:

Horas de sueño: _
Problemas para dormir: Si ( ) No( )
Especificar: _____
¿Usa algún medicamento para dormir? Si ( ) No( ) Especificar: _____

PATRÓN FUNCIONAL DE VALORES – CREENCIAS
Religión:
Aparatos de ayuda: ninguno ( ) silla de ruedas() Otros:
Restricciones religiosas:
Solicita visita de capellán: Si ( ) No( )

Movilidad de miembros: Conservada ( ) Flacidez( ) Contracturas() Parálisis ( )
Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida( ) Comentarios adicionales:

PATRÓN FUNCIONAL PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo ( ) Espacio( ) Persona ( ) Desorientada ( ) confusa( ) somnolienta ( ) agitada ( ) convulsiona( ) estupor( ) coma( ) letárgico( ) Comunicativa ( ) poco comunicativa ( )
PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW: _____
Oído: sin alteración ( ) hipoacusia() acusia ( ) prótesis( ) **Visión:** sin alteración ( ) deficiente( ) ceguera( ) prótesis( ) **Alucinaciones:** auditivas ( ) visuales( ) olfatorias( ) táctiles( ) **Alteraciones del pensamiento**: demencia ( ) Habla/lenguaje: _____
Dolor: No ( ) Si ( ) Localización:____ Cefalea ( ) Dinámica Uterina( )
Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros:_____

Comentarios adicionales:
Nombre del enfermero:

Firma:__CEP:_____ Fecha:_____ **TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

EXAMENES AUXILIARES:

PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL:
NST: TST:
ECO Perfil biofco:

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud Propósito y procedimientos
Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Rol de enfermería en el cuidado a paciente con amenaza de aborto del servicio de ginecoobstetricia de un hospital de Lima, 2021". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a la paciente de iniciales M.R.V. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Marcela Flor Monzón Murillo y Lic. Sofía Dora Vivanco Hilario, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no existe ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico asociado con esta investigación. Pero, como se obtendrá alguna información personal, cabe la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria
Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.
Nombre y apellido: M.R.V. DNI: 00000000
Fecha: 28 de enero, del 2022

Firma

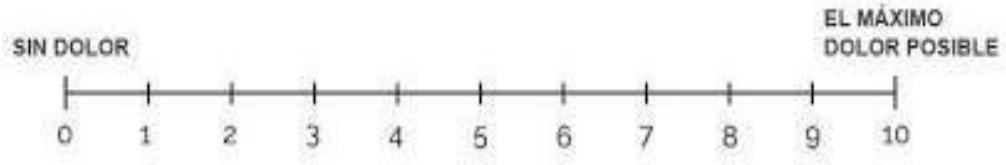

Figura C 1. Escala Visual Analógica (EVA) para la medición del dolor

Movilización en cama
Deambula
Ir al baño/bañarse
Tomar alimentos
Vestirse

Apéndice C. Escalas de valoración utilizadas

PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Figura C 2. Escala de coma de Glasgow

Clasificación	IMC (Kg/m²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy Severo

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

Figura C 3. Escala de valoración del IMC Glasgow

¿Cuáles son los valores normales de la hemoglobina?

Los valores de referencia de la hemoglobina son:

- **Niños de 2 a 6 años:** 11,5 a 13,5 g/dL;
- **Niños de 6 a 12 años:** 11,5 a 15,5 g/dL;
- **Hombres:** 14 a 18 g/dL;
- **Mujeres:** 12 a 16 g/dL;
- **Embarazadas:** 11 g/dL.

Figura C 4. Valores referenciales de la hemoglobina

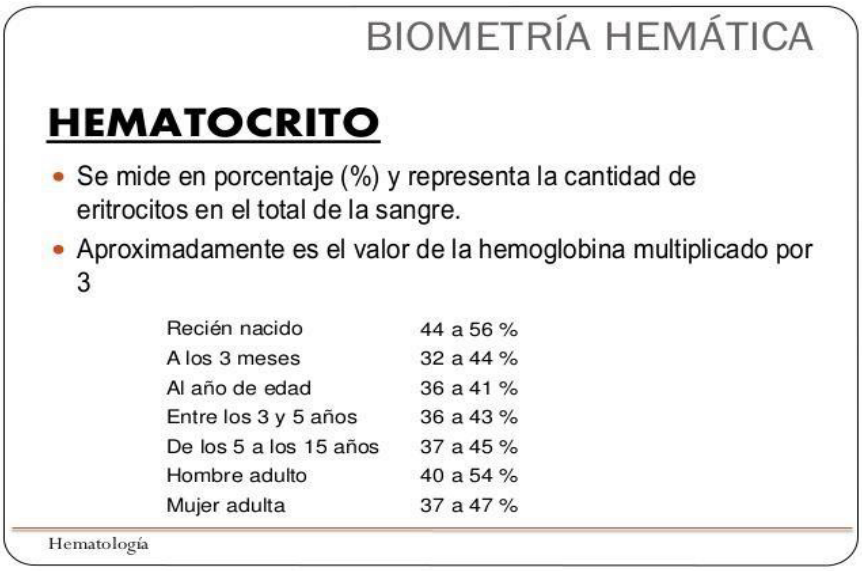

Figura C 5. Escala de valoración de anemia

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
PERDIDA SANGUINEA (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
% VOLUMEN SANGRE	15%	15% -30%	30% -40%	>40%
PULSO	<100	>100	>120	>140
PRESION ARTERIAL	Normal	Hipotension Ortostatica	Hipotension supina	Pres Diastolica no medible
LLENADO CAPILAR	Normal	1	2	>3
FREC RESPIRATORIA	14-20	20-30	30-40	>40
DIURESIS (ml/h)	>30	20 a 30	5 a 15	Anuria
ESTADO MENTAL	Leve Ansiedad	Moderada Ansiedad	Severa Ansiedad Agitación	Letargo Coma
REEMPLAZO DE FLUIDOS	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides Paquete GL	Cristaloides Paquete GL

Figura C 6. Parámetros hemodinámicos de shock hipovolémico

TENSION ARTERIAL			
Grupo	Edad	Rango Sistólica	Diastólica
RN	Nacimiento – 6 semanas	70-100 /	50-68
Infante	7 semanas - 1 año	84-106 /	56-70
Lactante mayor	1 – 2 años	98-106 /	58-70
Pre-escolar	2 – 6 años	99-112 /	64-70
Escolar	6 – 13 años	104-124 /	64-86
Adolescente	13 – 16 años	118-132 /	70-82
Adulto	16 años y más	110-140 /	70-90

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Grupo	Edad	Ventilaciones por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	40-45
Infante	7 semanas - 1 año	20-30
Lactante mayor	1 – 2 años	20-30
Pre-escolar	2 – 6 años	20-30
Escolar	6 – 13 años	12-20
Adolescente	13 – 16 años	12-20
Adulto	16 años y más	12-20

FRECUENCIA CARDIACA		
Grupo	Edad	Latidos por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	120-140
Infante	7 semanas - 1 año	100-130
Lactante mayor	1 – 2 años	100-120
Pre-escolar	2 – 6 años	80-120
Escolar	6 – 13 años	80-100
Adolescente	13 – 16 años	70-80
Adulto	16 años y más	60-80

TEMPERATURA		
Grupo	Edad	Grados Centígrados
RN	Nacimiento – 6 semanas	38
Infante	7 semanas - 1 año	37.5 a 37.8
Lactante mayor	1 – 2 años	37.5 a 37.8
Pre-escolar	2 – 6 años	37.5 a 37.8
Escolar	6 – 13 años	37 a 37.5
Adolescente	13 – 16 años	37
Adulto	16 años y más	36.2 a 37.2

Figura C 7. Tabla de valores normales de las funciones vitales

Apéndice D. Plan de cuidados según el modelo AREA

Modelo AREA

(Modificado)

MARCO

Reflexión Profesional: Luego de haber realizado una adecuada atención de enfermería durante la estadía de la paciente en hospitalización de ginecoobstetricia se ha contribuido a que la paciente controle el episodio de amenaza de aborto, manifestado en la comparación de los valores iniciales de los indicadores con la valoración de los mismos en periodos de tiempo de 6 horas hasta 24 horas, confirmado por la evolución favorable sin riesgo de perder su embarazo por el momento

Persona VALORACION:

Paciente de 22 años, ingresa por emergencia en silla de ruedas, acompañada de familiar, fue evaluada por el Médico y Dx. de amenaza de aborto , con gestación de 11 semanas por ecografía, amenorrea más de dos años (por uso de método anticonceptivo hormonal inyectable cada 3 meses), primer embarazo (parto eutócico y término), Ecografía abdominal. Niega aborto anterior y niega alergias.

Hemoglobina de 10.5 mg/dl, Subunidad (beta- hCG) de 13800.Vacuna antitetánica tres dosis en su primer embarazo.

(00221)

Proceso de maternidad ineficaz

r/c

con cuidados prenatal insuficiente, nutrición materna inadecuada m/p

manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado.

Persona Dx. ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS

NOCp

Indicador (1607) Conducta sanitaria prenatal

Indicador (160703) Mantiene las visitas de asistencia pre natal

Indicador (160710) Mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación.

Indicador (160723) Utiliza suplementos de hierro

Indicador (160714) Evita la exposición a enfermedades infecciosas.
Indicador (160721) Utiliza medicamentos según pescripción

Estado/Conducta/ Percepción
Debilidad Inamobilidad Insomnio
Inicio de control prenatal
Paciente con hemoglobina de 10.5 mg/dl
Paciente con hemoglobina de 10.5 mg/dl
Secrecion vaginal de color marron oscuro.
Medicación con prescripción médica

Estándar de normalidad
Consejería: cuidados maternos y del feto durante su embarazo. Así como signos de alarma
Recomendaciones: inicio de control prenatal, luego de su alta
Recomendaciones de consumo de una dieta rica en hierro
Incremento progresico de la hemoglobina con tratamiento.
Ausencia de secreción vaginal
Cumplimiento del tratamiento completo

Indicador (1607)
Conducta sanitaria
Indicador (160703)
Mantiene las visitas de asistencia pre natal
Indicador (160710)
Mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación.
Indicador (160723) Utiliza
suplementos de hierro
Indicador (160714) Evita la exposición a enfermedades infecciosas.
Indicador (160721) Utiliza medicamentos según pescripción
Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea
Con la atención de enfermería 24 horas administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)
Con la atención de enfermería 24 horas administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+3)
Con la atención de enfermería 24 horas administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)
Con la atención de enfermería 26 horas administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 4 (+2)
Con la atención de enfermería 24 horas administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)
Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.
NICs para NOCs (DxEp) ***(6680) Monitorización de los signos vitales***. (Butcher et al., 2019, p. 341) Actividades:
(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura yestado respiratorio.
(668002) Observar las tendencias yfluctuaciones de la presión arterial.
(668003) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
(668004) Monitorizar la pulsioximetría.
(668005) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
(4150) Regulación hemodinámica (Butcher et al., 2019, p. 393)
Actividades:
(415001) Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa).
(415002) Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico.
(415003) Determinar el estado de perfusión (indicar si el paciente esta fría, tibia o caliente). (415004) Vigilar la entrada y salida, la diuresis y el peso del paciente
(1450) Manejo de las náuseas. (Butcher et al., 2019, p. 296)
Actividades:
(145001) Monitorizar el efecto del tratamiento de las náuseas.
(145002) Animar a la paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas.
(145003) Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas.
(145004) Animar a que ingiera pequeñas cantidades de comida que sea atractiva para la persona con nauseas. (145005) Pesar a la paciente con regularidad.
Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

NICs para NOCs (RCp)
(4410) Prevención de la hemorragia.
Actividades:
(441001) Vigilar de cerca a la paciente para detectar signos ysíntomas de hemorragia interna o externa (ejemplo: hinchazón abdominal).
(441002) Anotar los niveles de hemoglobina yhematocrito, antes y después de la pérdida de sangre, según se indica.
(441003) Mantener el acceso intravenoso.
(441004) Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. (441005) Instruir a la paciente y/o familia sobre los signos de hemorragia. (**5310) Dar esperanza.**
Actividades:
(145001) Ayudar a la paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
(145002) Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
(145003) Ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. (145004) Crear un ambiente que facilite a la paciente la práctica de su religión, cuando sea posible. (145005) Evitar disfrazar la verdad.
(5270) Apoyo emocional.
Actividades:
(527001) Explora con la paciente que ha desencadenado las emociones. (527002) Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. .(527003) Favorecer la conversación o llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
(527004) Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
(527005) Remitir a los servicios de asesoramiento s se precisa.

Nota. Fuente: Elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017).

Apéndice E. Plan de cuidados según el modelo BIFOCAL

Modelo BIFOCAL
(Modificado)

Persona
VALORACION:
Persona Paciente de 22 años,

Persona
RC p

RC
HEMORRAGIA

MARCO
Reflexión Profesional:NOC DxEp .- La gestación en sus primeras 20 semanas, corre el riesgo a sufrir amenaza de aborto (espontáneos o inducido), ocasiona signos similares a otras patologías que requiere de descarte, de ahí la importancia del co ntrol pre natal para preparar un embarazo viable. Toda amenaza de aborto va acompañada de sufrimiento físico y espiritual, así como de otros signos que sugieren pérdida del embarazo como es el dolor y sangrado vaginal ingresa por emergencia en silla de ruedas, acompañada de familiar, fue evaluada por el Médico y Dx. de amenaza de aborto, con gestación de 11 semanas por ecografía, amenorrea más de dos años (por uso de método anticonceptivo hormonal inyectable cada 3 meses).

Planificación NOCp (DxEp) (1607) Conducta
Indicador (160703) Mantiene las visitas de asistencia pre natal
Indicador (160710) Mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación.
Indicador (160723) Utiliza suplementos de hierro
Indicador (160714) Evita la exposición a enfermedades infecciosas.
Indicador (160721) Utiliza medicamentos según pescripción

Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)
Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+3)
Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)
Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 4 (+3)
Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntación Diana de 5 (+4)

(RCp) (0413) PI

(041307) Sangrado vaginal
(041313) Palidez de piel y mucosas
(041306) Distensión abdominal
(041316) Disminucion del Hb.
(041317) Disminución del hto
(041314) Ansiedad

(041309) Disminución PA sistólica
(041309) Disminución PA diastólica
(041309) Pérdida de calor corporal
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+1)
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+2)
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+2)
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+2)
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+2)
logró una puntuación Diana de 5, (+1)
Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 5, (+1)
embarazo (parto eutócico a término), Ecografía abdominal. Niega aborto anterior y niega alergias.
Hemoglobina
de 10,5 mg/dl, Subunidad (beta-hCG) de 13800.Vacuna antitetánica tres dosis en su primer embarazo.

Escala Likert: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado.
4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.
NICs para NOCs (DxEp)
(6680) Monitorización de los signos vitales. (Butcher et al., 2019, p. 341) Actividades:
(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
(668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
(668003) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
(668004) Monitorizar la pulsioximetría.
(668005) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
(4150) Regulación hemodinámica (Butcher et al., 2019, p. 393)
Actividades:
(415001) Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial,
frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa).
(415002) Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso
del sistema hemodinámico.
(415003) Determinar el estado de perfusión (indicar si el paciente esta fría, tibia o caliente). (415004) Vigilar la entrada y salida, la diuresis y el peso del paciente
(1450) Manejo de las náuseas. (Butcher et al., 2019, p. 296)
Actividades:
(145001) Monitorizar el efecto del tratamiento de las náuseas.
(145002) Animar a la paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. (145003) Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas.
(145004) Animar a que ingiera pequeñas cantidades de comida que sea atractiva para la persona con nauseas.
(145005) Pesar a la paciente con regularidad.

Escala Likert 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.
NICs para NOCs (RCp)
(4410) Prevención de la hemorragia.
Actividades:
(441001) Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna o externa
(ejemplo: hinchazón abdominal).
(441002) Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito, antes y después de la pérdida de sangre,
según se indica.
(441003) Mantener el acceso intravenoso.
(441004) Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. (441005) Instruir al paciente y/o familia sobre los signos de hemorragia.
(**5310) Dar esperanza.**
Actividades:
(145001) Ayudar a la paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

(145002) Fomentar las relaciones terapéuticas con sus seres queridos.
(145003) Ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. (145004) Crear un ambiente que facilite a la paciente la práctica de su religión, cuando sea posible. (145005) Evitar disfrazar la verdad.
(5270) Apoyo emocional. Actividades:
(527001) Explora con la paciente que ha desencadenado las emociones.
(527002) Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
(527003) Favorecer a conversación o llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. (527004) Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
(527005) Remitir a los servicios de asesoramientos se precisa.