

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Nursing interventions in patients with incomplete abortion.

Intervenciones de enfermería en paciente con Aborto Incompleto.

Sindy De la Cruz Mansilla¹, Lizbeth García Aedo¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales-García¹.

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

· Citar como: De la Cruz Mansilla S, Garcia Aedo L, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing interventions in patients with incomplete abortion. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:228.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Incomplete abortion is defined as the presence of placental remains or fetal residues inside the maternal uterus before 22 weeks of gestation, which manifests with pain and vaginal bleeding apart from severe complications such as hemorrhage if a surgical procedure is not performed. **Objective:** To expose Nursing interventions in patients with incomplete abortion. **Methodology:** Qualitative study type unique clinical case, which is based on the Nursing Care Process method, included a 37-year-old female patient, applied the evaluation guide by functional patterns of Marjory Gordon, NANDA taxonomy, NOC, NIC and the evaluation of results according to the difference between the final and baseline scores. **Results:** Nine affected patterns were found, of which six patterns were prioritized, which were: Perceived health management, Nutritional-Metabolic, Activity-Exercise, Cognitive-Perceptive, Self-perception-Self-concept and Sexuality-Reproduction. Six nursing diagnoses were identified, the main diagnosis was considered: Acute pain and risk of complication: Hemorrhage, following the Area Model. A change score of +2 and +3 was obtained, which improved after the application of care. **Conclusions:** Clinical manifestations and possible complications of the patient with Incomplete abortion were identified, which were pain and hemorrhage, nursing care was essential and the evolution and prognosis of the patient largely depended on them. Therefore, it is necessary to strengthen the skills and expertise of the professional specialist in Obstetrics and Gynecology, all to provide quality care such as executing a rapid individualized response to improve the patient's health.

Keywords: Nursing care, incomplete abortion, nursing care process, spontaneous abortion, pain, hemorrhage.

RESUMEN

Introducción: El aborto incompleto se define como la presencia de restos de placenta o residuos fetales dentro del útero materno antes de las 22 semanas de gestación, que se manifiesta con dolor y sangrado vaginal aparte de complicaciones severas como hemorragia si no se realiza un procedimiento quirúrgico inmediato. **Objetivo:** Exponer las intervenciones de Enfermería en paciente con aborto incompleto. **Metodología:** Estudio cualitativo tipo caso clínico único, que se basa en el método de Proceso de Atención de Enfermería, incluyó a una paciente mujer de 37 años de edad, aplicó la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, taxonomía NANDA, NOC, NIC y la evaluación de resultados de acuerdo a la diferencia de puntuación final y basal. **Resultados:** Se encontraron nueve patrones afectados, de los cuales se priorizaron seis patrones, los cuales fueron: Percepción manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Actividad-Ejercicio, Cognitivo- Perceptivo, Autopercepción- Autoconcepto y Sexualidad- Reproducción. Se identificaron seis diagnósticos de enfermería, se consideró como diagnóstico principal: Dolor agudo y riesgo de complicación: Hemorragia, siguiendo el Modelo Área. Se obtuvo una puntuación de cambio de +2 y +3, que mejoraron luego de la aplicación de los cuidados. **Conclusiones:** Se identificaron manifestaciones clínicas y posibles complicaciones de la paciente con aborto Incompleto los cuales fueron dolor y hemorragia, el cuidado de enfermería fue fundamental y de ellas dependió en gran parte la evolución y pronóstico de la paciente. Por ello, es necesario fortalecer las competencias y experticia del profesional especialista en Gineco obstetricia, todo ello para brindar los cuidados de calidad como ejecutar una rápida respuesta individualizada para mejorar la salud de la paciente.

Palabras claves: Cuidado de Enfermería, Aborto incompleto, Proceso de atención de enfermería, Aborto espontaneo, dolor, hemorragia.

INTRODUCCION

El Aborto es la expulsión natural o extracción de un embrión o feto no viable y su placenta de una edad gestacional menor a 20 o 22 semanas y/o un peso menor a 500 gramos (Michelena, 2016). En cuanto al aborto incompleto es la expulsión parcial del embrión o feto producto de una concepción. (Aliaga, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), 3 de cada 10 embarazos terminan en aborto y 6 de cada 10 embarazos no deseados terminan igual. A su vez reporta que por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años de edad se presentan 39 abortos y entre los años 2015 al 2019 hubo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados.

En América Latina y el Caribe 5000 mujeres fallecen cada año como una complicación relacionada con el aborto, además constituye la segunda causa de hospitalización Gineco Obstétrica en la mayoría de hospitales de países en vía de desarrollo. (Villacreces, 2017). En Sudamérica Perú, Brasil y Argentina son los países con más casos de Aborto (Vilcapuma, 2019).

En Perú los abortos se dan en 15 a 20% del total de embarazos. Es difícil precisar cifras ya que existen muchos casos que no se reportan por implicancias que conllevan este proceso (Paredes, 2021). Hildebrant (2019) expone que en Perú se presentan alrededor de 400,000 abortos inducidos por año. El centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos (PROMSEX) en su encuesta realizada por el instituto de opinión pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), reporta que a nivel nacional un 19% de mujeres ha tenido un aborto, a su vez reporta que la región que más abortos ha tenido ha sido la zona oriental con un 26%. (Chávez, 2019).

Carvajal y Ralph (2018) describen a las alteraciones genéticas del embrión como la causa más importante del aborto, señalan además que en un meta análisis se encontró que las anomalías cromosómicas implican al 49% de los abortos espontáneos. Gran parte de los fenómenos cromosómicos que trascienden en aborto espontáneo son incidentes aleatorios, entre ellos la gametogénesis materna o paterna, dispermia y la no división de los cromosomas. Por su parte Flores (2017) agrega otros factores de riesgo como el estado nutricional, el consumo de café, cigarrillo, alcohol, la deficiencia de ácido fólico, estrés, no tener pareja estable, escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, tener dos o más parejas, prostitución y la falta de atención prenatal .

El Aborto incompleto se manifiesta días después de la muerte del embrión o de algún desprendimiento placentario. Se presenta hemorragia basal, desprendimiento parcial o total de las paredes uterinas, contracciones uterinas, dilatación del cuello uterino y la expulsión total o parcial del feto (Pizarro, 2016). En esta investigación se detalla intervenciones de enfermería con una visión integradora, donde se prioriza los diagnósticos elaborados a partir de los problemas y necesidades propias de la paciente, siendo el diagnóstico principal de enfermería el dolor agudo asociado a agentes lesivos biológicos m/p expresión de la paciente y como riesgo de complicación (RC) principal Hemorragia. Dentro de este marco se elaboró un plan de cuidados que se considera una herramienta propia de enfermería, donde se ejecutó una serie de actividades encaminadas a disminuir o mejorar los diferentes estados físicos, emocionales, espirituales y sociales de la paciente en estudio.

El profesional de Enfermería está en constante interacción con la población femenina y los sucesos patológicos como el aborto son muy comunes en este género, en ese contexto es primordial el rol de la Enfermera especialista en Gineco obstetricia puesto que sus competencias junto al proceso científico alivian todas aquellas manifestaciones clínicas que conduce este proceso y a la vez mejora otras situaciones que surgen o que complican el estado de la usuaria Gineco - obstétrica.

La investigación se realizó a través de la obtención de datos de la historia clínica, análisis diagnóstico, evolución de la paciente. Se realizó la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificó los diagnósticos de enfermería y se elaboró un plan de cuidados específico, centrado en el caso de estudio. Por último se realizó una investigación profunda de la evidencia científica sobre el tema en estudio.

El trabajo tiene un enfoque cualitativo, el tipo de estudio de caso clínico único para dar respuesta a los objetivos marcados en el estudio acerca del dolor agudo y riesgo de complicación de hemorragia en paciente con Aborto Incompleto

OBJETIVOS

Objetivo General

Exponer las intervenciones de Enfermería en paciente con aborto incompleto.

Objetivos Específicos

Conocer las causas, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones del aborto incompleto.

Describir los cuidados de enfermería en la atención del dolor en paciente con aborto incompleto.

Mencionar la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de hemorragia.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería para paciente con aborto incompleto mediante taxonomía NANDA, NOC, NIC y el manual de problemas de colaboración de Linda Juall Carpenito.

MARCO TEORICO

Aborto

El Aborto es la expulsión natural o extracción de un embrión o feto no viable y su placenta de una edad gestacional menor a 20 o 22 semanas y/o un peso menor a 500 gramos (Michelena, 2016). Veloz (2020)

señala que el aborto es la interrupción del embarazo que puede ser inducido o espontáneo antes de las 20 semanas de gestación, o peso del producto inferior a 500 gramos que constituye una emergencia médica y que puede poner en riesgo la vida de la paciente. De acuerdo con Guamán (2018) la palabra aborto proviene del latín *aboriri*, y define al aborto como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

Aborto Incompleto

Para Byamugisha (2019), la presencia de un orificio cervical abierto, sangrado y donde todavía no se ha expulsado del útero los restos de la concepción es definida como aborto incompleto, además se sospecha de la misma si a la observación se aprecia que los tejidos eliminados no coinciden con la edad gestacional. Por otra parte Martínez (2017) refiere que el aborto incompleto se determina por la expulsión parcial de tejidos fetales, líquido amniótico o tejidos placentarios y que son desplazados a través del cuello uterino presentando modificaciones y sangrado variable.

En ese sentido Bombin (2019) puntualiza la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación o con un peso menor a 500 gramos es definida como aborto.

Epidemiología

El centro nacional de epidemiología, prevención y control de Enfermedades, (2020), en su boletín epidemiológico del Perú de la semana 53 reporta que el aborto ha sido la sexta causa directa de muerte materna a nivel nacional. Dentro de ese marco de los datos nacionales tenemos que el 15% al 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos, además es causa significativa de muerte materna y de desenlaces que conducen muchas veces a infertilidad. (Calderón, 2007).

Clasificación

Luego de haber revisado diferentes autores las investigadoras utilizan la clasificación de Guevara (2018) quien lo organiza de la siguiente manera:

Según el tiempo de gestación que comprende el aborto temprano (menor de 9 semanas de embarazo) y aborto tardío (mayor a 9 semanas de embarazo), de acuerdo a su forma de presentación precisa el aborto espontáneo e inducido (el código penal peruano contempla sanciones a quienes lo practiquen) y por último señala el aborto terapéutico (culminación del embarazo ya que corre riesgo la vida de la madre).

Seguidamente el autor detalla una tipificación solo del aborto espontáneo, dentro del cual se contempla el tipo de aborto de la presente investigación, en ese sentido considera:

Aborto en curso (se caracteriza por dolor pélvico aumentado, sangrado genital, orificio cervical interno permeable, membranas íntegras), aborto inevitable (tono uterino incrementado, cambios cervicales, borramiento, dilatación y membranas rotas), aborto retenido (el embrión o feto muerto se queda dentro del útero sin eliminación de los restos ovulares y se visualiza en la ecografía), aborto frustrado (el embrión/feto inmaduro muerto no es eliminado del útero hasta 2 meses o más de la muerte, consecuentemente el útero disminuye de tamaño, la sintomatología del embarazo se reduce o desaparece a la visualización ecográfica se confirma dicha situación), aborto Incompleto (eliminación parcial de residuos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado), aborto completo (expulsión total del contenido uterino).

Diagnóstico

Para diagnosticar un aborto, se tiene que tener en cuenta la anamnesis de la paciente, el examen clínico y los medios auxiliares, tanto de laboratorio y de imágenes, la anamnesis nos dará información referente a la edad de la paciente, antecedentes personales de interés, número de embarazos, de abortos previos y fecha de última regla (FUR).

Asimismo, el test de embarazo positivo en relación a la FUR, nos confirmará que estamos ante una gestación actual, inmersa en el cuadro clínico de la paciente, los síntomas más frecuentes por los que la

mujer acude a urgencias son: La metrorragia en cantidad variable, el cual es el signo más usual; el dolor hipogástrico que es de variable intensidad.

Al examen clínico debe realizarse en forma general y en forma preferencial ginecológica. Hay que evaluar el dolor abdominal, evaluando la localización del dolor, su intensidad, signos de peritonismo, palpación de masas, etc.

El examen ginecológico consiste en valuar la magnitud del sangrado, modificaciones del cérvix, que en la amenaza de aborto el cuello uterino se encuentra cerrado, en el aborto Incompleto el cuello se encuentra abierto con resto ovulares en útero y vagina, en el aborto inminente el cuello uterino se encuentra permeable, y en el aborto completo el cuello se encuentra cerrado, al realizar el tacto bimanual, se evalúa la altura uterina, la permeabilidad del cérvix, el dolor a la movilización cervical, así como palpación de masas anexiales (Villacreces, 2017).

Signos y síntomas

La sintomatología de un aborto incompleto está dada por sangrado abundante con presencia de coágulos sanguíneos, seguidamente de contracciones uterinas y calambres, las mismas que suelen ser dolorosas y acompañadas de dilatación del cuello del útero para la expulsión del producto fetal. En algunas ocasiones puede manifestarse desgarros internos lo que causa sangrado y fuertes dolores, además se presenta dolor pélvico, dolor lumbar y también suele presentarse dolores abdominales como fuertes cólicos al igual que una menstruación. (Pizarro, 2016)

Desde el punto de vista de la OMS (2020) describe los siguientes síntomas: hemorragia vaginal anormal, dolor abdominal, fiebre, Infección, choque circulatorio.

Signos de alarma

Dado que el aborto es una de las causas directas de muerte materna, Guevara (2018), señala en este punto que los signos a los cuales se le debe prestar bastante atención son la hipertermia, hemorragia aguda con taquicardia e hipotensión, sospecha de abdomen agudo quirúrgico, alteración del estado de conciencia, leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma, función renal y hepática anormales.

Causas

Por su parte Carvajal y Ralph (2018) describen a las alteraciones genéticas del embrión como la causa más importante, señalan además que en un meta análisis se encontró que las anomalías cromosómicas implican al 49% de los abortos espontáneos. Gran parte de los fenómenos cromosómicos que trascienden en aborto espontáneo son incidentes aleatorios, entre ellos la gametogénesis materna o paterna, dispermia y la no división de los cromosomas, en ese marco los autores elaboraron la siguiente tabla.

Tabla 1.

Causas de Aborto espontáneo

Causas de Aborto espontáneo	
Etiología	%
Anomalías genéticas	50-60
Anomalías endocrinas	10-15
Separación corio-amniotica	5-10
Incompetencia cervical	8-15
Infecciones	3-5
Placentación anormal	5-15
Anormalidades inmunológicas	3-5
Alteraciones anatómicas uterinas	1-3
Desconocidas	<5

Extraído de: Carvajal y Rlaph (2018).

Factores de riesgo

Desde una perspectiva general del aborto se tiene múltiples factores de riesgo entre los cuales se mencionan:

La edad materna, los antecedentes obstétricos, uso de anticonceptivos sin supervisión del área de planificación familiar, anomalías anatómicas (por el compromiso en la irrigación del endometrio), los factores ambientales(fumadoras activas) , los factores infecciosos, (enfermedad pélvica inflamatoria EPI), se considera también a los factores metabólicos (obesidad, diabetes mellitus), para finalizar tenemos en este mismo grupo a las de tipo endocrinas como el síndrome de ovario poliquístico (Chérrez, 2021).

Fisiopatología

Una vez que ocurre la muerte del embrión o ante la ocurrencia de desprendimiento de la placenta, se presenta el aborto incompleto. En este caso lo que se evidencia es hemorragia basal, cambios necróticos, infiltración leucocitaria, desprendimiento parcial o total de las paredes uterinas, y contracciones uterinas que son cada vez más fuertes, cada 5 minutos, con dilatación del cuello uterino y la expulsión total o parcial del feto (Pizarro, 2016).

Tratamiento

Sin duda existen numerosas literaturas acerca del manejo terapéutico del aborto, en lo particular se ha tenido a bien considerar el tratamiento que se ejecuta en las guías de práctica clínica del hospital Rezola - Cañete (2021), donde considera el siguiente tratamiento: hospitalización y análisis de urgencia, canalizar vía intravenosa con catéter (abocath) o con aguja N° 18 para infusión de solución salina al 9/1000, regular goteo de acuerdo al estado hemodinámico, la trasfusión de sangre o hemoderivados deberá reservarse a los casos extremos, de acuerdo al criterio médico.

En ausencia de feto, proceder a evacuación inmediata en sala de operaciones. (aspiración manual endouterina AMEU o legrado uterino LU en menores de 12 semanas o tamaño uterino menor de 12 semanas y en mayores de 12 semanas o tamaño uterino mayor de 12 cm, definitivamente realizar LU).

En presencia de fetos mayores de 15 semanas, volemia compensada, facilitar expulsión con oxitócicos (Oxitocina o misoprostol), conseguida la expulsión pasar a legrado uterino, si el sangrado es excesivo, proceder a la extracción inmediata, dilatación de cuello uterino seguida de LU, es opcional el envío del tejido placentario o residual y el feto para estudio anatomopatológico.

Continuar fluidos intravenosos, por lo menos una hora después del legrado regulando cada 15 minutos, tener en cuenta el administrar inmunoglobulinas anti-Rh-D según normas a gestante Rh (-), no hay que administrar antibióticos profilácticos; pero en caso de cervicitis, administrar tratamiento a la paciente y pareja (clamidya).

Si la evolución es favorable, alta a las 6,12 o 24 horas, según el caso. Indicar hematínicos, higiene, recomendar anticoncepción y advertir a la paciente sobre signos y síntomas de peligro una vez dado de alta como la fiebre, sangrado persistente, dolor excesivo, mal olor, entre otros. Por último, citar a la paciente a consultorios externos dentro de 8 días.

Complicaciones

En efecto en esta patología se tiene complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente, los cuales debemos de seguir muy de cerca y estar alertas ante estas amenazas, en ese sentido citamos las siguientes: anemia aguda, hemorragia, shock hipovolémico, septicemia, perforación uterina (aquí se deberá realizar laparoscopia o laparotomía exploratoria), laceración cervical, remoción incompleta del feto o restos placentarios, desgarras de cérvix (se procede a suturar) pelviperitonitis (se procede a histerectomía) y por ultimo tenemos la complicación fatal que es la muerte materna (Guevara, 2018).

Prevención

El aborto se puede evitar a través de muchas medidas entre ellas la educación sexual integral, prevención de los embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces, incluida la anticoncepción de urgencia. Por otro lado las defunciones y discapacidades derivadas de los abortos peligrosos se pueden limitar tratando urgentemente sus complicaciones. (OMS, 2020).

Intervenciones de enfermería en aborto incompleto

De acuerdo a Mulens (2009) lo vital es adquirir conocimientos previos con respecto a las gestorragias, en especial del aborto, para ella es requisito primordial puesto que las actividades de enfermería en esta perspectiva necesitan de saberes previos y habilidades para el abordaje de sus complejidades, dentro de ellas están la semiología obstétrica, la entrevista, el examen físico y los cuidados específicos de enfermería ante las complicaciones propias de la gestación.

El dolor es una de las respuestas biológicas en este proceso, debido a ellos el profesional de enfermería en principio valorara todas las características del dolor tal como la localización, irradiación, intensidad, frecuencia y duración teniendo en cuenta los datos subjetivos, para luego aliviarlos con intervenciones más específicas.

Dentro de esta área también se tiene a la hemorragia, situación que muy a menudo pone en riesgo la vida de la mujer, para ello los cuidados que se apliquen serán el de valorar la cantidad de sangrado, monitorear las funciones vitales para poder prevenir las anemias ya sean las agudas o crónicas como prevenir el shock hipovolémico.

Ahora bien, durante esta situación la mujer padece de circunstancias emocionales como el de temor, confusión, sentimiento de culpa, vacío, expectativas negativas de su futuro obstétrico, entre otros lo que significa que su respuesta psicológica esta alterada, en ese contexto el apoyo emocional es bastante apreciado en nuestras intervenciones, sobre todo dedicándole tiempo a la paciente y en la medida de lo posible proporcionar el apoyo junto a la familia.

Dolor agudo

Según Herdman y Kamitsuru (2021) “el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado”. (p.468)

Para la International Association for the Study of Pain (IASP, 2020) se define el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial.

Por otro lado García (2017) nos dice que “el dolor es un proceso fisiológico donde hay estimulación de los nociceptores, junto a un componente afectivo. Que lo hace tan complejo, personal e intransferible”. (p.78)

Características definatorias

Herdman y Kamitsuru (2021) incluye como características definatorias subjetivas: Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.

Así mismo dentro de las características definatorias objetivas menciona: alteración de los procesos del pensamiento. Alteración de la percepción del paso del tiempo. Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez). Atención centrada en el yo. Cambio en el apetito y en la ingesta. Cambio en parámetros fisiológicos. Conducta de distracción (gemidos, llanto, paseos, buscar a otras personas, realización de actividades). Conducta de protección. Tocarse la zona dolorida. Conducta defensiva. Tocarse la zona dolorida. Cambios en la postura (antiálgica) o en la marcha. Conducta expresiva (llantos, suspiros, irritabilidad, agitación, estado de alerta, gemidos). Desesperanza Diaforesis Dilatación pupilar Estrechamiento del foco de atención. Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente. Expresión facial de dolor. Expresión verbal y gesticular de dolor. Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades. Postura de evitación del dolor. Respuesta positiva a la palpación. Respuestas vegetativas

autónomas al dolor (cambios en la presión arterial y en la frecuencia del pulso, incremento o disminución del ritmo respiratorio, diaforesis, dilatación pupilar). (p.468-469).

La paciente en estudio manifiesta signos y síntomas como: dolor a la palpación en hipogastrio, refiere dolor en vientre, expresión facial de dolor.EVA:07

Factores relacionados

Herdman y Kamitsuru (2021) incluye dentro de los factores relacionados del dolor a: “Agentes lesivos Biológicos. Agentes lesivos Químicos. Agentes lesivos Físicos. Agentes lesivos Psicológicos.”(p.468). En el caso de la paciente en estudio el factor desencadenante del dolor agudo constituye los agentes lesivos biológicos, por los cambios a nivel del útero en el momento de la expulsión de los restos placentarios.

Tipos de dolor según su duración

Dolor agudo; es de corta duración menor de tres meses, se asocia a una lesión tisular y desaparece con la curación del daño. Se encuentra localizado y su intensidad dependerá del estímulo que lo produce. Se acompaña de reflejos protectores, como la retirada de la extremidad dañada o espasmos musculares y produce un estado de excitación y estrés que conlleva un incremento de la presión arterial. Por otro lado el dolor crónico, tiene una duración de más de 3 o 6 meses, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó y se asocia a una afección crónica. (Arco, 2016)

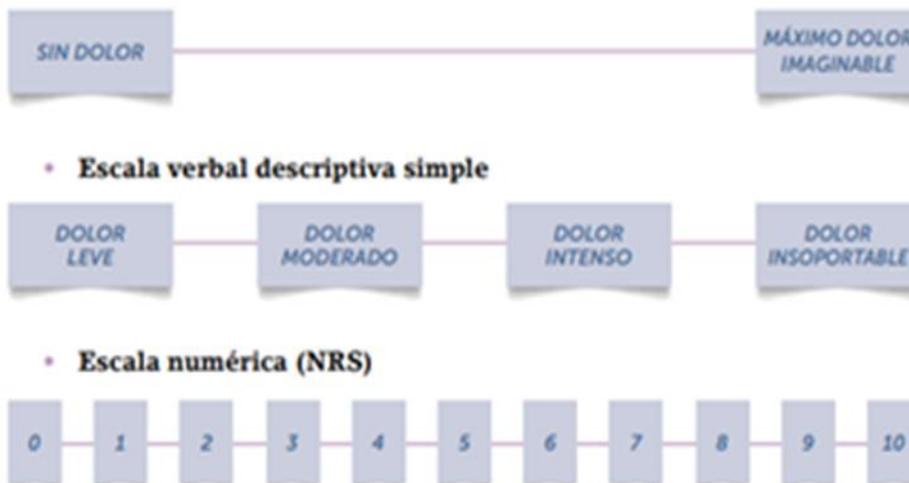
Escalas de valoración del dolor

Según los autores Curt, Refojos y Laya (2017) el dolor se puede valorar a través de: métodos conductuales donde se observan las conductas relacionadas a la experiencia dolorosa, como: expresión facial, quejidos, llanto, suspiros. A su vez también los métodos de autoevaluación en el que el paciente describe el dolor de manera verbal o escrita. Por último los métodos unidimensionales, que mide la intensidad del dolor, intensidad, efectividad del tratamiento, en este método tenemos la escala visual analógica (EVA o VAS), la más utilizada en la práctica clínica habitual.

La escala visual analógica (EVA o VAS)

Mide la intensidad del dolor, a través de una línea horizontal, donde el extremo izquierdo se considera como ausencia o menor intensidad del dolor y el derecho como mayor intensidad. Se marca la línea en el punto que indique la intensidad. (Vicente. Et.al, 2017). En el caso de la paciente en estudio utilizamos la escala visual analógica, obteniendo un puntaje de EVA:07.

Escala Visual Analógica.



Extraído de: Curt, Refojos y Laya (2017).

Manejo del Dolor

Manejo no farmacológico del dolor

Para el manejo no farmacológico del dolor se utilizan estrategias que tienen una eficacia comprobada, a saber: aplicación superficial de calor o frío, cambios posturales, medidas ambientales confortables, intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual.

Muchas veces es necesario usar de manera conjunta los métodos no farmacológicos y farmacológicos para alcanzar un manejo eficaz del dolor.

Tratamiento farmacológico del dolor

Los analgésicos modifican la percepción y la interpretación del dolor actúan a nivel del sistema nervioso central.

La analgesia controlada por el paciente (PCA): el paciente tiene una participación activa en el tipo y dosis que necesita para el manejo del dolor. Este tratamiento varía de acuerdo a cada paciente (Amatrian, 2019).

Intervenciones de la enfermera en el manejo del dolor.

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.

Observar expresiones no verbales, en especial en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.

Proporcionar información acerca del dolor, causas, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.

Controlar los factores ambientales.

Animar al paciente a vigilar su propio dolor.

Rápida intervención, utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

Administración de Analgésico prescrito.

Valorar la respuesta al analgésico.

Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos.

Riesgo de complicación de hemorragia

A partir de una perspectiva general, se define a la hemorragia como la salida de volumen sanguíneo desde el sistema circulatorio inducido por la rotura de vasos sanguíneos incluyendo capilares, venas y arterias, esta lesión en su estructura puede ser interna o externa y de acuerdo a la magnitud puede generar complicaciones masivas (Fernández, 2017).

Por su parte Sánchez et al (2000) define a la hemorragia como un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular, ante una enfermedad o traumatismos graves o intensos que lesionan las arterias o venas. La hemorragia espontánea por disturbios hereditarios de la hemostasia, es de menor frecuencia (Sánchez et al, 2000).

Se plantea entonces a modo más específico la definición de sangrado vaginal o hemorragia en la primera mitad de la gestación, puesto que el tema principal de la presente investigación se encuentra dentro de este grupo, se dice que es un problema que se manifiesta en el 15% a 25% de todos los embarazos y que pone en riesgo la vida de la gestante y de su producto. (Reyes, 2017), Bunce et al. (2020), refieren también que es un sangrado vaginal que se presenta durante las primeras 20 semanas de gestación y sus causas son múltiples.

En función de lo mencionado anteriormente, se reconoce a la hemorragia como la complicación más frecuente del aborto y que al aumentar su cantidad con o sin coágulos, como modificaciones del cérvix y disminución o permeabilidad de la misma, se discurre en un aborto. La hipovolemia o Shock hipovolémico es la consecuencia habitual a una hemorragia, al tornarse severa compone una urgencia médica que requiere la inmediata reposición del volumen y la evacuación uterina mediante legrado uterino precisamente en abortos (Menéndez, 2003).

Por último se agrega que el shock hemorrágico obstétrico el cual se debe a una pérdida aguda y masiva de sangre externa o interna con caída del retorno venoso y gasto cardiaco (GC), es un estado que puede

conllevar a una falla orgánica múltiple y shock irreversible de no actuar oportuna y adecuadamente (Guevara, 2018).

Signos y síntomas

Al consultar diferentes autores encontramos los signos y síntomas de Erendira et al., (2019), los cuales son: pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml, hipotensión, taquicardia, oliguria, saturación de oxígeno disminuida e hiperlactatemia.

Clasificación

Gutierrez utiliza el siguiente cuadro para determinar las clases en una hemorragia:

Figura 2

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Pérdida sanguínea (mL)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
% Volumen sangre	15%	15%-30%	30%-40%	>40%
Pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	Normal	Hipotensión ortostática	Hipotensión supina	Pres Diastólica no medible
Llenado capilar	Normal	1	2	>3
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis (mL/h)	>30	20 a 30	5 a 15	Anuria
Estado mental	Leve Ansiedad	Moderada Ansiedad	Severa Ansiedad Agitación	Letargo Coma
Reemplazo de fluidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides Paquete Gl.	Cristaloides Paquete Gl.

Extraído de: Gutiérrez 2010

Criterios diagnósticos

Para definir si la hemorragia se ha instalado el profesional de enfermería debe considerar la pérdida mayor al 25% de la volemia, el descenso del hematocrito 10 o más puntos, pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos, descenso de la hemoglobina 4 gr/dl, cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria, (Asturizaga y Toledo, 2014).

Tratamiento

El manejo de las hemorragias en el primer trimestre se inicia con hospitalización de acuerdo a la magnitud del sangrado y/o condición clínica de la gestante, solicitándose exámenes de laboratorio de urgencia como hemograma, VDRL, HIV , grupo sanguíneo y factor RH, tiempo de coagulación(TC) , tiempo de sangría (TS), urea, creatinina, sedimento urinario entre otros, canalizar vía intravenosa con catéter (abocath) o con aguja N° 18 para infusión de solución salina al 9/1000, regular goteo de acuerdo al estado hemodinámico, en cuanto a transfusión de sangre deberá reservarse a los casos extremos. (Guías clínicas del hospital Rezola -Cañete 2021).

Causas

Según Álvarez (2011), dentro de las causas de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo, se destacan la falla temprana del embarazo que comprende la amenaza de aborto, el aborto completo, el aborto incompleto, el embarazo anembrionado, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, existen otras causas como la cervicitis, vaginitis, trauma, cáncer cervical y pólipos.

Complicaciones

El aborto, como causa principal de hemorragia del primer trimestre presenta como complicaciones: Anemia (47.14%), Infección (1.4%), Shock (1.4), hemorragia (0.7%), si la pérdida de sangre es muy importante se puede complicar con una coagulación intravascular diseminada (CID), (Córdova, 2018).

Cuidados de enfermería ante el riesgo de complicación de hemorragia

Los cuidados de enfermería que se consideran en el riesgo de complicación hemorragia son la valoración obstétrica, valoración de las características del sangrado vaginal (cantidad, color, olor), toma e interpretación de signos vitales, observar signos de choque, brindar comodidad a la gestante, proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia, administración de medicamentos según indicación médica, revisar resultados de laboratorio y ecografía, verificar tipo de sangre y factor RH, administración de líquidos según lo indicado, brindar educación integral a la gestante y a su familia acerca de su patología. (Fernández, 2017).

Para finalizar la enfermera debe poseer conocimientos detallados sobre la pérdida de volumen sanguíneo, ya que le permite la rápida respuesta, por ejemplo al identificar los signos clásicos de la hemorragia o del shock hipovolémico, como son la piel pálida, mucosa oral seca, disminución de la presión arterial, taquicardia oliguria, entre otros, entonces comprenderá que hay una baja perfusión sanguínea, poco aporte de oxígeno y nutrientes hacia las células, esto provoca el inadecuado funcionamiento de los sistemas, al ser conocedoras de todo ello, podemos actuar rápidamente reponiendo el volumen perdido con una serie de intervenciones con los cuidados y precauciones.

METODOLOGIA

Diseño del estudio

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, tipo estudio de caso clínico único para dar respuesta a los objetivos marcados en el estudio acerca del dolor agudo y riesgo de complicación de hemorragia en paciente con aborto incompleto.

Sujeto del Estudio

Mujer de 37 años de edad escogida a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada con aborto incompleto, expresa dolor y tiene la probabilidad de presentar hemorragia.

Ámbito y Periodo del estudio

El estudio se realizó en el servicio de gineco - obstetricia de un hospital de la Región Lima. El periodo de estudio quedó comprendido entre el 31 de Marzo del 2021 al 25 de Mayo del 2021.

Procedimiento de recojo de información

Para el recojo de información se ha utilizado los siguientes instrumentos.

Información verbal proporcionada por nuestra paciente. La observación directa a la paciente, la historia clínica del paciente, los registros de evolución médica y registros de Enfermería, examen físico de la paciente y valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, a la paciente y la revisión bibliográfica como evidencia científica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science direct, Elsevier, Medline, Scielo, Elseiver, Google académico, utilizando palabras claves como: proceso de atención de enfermería. Intervención de enfermería, Aborto, Aborto incompleto, dolor y hemorragia.

Técnica de recolección de datos

Entrevista y observación.

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de información, se obtuvo la autorización previa de la paciente y del jefe del servicio, quedando garantizado durante todo el transcurso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de esta.

La recolección de información se realizó en 4 fases: la primera se comenzó accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para recopilar datos clínicos como: antecedentes personales, familiares y obstétricos, el motivo de emergencia, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, indicaciones médicas, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados. En la 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. En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma. Y en la última fase, se realizó una investigación profunda de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. Se usaron base de datos: science direct, scielo, Elsevier, google académico y usando palabras clave como: Aborto, Aborto Incompleto, dolor, hemorragias, proceso de atención de Enfermería, cuidados de enfermería tanto en formato pdf como artículos, revistas, guías y manuales en español a nivel nacional e internacional.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera.

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 basada en el “modelo área” producido por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del Diagnóstico de Enfermería principal se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas.

Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado de la paciente.

RESULTADOS

Descripción de caso

Paciente adulta madura de 37 años de edad, sexo femenino, se encuentra en su unidad en posición semifowler, al examen se evidencia mal estado general, somnolienta, decaída, responde brevemente al interrogatorio, escala de valoración de glasgow 14/15, piel pálida (++) , fría al tacto, mucosa oral semi seca, afebril, tórax simétrico, ventila espontáneamente, mamas blandas, no secretantes, miembro superior izquierdo con acceso venoso permeable pasando NAACL 9 %0 II Frasco (1000 ccpp), llenado capilar >3´, abdomen: ligeramente distendido, sensible, doloroso en zona del hipogastrio, con escala de EVA: 07, útero suprapúbico, al examen ginecológico paciente con pañal, se observa sangrado activo en regular cantidad (++) , con coágulos pequeños, no mal olor, zona perineal sensible, vulva conservada, sin signos aparentes de traumatismos o hematomas, genito - urinario: micción espontanea, colúrica y en escasa cantidad, miembros inferiores: No presenta edemas, ni varices.

Valoración

La valoración se realizó en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón funcional 1: Percepción manejo de la salud.

Patrón alterado. Paciente adulta de 37 años de edad, sin antecedentes personales y familiares de hipertensión, diabetes mellitus, tuberculosis, asma, virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), cáncer, con antecedente quirúrgico legrado uterino por aborto incompleto hace dos años. Refiere sangrado abundante desde hace 2 días.

Niega consumo de tabaco, alcohol y drogas, menarquia: 11 años, fecha de última regla (FUR); 15-01-2021, relaciones sexuales (RS): 17 años, andria: 02, fórmula obstétrica: G4 P2022, método anticonceptivo (MAC)

usado: hormona oral, papanicolaou (PAP): 2019, vacuna antitetánica: completas. Se encuentra en regular estado de higiene corporal.

Los resultados de laboratorio muestran: hemoglobina: 6.9gr/dl y leucocitos: 12.040 / mm³.

Diagnóstico médico: Aborto Incompleto.

Tratamiento médico: Nada por vía oral (NPO), Cloruro de Sodio 9° /00 a chorro I y II frasco, luego a 45 gotas por minuto, poligelina I y II Frasco a goteo rápido, exámenes pre - quirúrgicos, transfundir 02 paquetes globulares, clorfenamina 10mg EV stat, dexametasona 4mg EV Stat, preparar para legrado uterino, interconsulta a unidad de cuidados intensivos (UCI), control de balance hídrico, instalación de sonda Foley y control de diuresis.

Patrón funcional 2: nutricional-metabólico

Patrón alterado. Peso: 66 Kg. y talla: 1.55 m; índice de masa corporal (IMC): 27,5; con hemoglobina de 6.9mg/dl, Grupo sanguíneo: A Rh Positivo, T°: 36,6 C°, piel pálida (++) , fría al tacto, mucosa oral semi seca, apetito disminuido, no náuseas, no vómitos, abdomen blando/depresible, ruidos hidroaereos normales, doloroso a la palpación superficial y profunda en zona del hipogastrio, útero suprapúbico.

Patrón funcional 3: eliminación

Patrón alterado. Paciente con sonda Foley N° 16 permeable bolsa colectora 20cc/hora de orina, colúrica.

Patrón funcional 4: actividad-ejercicio

Patrón alterado. Actividad respiratoria. Paciente ventilando espontáneamente, frecuencia respiratoria FR = 22 resp/min, superficial, ritmo regular, saturación de oxígeno (Sat.O₂): 98 %. Actividad circulatoria. Frecuencia cardiaca (FC):92 lat/min. Presión arterial (PA) 70/40 mm/Hg, llenado capilar mayor a 3 segundos, miembros superiores y miembros inferiores fríos, sin fovea. Con catéter periférico en miembro superior izquierdo y derecho. Actividad de auto cuidado. Fuerza muscular disminuida, en reposo absoluto.

Patrón funcional 5: sueño descanso

Patrón alterado. La paciente se encuentra somnolienta, decaída.

Patrón funcional 6: cognitivo-perceptual.

Patrón alterado. Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP), Glasgow 14 puntos, ansiosa, preocupada por su estado de salud “Estoy sangrando bastante, desde hace 2 días, hoy me desmaye en mi casa”, dolor a la palpación en hipogastrio. Refiere: “Me duele el vientre”, escala EVA: 07.

Patrón funcional 7: autopercepción- autoconcepto.

Patrón alterado. Paciente ansiosa, preocupada “¿Señorita me voy a morir?, estoy sangrando mucho”

Patrón funcional 8: rol-relaciones

Patrón inalterado. Estudios de secundaria completa, ama de casa, conviviente, vive con su pareja, hijos y padres.

Patrón funcional 9: sexualidad- reproducción.

Patrón alterado. Multigesta (4) parto eutócico (02), fecha de última regla 15/01/21, Papanicolaou junio del 2019, menarquia a los 11 años, menstruación regular cada 28 días duración (04 días), mamas blandas no secretantes, útero suprapubico, se evidencia sangrado activo en regular cantidad (++) , con coágulos pequeños, no mal olor, zona perineal sensible, ante esta situación la paciente no puede realizar relaciones coitales con su pareja.

Patrón funcional 10: adaptación- tolerancia al estrés.

Patrón alterado. La paciente colabora y acepta los procedimientos hospitalarios. Presenta signos de preocupación y ansiedad.

Patrón funcional 11: valores- creencias.

Patrón inalterado. Religión: Católica.

Plan de cuidados

Diagnóstico

La formulación de los diagnósticos de enfermería se realizaron mediante la taxonomía Nanda internacional (Herman y Kamitsuro, 2021)

Patrón funcional 1: Percepción manejo de la salud.

(00292) Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud r/c estrategia de afrontamientos ineficaces m/p incapacidad para buscar atención en sanitaria, ya que se encontraba sangrando en su domicilio desde hace 2 días y no acudía al establecimiento de salud.

Definición: “Manejo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud subyacentes a las acciones de salud que no es satisfactorio para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.”

(Herman y Kamitsuro, 2021, pág. 199).

Dominio1: Promoción de la salud.

Clase 2: Mantenimiento de la salud.

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

(00029) Disminución del gasto cardíaco r/c pérdida activa de volumen sanguíneo m/p presencia de sangrado activo con coágulos en regular cantidad (++) , hipotensión, taquicardia, llenado capilar > de 3' y orina escaza.

Definición: “Volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo”. (Herman y Kamitsuro, 2021, pag. 297).

Dominio 4: Actividad / Descanso.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

Definición: “Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud” (Herman y Kamitsuro, 2021, pag. 466).

Dominio11: Seguridad /Protección.

Clase 1: Infección.

Patrón 6: Cognitivo- perceptivo

(00132) Dolor Agudo R/C agentes lesivos biológicos m/p expresión verbal de la paciente.

Definición: “Experiencia sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses” (Herman y Kamitsuro, 2021, pag. 554).

Dominio12: Confort

Clase1: Confort Físico.

Patrón 7: Auto percepción- autoconcepto

(00146) Ansiedad R/C amenaza de muerte y amenaza de cambio en el estado de salud m/p lo que expresa la paciente referido a su temor a la muerte.

Definición: “Una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia” (Herman y Kamitsuro, 2021, pag. 405).

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al Estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Patrón 9: Sexualidad- reproducción

(00065) Patrón de sexualidad ineficaz R/C ausencia de intimidad m/p alteración física ginecológica.

Definición: “Expresiones de preocupación sobre la propia sexualidad” (Herman y Kamitsuro, 2021, pag.387).

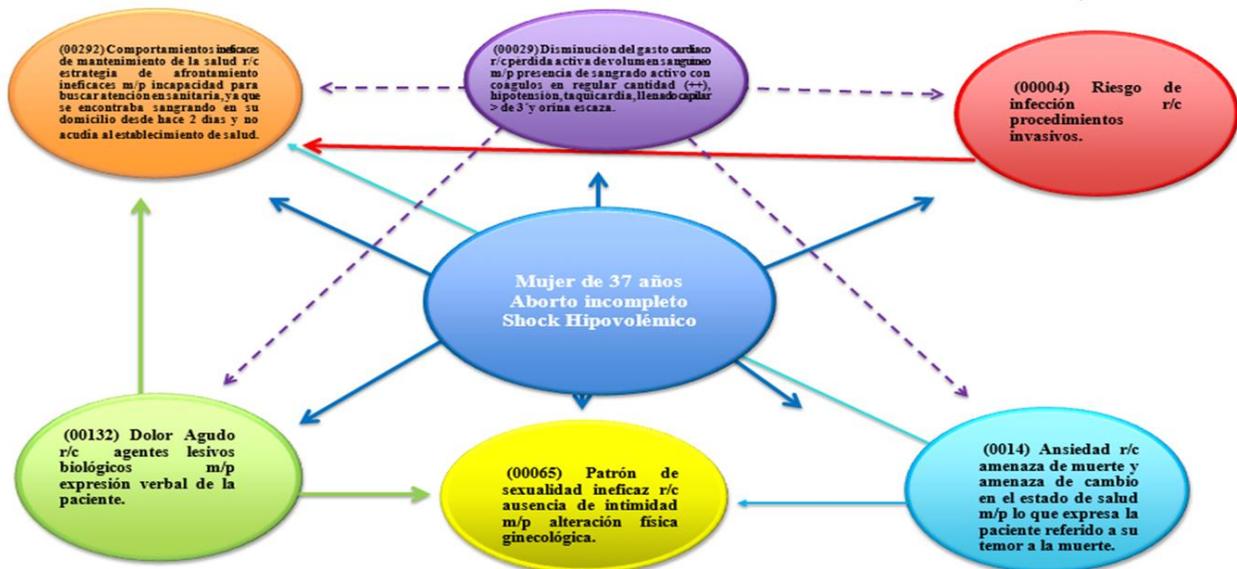
Dominio 8: Sexualidad.

Clase 2: Función sexual.

Figura 2

Red de razonamiento clínico para la obtención del diagnóstico principal.

1.1 Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA del Dr. Pesut & Herman

Diagnóstico principal

Tal como podemos observar en la red de razonamiento (Figura N°2), el diagnóstico de enfermería principal es: (00132) Dolor Agudo R/C agentes lesivos biológicos m/p expresión de la paciente.

Definición: “Experiencia sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses” (Herman y Kamitsuro, 2021, pag. 554).

Dominio12: Confort

Clase1: Confort Físico.

Justificación del diagnóstico enfermero principal

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica y basándose en las evidencias científicas de los siguientes artículos, se ha obtenido como diagnóstico principal: (00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos m/p expresión de la paciente.

Según, la asociación Internacional del dolor (2020) ha definido al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial.

Celesia (2003) En todo aborto, la mujer debe pasar por un trabajo de parto (aunque en menor medida) en el cual el sangrado y el dolor físico son protagonistas tal como sucede en nuestra paciente y lo manifiesta.

Swanson, Connor & Jolley, (2007) El aborto es un evento devastador ya que la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente.

Para concluir, Ramos (2009), nos dice que con todo lo que ello implica a nivel corporal y emocional, podemos afirmar que el dolor se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional, es un síntoma frecuente en los casos de aborto, que se da por las modificaciones biológicas, sensitivas que existen en el útero y la cérvix.

Identificación de los problemas de colaboración (PC) y sus riesgos de complicación (RC)

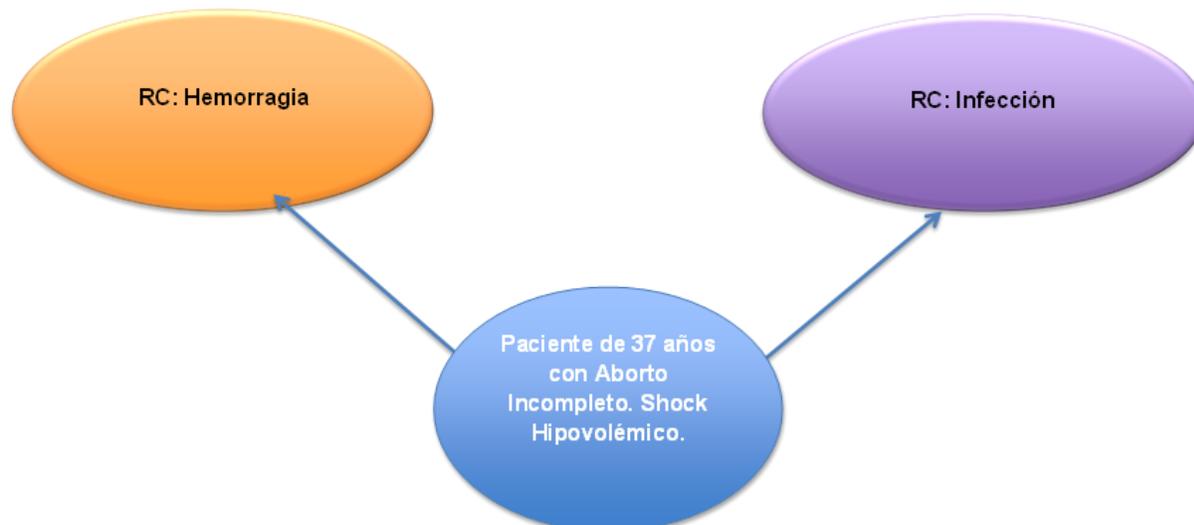
Para reconocer cuales son los problemas de colaboración (PC), así como los de riesgo de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el “Manual de Diagnósticos Enfermeros” (L. Carpenito, 2019)

Problema de colaboración: Aborto Incompleto.

RC Hemorragia

RC Infección

Figura 3 Red de razonamiento crítico basado en el método AREA para la obtención del riesgo de complicación principal



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA del Dr. Pesut & Herman.

Justificación del RC principal

Se ha identificado como riesgo de complicación principal al RC Hemorragia.

Hemorragia

Definición:

La hemorragia es la expulsión o salida del torrente sanguíneo desde los capilares, vasos, venas y arterias hacia el exterior (Fernández, 2017). Para fines de esta investigación se describirá específicamente a las hemorragias de la primera mitad del embarazo o sangrado vaginal, problema que se manifiesta entre el 15% a 25% de todos los embarazos (Reyes, 2017).

Se caracteriza por pérdida sanguínea aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos, descenso de la hemoglobina, cambios hemodinámicos entre otros. (Asturizaga y Toledo, 2014).

Justificación:

Las situaciones patológicas que causan las hemorragias en el primer trimestre destacan: la falla temprana del embarazo que comprende la amenaza de aborto, el aborto completo e incompleto, el embarazo anembrionado y la muerte embrionaria; también se describen el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional.

La que presenta mayor incidencia es el aborto y sus clasificaciones, estas se pueden iniciar con modificaciones y permeabilidad del cervix, dolor pélvico, pero sobretodo sangrado desde escaso hasta abundante con o sin coágulos (Menéndez, 2003).

Una hemorragia aguda persistente puede llevar a la paciente a un estado de hipo perfusión tisular, donde la función vital del aparato cardiovascular se ve comprometida por la hipovolemia generada con la pérdida de volumen sanguíneo, este a su vez provoca hipotensión arterial demostrando la falla en los mecanismos reguladores del sistema cardiaco. Estos componentes sufren una baja en la perfusión sanguínea hacia las células por el poco aporte de oxígeno y nutrientes, provocando el inadecuado funcionamiento de los sistemas.

Ante este escenario en el que se pone en riesgo la vida de la paciente. La conducta a seguir debe ser acertada y abordada por profesionales capacitados, ya que el tratamiento y tiempo de intervención adecuada en la atención, disminuye el riesgo de la morbimortalidad de las pacientes.

En cuanto a los cuidados el desempeño del profesional de enfermería es pieza clave, puesto que realiza la detección de este riesgo, donde aplica su principal herramienta metodológica, el proceso de cuidado enfermero y que a través de sus etapas integra los indicios como lo son hipotensión e hipovolemia

En la práctica clínica la mujer que ingresa con un proceso hemorrágico o que está en proceso de un estado de choque requiere una atención inmediata, el personal de enfermería tiene una responsabilidad muy importante en la detección de signos y síntomas específicos y tomar la decisión del cuidado en estado emergente.

Para concluir, en cuanto se detecte el diagnóstico de Aborto en la paciente se debe incidir en la prevención de complicaciones. Así mismo es fundamental que el enfermero posea los conocimientos de los procesos fisiopatológicos de una hemorragia obstétrica, ya que al entenderla podrá con mayor eficacia comprender y seleccionar actividades esenciales para la atención inmediata de la usuaria en este estado. Visualizamos que es mejor realizar una valoración permanente, vigilar todas las manifestaciones clínicas para prevenir la complicación, estar siempre alertas ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma que nos haga sospechar para poder actuar oportunamente y así evitar mayores complicaciones como desenlaces fatales.

Planificación

Planificación del diagnóstico enfermero principal (DX.E)

Se utilizaron los manuales como son el NOC para resultados (Moorhead et al., 2018) y el NIC de intervenciones (Butcher et al., 2018). Siendo el diagnóstico principal:

(00132) Dolor Agudo R/C agentes lesivos biológicos m/p expresión de la paciente.

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 6 meses.

Dominio12: Confort

Clase1: Confort Físico

Resultado (NOC) del diagnóstico enfermero principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que estamos intentando conseguir, utiliza códigos de cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el diagnóstico de enfermería principal (00132) Dolor Agudo le corresponde los siguientes NOC:

(1605) Control del dolor

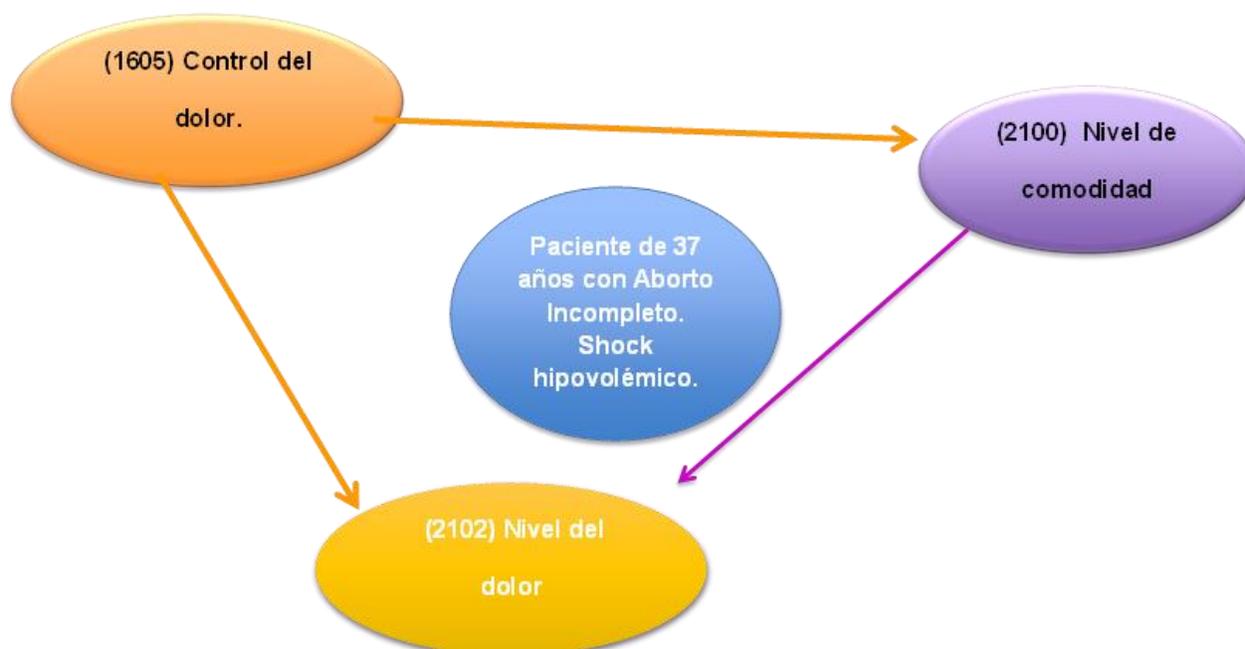
(2100) Nivel de comodidad

(2102) Nivel del dolor

Priorización del NOC del diagnóstico enfermero principal.

Realizaremos el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 04.

Figura 4. Priorización del NOC principal mediante Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA del Dr. Pesut & Herman

Justificación del NOC principal

Podemos observar que, según la red de razonamiento crítico, el NOC principal y el de mayor relación es: (1605) Control del dolor.

Definición: “Acciones personales para eliminar o reducir el dolor” (Moorhead et al., 2018, pág. 273).

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.

Clase Q: Conducta de salud.

El objetivo se relaciona con controlar y disminuir el dolor de la paciente, es de vital importancia que mejore el estado de disconfort a través de acciones de la paciente pero sobretodo del profesional de enfermería, en resumen el planeamiento tiene como prioridad que la paciente no manifieste dolor.

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el Dx. enfermero principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1605) Control del dolor	2	5	12 horas

Fuente: Elaboración de los autores a partir de: Palomar-Aumatell (2017)

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC (2018)

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert.

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(160502) Reconoce el comienzo del dolor.	2	5	12 horas
(160516) Describe el dolor.	3	5	12 horas
(160515) Obtiene información sobre el control del dolor	3	5	12 horas
(160511) Refiere dolor controlado	2	5	12 horas

Fuente: Elaboración de los autores a partir de: Palomar-Aumatell (2017)

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: *Elaboración propia basada en la Clasificación de resultados de enfermería NOC (2018)*

Intervenciones (NIC) del Dx. Enfermero principal

Para obtener el resultado priorizado, se utilizó la taxonomía Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC).

(1410) Manejo del dolor Agudo

Dominio 1. Fisiológico: Básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: “Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión” (Butcher et al., 2018, pág.306).

Actividades:

(141001) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.

(141002) Observar si hay indicios no verbales de incomodidad.

(141005) Explorar los conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.

(141016) Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten el dolor.

(141027) Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

(141029) Utilizar medidas de control del dolor antes de que sea muy intenso.

(141033) Evaluar eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

(141043) Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

(2210) Administración de analgésicos

Dominio 2: Fisiológico: complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Definición: “Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor” (Butcher et al., 2018, pág. 51).

Actividades:

(221001) Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

(221002) Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

(221010) Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.

(221011) Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.

(221020) Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial.

(221021) Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

(0840) Cambio de posición.

Dominio 2: Fisiológico Básico.

Clase C: Control de inmovilidad

Definición: “Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y psicológico” (Butcher et al., 2018, pág. 51).

Actividades:

(084004) Animar a que el paciente verbalice una posición que le disminuya el dolor.

(084009) Colocar en una posición de alineación correcta.

(084017) Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.

Finalmente luego de las intervenciones la paciente manifiesta que se logró reducir en el tiempo previsto la intensidad del dolor, evidenciando que las intervenciones tuvieron efecto positivo.

Planificación del riesgo de complicación principal (RC) Hemorragia

NOC

Para determinar los cambios en el estado de la paciente se utilizó los manuales de resultados NOC (Moorhead et. al, 2018) y de intervenciones NIC (Butcher et.al, 2018).

Como se ha visto anteriormente nuestro riesgo de complicación principal es RC Hemorragia.

Resultados (NOC) del riesgo de complicación principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que estamos intentando conseguir, utiliza códigos de cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el RC Hemorragia le corresponden los siguientes NOC:

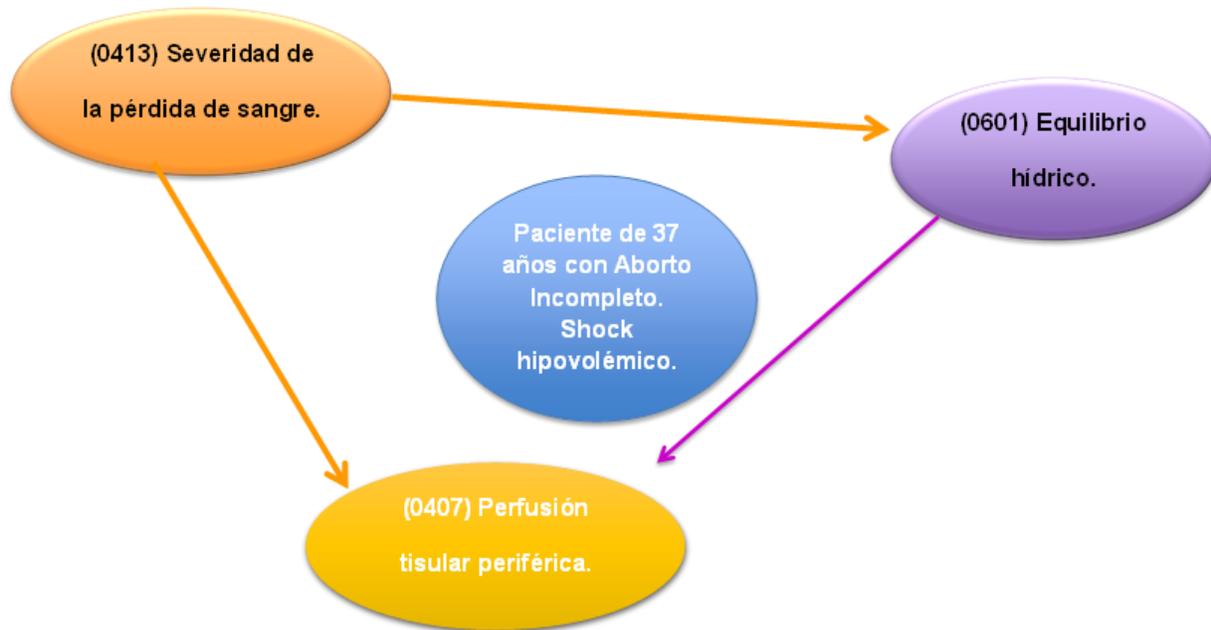
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

(0601) Equilibrio hídrico.

(0407) Perfusión tisular periférica.

Figura 4

Priorización del NOC principal del RC principal mediante Red de razonamiento crítico basado en el método AREA



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA del Dr. Pesut & Herman

Justificación del NOC principal del RC principal

Se eligió como NOC principal la severidad de la pérdida de sangre con el objetivo de controlar y disminuir los signos y síntomas de la hemorragia que es el riesgo de complicación principal.

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, 2018, pag.564).

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase E: Cardiopulmonar.

Tabla 3

Puntuación del NOC principal del RC Hemorragia según escala Likert.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	2	5	12 horas

Fuente: Elaboración de los autores a partir de: Palomar-Aumatell (2017)

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: *Elaboración propia basada en la Clasificación de resultados de enfermería NOC (2018)*

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC Hemorragia según escala Likert.

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(041307) Sangrado vaginal	2	5	12 horas
(041309) Disminución de la presión arterial sistólica.	2	5	12 horas
(041311) Aumento de la frecuencia cardiaca apical.	3	5	12 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas.	2	5	12 horas
Fuente: Elaboración de los autores a partir de: Palomar-Aumatell (2017)			
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			
Fuente: <i>Elaboración propia basada en la Clasificación de resultados de enfermería NOC</i> (2018) <input type="checkbox"/>			

NIC.

Intervenciones (NIC) para el riesgo de complicación principal

Sobre las actividades del RC Hemorragia, es necesario realizar las siguientes intervenciones, destinadas a controlar la severidad de la pérdida sanguínea:

(4020) Disminución de la hemorragia.

Campo: 2. Fisiológico: Complejo.

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Definición: "Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia" (Moorhead et. al, 2018, pág.165).

Actividades:

(402001) Identificar la causa de la hemorragia

(402002) Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. (Activar clave roja de ser necesario).

(402003) Registrar el nivel de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre (previamente ya hemos gestionado la toma de muestra de sangre con laboratorio para su proceso y tener los resultados lo más pronto posible).

(402004) Mantener doble acceso venoso permeable.

(402005) Administrar soluciones parenterales y hemoderivados (plaquetas, plasma), si está indicado.

(402006) Administrar paquetes globulares, previa prueba cruzada, si está indicado.

(402007) Monitorizar estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.

(402008) Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco), si se dispusiera de ellos.

(402009) Revisar la historia obstétrica y el registro de parto para determinar los factores de riesgo de hemorragia post parto.

(4030) Administración de hemoderivados.

Campo: 2. Fisiológico: complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Definición: "Administración de sangre o hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente" (Moorhead et. al, 2018, pág.55).

Actividades:

(403001) Verificar la orden del médico.

(403002) Corroborar antecedentes de transfusiones previas.

- (403003) Verificar que sea correcto el paciente el grupo sanguíneo, factor Rh, número de unidad y la fecha de caducidad, luego registrar según protocolo de la institución.
- (403004) Tener el consentimiento informado del paciente.
- (403005) Verificar que el hemoderivado sea preparado y clasificado, que sea determinado grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor.
- (403006) Informar al paciente sobre el procedimiento.
- (403007) Verificar acceso venoso permeable y de buen calibre, en caso no lo tuviera realizar venopunción con la técnica apropiada.
- (403008) Purgar el equipo de transfusión, acoplar el sistema al hemoderivado y regular goteo.
- (403009) Monitorizar funciones vitales antes, durante y después del procedimiento.
- (403010) Registrar aparición de reacciones transfusionales.
- (403011) Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional.
- (403012) Registrar la duración de la transfusión y el volumen transfundido.
- (403013) Aplicar precauciones universales.

(6680) Monitorización de los signos vitales

Campo 4: Seguridad.

Clase 5: Control de riesgos.

Definición: “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones” (Moorhead et. al, 2018, pág.341).

Actividades:

- (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- (668003) Monitorizar la pulsioximetría.
- (668004) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- (668005) Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Por último se visualiza que los patrones: actividad ejercicio, sexualidad - reproducción, nutricional metabólico y eliminación, han mejorado gracias a las intervenciones de enfermería realizadas de manera oportuna y eficaz, en el transcurso de 12 horas con proyección a mejorar en los cuidados.

EJECUCIÓN

Para la ejecución de las intervenciones de enfermería según los Diagnósticos de enfermería priorizados nos hemos basado en el libro lenguaje NIC para la aplicación de las actividades de enfermería, asimismo tomaremos en cuenta la los materiales, equipos, el entorno de la paciente, así como del registro de los datos. La ejecución de actividades se realizó como se muestra a continuación:

Día: 05/05/2021

Turno: Mañana y Tarde

Intervenciones del DxE principal

Hora: 7.30 am.

Intervención: (1410) Manejo del Dolor Agudo

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos de recuperación (respiración profunda, transferencia a una silla.)

Explorar los conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales. Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.

Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.

Asegurarse que la paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.

Administrar analgésico por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.

Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

Proporcionar información a la familia sobre el dolor del paciente.

La paciente presenta dolor moderado y lo podemos evidenciar porque lo manifiesta es decir se encuentra atravesando un estado de elevado disconfort físico motivo por el cual nuestras actividades están enfocadas a alcanzar un equilibrio físico y emocional quizás no óptimo pero por lo menos tolerable hasta que se le realice el procedimiento del Legrado Uterino, para estas intervenciones nos hemos basado en las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018, que involucra en la realización de actividades a la Enfermera.

Hora: 8.30 am.

Intervención: (2210) Administración de Analgésicos.

Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor

Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición apropiada.

Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.

Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

Administrar los analgésicos según prescripción médica.

Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.

Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial.

Involucrar a la familia en medidas de control del dolor.

La administración de analgésicos es una intervención que se complementa a la anterior intervención ya que sus actividades están destinadas al mismo fin que es reducir el dolor y por lo tanto de igual forma nos hemos basado en las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018.

Hora: 9 am

Intervención: (0840) Cambio de posición

Actividades:

Asegurar que la unidad del paciente sea cómoda y terapéutica.

Proporcionar un ambiente que facilite su asistencia.

Colocar en una posición terapéutica adecuada que minimice el dolor.

Animar a que el paciente verbalice una posición que le disminuya el dolor.

Minimizar los cambios bruscos de posición o de traslado.

Todos aquellos síntomas generados por las modificaciones que existen en el útero y la cérvix generan dolor es por ello que también es adecuada la intervención de cambio de posición que ayudara mucho en buscar una adecuada posición para disminuir el dolor o en el mejor de los casos no exacerbarla, este NIC al igual que las anteriores ha sido basado en las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018.

Intervenciones del RC principal

Hora: 10 am

Intervención: (4020) Disminución de la Hemorragia.

Actividades:

Identificar la causa de la hemorragia

Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. (Activar clave roja).

Registrar el nivel de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre (previamente ya hemos gestionado la toma de muestra de sangre con laboratorio para su proceso y tener los resultados lo más pronto posible).

Monitorizar estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.

Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco), si se dispusiera de ellos.

Canalizar acceso venoso y mantener doble vía permeable.

Administrar hemoderivados (plaquetas, plasma), si está indicado.

Administrar paquetes globulares, previa prueba cruzada, si está indicado.

Llevar a la práctica todas las precauciones adecuadas en la manipulación de hemoderivados o de paquetes globulares.

Instruir al paciente sobre las restricciones de actividades.

Se procede a la realización de la intervención disminución de la hemorragia puesto que en este momento el sangrado vaginal está poniendo en riesgo la vida de la paciente y lo primordial es que nuestras actividades estén encaminadas a revertir dicha situación, para lo cual nos hemos basado en el Modulo 1: Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales (2010), que involucra en la realización de actividades a la Enfermera.

Hora: 11 am

Intervención: (4030) Administración de hemoderivados.

Actividades:

Verificar la orden del médico.

Corroborar antecedentes de transfusiones previas.

Verificar que sea correcto el paciente el grupo sanguíneo, factor Rh, número de unidad y la fecha de caducidad, luego registrar según protocolo de la institución.

Tener el consentimiento informado del paciente.

Verificar que el hemoderivado sea preparado y clasificado, que sea determinado grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor.

Informar al paciente sobre el procedimiento.

Verificar acceso venoso permeable y de buen calibre, en caso no lo tuviera realizar venopunción con la técnica apropiada.

Purgar el equipo de transfusión, acoplar el sistema al hemoderivado y regular goteo.

Monitorizar funciones vitales antes, durante y después del procedimiento.

Registrar aparición de reacciones transfusionales.

Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional.

Registrar la duración de la transfusión y el volumen transfundido.

Aplicar precauciones universales.

Se ejecuta la intervención de Administración de hemoderivados ya que se debe reponer la perdida no solo con líquidos y Electrolitos si no también con hemoderivados en este caso con paquetes globulares siguiendo las precauciones universales antes, durante y después de la transfusión, para la realización de estas actividades nos hemos basado en las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018, que involucra en la realización de actividades a la Enfermera.

Hora: 12pm

Intervención: (6680) Monitorización de los signos vitales.

Actividades:

Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

Monitorizar la pulsioximetría.

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

Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Se ejecuta la intervención de Monitorización de funciones Vitales puesto que estas actividades nos indican alguna complicación o compensación hemodinámica, para la realización de estas actividades nos hemos basado en las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018.

Tabla 5. Cronograma de Intervenciones/Actividades

Fecha	Actividades independientes y dependientes	Turnos		
		M	T	N
05/05/2021	<p>(1410) Manejo del Dolor Agudo</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</p> <p>Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos de recuperación (respiración profunda, transferencia a una silla.)</p> <p>Explorar los conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.</p>	7.30am	2pm	7pm
		7.35am		
		7.40am		

	<p>Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</p> <p>Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</p> <p>Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.</p> <p>Asegurarse que la paciente reciba Atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.</p> <p>Administrar analgésico por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.</p> <p>Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.</p>	<p>7.45am</p> <p>7.50am</p> <p>8.00am</p>		
--	--	---	--	--

	<p>Proporcionar información a la familia sobre el dolor del paciente.</p> <p>(2210) Administración de Analgésicos.</p> <p>Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor</p> <p>Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</p> <p>Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición apropiada.</p> <p>Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.</p> <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p>	<p>8.30am</p> <p>8.40am</p> <p>8:50 am</p>		
--	--	--	--	--

	<p>Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>Administrar los analgésicos según prescripción médica.</p> <p>Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.</p> <p>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial.</p> <p>Involucrar a la familia en medidas de control del dolor.</p> <p>(0840) Cambio de posición</p> <p>Asegurar que la unidad del paciente sea cómoda y terapéutica.</p> <p>Proporcionar un ambiente que facilite su asistencia.</p> <p>Colocar en una posición terapéutica adecuada que minimice el dolor.</p>	<p>9am</p>	<p>2pm</p>	
--	---	------------	------------	--

	<p>Animar a que el paciente verbalice una posición que le disminuya el dolor.</p>	8:16 am		
	<p>Minimizar los cambios bruscos de posición o de traslado.</p>	8:18 am		
	<p>(4020) Disminución de la Hemorragia.</p> <p>Identificar la causa de la hemorragia</p> <p>Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. (Activar clave roja).</p> <p>Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. (previamente ya hemos gestionado la toma de muestra de sangre con laboratorio para su proceso y tener los resultados lo más pronto posible).</p> <p>Monitorizar estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.</p> <p>Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco), si se dispusiera de ellos.</p> <p>Mantener doble acceso venoso permeable.</p>	<p>8:20 am</p> <p>8:25am</p> <p>8:26am</p> <p>8:27am</p>		

	<p>Administrar hemoderivados (plaquetas, plasma), si está indicado.</p> <p>Administrar paquetes globulares, previa prueba cruzada, si está indicado.</p> <p>Llevar a la práctica todas las precauciones adecuadas en la manipulación de hemoderivados o de paquetes globulares.</p> <p>Instruir al paciente sobre las restricciones de actividades.</p> <p>(4030) Administración de hemoderivados.</p> <p>Verificar la orden del médico.</p> <p>Corroborar antecedentes de transfusiones previas.</p> <p>Verificar que sea correcto el paciente el grupo sanguíneo, factor Rh, número de unidad y la fecha de caducidad, luego registrar según protocolo de la institución.</p> <p>Tener el consentimiento informado del paciente.</p> <p>Verificar que el hemoderivado sea preparado y clasificado, que sea</p>	<p>8:28 am</p> <p>8:29am</p> <p>8:30am</p> <p>8:35am</p> <p>8:40am</p> <p>8:45am</p> <p>8:46am</p> <p>8:48am</p>		
--	---	--	--	--

	determinado grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor.	8:50am		
	Informar al paciente sobre el procedimiento.	8:55am		
	Verificar acceso venoso permeable y de buen calibre, en caso no lo tuviera realizar venopunción con la técnica apropiada.	8:56am		
	Purgar el equipo de transfusión, acoplar el sistema al hemoderivado y regular goteo.			
	Monitorizar funciones vitales antes, durante y después del procedimiento.	8:57am		
	Registrar aparición de reacciones transfusionales.	9am		
	Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional.	9:10 am		
	Registrar la duración de la transfusión y el volumen transfundido.	9.20 am		
	Aplicar precauciones universales			
	(6680) Monitorización de los signos vitales.	9:25 am		
		9:26 am		

	<p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.</p> <p>Monitorizar la pulsioximetría.</p> <p>Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).</p> <p>Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.</p> <p>Brindar apoyo emocional y derivar luego al área de psicología para apoyo y orientación según sea necesario.</p> <p>Obtener muestras para estudios genéticos o patológicos según sea el caso.</p>	<p>9:30 am</p> <p>9.35 am</p> <p>9:36 am</p>		
--	---	--	--	--

Evaluación

Evaluación del resultado del diagnóstico principal

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p lo que expresa la paciente.

NOC

(1605) Control del dolor

Tabla 6

Puntuación del NOC principal e Indicadores del diagnóstico principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1605) Control del dolor	2	5	12 horas
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			

Fuente: Elaboración propia a partir de: NOC (2018)

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(160502) Reconoce el comienzo del dolor.	2	5	12 horas
(160516) Describe el dolor.	3	5	12 horas
(160515) Obtiene información sobre el control del dolor	3	5	12 horas
(160511) Refiere dolor controlado	2	5	12 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: NOC (2018)

Interpretación:

Como podemos comprobar hemos logrado la puntuación diana propuesta, siendo esta en el inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 12 horas, una puntuación de 5. Hemos logrado por lo tanto el control del dolor.

En relación a la (160502) Reconoce el comienzo del dolor, podemos afirmar que nuestra paciente al inicio tenía una puntuación de 2, luego de nuestras intervenciones alcanzo una puntuación de 5.

Respecto a (160516) Describe el dolor, podemos decir lo mismo que lo anterior, nuestra paciente al inicio refería dolor tipo cólico, con una puntuación de 3 luego de un plazo de 12 horas se logró disminuir el dolor, logrando nuestro objetivo.

En lo referente a (160515) Obtiene información sobre el control del dolor, teniendo una puntuación de 3, se ha logrado incrementar su nivel de información sobre el control del dolor, obteniendo una puntuación de 5.

Por último, en referencia a (160511) Refiere dolor controlado, igual que los anteriores hemos conseguido que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, se ha realizado un conjunto de

intervenciones de enfermería, destinadas al control del dolor, lo que conlleva a que la paciente tenga mayor bienestar y disminución de la ansiedad .

Nuestra paciente al ingresar el servicio presentaba dolor tipo cólico de regular intensidad. Tras realizarle todo el conjunto de intervenciones para el control del dolor, podemos decir que al terminar nuestro turno de 12 horas se ha logrado disminución y el control del dolor que presentaba la paciente. Resaltando que, tanto el NOC como sus indicadores han alcanzado una puntuación de 5, por lo que a partir de las intervenciones propuestas y realizadas hemos conseguido el objetivo de control del dolor de nuestra paciente.

Evaluación del resultado del RC Principal.

Como se ha visto anteriormente el RC Principal es “Hemorragia”.

Resultado (NOC).

(0413) Severidad de la pérdida de sangre

Tabla 6

Puntuación de los indicadores del NOC del RC principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	2	5	12 horas
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			

INDICADORES	Puntuación	Grado de riesgo	tiempo
(041307) Sangrado vaginal			12 horas
(041309) Disminución de la presión arterial sistólica.	2	5	12 horas
(041311) Aumento de la frecuencia cardiaca apical.	3	5	12 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas.	2	5	12 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: NOC (2018)

Interpretación:

Si consideramos la tabla nº5 podemos confirmar que hemos logrado restaurar el equilibrio hídrico, sin que presente “hemorragia” severa. Este riesgo de complicación lo hemos supervisado mediante el NOC (0413) Severidad de la pérdida de sangre, que nuestra paciente ha mantenido en 3 y luego alcanzo la puntuación máxima, 5.

Para poder controlar y llevar a cabo este desarrollo nos hemos ayudado de los siguientes indicadores:

En primer lugar, (041307) Sangrado vaginal, podemos decir que nuestra paciente al inicio del proceso presentaba sangrado vaginal activo con coágulos en regular cantidad (+++), que ha ido disminuyendo conforme pasaba las horas, llegando a presentar en este indicador una puntuación de 5.

Con respecto a (041309) Disminución de la presión arterial sistólica, nuestra paciente al inicio tuvo una presión arterial de 70/40mmHg y con las intervenciones se alcanzó una presión arterial de 110/80 mmHg, presentado en este indicador una puntuación de 5.

En lo referente a (041311) Aumento de la frecuencia cardiaca apical, también frecuencia cardiaca comenzó con 90 lat/min, considerándose esta cifra valores normales, y descendió a 76 lat/min ya que nuestra paciente iba encontrando hemodinámicamente mejor, por lo que obtiene una puntuación de 5.

Por último, (041313) Palidez de piel y mucosas, nuestra paciente presentaba palidez (+++), mucosa oral semiseca, considerando una puntuación inicial de 3 y posteriormente de 5 puntos.

Podemos concluir diciendo que las intervenciones realizadas a nuestra paciente han logrado que alcancemos nuestro objetivo y hemos evitado que se siga produciendo una “hemorragia” complicación principal, del diagnóstico de nuestra paciente. Por lo que en todo momento se han realizado actividades

de enfermería dirigidas al control de esta complicación y la restauración del estado hemodinámico de la paciente.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Emergencia de Gineco - Obstetricia referida de un Centro de salud. Presenta dolor agudo como consecuencia de modificaciones físicas y sensoriales a nivel pélvico y RC de Hemorragia como consecuencia de la expulsión de restos endouterinos por su estado clínico de base: aborto incompleto.

Tras la revisión bibliográfica hemos obtenido numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes con aborto incompleto. La enfermera/o desempeña un importante papel, al poder brindar una asistencia humanizada, de carácter ético atendiendo las reales necesidades, respetando la vida, dignidad y derechos de la persona sin discriminar y preservando el cuidado profesional. Señalando que la mayoría de los abortos se dan en escenarios difíciles, condiciones inadecuadas, resultante del desempleo, la baja escolaridad, relaciones inestables y propiamente conflictivas.

(Banazeski, 2016)

Realizar un plan de cuidados es una herramienta propia de enfermería 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 físicos, emocionales, espirituales y sociales. Por lo que se personaliza la asistencia haciendo mayor relevancia en aquellos aspectos más importantes que se pueden abordar desde enfermería. Amad Pastor, M. (2017).

La atención de enfermería tiene una visión integradora. Utiliza diagnósticos elaborados a partir de las necesidades propias de la paciente, viéndola como un ser biopsicosocial, espiritual, lo que permite la efectividad, continuidad y seguridad de los cuidados de enfermería.

Las relaciones dentro del cuidado de la salud son reconocidas como de gran importancia para hacer frente a la experiencia de enfermedad dentro de la familia, siendo estas no solo consideradas como ejes centrales para el cuidado en sí, sino también para el propio cuidado (Wright LM, y Leahey M., 2002).

Las intervenciones de Enfermería se basaron en las teorías de Virginia Henderson y Margory Gordon, para realizar el plan de cuidados y centrarnos en las necesidades prioritarias de la usuaria, puesto que hacen referencia a las necesidades básicas y a los patrones funcionales respectivamente del individuo. La relación existente entre las presentes teorías y el estado de la paciente, se observa tras el diagnóstico de Aborto incompleto que suele presentarse en el primer trimestre de gestación con probabilidad de tratamiento curativo que involucran el cuidado de la salud.

El dolor agudo de presenta como consecuencia de las modificaciones biológicas, sensitivas que existen en el útero y la cérvix, lo que podemos afirmar que implica a nivel corporal y emocional, como una impresión desagradable, siempre subjetiva, el cual es un síntoma frecuente en los casos de aborto, es aquí donde el profesional de enfermería debe realizar un manejo del dolor con tratamiento terapéutico y no terapéutico.

El RC hemorragia podría presentarse si inicia el sangrado activo con disminución del volumen sanguíneo por encima de 150ml/min, en el periodo pre parto: Aborto incompleto, lo que a su vez provocaría una serie de manifestaciones clínicas que deben ser monitorizadas por el profesional ya que la no detección temprana de esta complicación conllevaría a un inadecuado funcionamiento de los sistemas, iniciando un shock hipovolémico. Es en este sentido que las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y evitar que esta complicación se instale.

Martínez Rivera, Ada Cristina (2016), señala que la hemorragia obstétrica es considerada dentro de las principales causas de la mortalidad materna en los países en desarrollo; incluso en los países

desarrollados, es una complicación que presenta un problema de salud pública en relación a una escasa educación perinatal, a la atención deficiente en el haciendo imprescindible la atención inmediata, oportuna y eficaz para evitar complicaciones posteriores y dolor familiar.

Para concluir, como profesionales de la salud debemos hacer una buena valoración y evitar que se presenten algún riesgo de complicación para no agravar las situaciones ya existentes en nuestras pacientes. Debido a los cuidados que se le ha proporcionado a la paciente, se observa una evolución positiva, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo del estudio han sido:

Dificultad para acceder al servicio de Gineco - Obstetricia, puesto que durante los días de recolección de datos el hospital se encontraba con acceso restringido de personal a los pabellones de hospitalización por la segunda ola de la pandemia COVID - 19.

Otra limitante fue que las pacientes con este diagnóstico solo se quedan 2 días en el servicio, y la historia clínica pasa a archivos inmediatamente, solo se quedan más días si presentaran alguna complicación.

Tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso en estudio ya que la situación en la que se encuentra la paciente debe ser intervenido a corto plazo como a mediano y largo plazo es por ello que requieren de mayor tiempo para la mejoría.

CONCLUSION

Las intervenciones de enfermería forman parte del que hacer del profesional que se dedica al cuidado siendo de vital importancia en la atención a pacientes en el servicio de Gineco obstetricia, especialmente en los casos de Aborto incompleto que de alguna forma forman parte uno de los principales problemas de morbimortalidad materna en el Perú.

Es preciso resaltar que el profesional de enfermería que se dedica a la atención Gineco obstétrica conozca a profundidad las causas factores de riesgo de las patologías propias del servicio. Así mismo se debe profundizar en la prevención como medida fundamental de la presentación de estos casos que colocan en riesgo la vida de la mujer.

El dolor altera el bienestar en una persona, el profesional de enfermería debe monitorizar permanentemente para identificar la presencia de este problema y aplicar medidas farmacológicas y no farmacológicas para mitigar el dolor, a fin de favorecer el acercamiento a la paciente brindándole seguridad, entendiendo la labilidad emocional de estas.

La hemorragia es la principal causa de morbimortalidad materna de la mujer en el Perú, siendo de vital importancia el monitoreo permanente de la mujer durante el puerperio y sobre todo después de haberse producido un aborto incompleto con el propósito de prevenir complicaciones mayores en la mujer.

Se concluye que el profesional de enfermería necesita conocer y manejar el proceso de atención de enfermería que es la herramienta principal del cuidado, a fin de estandarizar el lenguaje enfermero a través del uso de las taxonomías NANDA 1, NOC , NIC y los problemas de colaboración de Linda Jual Carpenito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amatriain. (2019). Manejo y Plan de cuidados en el paciente con dolor. Revista Electrónica de Portales Médicos. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-y-plan-de-cuidados-en-el-paciente-con-dolor/>
2. Arco, J. (2016). Curso Básico sobre el Dolor. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Elsevier, 29(1). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
3. Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Ostétrica. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
4. Cabañas, M.J., Longoni, M., Corominas, N., Sarobe, C., Yrrebaso, M.J., Aguirrezabal, A. (2009). Obstetricia y ginecología.
5. Carpenito, J. (2003). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. (9na Ed.). Madrid. Mc Gram-Hill International
6. Carvajal, J., & Ralph, C. (2018). Manual de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Pontificia de Chile (Novena ed.). Chile.
7. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2020) Boletín Epidemiológico del Perú 29 (53), 766-771. Obtenido de https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf
8. Howard, K. Butcher, G. Bulechek, J. Dochterman, C. (2018) (Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)(7MA.ED). España. Elsevier.
9. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2016). Protocolo de Valoración y Manejo del Dolor en pacientes hospitalizados.
10. Contreras, M., Carmona, A., & Montelongo, J. (2019). Índice de Choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2019/ti192d.pdf>
11. Curt, F. Refojos, F. Laya, A. (2017) Manual básico de dolor de la SGDOR para residentes. España. Editorial Grunenthal. Obtenido de https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
12. Delgado, H., Moya, S., Ramirez, F., & Capdevilla, M. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 25(4).
13. García, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia, 29.
14. Ganong, W. (2000). Manual de Fisiología Medica. Mexico: El Manual Moderno.
15. Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., P. (2014). Metodología de la investigación (Sexta ed.). México D.F.: McGraw-Hil. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
16. IASP. (1994). International Association for the study of pain. Obtenido de <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
17. Johnson, M. (2006). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC : diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones (2DA. ED). España. Elsevier
18. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología (Segunda ed.). Perú.
19. Majem, L. (2018). Balance hídrico: Hidratación y salud. Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.
20. Mantrapa, Y.E., Gilbert, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería. 32(4). Obtenido de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
21. Martinez, A. (2016). Fundamentación y Cuidados del Diagnóstico de Enfermería "Riesgo de Shock" conforme a los factores de riesgo de hipovolemia e hipotensión en pacientes con hemorragia

- obstétrica . Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2012000200002&script=sci_arttext#tab1
22. Melzack R. The Mc Gill Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-299.
 23. Menéndez, J. (2003). El Manejo del Aborto Espontáneo y sus Complicaciones. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf>
 24. Moorhead, S. Swanson, E. Jonhson, M. Maas, M. (2018). Clasificación de Resultados de enfermería (6TA.ED). España. Elsevier.
 25. NANDA Internacional, (2018). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018- 2020. (11VA. ED.) . España. Elsevier
 26. Naranjo, I y Ricaurte, G. (marzo 2006). La comunicación con los paciente. Investigación y educación en enfermería., 94-98 Vol. XXIV N° 1.
 27. OMS. (2020). Prevención del Aborto Peligroso. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
 28. Pizarro, F. (2016). Aborto Incompleto: Factores de riesgo y complicaciones en adolescentes menores de 16 años. Perú.
 29. Potter, P. (2014). Fundamentos de Enfermería. En P. Potter P., Fundamentos de Enfermería (Novena ed., págs. 199-200). Elsevier.
 30. Villatoro, A; Bañuelos, R. (2011). Manejo de líquidos en el servicio de urgencias. En Manual de Medicina en urgencias (págs. 69-74 Edition: 1era Edición, Chapter: 8). El manual moderno.
 31. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division
 32. Sara Macías Caballero, María Gil Lora y María del Rocío Periañez Cordero. Cuidados de enfermería en el aborto con legrado, Abril 2018
 33. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-aborto-con-legrado/>
 34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300019&script=sci_arttext&lng=en .
Ivette Mulens Ramos.
 35. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.