

Original

Nursing role in the care of patients with threatened abortion in the Obstetrics and Gynecology Department.

Rol de enfermería en el cuidado a paciente con amenaza de aborto del servicio de Gineco Obstetricia.

Marcela F. Monzón-Murillo¹, Sofía D. Vivanco-Hilario¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales García¹.

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

· Citar como: Monzón-Murillo MF, Vivanco-Hilario SD, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing role in the care of patients with threatened abortion in the Obstetrics and Gynecology Department. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:202.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 18-12-2023

Aceptado: 20-12-2023

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Threatened abortion is an alert with vaginal bleeding in the first 20 weeks, accompanied by physical and spiritual suffering. The common complication is mild to severe anemia. There are no preventive measures to avoid it, prenatal control is important so that the pregnancy is viable, with the aim of knowing 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 the Marjory Gordon assessment guide to a 22-year-old patient as an instrument. 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, the patient improved the maternity process; before the Complication Problem of hemorrhage the results are still indefinite due to the few hours of intervention and evaluation. The role of nursing is fundamental in the assessment of pregnant women with threatened abortion, knowing their 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 order to improve the skills of the nursing professional using NANDA I, NOC and NIC, and collaboration problems.

Keywords: Nursing role, Care, Patient, Threat of abortion.

RESUMEN

Amenaza de aborto, es una alerta con sangrado vaginal en las primeras 20 semanas, acompañada de sufrimiento físico y espiritual. La complicación común es la anemia de leve a severa. No existe medidas preventivas para evitarlo, es importante el control prenatal para 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 identificó 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, 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. 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, a fin de mejorar las competencias del profesional de enfermería haciendo uso del NANDA I, NOC, NIC, y de los problemas de colaboración.

Palabras claves: Rol de enfermería, Cuidado, Paciente, Amenaza de aborto.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto es un problema mundial, es una afección que indica 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, con cuello uterino cerrado, con 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, 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 hubo 39 abortos provocados por cada 1000 mujeres de entre los 15 y 49 años de edad. (OMS, 2017). En 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. 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). Para Sudamérica, hay 10 muertes por aborto inseguro por cada 100 000 nacidos vivos. (OMS, 2020). A su vez Ramos, (2016) refiere que es importante difundir y comprender la situación del aborto, conocer sus causas, las consecuencias y las dificultades que las mujeres enfrentan para decidir la interrupción 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 médicas que se practican en instituciones privados y públicos

que influyen y participan en este proceso controversial. Mientras Ramos y Fernández Vázquez (2020) concluyó que en la década de los 90, la mortalidad materna era 100 veces más alta que en los países desarrollados, que afectaba principalmente a las mujeres de clase pobre haciéndolas más vulnerables. Así mismo 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 (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017). El año 2015 hubo 414 muertes maternas, reportadas por la Dirección General de Epidemiología del Perú, pero no detalla cuántas de estas han sido causadas por abortos clandestinos (Abanto Arana & Anhuamán Morillo, 2019).

El INEI (2019) reporta que ocasionaron 57,8 muertes en Perú correspondientes a los 578 130 nacidos vivos. En el Perú el aborto terapéutico es legal desde 1924, sin embargo, no se cuenta con cifras exactas, pero si 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.

El presente estudio tiene relevancia porque muestra el aporte de enfermería en la identificación oportuna de los factores de riesgo que causa un aborto, a fin de prevenirlo. Como es conocido el aborto es la culminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, ocasionado por diferentes factores, entre genéticos, patológicos e inducidos, así mismo, los riesgos se incrementan en mujeres que tuvieron abortos involuntarios, exposición a toxinas, problemas de placenta, cuello uterino o útero (Bergallo et al., 2018).

La amenaza de aborto en las primeras 20 semanas de gestación si no es controlado conlleva al riesgo de la terminación espontánea de la gestación con sangrado proveniente del útero y sin cambios en el cuello uterino. Dulay (2020) con esta investigación se pretende 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%.

Tras el diagnóstico médico de amenaza de aborto, las pacientes están frente a un evento que complica el desarrollo del embarazo en curso, por ello los cuidados de enfermería forman parte del tratamiento, ayudando a solucionar el problema del dolor agudo, riesgo de infección y hemorragia que es común en estos casos.

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 (Díaz Rivera, 2017). Este trabajo, es un estudio cualitativo, en el cual se ha elegido un caso para poder conocer 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 Montaña, 2021).

OBJETIVOS

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) es la expulsión del útero del producto de la concepción, es el término del embarazo de forma natural o voluntaria, antes de las 22 semanas de gestación 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 son causas económicas y el 8% por miedo a los padres, el 5% por haber sufrido violación o incesto. Son razones similares a las de otros países de Latino América.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la incidencia de aborto, que es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas, cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; 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; 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 (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 una interrupción que no es provocada intencionadamente, es 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 intervención 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 la interrupción 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, realizar un seguimiento semanal del embarazo, hasta que se resuelva el sangrado y prestar atención por el riesgo de presentar 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.

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

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 precedido 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), aparece el sangrado, en su mayoría a consecuencia de la formación de hematoma retro corial, que pueden evolucionar favorablemente o culminar en un aborto. Se acompaña de dolor tipo cólico en el bajo vientre, e indica que puede producirse un aborto espontáneo, considerada como la muerte embrionaria o fetal no inducida antes de las 20 semanas de gestación.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la incidencia de aborto, que es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas, cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; 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; 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 S. & Segura, M., 2018).

Etiología

Según Carvajal Cabrera y Barriga Cosmelli (2021) la amenaza de aborto generalmente es provocada por anomalías cromosómicas (49% de los casos) y morfológicas de los gametos, anomalías anatómicas del aparato genital materno; enfermedades endocrinas como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades e infecciones sistémicas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis; factores inmunológicos; la incompatibilidad ABO; factores tóxicos con el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo; y 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 presenta son sangrado vaginal, generalmente escaso, durante las primeras 20 semanas de la gestación. Suele acompañarse de 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, se debe realizar: manejo ambulatorio y control en 72 horas, 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: hospitalizar a la paciente para control y evaluación del embarazo, reposo absoluto, administrar 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 positivo, pero la B-Hcg cuantitativa es positiva, prescribir reposo, sin medicación alguna (Ríos Canales et al., 2018).

En el tratamiento farmacológico de solución inyectable de progesterona 50 mg. cada 48 hrs 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 de moderada o grave, que puede requerir de transfusión sanguínea, no descartar la infección o la probabilidad de un embarazo ectópico, ésta 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, realizar un seguimiento semanal del embarazo, hasta que se resuelva el sangrado y prestar atención por el riesgo de presentar 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 que está 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. Ofrecer apoyo psicológico permanente a la pareja y familia, porque los lazos afectivos se desarrollan a medida que avanza la gestación, otras están asociados a sentimientos de fracaso en la gestante. Propiciar un medio de tranquilidad para descansar y sueño para recuperarse y renovarse favorecerán a mejorar el 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 una actitud positiva, vigilar el color, olor y duración del sangrado, control de la temperatura durante la primera semana, no usar 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 en el 15-25% de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción (Alayo Huatay, 2019). Según, Herdman y Shigemi (2019, p.428) expresa que es el riesgo de sangrado susceptible a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer muy seriamente la salud.

Según los datos estadísticos 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 limitado acceso a los servicios de salud. El 27.1% se debe a muerte materna por hemorragias, según la reciente revisión Lancet 2014, que analizó las estimaciones globales, regionales y subregionales de causas de muerte materna durante 2003-2009. En las poblaciones indígenas la tasa de mortalidad materna es de 25% de todas las muertes. La hemorragia genital profuso debe ser clasificada como prioritaria, valorar 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 es embarazo ectópico, embarazo tubárico o embarazo cervical, en el 1,5-2% de estos embarazos la implantación del blastocito ocurre por fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es en las trompas de Falopio (98% de los casos). También puede suceder a nivel cervical, de ovario o 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 consiste en sustituir de inmediato la sangre perdida, la prioridad es administrar una transfusión, mientras se resuelve la urgencia, es fundamental detener la hemorragia y eliminar su origen, ante una hemorragia aguda se prefiere la expansión con plasma más que con solución (Llanos Cerquín, 2018).

El tratamiento quirúrgico. Es la extracción de los restos placentarios y reparación de las laceraciones genitales o legrado uterino (MINSA-CSS, 2015).

El tratamiento complementario. Comprende medicamentos uterotónicos con oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina y reposición de líquidos o transfusión, suplementación con hierro, control clínico y control ecográfico. (Carvajal S. & Barriga M.. 2021).

Complicaciones

En el proceso de amenaza de aborto, el sangrado es una complicación de urgencia que debe ser atendido de inmediato, debiendo iniciarse el tratamiento farmacológico para el control de la hemorragia, así mismo la aplicación de masaje uterino para estimular la contracción y evitar las descargas abundantes, además se recomienda la transfusión sanguínea para reponer las pérdidas que podrían llevar a complicaciones mayores. Cuando la atención no es oportuna o hay escasa experticia en la prevención de complicaciones, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es del 100%. Por tanto, para mantener la hemodinamia necesitamos conservar más o menos una constante del volumen sanguíneo (Alayo Cuzcano et al., 2018).

Prevención

Las medidas preventivas de la hemorragia, se da a través del cumplimiento estricto de los protocolos de atención basada en las prácticas clínicas desde su ingreso hasta el alta, priorizando el respeto a la vida, a la confidencialidad y a la privacidad. Definitivamente, no existe una terapia efectiva preventiva en amenaza de aborto (Ochoa Marieta et al., 2018).

Es importante la identificación temprana de los factores de riesgo, también, es necesario el trabajo del equipo multidisciplinario y el inicio de procedimientos que permitan conservar una vía endovenosa segura para la reposición de la volemia, control estricto de las constantes vitales, valoración de signos de shock, valoración de latidos fetales, disponer de un banco de sangre, posicionamiento de catéteres arteriales para embolización uterina y colocación de catéteres uretrales, contribuyen al buen estado de la paciente: el reposo en cama, evitar las relaciones sexuales, disminución de emociones tensas y en algunos casos el uso de progesterona para preparar el 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) consideramos el manejo de hemorragia uterina del siguiente modo: vigilar el estado de consciencia de la paciente, evaluación de las pupilas, control de constantes vitales de preferencia cada 15 minutos, poner 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; mantener estrecho cumplimiento de las indicaciones médicas, estricto balance hídrico, valorar el nivel de ansiedad y temor de la paciente y la familia, manejo del dolor y estar atento a los signos de alarma como 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 mejorado y ha enfrentado desafíos muy grandes, como sensibilizar, comprometer y motivar a las entidades públicas y privadas con el tema de maternidad sin riesgos. En el año 1988 declararon a la tercera semana de mayo como “Semana de la Maternidad saludable y segura” a fin de evitar la muerte de una mujer y/o su niño/a durante el embarazo, parto o puerperio, consideraron el contexto cultural y socioeconómico como factores que influyen en el comportamiento reproductivo de la mujer y de su entorno. (UNFRA-Perú, 2021)

El MINSA ha implementado atenciones durante el embarazo con: seis control prenatales a la gestante, como mínimo, examen de mamas y enseñanza del auto examen de mamas (Prevención de cáncer mama), toma de muestra para papanicolaou y/o Inspección Visual de Ácido Acético (Prevención de cáncer cuello uterino), asegurar la nutrición de la gestante y del niño por nacer, consejería para una lactancia materna precoz y exclusiva, administración de micronutrientes: suplemento de hierro, ácido fólico y calcio.

Así mismo, el MINSA incluye enseñanza oportuna de los signos de alarma, plan de parto con la gestante, la pareja, la familia, el agente comunitario y la comunidad, consejería y orientación del 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, para detectar enfermedades hipertensivas/embarazo, detección de infecciones urinarias, detección de anemia, diabetes gestacional, conocer el grupo y factor sanguíneo, cumplir con seis sesiones 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, monitoreo Fetal una vez, en el tercer trimestre.

Proceso de Maternidad Ineficaz (00221)

En el año 2012, se registraron en el Ministerio de Salud del Perú como causales de muertes a las Hemorragias (40.2%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (32%), Aborto (17.5%), e Infecciones durante el Período de Puerperio (4.1%). Sin embargo, en el interior del Perú hay regiones con altas cifras de mortalidad materna como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad y Loreto. (MINSA 2015)

De acuerdo con Herdman y Kamitsuru (2017) el proceso de maternidad ineficaz es la “Incapacidad para prepararse 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, comprende a un conjunto de intervenciones específicas dirigidas al cuidado de la gestante y su producto, que no concuerdan debido a su vulnerabilidad a factores biológicos, psicológicos y sociales, así como con las normas y las expectativas.

Características definitorias de maternidad ineficaz

Se presenta a través de las 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 entre otros, 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.

A la vez, Bruno Maldonado (2019) opina que la maternidad ineficaz suele presentarse por diferentes motivos, como por ejemplo cuando las madres no disponen de los conocimientos suficientes para su cuidado, habilidades y recursos necesarios para el desarrollo adecuado del proceso de maternidad, o por un condicionamiento en su entorno o en las características del proceso que dificultan el desarrollo adecuado del rol de la madre. Entre estos factores se encuentra 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 consiste en educar y fortalecer en la gestante la conciencia del valor de la salud; aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados y proveer el cuidado oportuno que permitan la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo. (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Es necesario resaltar el rol que cumple el profesional de enfermería, empoderándose en las actividades de acompañamiento, educación y consejería a través de cuidados como: propiciar la consulta prenatal que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, fomentar una maternidad sin riesgos, educar sobre cuidados y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico, 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 (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, donde el cuidado humano está centrado en la persona y se atiende el proceso de adaptación. (EAFIT, 2018)

El trabajo se basa en la teoría de Jean Watson denominada Teoría de la filosofía y ciencia de la asistencia o Teoría del cuidado humano, que nos permite valorar, identificar y evaluar los cuidados, tiene mucha relación con los cuidados a brindar a la paciente con amenaza de aborto, porque rescata el aspecto humano, la sensibilidad espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación en enfermería.

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

Así mismo, 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 consideramos que la gestación es un proceso de constante interacción persona-medio que se van adaptando para entrenar los mecanismos de afrontamiento, nos permite resaltar la importancia de su entorno para sobrevivir en la transformación como madre. Así mismo, porque la labor se centra en la paciente, en su salud, en su ambiente y las intervenciones de enfermería están dirigidas en todo el proceso de su enfermedad y bienestar, por tanto, la paciente aprenderá a ser responsable en su propio cuidado y a desempeñar nuevos roles, y con la intervención de enfermería oportuna adquirirá un nivel más alto de salud y bienestar (Pezantes Lazo, 2018).

En consecuencia, la teoría de Callista Roy nos permite visualizar al individuo como una agrupación de sistemas que se interrelacionan para mantener un equilibrio entre los diversos estímulos.

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

METODOLOGIA

Diseño del Estudio

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, el tipo de estudio es caso clínico único que se basa en el método del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para 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

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 en que se encontró, 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 "Santa Rosa" de la Región de Lima, del 12 al 14 de abril de 2021.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de información

Se utilizó los siguientes instrumentos: información verbal proporcionada por la paciente M.R.V. de 22 años, la observación directa a la paciente, la historia clínica de la paciente, los registros de evolución médica y registros de enfermería, examen físico de la paciente, validación 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.

La revisión del material de evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science direct, Elsevier, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS, American Cancer Society), MINSA, Guías de práctica y protocolos, Tesis, y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

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 gineco obstetricia del Hospital Nacional Santa Rosa - Lima, quedando garantizado 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 se realizó en 4 fases:

Primera fase.

Se comenzó accediendo a una lectura y revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, el 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 límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. 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 enfermera, siguiendo los siguientes procedimientos:

En el primer momento.

Se realizó un análisis en base a la Metodología Enfermera asociado al Modelo AREA 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 Área” gestado por Pesut y Herman, 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.

En un segundo momento.

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) para obtener el NOC principal del Diagnóstico enfermero y Problema de colaboración principal y así elaborar el plan de cuidados teniendo de base la taxonomía NIC (H. Butcher et al., 2018).

Por último.

Se ejecutó las actividades de enfermería programadas y se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el 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, llegó a la emergencia de ginecología del hospital, a las 09:00am, acompañada de su esposo, 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 y observó que ha aumentado, temerosa, con mucho sueño, no pudo sostenerse de pie, refirió que la noche anterior no pudo dormir, quizás porque estaba estreñida, con náuseas y vómitos desde hace 3 días, con muchísimo dolor en el bajo vientre e hinchado, preocupada porque tenía que ir a trabajar.

Proceso de Atención de Enfermería.

Valoración

Para la valoración se utilizó 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, buenas condiciones de higiene, procedente de la Victoria-Lima. gestante de 11 semanas, sin control pre natal, desconocía embarazo, no recibe medicación, diagnóstico médico: amenaza de aborto y gestación de once semanas por ecografía, con 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. Hemoglobina de 10.5 mg/dl, resultado de subunidad beta-cuantitativa de la gonadotrophina coriónica humana (beta-hCG) de 13800. Recibió la vacuna antitetánica tres dosis 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 x 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 30seg, VN: (1 a 9 minutos)

Tiempo de coagulación de 30 seg. VN: (25- 35 segundos)

Subunidad beta-cuantitativa de la VN: (11500-289000 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 90/50mmHg, 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, temerosa y no pudo 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, preocupada porque no va a trabajar.

Patrón funcional 9: Sexualidad - Reproducción.

Patrón alterado. Dos gestaciones, un parto eutócico hace dos años, no recibió CPN, FUR hace dos años (usó 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 color marrón oscuro en poca cantidad en la toalla higiénica, no pérdida de líquido amniótico. Segundigesta 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 disconfort prolongado 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 de la cual 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 prepararse 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 prepararse y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar” (Herdman & Kamitsuru, 2017; p. 229).

Dominio 8: Sexualidad.

Clase 3: Reproducción.

Diagnóstico Principal

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 prepararse 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, ayuda a las embarazadas a formar vínculos con su bebé, pareja y familia. En este periodo puede presentarse la amenaza de aborto que es 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 las ocasiones el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; sin embargo, otras veces la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo.

El proceso de maternidad ineficaz, ocasiona un grado de incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, en el proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar.

Por otro lado, se debe considerar la relevancia que manifiesta Carvajal Cabrera y Barriga Cosmelli (2021) y podemos afirmar 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, que 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.

Visualizamos, que muchas veces es mejor observar a la paciente y valorar las manifestaciones emocionales y conductuales, ya que estos 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” (González Aguña & Santamaría García, 2015).

Problema de colaboración: Periodo pre parto:

RC Hemorragia

RC Infección

RC Dolor agudo

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 cardíaco y conservar el volumen de sangre circulante. Es considerada una emergencia médica, la gravedad depende de la rapidez con que se pierde, de la cantidad de sangre que se pierde y de la edad. 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, es una situación frecuente antes de la vigésima semana de gestación que ocurre en el 15-25% de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción. (Ochoa C., Reus, R., & Rogel Cayetano, S. (2018).

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, valorando oportunamente los signos y síntomas de complicación, para ello realizará actividades de gráfica de signos vitales, valoración de la hemodinamia corporal estricto en la hoja de balance hídrico, disminuir la ansiedad, mantener y conservar el reposo absoluto, enseñar el proceso de la enfermedad y explicar los signos y síntomas de alarma, registros de las anotaciones en el plan de cuidados, registros y actualización el Kardex y registro detallado del incidente en la hoja de notas de enfermería. (NANDA, 2018-2020)

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)

Así mismo valorar frecuentemente la salud de la paciente, 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) de la mujer que le 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, es importante la intervención oportuna de la enfermera para valorar frecuentemente la salud de la paciente, 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.

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 prepararse 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.

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 morbilidad 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. Según de la Herrán. et. (2018) consideran que es importante conocer y profundizar la educación prenatal para 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 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

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

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 visitas de asistencia pre natal	1	5	24 horas
(160710) Mantiene una ingesta de nutrientes adecuada para la gestación.	2	5	24 horas

(160723) Utiliza suplementos de hierro	1	5	24 horas
(160714) Evita la exposición a enfermedades infecciosas.	2	4	24 horas
(160721) Utiliza medicamentos según prescripción	1	5	24 horas

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Intervenciones (NIC) del Dx.E. principal.

Para obtener el resultado priorizado, se utilizó la taxonomía 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 náuseas.

(145005) Pesar a la paciente con regularidad.

Patrón funcional 9: Sexualidad - reproducción.

Ha variado respecto a la primera entrevista, observando una disminución notable del sangrado vaginal de color marrón oscuro, continuando con su embarazo de 11 semanas.

Debido a la situación transitoria de riesgo a sufrir hemorragia y perder el embarazo, es difícil predecir que vuelva a presentarse en las próximas semanas, por ahora se han observado cambios positivos (en los patrones funcionales 1,2,3,4,5,6,8 y 9) 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, valoraremos la evolución y el riesgo a presentar hemorragia, logrando así el mayor beneficio posible.

Planificación del riesgo de complicación principal (RCp) Hemorragia

NOC.

Para 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 para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC (H. Butcher et al., 2018).

Como se ha visto anteriormente el Riesgo de complicación principal es RC Hemorragia.

Resultados NOC del RCp.

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que deseamos conseguir, utiliza 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

Justificación del NOC principal del RC principal

La severidad de la pérdida de sangre en las hemorragias, es variable, va a depender de la edad gestacional, dolor y con o sin trabajo de parto, se puede presentar a consecuencia de una placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta o ruptura uterina, los riesgos aumentan si hay factores de riesgo como: mujer mayor de 35 años, multiparas, cesareadas anteriores, enfermedades pélvicas, antecedente de legrado uterino, consumo de adictivos, etc. (MINSA, 2018).

Se concluye que las hemorragias maternas son emergencias que deben ser atendidas con prioridad, ya que puede producir la pérdida de una vida hasta en dos horas y es 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

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC.

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

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.

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 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.

Actividades:

(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.

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.

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:

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 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, con la aplicación oportuna y eficaz de las intervenciones de enfermería, se evidencian que han mejorado en 24 horas y el embarazo de 11 semanas sigue en curso.

Ejecución

Para aplicar 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, 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 cardíaca, 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 frio, tibio 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 náuseas.	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
Fecha	Intervenciones/Actividades		Turnos	
			M	T
	N			
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 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. Se observó 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, la paciente comenzó con una puntuación inicial de uno, ya que al examen clínico se encuentra que no recibió control pre natal y luego de la evaluación por el Medico gineco obstetra, la Obstetra y la Licenciada en Enfermera, 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, cuyo tratamiento continuará aun estando de alta médica e irá mejorando paulatinamente 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, que por su condición de anemia sus defensas estuvieron disminuidas, y ha requerido 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 la paciente ingresó por emergencia con dolor abdominal y presencia de secreción oscura vía vaginal, luego de la intervención y cuidados, cumpliendo con la terapia indicada, se aplicó los cinco correctos como se demuestra en el Kárdex de Enfermería y en las notas de enfermería que se 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 lo tanto, 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 que actualmente presenta mejor estado general, afebril, con soporte de medicamentos de hierro y control del sangrado vaginal.

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, por lo que determinamos que se alcanzó el objetivo de mejorar la conducta sanitaria prenatal mediante las acciones personales de la paciente para 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	48horas

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) Distension 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, podemos corroborar que se mantuvo a 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) Severidad de la pérdida de sangre: como se demuestra en los formatos de monitoreo permanente según indicación médica y actividades de enfermería, podemos demostrar que la paciente alcanzó una puntuación de cinco, es decir en condición de estabilidad.

Para 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 con la escala de dolor, 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, manteniendo 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 ansiedad, asociada a su preocupación por las condiciones actuales de su embarazo, luego de haber recibido la información del médico y el apoyo emocional, según los resultados de exámenes de laboratorio y ecografía, fue

recobrando confianza en sí misma y permitió la ayuda y consejería habitual que se le brinda a la paciente, 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 asociado 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 frío, 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 donde el riesgo de hemorragia era el principal objetivo en evitar y/o controlarlo, se realizaron valoraciones constantes de los indicadores de las actividades, se consiguió a 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 es una de las principales complicaciones obstétricas en el parto, 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 caso la “Teoría del cuidado humano” de Jean Watson y el “Modelo de la adaptación” de Callista Roy concuerdan con la aplicación del plan de cuidados y actividades de enfermería que denotan compromiso y responsabilidad profesional, sin olvidar que es científica, ya que se han planificado, organizado, controlado, monitoreado y evaluado 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. Así mismo la atención realizada a la paciente permitió escuchar con atención, dialogar y respetar sus derechos de la paciente durante los cuidados y la ayuda espiritual.

Se alcanzó sostener hemodinámicamente a la paciente sin que aparezca ningún tipo de signo que provoque hemorragia, este riesgo de complicación se ha monitorizado permanentemente según indicación médica y los indicadores del NOC (0413) Severidad de la pérdida de sangre, se logró una puntuación final de cinco, es decir, se encuentra en estado de normalidad.

Los resultados planificados para la atención de enfermería a la paciente han sido alcanzados con la aplicación de las actividades en el tiempo establecido, alcanzando resultados favorables. Ha sido oportuno 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, se concluye que 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. Presentó amenaza de aborto a las 11 semanas de gestación y RC de hemorragia considerando su estado clínico como alto riesgo para su salud.

Tras la revisión bibliográfica se ha obtenido numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes con amenaza de aborto (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2021).

Realizar un plan de cuidados corresponde a la utilización de la herramienta fundamental de enfermería (PAE) que nos confiere autonomía para recopilar información de la paciente y ejecutar una serie de actividades que refuercen las debilidades o malestares en los diferentes niveles: físico, emocional, espiritual y social. Por lo que se personaliza la asistencia haciendo mayor relevancia en aquellos aspectos más importantes que se pueden abordar desde enfermería. (Franco Campos, 2019).

Así mismo el plan de cuidados permite protocolizar las actuaciones de enfermería en relación a las necesidades de la paciente con amenaza de aborto, para ser monitorizadas, evaluadas y consolidadas como eje de mejora de las intervenciones en pacientes con similar diagnóstico.

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.

Así mismo, en este proceso de atención fue importante la participación de la familia y la pareja mediante el apoyo, la resolución de dudas y la ampliación de información de la paciente, que permitió cubrir todos los componentes en la atención holística que se brindó en la intervención de enfermería, al integrarlos, fueron participes indirectos en la mejoría de la salud de la paciente, evitando complicaciones y disminuyendo la estancia hospitalaria. (Macias.et, 2018)

Las intervenciones de enfermería se han basado en dos teorías para realizar el plan de cuidados: la Teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson para centrarnos en las necesidades prioritarias de la paciente, ya 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 diagnóstico 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, hay que involucrar los cuidados adecuados y el autocuidado en mejora de su estilo de vida.

El proceso de maternidad ineficaz se presenta como consecuencia de la incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, y es aquí donde el 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.

El RC de hemorragia podría presentarse si la paciente tuviera algún factor de riesgo que propiciara el término de la gestación. Es en este sentido las acciones de enfermería cumplen un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y a la intervención oportuna para evitar que este problema se instale, es útil la aplicación de los procedimientos y técnicas interventivas en función a restablecer la salud con actitud intersubjetivo, con apoyo de la tecnología y promoviendo una relación entre el cuidador y el cuidado. Entonces, se hace necesario el cuidado preventivo minucioso, a fin de prevenir hemorragias complicadas, dado que las hemorragias puerperales son el primer indicador de morbi-mortalidad materna en el Perú.

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; sin embargo,

otras veces la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo. Por lo menos el 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre, en los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las siete y 12 semanas de gestación. (Reproductivos, 2018). Así mismo la hemorragia es una de las primeras causas de morbimortalidad materno perinatal, haciendo imprescindible la atención inmediata, oportuna y eficaz para evitar complicaciones posteriores que provocan dolor familiar.

Para concluir, como profesionales de la salud debemos realizar amplia y minuciosa valoración de enfermería y evitar que en el proceso se presente algún riesgo de complicación para no agravar las situaciones ya existentes en la paciente. Luego de haberle brindado los cuidados a la paciente, se evidencia 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, continuará con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

Periodo de tiempo restringido para la realización del seguimiento del caso en estudio de amenaza de aborto.

Aislamiento social por pandemia covid-19, que ha limitado el tiempo para la visita de familiares en el hospital.

Condiciones limitadas al acceso de información por parte de la familia de la paciente, puesto que no se admitieron visitas por la pandemia covid-19.

No se han evidenciado datos 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 gineco obstetricia; donde se atienden diferentes casos, como es la amenaza de aborto; lo que 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.

Se resalta que es importante conocer a profundidad el proceso patológico de los problemas de salud que presentan las pacientes atendidas en el día a día en el ambiente hospitalario; pues, un buen enfermero diagnosticador para establecer los juicios clínicos necesita conocer la fisiopatología y comportamiento de las enfermedades propias del servicio donde se desempeña para elaborar un buen diagnóstico.

Una de las primeras causas de morbi mortalidad materna en el Perú son las hemorragias puerperales, hecho que requiere que los profesionales de enfermería que laboran en el área de gineco obstetricia conozcan las medidas preventivas y los signos premonitorios de hemorragia a fin de controlar y revertir los casos evitando mayores complicaciones

Se considera de vital importancia la educación del cuidado pre natal dados en los controles prenatales para favorecer el proceso de gestación y el producto de la concepción, evitando los riesgos en el proceso de la maternidad.

Se concluye, que el profesional de enfermería debe conocer y manejar el proceso de atención de enfermería que es la herramienta para administrar el cuidado, manteniendo un lenguaje estandarizado a

través de la interrelación NANDA I, NOC, NIC y los problemas de colaboración de Linda Juall Carpenito, para una atención óptima y focalizada de los problemas y riesgos de complicación que se puedan presentar en eventos obstétricos como es el caso de la amenaza de aborto.

REFERENCIAS

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/14920/2E603.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_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. ANAEL. (2015). El aborto: métodos y consecuencias. Centro Gnóstico ANAEL. <https://anael.org/es/aborto>
6. 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>
7. 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
8. 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>
9. 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>

10. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (7th Editio). Elsevier. https://cercabib.uw.edu/iii/encore/record/C__Rb2693537__SGIGA361301__P0,7__Orightresult__U__X1?lang=cat
11. 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.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2867/TESIS_Carbajal_Rosa_Nery_María.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. 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/>
13. 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/Cornejo_Sánchez_Leslie_Lucía.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. 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
15. Dulay, A. (2020, October). Preeclampsia y eclampsia. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
16. EAFIT. (2018). El cuidado y el mutuo cuidado. <https://www.eafit.edu.co/bienestar-universitario/acerca-de-la-direccion/Documents/cuidado-mutuo-cuidado.pdf>
17. 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
18. 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
19. 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* 20:1, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/S12905-020-00988-6>
20. 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.FUERTES_FACTORES.CLÍNICOS.SOCIODEMOGRÁFICOS.ASOCIADOS.PREECLAMPسيا.GESTANTES.ATENDIDAS.SERVICIO.EMERGENCIA.PERIODO.ENERO-JULIO.HOSPITAL.APOYO.II.SULLANA.2018.pdf
21. 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 Titulación] [Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt].

- [https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/103/Tesis Aborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/103/Tesis%20Aborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. 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>
 23. 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
 24. 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>
 25. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Casificación. NANDA Internacional. [https://s67d378623b10162d.jimcontent.com/download/version/1479845861/module/8986438569/name/NANDA 2015-201717.pdf](https://s67d378623b10162d.jimcontent.com/download/version/1479845861/module/8986438569/name/NANDA%202015-201717.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. Nanda%2C Noc y Nic. Diagnósticos enfermeros%2C resultados e intervenciones.pdf](http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0880.Interrelaciones.Nanda%2C%20Noc%20y%20Nic.Diagnosticos%20enfermeros%20resultados%20e%20intervenciones.pdf)
 29. León, W., Yépez, E., Nieto, M. B., Grijalva, S., Cárdenas, M., Carrión, F., & Miranda, O. (2016). 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
 30. 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](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1792/FACTORES%20DE%20RIESGO%20SOCIALES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20LAS%20CONSECUENCIAS%20PSICOLÓGICAS%20POST%20ABORTO%20HOSPITAL%20R.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 31. Martínez Montaña, 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§ionid=193961606>
 32. MINSA-CSS. (2015). Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil). https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
 33. 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>
34. Moorhead, S., Swanson, E., Jphnson, M., & Maas, M. L. (2019). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) : medición de resultados en salud. (6th ed.). Elsevier.
 35. 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>
 36. 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>
 37. 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/neglia_cermeño_enfermeria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 38. Neyra Díaz, A. del P., & Palominpo Bonifacio, E. N. (2019). Factores de riesgo para la depresión postaprtto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017. [Tesis de Licenciatura]. http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3153/TESIS_Palomino_Evelyn_-_Neyra_Adela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 39. 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/>
 40. 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>
 41. 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>
 42. 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>
 43. 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>
 44. Pesut, D. J., & Herman, J. (2019). Razonamiento clínico: el arte y la ciencia del pensamiento crítico y creativo.
 45. 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
 46. 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
 47. 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. Revista Médica de Trujillo, 13(3). <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/2097>

48. 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>
49. UNFRA-Perú. (17 de Mayo de 2021). Conmemoramos la Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria. LIma, Lima, Perú.
50. 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/Vásquez De La Torre Ashley Katheryne.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7038/Vásquez%20De%20La%20Torre%20Ashley%20Katheryne.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

REFERENCIAS

1.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.