



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACIÓN  
SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCIÓN A LA MUJER QUE  
PRESENTA ABORTO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA PRESENTA

CRISTINA NIÑO GUERRERO

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.





ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACIÓN  
SAN LUIS POTOSÍ INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCIÓN A LA MUJER QUE  
PRESENTA ABORTO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA PRESENTA

CRISTINA NIÑO GUERRERO

TUTOR: M.E. y A.S. RITA DE GUADALUPE MARTÍNEZ ROCHA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA  
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12**



**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO  
ENFERMERO  
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de  
**CRISTINA NIÑO GUERRERO**

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**“Proceso cuidado enfermero atención a la mujer que presenta aborto”**

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en enfermería y obstetricia.

\_\_\_\_\_  
M.E. y A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja

Tutor

\_\_\_\_\_  
Presidenta

\_\_\_\_\_  
M.E. y A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

Secretaria

\_\_\_\_\_  
E.E.I. Miguel Ángel Pérez López

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

# I. ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	5
<b>DEDICATORIA</b> .....	5
<b>RESUMEN DEL TRABAJO</b> .....	6
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
<b>IV. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	11
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	11
<b>V. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA</b> .....	12
<b>5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	14
<b>5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b> .....	15
<b>5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PCE</b> .....	16
<b>5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN</b> .....	16
<b>5.4.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO</b> .....	18
<b>5.4.3 ETAPA DE PLANEACIÓN</b> .....	19
<b>5.4.4 ETAPA DE EJECUCIÓN</b> .....	20
<b>5.4.5 ETAPA DE EVALUACIÓN</b> .....	21
<b>5.5 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY</b> .....	22
<b>5.5.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO DE ADAPTACIÓN</b> .....	23
<b>5.6. GENERALIDADES DEL ABORTO</b> .....	26
<b>VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO</b> .....	37
<b>6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES</b> .....	37
<b>6.2 FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> .....	43
<b>VII. PLAN DE ALTA</b> .....	55
<b>VIII. CONCLUSIONES</b> .....	58
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>X. GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	71
<b>XI. ANEXOS</b>	

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco infinitamente a mi Familia y Amor.

Una meta ha sido cumplida mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo y comprensión en los momentos más difíciles.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación en la vida, por compartir mis penas y mis alegrías siempre con una palabra de aliento para continuar luchando. Y heme aquí convertida en un profesionalista para conquistar nuevas metas y lograr la realización personal. A ustedes les debo este logro y con ustedes felizmente lo comparto.

Que dios los bendiga y los guarde para siempre.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a toda mi familia, amigos y a mi amor.

## **RESUMEN DEL TRABAJO**

### **Introducción:**

De acuerdo con estimaciones de la OMS (2019) el aborto representa la 5<sup>ta</sup> causa de muertes maternas a nivel mundial. Lo cual representa un problema de salud pública, manifiesta además que la mayoría de las muertes maternas son evitables. El profesional de enfermería con el uso adecuado del proceso cuidado enfermero evita complicaciones y muertes a causa de un aborto.

### **Justificación:**

La OMS (2019) determina que actualmente las muertes maternas son inaceptablemente altas. Se estima que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas o agravadas con el embarazo o el parto.

La elaboración del proceso cuidado enfermero en la atención individualizada a una paciente con aborto permite la documentación de casos reales, brindar atención oportuna y contribuir a la reducción de complicaciones, discapacidad y muerte maternas.

### **Objetivo general:**

Aplicar el proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC dirigido a paciente que cursa con aborto empleando el método de caso con la finalidad de brindar una atención individualizada y holística.

### **Metodología:**

La elaboración de este trabajo se realizó con una revisión de la literatura disponible; se presentó un caso clínico accedido por la autora en su práctica clínica hospitalaria con abordaje del modelo de adaptación de Callista Roy. La valoración se realizó mediante el modelo de Marjory Gordon de patrones funcionales los cuales dieron lugar a la elaboración de un plan de cuidados utilizando la metodología NANDA, NIC y NOC.

### **Conclusiones:**

Los cuidados de enfermería incrementan la calidad y calidez de la atención.

**Palabras claves:** Aborto, proceso cuidado enfermero.

## II. INTRODUCCIÓN

El aborto es definido como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal (Navarro, 2019). La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) define el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semana de gestación o con un feto expulsado con un peso menor de 500 grs. (Cunningham, et al, 2019).

De acuerdo a la OMS (2019), el porcentaje de Muertes Maternas (en adelante M.M.) relacionadas con aborto son de 13% de la mortalidad materna global y de 24% en la región de América Latina. El aborto representa la 5<sup>ta</sup> causa de M.M. a nivel mundial.

Es preciso mencionar que de las M.M que son atribuidas a las hemorragias obstétricas e infecciones obstétricas (sepsis), que representan como tal la primera y tercera causa de M.M. a nivel mundial respectivamente, no se especifica cuantas de estas M.M. pueden estar relacionadas a complicaciones de abortos (OMS, 2019).

En México en el año 2020 se registraron un total de 934 M.M. con una Razón de Muertes Maternas (en adelante RMM) de 46.6, de las cuales 25 muertes solo son atribuidas a un aborto lo que equivale a un 2.7% de las M.M. de ese año. Sin embargo, en el mismo 2020 en México la hemorragia obstétrica correspondía a un 13.8% lo cual representa un total de 129 M.M., así mismo se encuentra a la sepsis puerperal con un 2.2% con un total de 21 M.M. (Montoya, 2021).

De acuerdo con la Secretaria de Salud en su Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna hasta la semana epidemiológica 27 del año 2021, se registraron 458 M.M. con una RMM de 45.2, de las cuales 28 M.M. corresponden específicamente con aborto, con una RMM de 2.8.

En San Luis Potosí en el año 2020 se registraron un total de 27 M.M. las cuales representan una RMM mayor a la nacional con el 59.8, con respecto al año 2021 hasta la semana epidemiológica 27 se registraron un total de 8 M.M. en el estado de las cuales no se especifican las causas (Montoya, 2021).

Dentro de las principales causas de abortos se encuentran aquellas relacionadas con factores fetales en específico las anomalías cromosómicas, los factores maternos como lo son la edad materna, malformaciones congénitas (uterinas), antecedentes gineco-obstétricos, factores endocrinos, patologías preexistentes, enfermedades crónicas o

síndromes y los factores paternos, en específico la edad avanzada, son las causas más relacionadas con abortos (Pérez-Arciniegas, et al, 2016).

Según la OMS (2020) el alto número de M.M que se presentan en algunas zonas del mundo reflejan las inequidades de acceso a los servicios de salud y al mismo tiempo subrayan las enormes diferencias entre ricos y pobres. Se sabe que las mujeres de los niveles sociales más desprotegidos se ven expuestas en mayor medida a morir o desarrollar complicaciones a causa de un aborto. Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales (OMS, 2019).

El aborto puede causar daños posteriores que afectan la calidad de vida y el bienestar de las mujeres que lo sufren, algunas de las cuales pueden entrañar riesgo de muerte. Además de las defunciones y discapacidades derivadas del aborto, este tiene importantes costos sociales y económicos para las mujeres, las familias, las comunidades y los sistemas de salud (OMS, 2020). No debe dejarse de lado que la M.M. es uno de los factores que mayormente afecta la salud bio-psico-social de los hijos huérfanos sobrevivientes.

La OMS (2020) manifiesta que la mayoría de las M.M. son evitables. Es posible prevenir casi todos los casos de muerte o discapacidad a consecuencia de un aborto, mediante la difusión de la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la práctica de abortos seguros y la atención oportuna de las complicaciones.

Es fundamental realizar una evaluación inicial precisa para prescribir el tratamiento e intervenciones adecuadas y derivar con rapidez a las mujeres que puedan sufrir complicaciones a causa de un aborto (OMS, 2020). Es aquí donde el profesional de enfermería resulta fundamental para la oportuna valoración, emisión de diagnóstico enfermero, proveer el tratamiento y manejo adecuado de complicaciones potencialmente mortales a las pacientes con aborto.

Esto se logra sin duda con la utilización e implementación adecuada del proceso cuidado enfermero (en adelante PCE), debido a que permite la identificación de las respuestas humanas y las alteraciones de la salud reales o potenciales, para realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. Por lo anterior descrito el presente trabajo desarrolla un PCE individualizado dirigido a una paciente con diagnóstico de aborto.

### III. JUSTIFICACIÓN

La OMS (2019) determina que actualmente la M.M. es inaceptablemente alta. Se estima que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas o agravadas con el embarazo o el parto. La gran mayoría de estas muertes se producen en países de ingresos bajos y estas se podrían haber evitado.

En la meta 3 de los Objetivo de Desarrollo Sostenible (en adelante ODS), propone la reducción de la RMM mundial a menos de 70 M.M. por cada 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una RMM que supere el doble de la media mundial (OMS, 2019).

Durante el desarrollo de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, se presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, la cual tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes (OMS, 2019). En respuesta a ello se creó La Estrategia de Salud de UNICEF, en la cual se establecen dos objetivos primordiales, el primero propone poner fin a la mortalidad materna, neonatal e infantil evitable, y el segundo indica que la promoción de la salud y el desarrollo de todos los niños, es vital para poder lograr estos objetivos (UNICEF, 2016).

Según la Secretaria de Salud (2013), se ha estimado que cada año en el mundo se realizan aproximadamente 22 millones de abortos en forma insegura, lo cual produce la muerte de alrededor de 47,000 mujeres y discapacidades en otros 5 millones de mujeres. En México para el 2019, el aborto se mantuvo como la 4<sup>ta</sup> causa de M.M., y de acuerdo a los registros públicos disponibles, entre los años 2000 y 2016 se registraron un total de 3 millones 351 mil 704 procedimientos de aborto a nivel nacional (Ipas México, 2021).

En México se establece dentro del Programa Sectorial de Salud 2020-2024. En el Objetivo prioritario 5, la estrategia prioritaria 5.2, la cual menciona que es necesario otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica (secretaria de salud, 2020).

En San Luis Potosí en el Programa Sectorial de Salud 2016-2021 menciona como objetivo primordial contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo (Gobierno del estado de S.L.P, 2015).

Para contribuir con los ODS México ha implementado estrategias como lo son:

La Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, el cual está representado por un modelo que incorpora las tres demoras en la atención materna. Estas demoras representan una serie de eventos sucesivos que se van agregando y ocasiona que la atención a una embarazada que presenta una emergencia obstétrica no sea oportuna, situación que puede propiciar un desenlace fatal (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2018).

Respondiendo a esta estrategia y lograr disminuir el tiempo o retraso para la atención de la mujer embarazada, se firma en México El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, el cual establece y permite que toda mujer que presente signos de alarma o se encuentre catalogada como una emergencia obstétrica pueda acudir a cualquier unidad médica del IMSS, ISSSTE y SS más cercana, para su atención, sin importar su derechohabiencia o afiliación (Secretaría De Salud, 2012).

Por otro lado, el modelo actual de atención obstétrica en México está sustentado en manuales de atención, lineamientos, normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica donde se describen las acciones y los procedimientos para la adecuada atención obstétrica (secretaría de salud, 2016).

La elaboración de este trabajo propone la utilización del PCE en la atención individualizada a una paciente con diagnóstico de aborto, para contribuir con la comunidad científica a la documentación de casos reales, brindando atención oportuna y así contribuir en gran medida a la reducción de complicaciones, discapacidad y muerte maternas.

Resulta factible la elaboración, documentación e implementación de este trabajo debido a que se cuenta con la disponibilidad de tiempo, habilidades, conocimiento y recursos materiales, así como humanos para realizarlo.

Como novedad científica, este trabajo ofrece el abordaje y el enfoque del modelo de adaptación de Callista Roy para la elaboración del PCE a la paciente con aborto, así mismo ofrece la elaboración de un plan de alta individualizado enfocado a disminuir el riesgo preconcepcional, reproductivo y obstétrico de dicha paciente.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC dirigido a paciente que cursa con aborto empleando el método de caso con la finalidad de brindar una atención individualizada y holística.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Mostrar el panorama de evolución de enfermería como profesión disciplinar.
2. Desarrollar el Modelo de Adaptación de Callista Roy como abordaje para el proceso cuidado enfermero.
3. Especificar las intervenciones independientes de enfermería para la atención de la paciente con aborto.
4. Diseñar el plan de alta individualizado a la paciente con aborto.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

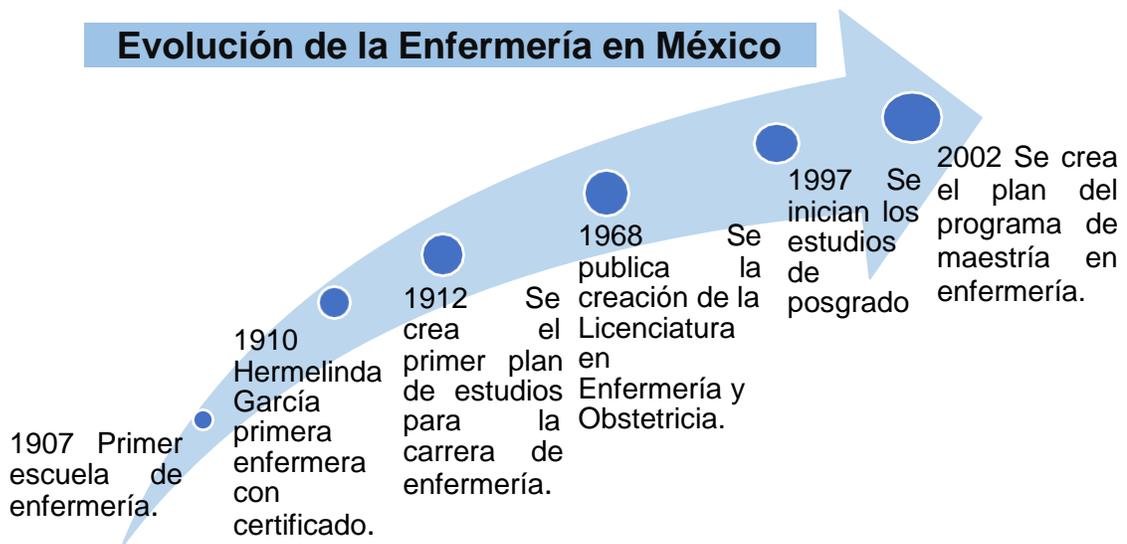
La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia y a la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Ponti, 2016).

A través de los años la enfermería ha evolucionado, pasando de ser considerada un arte, una vocación aprendida y un servicio humano amplio, a establecerse como campo científico y una disciplina consolidada en el área de la salud. A continuación, se señalan algunos hitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- **Prehistoria:** Se reconocían a la persona como hechicero o bruja y utilizaba ritos mágicos para curar.
- **Edad media baja (siglos XI-XV):** Órdenes religiosas y parteras, utilizaban las creencias para tratar la enfermedad, sus métodos eran exorcismos y remedios empíricos como el uso de enemas y ungüentos. Se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.
- **Edad media alta:** Los cuidados eran vistos como obras de caridad, los realizaban monjes, sacerdote, médico, sangradores cirujanos y matronas, sus remedios se enfocaban en creencias con remedios empíricos y medicina técnica.
- **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Médico de cabecera, comadrona, la Cruz Roja internacional y consejo internacional de enfermería. Sus remedios eran caseros, brebajes, purgas y utilizaban la medicina artesanal, así como consejos dietéticos e higiénicos. Se busca un factor causal responsable de la enfermedad.
- **Enfermería siglo XX:** Cirujanos, practicantes, matronas, parteras, enfermeras auxiliares de clínica y técnicos sanitarios. Gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martínez y Chamorro, 2016).

En el caso de México, la figura número 1° resume la evolución de la profesión y muestra los diferentes programas educativos que se han implementado a través de los años, los cuales favorecieron la consolidación de la enfermería como profesión disciplinar.

Figura número 1°



Fuente: Adaptado de Breve historia de la educación de la enfermería en México. Torres, s. & Zambrano, E. (2010). <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, ente los que destacan:

- **Florence Nightingale (1820-1910):** Propone la teoría del entorno, considerada la madre de la enfermería moderna (Amaro, 2004).
- **Virginia Henderson (1897-1996):** Propone su teoría de las 14 necesidades (Marriner y Raile 2007).
- **Dorotea Orem (1914-2007):** Presenta su teoría del autocuidado (teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería) (Naranjo, et al, 2017).
- **Dorothy Jonson (1919-1988):** Modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas (Saavedra, et al, 2019).
- **Callista Roy (1939):** Propone el modelo de adaptación (Montaño, 2018).

A medida que la enfermería tomo el estatus de profesión durante la última mitad del siglo XX empezó a desarrollar conocimiento como base en la práctica enfermera. La enfermería como una disciplina profesional tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina (Marriner y Raile 2006).

Ante esto, diferentes teóricas señalan los metaparadigmas cuidado, persona, salud y entorno como el núcleo del campo de enfermería. Estos conceptos permiten precisar las

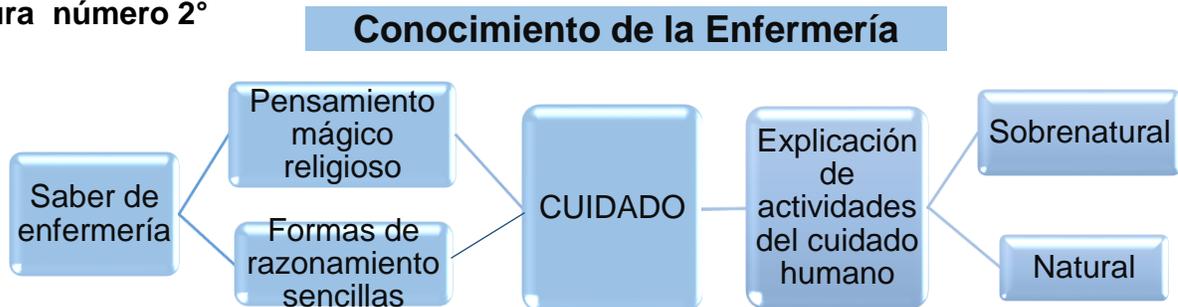
diferentes formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades en las 4 funciones básicas de la profesión las cuales son: asistencial, docente, administrativa e investigación (Sánchez, et al, 2004).

## 5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona, con el cuidado la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona (Vélez y Vanegas, 2011).

El cuidado de enfermería debe ser abordado desde la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería en el cuidado (León, 2006). El cuidado es la esencia misma de enfermería, la figura número 1° explica como el saber de enfermería se desarrolló gracias al cuidado. La figura número 3° muestra el desarrolló actual de la enfermería con base en el cuidado.

**Figura número 2°**



Fuente: Adaptado del cuidado como objeto del conocimiento de enfermería (p.46). Natividad, A. (2002). Universidad de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/30135/16312-50818-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**Figura número 3°**



Fuente: Adaptado del cuidado como objeto del conocimiento de enfermería (p.46). Natividad, A. (2002). Universidad de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/30135/16312-50818-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

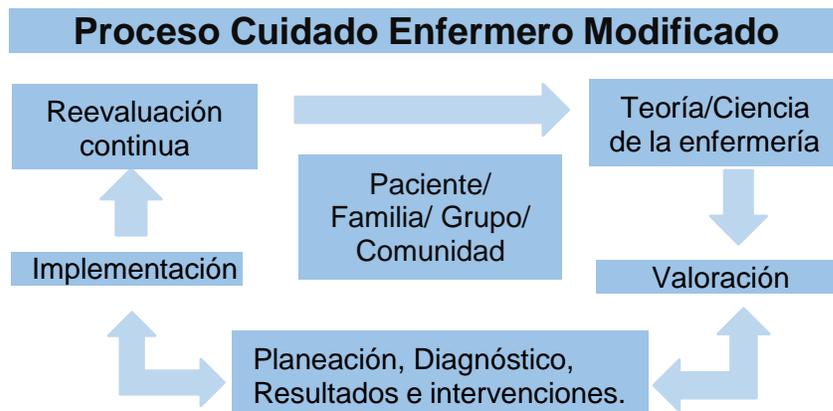
### 5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica (Gayosso y Sánchez, 2019). El PCE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall en 1955; por su parte Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución (Ministro de salud pública y INEPEO, 2013). En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

La Asociación Norteamericana de Enfermería crea la clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) los cuales se utilizan para elaborar el PCE. En la NANDA 2018-2020 destaca un modelo de proceso cuidado enfermero modificado propuesto por Hermann en 2013, como lo muestra la figura número 4°, la que agrega la integración de teoría y ciencia, así como una revaloración continua (Herdman y Kamitsuru, 2018).

**Figura Número 4°**



Fuente: Adaptado del proceso de enfermería modificado. Heather, T. y Kamitsuru, S (2015). NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, Elsevier.

**Objetivo del proceso cuidado enfermero:** El principal objetivo del PCE es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así mismo realiza las siguientes actividades:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad (Berman y Snyder, 2013).

**Ventajas del proceso cuidado enfermero:**

- Para el paciente: Fomenta la participación en su propio cuidado, continuidad en la atención y mejora la calidad de la atención
- Para la enfermera: Se convierte en experta, crea satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional
- Para la profesión: Proporciona un lenguaje enfermero universal, genera conocimiento científico y favorece la enfermería basada en la evidencia científica.

**Características del proceso cuidado enfermero:** Sistemático, dinámico, interactivo, flexible, organizado, continuo, tiene una finalidad e integra una base teórica (Berman y Snyder, 2013).

## **5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PCE**

### **5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN**

La valoración es la recogida sistemática, continua, la organización, la validación y registro de los datos (información). Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del PCE (Berman y Snyder, 2013), así mismo permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta (Álvarez, et al, 2010).

**Fases de la valoración:**

**1° Recogida de los datos:** Anamnesis (paciente, familiar), exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación), resultados de laboratorio e imagen, datos aportados por otro miembro del equipo de salud.

**2° Organización de los datos**

### 3° Validación de los datos

### 4° Registro de los datos (Berman y Snyder, 2013).

Existen diversos tipos de datos:

**Datos subjetivos:** Síntomas, no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice, siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.

**Datos objetivos:** Signos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

**Datos históricos-antecedentes:** Hechos pasados como hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, cirugías etc. Así como patrones y pautas de comportamiento.

**Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato (Alfaro, 1996). Existen diversos métodos de valoración, la figura número 5° esquematiza los principales métodos de valoración.

### Figura número 5°

Métodos de valoración		
Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal
Patrón 1° Percepción / Manejo de la salud Patrón 2° Nutricional / Metabólico Patrón 3° Eliminación Patrón 4° Actividad /Ejercicio Patrón 5° Sueño / Descanso Patrón 6° Cognitivo / Perceptivo Patrón 7° Autopercepción/ Autoconcepto Patrón 8° Rol / Relaciones Patrón 9° Sexualidad / Reproducción Patrón 10° Tolerancia al estrés Patrón 11° Valores / Creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: 1. Tegumentario 2. Respiratorio 3. Cardiovascular 4. Nervioso 5. Osteomuscular 6. Digestivo 7. Genitourinario 8. Reproductor 9. Inmunitario	Orden lógico de cabeza a pies: 1. Piel, pelo y uñas 2. Cabeza 3. Ojos 4. Oídos 5. Nariz 6. Boca 7. Tórax 8. Abdomen 9. Genitales 10. Miembros inferiores y superiores 11. Espalda.

Fuente: Adaptado de diferentes métodos de exploración (p. 190). Berman, A. y Snyder, S. (2013). Fundamentos de Enfermería. PEARSON.

## 5.4.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud / proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona, familia, grupo o comunidad (Herdman y Kamitsuru, 2015).

### **Taxonomía NANDA**

La taxonomía nada 2015- 2017 se comprende por dominios (13), clases (47), diagnósticos (235) y siete ejes (1° foco del diagnóstico, 2° sujeto, 3° juicio, 4° localización, 5° edad, 6° tiempo y 7° estado del diagnóstico) (Herdman y Kamitsuru, 2015).

### **Tipos de diagnóstico:**

**Diagnóstico enfocado en el problema:** Un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud / proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.

**Diagnóstico de riesgo:** Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud / procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.

**Diagnóstico de promoción de la salud:** Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias.

**Diagnóstico de Síndrome:** Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente a través de intervenciones similares. Se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados (Herdman y Kamitsuru, 2015).

### **Enunciado diagnóstico y sus componentes:**

**Etiqueta diagnóstica:** Describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de la salud del paciente de forma clara y concisa.

**Características definitorias:** Son señales / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (signos y síntomas).

**Factores relacionados:** Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero.

**Factores de riesgo:** Son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (Herdman y Kamitsuru, 2018).

### **Formato P.E.S**

Gordon estableció el formato, acrónimo cuyas siglas corresponden a:

- P = Problema: en relación con o relacionado con.
- E = Etiología: Manifestado por.
- S = Signos y síntomas (Berman y Snyder, 2013).

**Factores que influyen para elaborar un diagnóstico:** Existen diferentes factores que influyen en la elaboración de diagnósticos enfermeros entre ellos se encuentran: la habilidad para reunir datos, los conocimientos teóricos, la experiencia, la intuición, la capacidad intelectual, la filosofía personal y el marco conceptual (Doenges y Frances, 2014).

### **5.4.3 ETAPA DE PLANEACIÓN**

En la planeación, el profesional de enfermería utiliza los datos de la valoración del paciente y los diagnósticos realizados para definir los indicadores (NOC) con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar posteriormente las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. El producto final de la fase de planeación es un plan asistencial del paciente. (Berman y Snyder, 2013).

#### **Fases de la planeación:**

**1° Establecer prioridades en los cuidados:** Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados mediante necesidades humanas (UNAM, 2020).

**2° Planteamiento de los objetivos:** Determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Se deben fijar a corto y largo plazo.

**3° Elaboración de las actuaciones de enfermería:** Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

**4° Documentación y registro:** Se realiza una detallada documentación de las actividades (UNAM, 2020).

## **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC):**

En 1991, se creó la NOC, la cual describe los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería. En la actualidad se han publicado un total de seis ediciones las cuales se enlistan a continuación con su año de publicación.

- Primera edición 1997, segunda edición 2000, tercera edición 2004, cuarta edición 2009, quinta edición 2014 (Moorehead, et al, 2014), sexta edición 2018.

## **Taxonomía NOC**

La 5ª edición de la NOC tiene cinco niveles de los cuales se clasifican de la siguiente manera: Dominios (7), Clases (31), Resultados (490), indicadores de resultados y escala de medición tipo Likert de 5 puntos que cuantifica el estado de salud o el estado del indicador en un continuo desde menos a más (Moorehead, et al, 2014).

### **5.4.4 ETAPA DE EJECUCIÓN**

La ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

## **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC):**

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación

- Primera edición 1992, segunda edición 1996, tercera edición 2000, cuarta edición 2004, quinta edición 2008, sexta edición 2013 (Bulechek, et al, 2013), séptima edición 2018.

## **Taxonomía de la NIC**

La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones. Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

### **Fases de la ejecución:**

**1° Preparación:** Consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas.
- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado (Universidad de Guanajuato, 2018).

**2° Intervención:** En esta etapa es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

**3° Documentación:** Se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

## **5.4.5 ETAPA DE EVALUACIÓN**

La evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan: El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados y la eficacia del plan asistencial de enfermería. Berman y Snyder

(2013) mencionan que “La evaluación es importante, las conclusiones extraídas determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma continua (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consiga los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

### **Fases de la evaluación:**

#### **1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC):**

El profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

**2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados:** Cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

- El objetivo se cumplió.
- El objetivo se cumplió parcialmente.
- El objetivo no se cumplió.

**3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados:** Se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

**4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema:** Se usar el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

**5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería:** Se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013).

## **5.5 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY**

### **Antecedentes bibliográficos**

Sor Callista Roy, nació el 14 de octubre de 1939. Cuenta con un título en enfermería, un master en sociología y un doctorado en la misma materia. Cuando trabajaba como enfermera pediátrica, Roy observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños,

en específico la gran capacidad de adaptarse a los cambio físicos y psicológicos. Crea su modelo en 1970 (Raile y Marriner, 2017).

### **Metaparadigmas:**

**Enfermería:** La describe como una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales. Así mismo Roy define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación. El objetivo de la enfermería es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad.

**Persona:** Según Roy las personas son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto. Para Roy la persona es el foco principal de la enfermería; un sistema de adaptación complejo y vivo.

**Salud:** La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse, la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, la interacción de la persona y su entorno. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

**Entorno:** Según Roy, son todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse (Raile y Marriner, 2017).

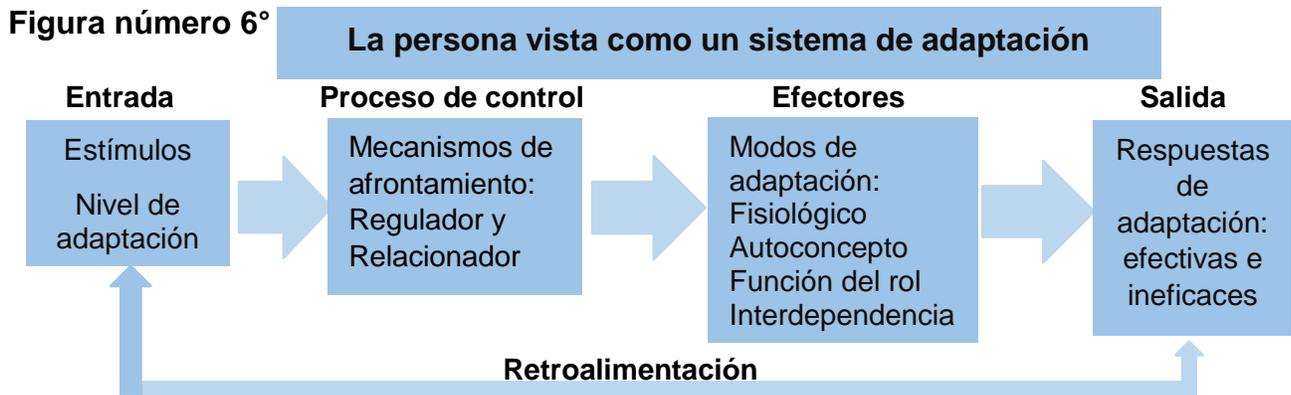
### **5.5.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO DE ADAPTACIÓN**

Roy define la **Adaptación** como al proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, son conscientes y escogen la integridad del ser humano con su entorno. La persona busca continuamente estímulos en su entorno, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo.

Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse. Las repuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación.

El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos **focales** (estímulo interno o externo más inmediato), **contextuales** (estímulos que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal) y **residuales** (son factores del entorno que provocan efectos en la situación).

En el modelo propuesto por Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí como podemos apreciar en la figura número 6°. El subsistema de proceso de control (regulador y relacionado). El subsistema de efectores (modos de adaptación). Roy considera al regulador y relacionador como métodos de afrontamiento. El **regulador**, mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos, y endocrinos. El **relacionador**, reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales. (Raile y Marriner, 2017).



Fuente: Adaptado de la persona vista como un sistema de adaptación (p,343). Por Raile y Mariner (2017). *Modelos y Teorías en Enfermería Séptima Edición*. Elsevier.

Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación:

**El modo fisiológico- físico:** Se centra en los procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.

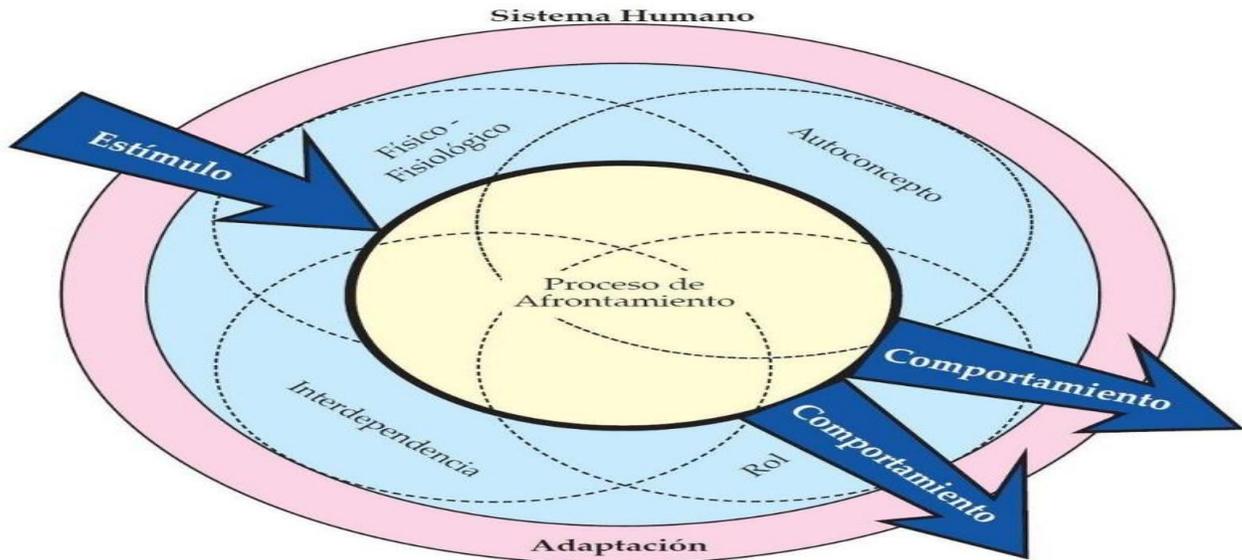
**El modo autoconcepto:** Se compone del yo físico (imagen corporal) y del yo personal (la idea de uno mismo, identidad moral, ética y espiritual).

**El modo de la función del rol:** Los roles que desempeña el individuo en la sociedad.

**El modo de la interdependencia:** Trata sobre las interacciones en la sociedad, es la capacidad de la persona a dar y recibir amor, respeto y valores. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social (Raile y Marriner, 2017). La figura número 7° representa el modelo de adaptación con sus principales componentes.

Figura número 7°

## Representación del sistema de adaptación humano



Fuente: Adaptado de diagrama en el que se representa el sistema de adaptación humano. (p,344). Por Raile y Mariner (2017). *Modelos y Teorías en Enfermería Séptima Edición*. Elsevier.

### PCE en seis pasos de Roy

Se realiza a través de las siguientes etapas:

- **Valoración de la conducta:** Con la valoración de los cuatro modos de adaptación.
- **Valoración de estímulos:** Evaluar los estímulos focales, contextuales y residuales.
- **Diagnostico enfermero:** Exponer un juicio del estado de adaptación de la persona.
- **Establecimiento de objetivos:** Fija objetivos para fomentar la adaptación.
- **Intervenciones:** Dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación.
- **Evaluación:** Evalúa qué objetivos se han alcanzado (Raile y Marriner, 2017).

### MODELO DE ADAPTACIÓN APLICADO A PACIENTE CON ABORTO

El modelo de adaptación de Callista Roy se aplicó en el PCE para la paciente con diagnóstico de aborto espontaneo, abordando los 6 pasos que describe Roy. A continuación, se muestran la figura número 8°, la cual representa la valoración de la conducta mediante los 4 modos de adaptación, así como la figura número 9° la cual esquematiza la valoración de los estímulos descritos por Roy.

**Figura número 8°**

<b>Primer paso: Modos de Adaptación</b>	
Fisiológico- Físico: Aborto espontaneo incompleto Desnutrición Anemia ferropénica Cansancio Puerperio	Autoconcepto: Se percibe como una persona con poco carácter, tranquila, sumisa y que evita problemas. Con aceptación ante imagen corporal. No profesa ninguna religión.
Función del rol: Problemas en adaptarse al rol de madre y esposa. Desea tener otro hijo. Presenta dificultad en adaptarse al entorno estresante y cansado de su trabajo.	Interdependencia Apoyo solo de su hermano No realiza actividades de interacción social.

**Figura número 9°**

<b>Segundo paso: Estímulos</b>	
Focal	Aborto espontaneo incompleto + LUI
Contextual	Dolor, ansiedad, intranquila, triste, llanto y desesperanza.
Residual	Perdida significativa anterior (hija). Sin hijos la relación de pareja no funciona.

Los pasos del 3 al 6 están abordados en el formato de registros del plan de cuidados de enfermería.

## **5.6. GENERALIDADES DEL ABORTO**

### **CONCEPTO**

El aborto se define como la interrupción espontanea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal (Navarro, 2019). Los términos usados para definir la viabilidad fetal y por tanto un aborto varían entre las organizaciones, por ejemplo:

La OMS y la Federación internacional de ginecobstetricia (en adelante FIGO) la definen al aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado un peso < 500grs. (Cunningham, 2019).

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en adelante SEGO) define al aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos

de 500 grs. de peso (aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (Encinas, et al, 2016).

La NOM-007 define al aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 grs. de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo), o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (secretaría de salud, 2016).

## **CLASIFICACIÓN DEL ABORTO:**

### **Según su etiología:**

**Espontáneo:** Es aquel que se produce con la interrupción del embarazo de forma espontánea y natural, sin el uso de medicamentos o intervención quirúrgica (Navarro, 2019).

**Provocado o inducido:** Es aquel en donde se interrumpe intencionalmente el embarazo, es resultado de maniobras y tratamientos ya sean quirúrgicos o farmacológicos directos (Mondragón, 2012).

### **Según la forma clínica o evolución:**

- **Amenaza de aborto**
- **Aborto en evolución**
- **Aborto inminente**
- **Aborto inevitable o en curso**
- **Aborto diferido**
- **Aborto completo**
- **Aborto incompleto**
- **Aborto molar (ver anexo número 1°)**

### **Según la frecuencia:**

**Habitual:** Cuando ocurren tres o más abortos espontáneos en forma consecutiva.

**Recurrente:** Pérdida espontánea de 3 o más embarazos de forma no consecutiva.

### **Según sus complicaciones:**

**Aborto séptico (complicado):** Es la existencia de infección ya sea antes, durante o después del proceso del aborto, se manifiesta por la salida de secreción hemato-purulenta y fétida por vagina acompañada de cuadro febril, puede llegar a producir choque séptico (Mondragón, 2012).

**No complicado:** Corresponde a la ausencia de complicaciones en especial las hemorragias obstétricas y la infección. En general corresponde a los abortos espontáneos.

### **Según la legalidad:**

**Aborto legal:** Específicamente en la Ciudad de México es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación y hasta la vigésima semana de gestación, de acuerdo al código penal (Gamboa y Valdés, 2014).

**Aborto ilegal:** El Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del adolescente (2017) lo describe como aquel en donde está prohibida el proceso de aborto voluntario o la interrupción de la vida embrionaria o fetal y constituye un delito penado.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL ABORTO**

La OMS (2020) manifiesta que entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a los abortos. Así mismo hace mención que entre los años 2015 y 2019 se presentaron en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados.

En México, para 2019, el aborto se mantuvo como la 4<sup>ta</sup> causa de M.M. en el país (Ipas México, 2021).

La morbilidad por aborto es compleja de medir porque hay lesiones que no se registran como causa de aborto y hay muchas mujeres que, por miedo, no buscan atención médica cuando presentan complicaciones. En este caso podemos utilizar otro indicado indirecto, es decir el número de hospitalizaciones por aborto que se registran en las diversas instituciones del sector salud. En 2018, los sistemas de información en salud de México registraron un total de 93 mil 786 egresos hospitalarios (morbilidad) por aborto.

Debido al subregistro en los casos de aborto resulta complicado disponer información precisa sobre la ocurrencia del aborto en nuestro país. De acuerdo con los registros públicos disponibles, entre el 2000 y el 2016 se registraron 3 millones 351 mil 704 procedimientos de aborto a nivel nacional (Ipas México, 2021).

El incremento en el número de abortos claramente se relaciona con la aprobación de la legislación para la interrupción legal del embarazo (ILE) en México, que garantiza el acceso, la seguridad del procedimiento, así como el servicio gratuito del aborto.

## **Interrupción legal del embarazo**

El aborto es legal en México, en la actualidad se permite hasta las 12 semanas de gestación en los siguientes estados:

- El primer estado fue la Ciudad de México en el año 2007.
- El segundo estado fue Oaxaca en el año 2019
- El tercer estado fue Hidalgo en el año 2021
- El cuarto estado fue Veracruz en el año 2021 (Ipas México, 2021).

En específico en el estado de san Luis potosí en su código penal en el capítulo VI, artículo 150 establece que se excluye de la pena en caso de aborto cuando:

- Aquella sea resultado de una acción culposa de la mujer embarazada.
- El embarazo sea resultado de un delito de violación o inseminación indebida.
- De no provocarse el aborto, la mujer embarazada corre peligro de muerte a juicio del médico que la atiende (Gobierno del estado de S.L.P., 2020).

Aunque existe la legislación ya desde hace 14 años, en la práctica se siguen imponiendo múltiples barreras, lo cual genera que en los cuerpos de las mujeres sigan decidiendo otros y nunca ellas.

## **FACTORES DE RIESGO**

La presencia de pólipos mayores de 2 cm, los miomas submucosos, aborto previo, la edad materna entre 25 y 40 años, edad paterna mayor de 35 y 40 años, anormalidades cromosómicas, descontrol metabólico de DM 1 y 2, el consumo de alcohol inclusive moderado, de tabaco y cocaína, el índice de masa corporal > 25 Kg/m<sup>2</sup> (secretaría de salud, 2009). Carvajal y Ralph (2017) describen otros factores de riesgo para aborto como lo son: Las enfermedades crónicas, las infecciones maternas, anormalidades uterinas, periodo intergenésico corto, embarazo con DIU y exposición a toxinas.

## **FISIOPATOLOGÍA DEL ABORTO ESPONTANEO**

Las pérdidas del primer trimestre por lo general se dan antes de las 22 semanas de gestación, la muerte del embrión o del feto casi siempre procede a la expulsión espontánea, la muerte suele ir acompañada de hemorragia de la decidua basal, esto es seguido por una necrosis tisular adyacente que estimula las contracciones uterinas y la expulsión de los anexos placentarios (Cunningham, 2019).

De todas las gestaciones clínicamente reconocidas, 15 a 20% terminan en aborto espontáneo, principalmente durante las 13 primeras semanas del embarazo; además se ha estimado que aproximadamente 25% de las mujeres que se embarazan sufrirán un aborto a lo largo de su vida (López, et al, 2020).

## **ETIOLOGÍAS**

### **Factores fetales:**

**Anormalidades cromosómicas:** Representan entre el 49% (Carvajal y Ralph, 2017) y 60 % (Cunningham, 2019) de todos los casos de aborto espontáneo. De las anomalías cromosómicas 95% son causadas por errores de gametogénesis materna y el 5 % por errores paternos.

Las anomalías más comunes son:

Las trisomías (50-60 %), es el resultado de una ausencia de disyunción aislada, se asocian a una edad materna elevada. (Cunningham, 2019). En los abortos, las trisomías de los cromosomas 16, 22, 15, 21 y 13 son las más frecuentes en ese orden (Mora-Alfárez, et al, 2016).

La monosomía (9-13%), X (45, X) este es el síndrome de Turner que, por lo general resulta en aborto, por lo contrario, la monosomía autosómica es rara e incompatible con la vida.

La triploidía (11-12%) se asocia a menudo con la degeneración placentaria hidrópica o molar (Cunningham, 2019).

**Defectos ovulares:** Las malformaciones de cordón umbilical, placenta o trofoblasto (Mondragón, 2012), como lo es la mola hidatidiforme parcial (López, et al, 2020).

### **Factores maternos**

Un 35% del total de abortos se debe a causas locales (anatómicas) y generales de origen materno.

**Edad materna:** Representa principalmente el factor más relacionado con abortos, Las mujeres mayores de 35 años corren más riesgos, se estima que a los 45 años el riesgo de aborto es de 80% (López, et al, 2020).

**Anomalías uterinas anatómicas (congénitas):** Entre estas anomalías se encuentran las malformaciones müllerianas. Siendo el útero septo la más frecuente y de peor pronóstico en lo que se refiere a la reproducción (Carvajal y Ralph, 2017).

**Anormalidades uterinas estructurales:** Estas anomalías son, sinequias uterinas, miomas uterinos, incompetencia cervical, pólipos endometriales (Carvajal y Ralph, 2017), tumores, endometriosis e hipoplasia uterina (Mondragón, 2012).

**Infecciones:** Como lo son neumonía, pielonefritis, sepsis, paludismo, clamidia, TORCH y Zika (López, et al, 2020).

**Enfermedades endocrinas:** Como lo son, la insuficiencia del cuerpo lúteo/ defecto de la fase lútea/ déficit de progesterona (López, et al, 2020), hipotiroidismo no tratado, resistencia a la insulina o síndrome metabólico, hiperprolactinemia, síndrome de ovario poliquístico (Carvajal y Ralph, 2017), hipersecreción de hormona luteinizante (LH), hipertiroidismo e hiperandrogenismo (Pérez-Arciniegas, et al, 2016).

**Enfermedad metabólica:** Diabetes mellitus en descontrol provocan abortos espontáneos.

**Enfermedad autoinmune:** Los abortos espontáneos son ms comunes en pacientes con lupus eritematosos sistémico (Cunningham, 2019). El Síndrome anticuerpos antifosfolípidos se asocia a abortos por la disminución de la función, diferenciación e invasión trofoblástica, así como trombosis progresiva e infartos placentarios (Carvajal y Ralph, 2017).

**Nutrición:** Se ha relacionado a la obesidad materna como factor de riesgo de pérdida del embarazo (Cunningham, 2019). Algunas deficiencias nutricionales como la deficiencia de ácido fólico, deficiencia de selenio, así como el consumo de cafeína se relaciona como causas de abortos (Pérez-Arciniegas, et al, 2016).

**Toxicomanías:** El uso crónico y excesivo de drogas ya sea legales (cigarro, alcohol) o ilegales (cocaína, marihuana, etc.), contribuyen a presentar abortos (Cunningham, 2019).

**Factores ambientales:** Exposición a toxinas, químicos (plomo, xileno, tolueno), radiación, son factores importantes en abortos espontáneos (Carvajal y Ralph, 2017).

**Factores socioeconómicos:** Peralta (2018) y Morales (2020) señala algunos de estos factores los cuales son: El bajo nivel económico, mujeres que habitan en una zona rural, un nivel académico bajo, el estado civil de madre soltera y la **Violencia**, que puede ser infligida tanto por las autoridades, servicios de salud, personal de salud, familiares y sociedad en general (CNDH, 2020). López y colaboradores (2020) mencionan que la violencia intrafamiliar es el factor predominante para la complicación de aborto espontáneo, porque en muchas ocasiones son embarazos impuestos con violencia.

**Factores ocupacionales:** López y colaboradores (2020) refieren que realizar más horas de trabajo es un factor de riesgo para aborto espontáneo. Así mismo describen que el trabajar de noche representaba un mayor riesgo de aborto espontáneo. Por otro lado, Morales (2020) menciona que las mujeres desempleadas tienen más riesgos de presentar un aborto.

**Factores emocionales:** Entre los factores emocionales podemos encontrar el estrés (Pérez-Arciniegas, et al, 2016) los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad los cuales representa causas importantes de abortos (López, et al, 2020).

### **Factores paternos**

Únicamente el 2% de los abortos se deben a causas atribuible al padre (Mondragón, 2012), debido al incremento de la edad paterna ya que se asocia con anomalías cromosómicas en los espermatozoides (Cunningham, 2019).

### **Causas idiopáticas**

Se estima que son alrededor de 50% de los casos (López, et al, 2020), en la actualidad hay numerosos trabajos que pretenden determinar e identificar el motivo de estos abortos, hasta hoy sin causa aparentemente.

## **CUADRO CLÍNICO**

La principal presentación clínica es la metrorragia y dolor tipo cólico en hipogastrio (Carvajal y Ralph, 2017). En una mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales y presenta el cuadro clínico después de retraso menstrual o amenorrea, o en quien se ha

hecho previamente el diagnóstico de embarazo, hay que sospechar de aborto (Guerrero, 2018).

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de aborto en sus diferentes presentaciones clínicas se realiza con la correlación entre el cuadro clínico presente, los resultados de laboratorio (niveles de B-hGC, progesterona) y los resultados de imagen (ultrasonido transabdominal y transvaginal) (Guerrero, 2018), los cuales son indispensables para establecer el diagnóstico definitivo (secretaría de salud, 2009).

### **Diagnóstico diferencial**

En el contexto de que los síntomas principales son metrorragia y dolor tipo cólico en hipogastrio es necesario descartar otras patologías que presentan sintomatología muy similar, como lo son:

- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional (Carvajal y Ralph, 2017).
- Sangrado disfuncional de origen desconocido
- Miomatosis uterina
- Pólipos endocervicales (Mondragón, 2012).

## **TRATAMIENTO**

La elección del tratamiento debe realizarse según la situación clínica de las pacientes y sus preferencias (ver anexo número 5°).

- Tratamiento médico: Manejo expectante y tratamiento farmacológico (Misoprostol y mifepristona).
- Tratamiento quirúrgico: Aspiración manual endouterina (AMEU) y Legrado uterino instrumental (LUI) (Encinas, et al, 2018).

### **Manejo expectante**

Indicado en pacientes con saco intacto que no desean tratamiento quirúrgico ni farmacológico. Las pacientes deben recibir información sobre signos de alarma y contar con

acceso a servicios de urgencias gineco-obstétricas. Deberá ser considerado para mujeres con aborto espontáneo incompleto (secretaría de salud, 2009).

### **Tratamiento farmacológico**

El aborto farmacológico conlleva la ventaja de la participación de la mujer, una mayor autonomía e intimidad, la sencillez y la percepción de menor invasión. Se ha demostrado que los métodos farmacológicos de aborto son seguros y eficaces (Lete, et al, 2018). Los principales medicamentos empleados son: Mifepristona, Misoprostol (Guerrero, 2018) y Dinoprostona (Lete, et al, 2018).

Sepúlveda y colaboradores (2019) mencionan que el manejo farmacológico del aborto del primer trimestre de gestación con el uso del misoprostol de acuerdo al esquema FIGO 2017 ofrece una opción terapéutica altamente segura y costo-efectiva.

### **Contraindicaciones**

Las principales contraindicaciones son: Alergia o hipersensibilidad a los medicamentos utilizados, gestación ectópica, cesara previa, cirugía ginecológica, insuficiencia suprarrenal, porfiria hereditaria, asma grave no controlado, terapia con corticoides, trastornos hemorrágicos, anemia severa, cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular y tener colocado un DIU (Encinas, et al, 2018) (OMS, 2014).

### **Efectos secundarios**

Son poco frecuentes, los efectos secundarios debido a mifepristona, puede presentar: Mareos, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga y taquicardia. Con misoprostol se puede presentar: Diarrea, náuseas, vómitos, escalofríos, febrícula o fiebre (en general por dosis repetida) (OMS, 2014), sangrado, dolor, ocasionalmente exantema y prurito en plantas de los pies y palmas de las manos (Ramon, et al, 2018).

### **Complicaciones**

La complicación más frecuente es la hemorragia, que muy rara vez precisa transfusión, más excepcional es la infección, por lo que no se recomienda la profilaxis antibiótica (Ramon, et al, 2018).

### **Tratamiento quirúrgico**

## **AMEU**

Es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino a través de una cánula conectada a un aspirador portátil, sus ventajas son seguridad, menor costo y menor riesgo de complicaciones (Bombin, et al, 2019). Está dirigida a gestaciones menores o iguales de 12-14 semanas (OMS, 2014).

Son indicaciones para AMEU: Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm y dilatación cervical menor o igual a 1 cm, y aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico (ver anexo número 3°)

## **LUI**

Está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

Son indicaciones para LUI: Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm, y aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico (secretaría de salud, 2009).

La OMS y la FIGO afirman que la aspiración por vacío o los regímenes de aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental (Ipas, 2021).

### **Complicaciones de AMEU**

Son mucho menos frecuentes que en el LUI, incluyen evacuación incompleta, desgarró cervical, perforación uterina, hemorragia e infección (Bombin, et al, 2019).

### **Complicaciones de LUI**

Son más frecuentes incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intraabdominal, síndrome Asherman, hemorragia (secretaría de salud, 2009), aborto séptico y coagulación intravascular diseminada (Guerrero, 2019).

## **SALUD MENTAL Y ABORTO ESPONTANEO**

La salud mental asociada al aborto ha tenido muy poca atención por parte de las comunidades científicas y profesionales de la salud. No obstante, las repercusiones del

duelo relacionado con la pérdida perinatal temprana son una cuestión importante, en particular en lo que respecta a la salud pública, ya que diversos estudios han indicado sus importantes efectos perjudiciales para la salud mental de la mujer (Montigny, et al, 2020).

### **Factores de riesgo para presentar problemas de salud mental:**

- Una relación conyugal difícil
- Pobreza
- Nivel económico bajo
- Nivel educativo bajo
- Abortos previos
- Insatisfacción con los servicios y profesionales de la salud
- No tener más hijos (Montigny, et al, 2020).
- Mujeres con antecedentes de baja autoestima
- Embarazo no planificado
- Falta de apoyo social
- Ansiedad materna
- Estrés
- Depresión previa
- Violencia doméstica.

### **Acciones de enfermería para protección de la salud mental en mujeres con aborto:**

- Valorar holísticamente bio-psico- social y espiritual los factores que afectan el estado de salud de la puérpera.
- Realizar valoración de depresión posparto (DPP) con la escala de depresión posnatal de Edimburgo (ver anexo número 2°)
- Informar a la pareja o familiar sobre factores de riesgo
- Establecer una relación de confianza que permita externar sus emociones
- Fomentar la autoestima a través del reconocimiento de sus virtudes
- Remitir a grupos de apoyo
- Referir a otro miembro del equipo de salud, (psicólogo, psiquiatra) (secretaría de salud, 2014).

## VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

### 6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

#### Ficha de identificación:

Nombre: O. R. D. A.

Edad: 29 años

Sexo: Mujer

Nacionalidad: Mexicana

Religión: No profesa religión

Estado civil: Unión libre

Nivel de escolaridad: Secundaria terminada

Diagnóstico actual: Aborto espontáneo en evolución-incompleto de 19 SDG por ultrasonido + LUI

Tipo de sangre: A+

Alergias: Penicilina.

Antecedentes heredofamiliares: Ambos padres con diabetes mellitus e hipertensión. Sin más datos de interés.

Antecedentes patológicos personales: Cesárea en primer embarazo debido a DCP y preeclampsia sin datos de severidad hace 6 años, cesaría en el segundo embarazo hace 5 años, debido a sufrimiento fetal agudo más ruptura uterina y mortinato con 42 SDG por FUM, durante el último embarazo presenta anemia ferropénica.

Padecimiento actual: Aborto espontaneo incompleto de 19 SDG por ultrasonido + LUI.

Signos vitales:

Somatometría:

TA: 124/85 mmHg

Talla: 1.50 m

TAM: 95 mmHg

Peso anterior al embarazo: 40 Kg

FC: 95x'

IMC: 17.7 kg/m<sup>2</sup>

FR: 20x'

T°: 36.5°C

SpO2: 96%

### **Valoración por patrones funcionales:**

#### **Patrón 1° Percepción manejo de la salud:**

Refiere ser obrera en una empresa de manufactura, la paciente percibe su estado de salud como enfermiza, agravado desde que empezó su segundo embarazo, refiere faltar a su trabajo por consultas de urgencia en la semana anterior, niega toxicomanías, expresa deseos de cuidar de su salud, desconoce las acciones para mejorar su estado de enfermedad y los síntomas que está presentando así como menciona querer mejorar su estado de salud, expresa grandes deseos de concebir otro bebé, desconoce los factores de riesgo asociados a un nuevo embarazo, refiere contar con esquema de vacunación completo, inicio control prenatal en ultimo embarazo desde la SDG 10, niega accidentes laborales y en casa, refiere apegarse a las indicaciones medicas al pie de la letra siempre que no interfieran con su deseo de concebir otro hijo, refiere alergia a la penicilina, refiere procedimientos quirúrgicos de 2 cesáreas, hace 6 años la primera y 5 años la segunda, confirma transfusiones sanguíneas de 4 paquetes globulares durante ultimo procedimiento de cesárea debido a ruptura uterina, cuenta con adecuadas practicas higiénicas personales, describe su vivienda como limpia y con todos los servicios básicos.

#### **Patrón 2° Nutricional/ Metabólico:**

Paciente refiere un peso anterior al embarazo de 40 kg, una estatura de 1.50 m, con IMC: 17.7 Kg/m<sup>2</sup>, encontrando un bajo peso, así como desnutrición, refiere tener un apetito disminuido desde hace una semana, refiere tener una alimentación deficiente en cantidad y calidad realizando solo 2 comidas al día debido a su trabajo así como consumir alto contenido en carbohidratos y comida chatarra, refiere no consumir verduras ni frutas, así como solo tomar bebidas azucaradas como refresco y jugos embotellados, consumo de agua solo ocasionalmente, niega alergias a alimentos así como intolerancia a ellos, paciente se aprecia con poco conocimiento sobre la dieta adecuada al cuestionarla, no presentar nauseas o vómitos, así como disfagia, refiere consumir tabletas de hierro indicadas en su centro de salud por presentar anemia ferropénica, presenta encías normales, lengua limpia,

piezas dentales completas, mucosas deshidratadas (++), palidez de tegumentos (++), piel frágil e íntegra, se percibe piel caliente al tacto, se comprueba temperatura axilar de 36.5°C, glucosa sanguínea de 77 mg/dL, a la exploración abdominal se inspecciona abdomen íntegro, a la palpación abdomen blando, depresible con sensibilidad en hipogastrio, a la percusión sonidos mates, a la auscultación se encuentran ruidos peristáltico de 19 gorgoros por minuto frecuencia intensidad y forma normal.

### **Patrón 3° Eliminación:**

Paciente presenta una evacuación durante el turno de cantidad moderada, color café, consistencia sólida y sin agregados, no refiere molestias ante la evacuación, presenta 2 micciones, en total de 300 mililitros, color amarillo paja, sin anexos ni sedimentos, no refiere molestias ante las micciones, con pérdidas transvaginales escasas, color rojo, sin presencia de olor fétido, piel sin sudoración.

### **Patrón 4° Actividad / Ejercicio:**

Paciente refiere ser obrera con un horario laboral de hasta 10 horas diarias, dentro de las cuales pasa la mayor parte de pie, refiere presentar problemas para desempeñar sus actividades diarias por sentirse cansada todo el tiempo y con falta de energía, refiere no practicar ningún tipo de actividad física ni de esparcimiento por falta de tiempo y ganas, no utiliza dispositivo para la deambulación, no presenta alteraciones músculo esqueléticas, de equilibrio y coordinación, paciente presenta constantes vitales, TA: 124/85 mmHg, TAM: 95 mmHg, FC: 95x', FR: 20x', SpO2: 96%, dentro de parámetros normales, presenta venoclisis en miembro superior derecho, vigente, funcional, permeable y sin datos de infección, con solución parenteral de Hartmann 1000 ml más 10 unidades de oxitocina para 6 horas, ante la inspección el tórax anterior y posterior se encuentran simétricos e íntegros, mamas y pezones a la misma altura, a la auscultación pulmonar se encuentran campos pulmonares con adecuada ventilación en la fase de inspiración y espiración, a la auscultación cardiaca en los 5 focos se encuentran ruidos cardiacos normales, sin sistema de ayuda para la respiración, con un llenado capilar de 2 segundos, sin datos de vasoespasmo, pulsos normales en amplitud, frecuencia, ritmo y forma, sin edema tanto en miembros superiores como inferiores y se encuentra encamada en proceso de recuperación tras intervención de legrado uterino instrumental, con estudios de Laboratorios: Hb: 9.5 g/dL, hematocrito: 34%,

plaquetas: 320,000, leucocitos: 8800, creatinina: 0.9 mg/dL, TP:12 segundos, TPT: 34 segundos.

#### **Patrón 5° Sueño / Descanso:**

Paciente refiere un descanso aproximado de 6 horas al día, sin siestas debido a su trabajo, refiere no despertarse durante las horas del sueño, refiere no tener pesadillas, sin embargo refiere sentirse pocas veces descansada y sin energía para las actividades del día, menciona que es como si solo durmiera pocos minutos al día, refiere no utiliza sistema de ayuda para dormir, menciona contar con un espacio adecuado para dormir, con iluminación, ventilación y sin ruido, así mismo refiere en la última semana tener dificultades para conciliar y mantener el sueño debido a problemas personales.

#### **Patrón 6° Cognitivo / Perceptual:**

Paciente refiere tomar sus propias decisiones, se encuentra orientada en persona tiempo y espacio, menciona contar con nivel académico de secundaria, refiere no tener pérdida de memoria, refiere no presentar problemas para el aprendizaje, lo cual se constata al pedir que repita las indicaciones dadas, presenta un lenguaje comprensible, no presenta alteraciones visuales, auditiva, olfatorias y táctiles, su nivel de conciencia es alerta, no presenta alteraciones neurológicas, ni de reflejos, presenta puntuación en escala de ALDRETE: 9 puntos, después de anestesia local, refiere dolor en escala EVA de 8 puntos, presenta expresión facial de dolor así como llanto ante la movilización y postura de evitación del dolor.

#### **Patrón 7 ° Autopercepción / Autoconcepto:**

Presenta una imagen corporal ajustada a la realidad, con aceptación ante imagen corporal, se describe como una persona con poco carácter, así como tranquila, que evita los problemas y sumisa, se infiere presenta baja autoestima, niega ideas suicidas, presenta problemas para afrontar sus sentimientos, se siente presionada por su pareja debido a que el desea tener un bebé, ante esta situación ella desea formar una familia con su nueva pareja y siente que sin un hijo la relación no va a funcionar.

#### **Patrón 8° Rol / Relación:**

Manifiesta vivir en la casa de su suegra, junto con su pareja y suegros, refiere que su hijo de 7 años es la persona más significativa en su vida, pero que actualmente vive con su

hermano mayor debido a problemas con su actual pareja, refiere presentar problemas para asumir el rol de madre y esposa por su trabajo, manifiesta recibir apoyo solo de su hermano, con su pareja actual mantiene una relación difícil debido a diferencias relacionadas con la aceptación de su hijo y el deseo de este para tener hijos, menciona que cedió a la presión de su pareja para embarazarse, refiere aun no superar y lamentar la pérdida de su niña (hace 4 años por ruptura uterina más mortinato), refiere que le será muy difícil sobreponerse después de haber perdido a otro bebé, la paciente presenta dificultad para la resiliencia con un proceso de duelo no resuelto, refiere abandono por parte de su pareja anterior, niega que en su hogar exista violencia física, sin embargo se infiere violencia psicológica, menciona que por lo general su relación con su esposo y suegros es buena.

### **Patrón 9° Sexualidad/ Reproducción:**

Paciente femenina de 29 años de edad con identidad sexual heterosexual, refiere menarquia a los 15 años, con ciclos regulares cada 28 días, con duración de 4-5 días, con sangrado moderado, inicio de vida sexual activa a los 18 años, manifiesta 3 parejas sexuales, refiere uso de preservativo como método de planificación familiar anterior, refiere último Papanicolaou hace 2 años con resultado normal, así como autoexamen de mamas cada mes, refiere gestas 3, partos 0, cesárea 2, abortos 1, refiere primera cesárea debido DCP y a preclamsia sin datos de severidad hace 6 años, segunda Cesárea por sufrimiento fetal agudo más rotura uterina hace 5 años, manifiesta que el día de hoy a las 03: 00 am presento sangrado transvaginal moderado, así como dolor tipo cólico intenso y actividad uterina, por lo cual acude a unidad médica donde le notifican que presenta un aborto espontáneo - incompleto y es candidata para realizar un legrado, como revisión de cavidad uterina, obteniendo un producto femenino de 19 SDG por ultrasonido previo, peso de 200grs., se niega a optar por un método de planificación familiar y presenta conducta defensiva ante el abordaje del tema, presenta involución uterina a nivel infra umbilical así como adecuado tono uterino, sangrado vaginal rojo brillante escaso, sin olor fétido ni presencia de coágulos, sin producción láctea, refiere no presentar molestias en sus pechos, refiere una satisfacción en la relación sexual, con un libido normal.

### **Patrón 10° Tolerancia al estrés:**

Paciente se observa ansiosa, intranquila, triste y con desesperanza ante la relación con su pareja, no acepta la muerte de su bebé, se percibe como culpable ante la pérdida de sus 2

hijos, paciente enfrenta una pérdida significativa en su vida con llanto incontrolable, así como sufrimiento por la separación de los restos de su bebé, demuestra problemas para controlar sus sentimientos y nivel de estrés, refiere preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, así como expresa sentir anhelo por sus dos bebés, demuestra que el cambio le genera tristeza, ansiedad y preocupación, se observa con una dificultad para superar y afrontar su pérdida anterior con problemas para la resiliencia, niega utilizar medidas para controlar su grado de estrés.

**Patrón 11° Valores / Creencias:**

Paciente refiere no profesar ninguna religión actualmente, debido a que su familia jamás le inculco alguna ideología al respecto, aun así, menciona que guía su vida con los valores morales que se le inculcaron en casa.



### 6.2 FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es):</b></p> <p>4° Actividad / ejercicio 6° Cognitivo / Perceptivo 10° Tolerancia al estrés</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Informe de dolor y se corrobora con facies de dolor.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>EVA de 8. Llanto ante la movilización. Postura de evitación del dolor. Expresión de tristeza, llanto y ansiedad.</p>	<p><b>Dominio:</b> 12° Confort</p> <p><b>Clase:</b> 01 Confort físico</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>(00132) Dolor Agudo</p> <p><b>Factor(s) relacionado(s):</b></p> <p>Agentes lesivos físicos (Procesos quirúrgicos, LUI)</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (8 puntos en escala EVA)</p> <p>Conducta expresiva (llanto, tristeza, ansiedad)</p> <p>Expresión facial de dolor.</p> <p>Postura de evitación del dolor</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> 05 Salud percibida		<b>Clase:</b> V Sintomatología	
		<b>Criterio de resultado:</b> (2102) Nivel de Dolor			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana</b>	
210201 Dolor referido	Grave-Ninguno 2° Sustancial	Mantener a: 2 Aumentar a: 4			
210206 Expresiones faciales de dolor	2° Sustancial	Mantener a: 2 Aumentar a: 5			
210225 Lagrimas.	2° Sustancial	Mantener a: 2 Aumentar a: 5			



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 01 Fisiológico básico</p> <p><b>Clase:</b> E Fomento de la comodidad física</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> (1400) Manejo del dolor</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>            03° Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.            01° Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.            08° Explorar con el paciente los factores que alivian / empeorarán el dolor.            14° Proporcionar información acerca del dolor como causas de este, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.            19° Enseñar los principios del manejo del dolor.            22° Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, (relajación, respiración, aplicación de calor/ frío).            33° Evaluar la eficiencia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.            43° Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos.</p>	<p>La GPC Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención (2015) menciona que el profesional de enfermería deberá valorar en las mujeres la presencia de dolor en el puerperio inmediato y mediato. Así cómo debe conocer las variables que están inmersas en el dolor para modificarlas, prevenirlas o tratarlas.</p> <p>Un estudio descriptivo comenta que los factores que determinan la aparición del dolor perineal postparto son: el ambiente, las condiciones de la puérpera, las condiciones del parto y el equipo de salud.</p> <p>En una revisión sistemática se determinó que el paracetamol a una dosis de 500 a 1000 mg es efectivo en el alivio del dolor perineal postparto.</p> <p>Los resultados de un ECA refieren que el 72.8% de las mujeres que se le aplico compresas de hielo en la región perineal después del parto tuvieron alivio del dolor.</p>	<b>Criterio de resultado:</b> (2102) Nivel de Dolor	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		<p>210201 Dolor referido</p> <p>210206 Expresiones faciales de dolor</p> <p>210225 Lagrimas</p>	<p>4° Leve</p> <p>5° Ninguno</p> <p>5° Ninguno</p> <p>Objetivo Logrado, paciente refiere dolor escala EVA de 2, no presenta llanto y se encuentra tranquila.</p>



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es):</b></p> <p>2° Nutricional / Metabólico</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Peso anterior al embarazo de 40 kg Estatura de 1.50 m IMC: 17.7 Kg/m<sup>2</sup>, bajo peso y desnutrición Mucosas deshidratadas (++) Palidez de tegumentos (++) Anemia ferropénica.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>Refiere apetito disminuido desde hace una semana. Alimentación deficiente en cantidad y calidad. Paciente se aprecia con poco conocimiento sabores la dieta adecuada a cuestionarla.</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Nutrición</p> <p><b>Clase:</b> 01 Ingestión</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>(00002) Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales</p> <p><b>Factor(s) relacionado(s):</b></p> <p>Ingesta diaria insuficiente</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)</p> <p>Palidez de mucosas</p> <p>Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal</p> <p>Desinformación</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> 04 Conocimiento y conducta de salud	<b>Clase:</b> S Conocimiento sobre salud		
		<b>Criterio de resultado:</b> (1854) Conocimiento: Dieta saludable			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana</b>	
185402 Peso personal optimo	Ningún conocimiento- Conocimiento extenso. 1° Ningún conocimiento	Mantener a: 1 Aumentar a: 4			
185404 Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas	2° Conocimiento escaso	Mantener a: 2 Aumentar a: 4			
185406 Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas	2° Conocimiento escaso	Mantener a: 2 Aumentar a: 4			



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 01 Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase:</b> D Apoyo nutricional</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> (5246) Asesoramiento Nutricional</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>04° Facilitar la identificación de las conductas alimentaria que se desean cambiar.</p> <p>07° Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (ganancia de peso, anemia ferropénica).</p> <p>11° Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta recomendada.</p> <p>08° Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias.</p> <p>19° Ayudar al paciente a expresar sentimientos inquietudes acerca de la consecución de las metas.</p> <p>21° Disponer una derivación/ consulta a otro miembro del equipo asistencial (nutriólogo).</p>	<p>La GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos (2010) menciona que mejorar la alimentación representa el método más deseable y sustentable para prevenir la deficiencia de micronutrientes. Las estrategias eficaces incluyen intensificar la disponibilidad de alimentos ricos en nutrientes, asegurar el acceso a dichos nutrientes y cambiar las tácticas de su consumo.</p> <p>La GPC Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención (2015) menciona que la implementación de una dieta adecuada y un programa de actividad física es efectiva para tener un peso adecuado.</p> <p>LA GPC prevención, diagnóstico y tratamiento a la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención (2020) menciona que existe evidencia que la deficiente ingesta de vitaminas en la dieta incrementa el riesgo de aborto espontaneo. Por lo que una ingesta adecuada de vitaminas ayuda a prevenir abortos.</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> (1854) Conocimiento: Dieta saludable</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>185402 Peso personal optimo</p>	<p>4° Conocimiento Sustancial</p>
		<p>185404 Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas</p>	<p>4° Conocimiento Sustancial</p>
		<p>185406 Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas</p>	<p>4° Conocimiento sustancial</p>
			<p>Objetivo logrado, paciente pose conocimiento sustancial acerca de una adecuada dieta, así como la relación que esta guarda con un peso óptimo.</p>



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es):</b> 5° Sueño / Descanso 8° Rol / Relación 10° Tolerancia al estrés</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Aborto incompleto + LUI</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b> Manifiesta recibir apoyo solo de su hermano. No acepta la muerte de su bebé. Demuestra problemas para controlar sus sentimientos y nivel de estrés. Expresa dificultades para superar y afrontar su pérdida anterior con problemas para la resiliencia. Niega utilizar medidas para controlar su grado de estrés. En la última semana dificultad para conciliar y mantener el sueño, refiere sentirse pocas veces descansada. Refiere problemas para asumir el rol de madre y esposa. Con su pareja actual mantiene una relación difícil debido a diferencias relacionadas con la aceptación de su hijo y el deseo de este para tener hijos, menciona que cedió a la presión de su pareja para embarazarse.</p>	<p><b>Dominio:</b> 09 Afrontamiento / Tolerancia al estrés</p> <p><b>Clase:</b> 02 Respuestas de afrontamiento</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b> (00069) Afrontamiento ineficaz</p> <p><b>Factor(s) relacionado(s):</b> Crisis situacional</p> <p><b>Características definitorias:</b> Cambios en el patrón del sueño Capacidad de resolución de problemas insuficiente Fatiga Incapacidad para manejar la situación Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol Estrategias de afrontamiento ineficaces.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> 03 Salud psicosocial	<b>Clase:</b> N	Adaptación psicosocial	
		<b>Criterio de resultado:</b> (1302) Afrontamiento de problemas			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana</b>	
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	Nunca demostrado 1° demostrado	Nunca demostrado	Mantener a: 1 Aumentar a: 3		
130201 Identifica patrones de superación eficaces.	1° demostrado	Nunca demostrado	Mantener a: 1 Aumentar a: 3		
130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.	1° demostrado	Nunca demostrado	Mantener a: 1 Aumentar a: 3		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 03 Conductual <b>Clase:</b> R Ayuda para el afrontamiento</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> (5230) Mejorar el afrontamiento</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> 51° Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. 13° Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. 47° Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de rol. 05° Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. 01° Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. 42° Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. 39° Animar al paciente a identificar puntos fuertes y sus capacidades. 38° Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza. 37° Alentar la verbalización de sentimientos percepciones y miedos. 29° Confortar los sentimientos ambivalentes del paciente.</p>	<p>La GPC diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo Inicial de aborto recurrente (2010) menciona que el impacto negativo a nivel psicológico de un aborto espontaneo afecta a la madre y a sus familiares, en un ensayo aleatorio se probó el efecto de la consejería en el momento del aborto espontaneo con el bienestar materno un año después, mostro menos angustia, depresión y mayor bienestar. Los profesionales de la salud deben proporcionar soporte apropiado, seguimiento y acceso a consejos formales para evitar sentimientos de culpa, depresión o ansiedad.</p> <p>La GPC Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención (2015) manifiesta que en un estudio descriptivo se encontró que el 19.2% de las púerperas presentan riesgo de desarrollar depresión posparto. Una revisión sistemática determino que es necesario realizar la detección de factores de riesgo de la depresión posparto a través de escalas de valoración, que permita identificar cambios en el estado de ánimo. Realizar una valoración de enfermería, establecido una relación de confianza en un ambiente propicio es eficaz para facilitar que expresen sus emociones.</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> (1302) Afrontamiento de problemas</p>	
		<p><b>Indicador (es)</b></p>	<p><b>Puntuación final</b></p>
		<p>130208 Se adapta a los cambios en desarrollo</p>	<p>3° A veces demostrado</p>
		<p>130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p>	<p>3° A veces demostrado</p>
		<p>130214 verbaliza la necesidad de asistencia.</p>	<p>3° A veces demostrado</p>
			<p>Objetivo logrado, paciente muestra interés para afrontar su situación actual utilizando redes de apoyo.</p>



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p><b>Patrón (es):</b></p> <p>1° Percepción / Manejo de la salud 2° Nutricional / Metabólico 4° Actividad / Ejercicio 5° Sueño/ Descanso 10° Tolerancia al estrés</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Se observa ansiosa, intranquila y cansada.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>Expresa grandes deseos de concebir a otro bebé. Apetito disminuido desde hace una semana. Refiere pocas veces sentirse descansada y con energía para las actividades del día, menciona que es como si solo durmiera pocos minutos al día.</p>	<p><b>Dominio:</b> 09 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p><b>Clase:</b> 02 Respuestas de afrontamiento.</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>(00146) Ansiedad</p> <p><b>Factor(s) relacionado(s):</b></p> <p>Crisis situacional</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Sufrimiento</p> <p>Temor</p> <p>Preocupación</p> <p>Cambios en el patrón del sueño</p> <p>Fatiga</p> <p>Anorexia</p> <p>Inquietud</p>	<p><b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b></p>		
		<p><b>Dominio:</b> 03 Salud psicosocial</p>	<p><b>Clase:</b> M Bienestar psicológico.</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b> (1211) Nivel de ansiedad</p>		
		<p><b>Indicador (es)</b></p> <p>121101 Desasosiego</p> <p>121107 Inquietud</p> <p>121129 Trastornos del sueño.</p>	<p><b>Puntuación inicial</b></p> <p>Grave- Ninguno</p> <p>2 ° Sustancial</p> <p>2° Sustancial</p> <p>3° Moderado</p>	<p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 03 Conductual</p> <p><b>Clase:</b> T Fomento a la comodidad psicológica</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b></p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>01° Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>03° Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>06° Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</p> <p>12° Escuchar con atención.</p> <p>16° Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>05° Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>04° Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>23° Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación (facilitar la conciliación del sueño).</p>	<p>La GPC Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto (2010) menciona que el uso de técnicas de comunicación efectiva y empática son efectivas para aumenta la seguridad del paciente, la terapia cognitiva conductual enfocada en las emociones es un tratamiento eficaz para causa una reducción continua de la ansiedad, en esta terapia se recomienda enseñanza de técnicas de relajación, permanecer con el paciente, escucha activa, explicar padecimiento y procedimientos, así como crear ambiente de seguridad.</p> <p>La GPC Diagnóstico y tratamiento del insomnio Crónico en Adultos en los tres niveles de atención (2012) menciona que el insomnio está estrechamente interrelacionado con la salud mental y física en el paciente. Los factores psicológicos que más afectan al sueño son reacciones de pérdida o duelo, las técnicas de relajación muscular progresiva y la respiración abdominal son efectivas para la reducción de la ansiedad, lo cual permite la conciliación y mantenimiento del sueño.</p>	<b>Criterio de resultado:</b> (1211) Nivel de ansiedad	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		<p>121101 Desasosiego</p> <p>121107 Inquietud</p> <p>121129 Trastornos del sueño</p>	<p>4° Leve</p> <p>4° Leve</p> <p>4° Leve</p> <p>Objetivo logrado, paciente se encuentra tranquila, no se percibe ansiosa y logra conciliar el sueño.</p>



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p><b>Patrón (es):</b></p> <p>2° Nutricional / Metabólico 3° Eliminación 4° Actividad / ejercicio 9° Sexualidad / Reproducción</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>IMC: 17.7 Kg/m2, con bajo peso, así como desnutrición. Hemoglobina: 9.5 g/dL Piel frágil, caliente al tacto LUI.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>Alimentación deficiente en cantidad y calidad.</p>	<p><b>Dominio:</b></p> <p>11 Seguridad / protección</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>01 Infección</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>(00004) Riesgo de infección.</p> <p><b>Factor(es) de riesgo:</b></p> <p>Procedimiento invasivo (LUI)</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p><b>Dominio:</b></p> <p>04 Conocimiento y conducta de salud.</p>	<p><b>Clase:</b></p> <p>T Control del riesgo y seguridad.</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b> (1902) Control del riesgo</p>		
		<p><b>Indicador (es)</b></p> <p>190201 Reconoce los factores de riesgo personales.</p> <p>190216 Reconoce cambios en el estado general de salud.</p> <p>190220 Identifica los factores de riesgo.</p>	<p><b>Puntuación inicial</b></p> <p>Nunca demostrado- Siempre demostrado</p> <p>1° Nunca demostrado</p> <p>2° Raramente demostrado</p> <p>2° Raramente demostrado</p>	<p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b>04 Seguridad.</p> <p><b>Clase:</b> V Control de riesgos.</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> (6540) Control de infecciones.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> 31° Administrar un agente antibiótico cuando sea necesario. 34° Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se debe notificar al personal de salud. 35° Enseñar al paciente y a la familia los cuidados para evitar infecciones. 08° Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. 03° Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo. 09° Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos. 13° Poner en práctica precauciones universales. 20° Mantener un ambiente limpio y ordenado. 29° Fomentar una ingesta de líquidos, según corresponda. 28° Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</p>	<p>La GPC diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo Inicial de aborto recurrente (2010) menciona que la profilaxis antibiótica previa a tratamiento quirúrgico de aborto espontáneo dependerá de la evaluación clínica particular. Y recomienda administrar antibióticos profilácticos a mujeres con aborto y tratamiento quirúrgico con LUI. La GPC Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención (2015) establece que los cuidados de enfermería de manera individualizada contribuyen a la reducción de problemas en el puerperio. Menciona que la sepsis puerperal es la segunda causa de muerte materna, reconocer sus factores de riesgo, signos y síntoma, capacitar a la mujer en medidas higiénicas adecuadas y utilizar técnicas asépticas disminuye el riesgo de presentarla. Fomentar y educar sobre una ingesta adecuada de nutrientes y líquidos puede prevenir infecciones puerperales, ya que garantiza que el sistema inmune se encuentre alerta y pueda reaccionar adecuadamente, así como favorece la recuperación fisiológica materna.</p>	<b>Criterio de resultado:</b> (1902) Control del riesgo	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		<p>190201 Reconoce los factores de riesgo personales.</p> <p>190216 Reconoce cambios en el estado general de salud.</p> <p>190220 Identifica los factores de riesgo.</p>	<p>4° Frecuentemente demostrado</p> <p>4° Frecuentemente demostrado</p> <p>4° Frecuentemente demostrado</p> <p>Objetivo logrado, paciente sin presencia de infección, reconoce los factores de riesgo, la sintomatología relacionada y medidas higiénicas y nutricionales para evitar infecciones.</p>



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p><b>Patrón (es):</b></p> <p>4° Actividad / Ejercicio 2° Nutricional / Metabólico 9° Sexualidad / Reproducción</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Hemoglobina: 9.5 g/dL Hematocrito: 34% Plaquetas: 320 TP:12 seg. TPT: 34 seg. Llenado capilar de 2 segundos Mucosas deshidratadas (++) Palidez de tegumentos (++) Presenta involución uterina a nivel infra umbilical, así como adecuado tono uterino. Sangrado vaginal rojo brillante escaso, sin olor fétido y sin presencia de coágulos.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p>	<p><b>Dominio:</b></p> <p>11 Seguridad / Protección</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>02 Lesión física</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>(00206) Riesgo de sangrado</p> <p><b>Factor(es) de riesgo:</b></p> <p>Complicaciones del embarazo (aborto incompleto + LUI)</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p><b>Dominio:</b> 06 Salud familiar</p>	<p><b>Clase:</b> Z Estado de salud de los miembros de la familia</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b> (2511) Estado Materno: Puerperio.</p>		
		<p><b>Indicador (es)</b></p> <p>251127 Sangrado vaginal</p> <p>251120 Hemoglobina</p> <p>251105 Circulación periférica</p>	<p><b>Puntuación inicial</b></p> <p>Desviación grave del rango normal-Sin desviación del rango normal.</p> <p>5° Sin desviación del rango normal</p> <p>3° Desviación moderada del rango normal</p> <p>3° Desviación moderada del rango normal</p>	<p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Mantener a: 5 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 05 Familia</p> <p><b>Clase:</b> W Cuidados de un nuevo bebé</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b></p> <p>(6930) Cuidados posparto</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>01° Monitorizar signos vitales.</p> <p>02° Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.</p> <p>05° Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.</p> <p>03° Administrar oxitócicos y hemoderivados según protocolo u órdenes.</p> <p>06° Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme si es necesario.</p> <p>54° Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requiere ser notificados de inmediato.</p> <p>41° Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas la entradas y salidas.</p> <p>45° Aplicar medidas para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa profunda, (elevación de piernas y medias de compresión).</p>	<p>La GPC Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención (2015) establece lo siguiente: El manejo activo del puerperio con historia clínica previa de sangrado uterino disminuye el riesgo de sangrado. Este manejo incluye la vigilancia de signos vitales, involución uterina, micción espontánea y sangrado transvaginal. La pérdida sanguínea puerperal es similar a la de una menstruación y debe ser menor a 500ml en las primeras 24hrs. La atonía uterina es la primera causa de hemorragia la cual se prevé con el masaje uterino ya que este estimula la producción de prostaglandinas favoreciendo la contracción uterina y una pérdida menor de sangre. En el puerperio aumenta el riesgo de trombosis profunda, por un aumento de la actividad fibrinolítica del plasma y de toda la sangre, la deambulación temprana limita este riesgo.</p> <p>La GPC diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo Inicial de aborto recurrente (2010) recomienda el uso de oxitocina para disminuir la cantidad de sangrado posterior a la realización de LUI ya que produce contracciones uterinas efectivas.</p> <p>La GPC diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia (2017) menciona que la identificación oportuna de factores de riesgo y la vigilancia de signos y síntomas sugestivos de hemorragia obstétrica disminuye el riesgo de presentarla.</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> (2511) Estado Materno: Puerperio.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		251127 Sangrado vaginal	5° Sin desviación del rango normal
		251120 Hemoglobina	4° Desviación leve del rango normal
		251105 Circulación periférica	4° Sin desviación del rango normal
		Objetivo logrado, paciente se encuentra hemodinamicamente estable.	

## VII. PLAN DE ALTA

PLAN DE ANTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: O. R. D. A.

EDAD: 29 años SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Aborto espontáneo en evolución-incompleto de 19 SDG por ultrasonido + LUI.

FECHA DE ELABORACIÓN: 09 de agosto del 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<b>COMUNICACIÓN</b> (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital General de zona número uno con medicina familiar "LIC. Ignacio García Téllez", al servicio de urgencias.  Informar que puede acudir a cualquier hospital o servicio de salud más cercano en caso de urgencia obstétrica.
<b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)	Educar sobre los signos de alarma en el puerperio como lo son: Fiebre, sensación de palpitaciones, sangrado abundante, loquios fétidos, ardor al orinar, cefalea, acufenos, fosfenos, epigastralgia, desmayos, molestia en pechos, edema, dificultad para respirar, dolor en periné. Presencia de síntomas de depresión postparto.  Notificar que si aparecen cualquier signo o síntoma antes mencionados es preciso asistir a atención médica urgente.
<b>INFORMACIÓN</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Educar a la paciente sobre las posibles causas desencadenantes del aborto como: el grado de desnutrición que presenta, el antecedente de la ruptura uterina, las horas de trabajo que realiza y las condiciones de este, los factores estresantes que mantiene en el trabajo y en el hogar, así como indicar las causas de origen fetal e idiopáticas.  Realizar educación para evitar infecciones puerperales con practica higiénicas adecuadas.

	<p>Informar sobre el uso correcto del método de planificación familiar elegido (preservativo masculino)</p> <p>Remarcar los factores de riesgo preconceptionales y reproductivos que tiene la paciente (ver anexo número 4°).</p> <p>Señalar las posibles complicaciones que puede presentar tanto el bebé como la paciente ante un nuevo embarazo (riesgos obstétricos) (ver anexo número 4°).</p> <p>Notificar que es importante cumplir un periodo intergenésico mínimo de 2 años antes de un nuevo embarazo (para favorecer la adaptación y recuperación del útero), preferiblemente realizar control preconceptional (3 meses antes), así como corregir los factores de riesgo modificables que presenta.</p>
<p><b>DIETA</b></p> <p>(Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Recomendar seguir una dieta adecuada en cantidad y calidad de nutrientes, desacuerdo al plato del buen comer con los 4 grupos alimenticios, realizar 3 comida al día y 2 colaciones con horarios definidos, indicar el consumo de verduras de hoja verde para corregir la anemia, recomendar realizar una ingesta de 2 litros de agua al día, evitar el consumo de comida chátara con alto contenido de carbohidratos y azucares, enfatizar el seguimiento de la dieta recomendada por nutriólogo y que asista a consultas para corregir la desnutrición.</p>
<p><b>AMBIENTE</b></p> <p>(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Orienta sobre la violencia intrafamiliar, los diferentes tipos de violencia, sobre las señales de alarma de violencia, las instituciones que ofrecen apoyo a las mujeres víctimas de violencia, grupos de ayuda, favorece la identificación de redes de apoyo, y las acciones que puede realizar para enfrentarla. Brindarle información sobre sus derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Recomendar una adaptación efectiva para reducir el estrés y la fatiga ocasionado por su trabajo con el empleo de técnicas de relajación y mejorar su calidad de sueño.</p> <p>Recomendar evitar el aislamiento social y fomentar su adaptación en la sociedad, tratar de fortalecer amistades y reunirse con personas que compartan intereses mutuos (grupos de apoyo).</p> <p>Recomendar que es necesaria una adaptación al rol de madre y esposa, orientar sobre la necesidad de asumir las responsabilidades que conlleva la crianza de su hijo y</p>

		<p>que es vital que mejore la relación con él, en cuanto a la adaptación del rol de esposa recomendar compartir sus sentimientos con su pareja, en especial la presión psicológica que ella siente para embarazarse nuevamente, informarle que es importante mejorar su relación conyugal antes de un nuevo embarazo así como eliminar cualquier situación de violencia presente y si es necesario asistir a terapia juntos.</p>
<p><b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b></p> <p>(Prácticas saludables)</p> <p>recreativas</p>		<p>Orientar sobre la adaptación a realizar ejercicio de 30 minutos al día, recomendar realizar prácticas recreativas saludable con familiares y amigos para mejorar su estado de ánimo y relaciones personales.</p> <p>Ejemplos: deportes, senderismo, asistir a eventos deportivos, culturales, artísticos, realizar fotografía, clases de baile, artesanías, manualidades, leer libros, escuchar la radio, música, juegos de mesa, tener un pasatiempo, realiza actividades de relajación.</p>
<p><b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b></p> <p><b>NO</b></p>		<p>Orientar sobre la ingesta adecuada, efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos prescritos, así como la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico asignado.</p> <p>Tomar hierro 60 mg al día vía oral por 2 semanas.</p> <p>Tomar paracetamol 500 mg cada 12 horas en caso de dolor.</p> <p>Educación sobre las técnicas de relajación y medidas de higiene del sueño para mejorar el patrón del sueño.</p> <p>Educación sobre las prácticas de control del dolor.</p>
<p><b>ESPIRITUALIDAD</b></p> <p>(Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>		<p>Informar a la paciente que la espiritualidad es una parte importante para el ser humano ya que permite una comprensión de la vida y puede ser de gran ayuda para superar las situaciones difíciles que se presenta a lo largo de la vida. Profesar una religión puede ayudar a fomentar el perdón y la aceptación de las pérdidas. Así como promueve el apoyo mutuo entre individual y comunidades.</p> <p>Recomendar a la paciente que puede ser de gran ayuda para adaptarse a las pérdidas que ha presentado.</p>

## VIII. CONCLUSIONES

Diferentes organismos tanto internacionales y nacionales como la OMS, OPS, FIGO, SEGO, UNICEF, CNDH y Secretaria de Salud se han pronunciado innumerables ocasiones a favor de tomar acciones entorno a la disminución de la mortalidad materna, explicando que la mayoría de estas muertes pueden ser prevenibles utilizando un enfoque de prevención y promoción a la salud, en la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio.

Las muertes maternas relacionadas con aborto representan como tal la 5<sup>ta</sup> causa de muertes maternas en el mundo, es de suma importancia que en estudios posteriores se realice una aclaración objetiva de cuantas muertes maternas que se clasifican como hemorragia obstétrica y sepsis puerperal tienen como factor desencadenante o primario el aborto en sus diferentes clasificaciones.

Es imperativo tratar de disminuir la realización en forma rutinaria del LUI en los casos de aborto espontáneo, debido a que es el método de evacuación uterina que más riesgos conlleva para la mujer. Resulta fundamental Informar a las pacientes y tratar los factores de riesgo modificables antes de enviarlas a medicina reproductiva.

El profesional de enfermería debe realizar una evaluación inicial completa y una historia clínica enfocada en la búsqueda activa de factores de riesgo, clasificar el tipo de aborto que presenta la mujer con base en los resultados de la exploración física, resultados de laboratorio y ultrasonografía. Realizar acciones para prevenir y evitar complicaciones, discapacidades y muertes maternas a consecuencia de un aborto, estas acciones contemplan el oportuno diagnosticando, ministrar el tratamiento adecuado y la referencia a la mujer en caso de atención médica especializada.

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, el cual es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso cuidado enfermero, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer enfermero. Este conocimiento y al delimitar los cuidados de enfermería como el objeto central de estudio, permite que la profesión se profile claramente a un quehacer enfermero autónomo e indelegable

La participación del profesional de enfermería en las demandas de atención a la paciente en edad reproductiva es cada día más desafiante, debido a que la sociedad se encuentra en constante evolución, con grandes retos en la atención de la salud actualmente, en donde existen contrastes tan diferentes, que se encuentran sumergidos en una identidad cultural nacional.

En específico en relación con la atención a la mujer con aborto, es indispensable dejar de lado la perspectiva personal, creencias erróneas y evitar realizar juicios precipitados en contra de la mujer, se debe mantener en todo momento de la atención una postura de profesionalismo, crear un ambiente de seguridad y confianza para que se sientan libres de acceder a un servicio de manejo de aborto, realizar la atención con empatía y tratar de reconfortar los sentimientos ambivalentes que la mujer pueda presentar, también es necesario ofrecer tratamiento de forma individualizada fomentando su participación activa.

Recordar que es fundamental proteger en primera instancia los derechos humanos de la mujer en específico el derecho a la libertad y el derecho a la salud, respetar sus derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho que otorga la constitución de los estados unidos mexicanos en su artículo 4° el derecho a la salud, y derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Se concluye que la aplicación del proceso cuidado enfermero y los cuidados independientes que realiza enfermería en la atención de la mujer que cursa con aborto incrementa en gran medida la cálida y calidez de la atención a la salud. Para seguir fortaleciendo el conocimiento y el actuar de enfermería resulta fundamental seguir trabajando de manera ardua en la documentación de casos reales que permitan deslumbrar áreas de oportunidad en torno a la atención de la mujer en edad reproductiva.

Como aprendizaje obtenido se resalta la experiencia obtenida en el uso adecuado de las taxonomías NANDA-NIC-NOC, el abordaje y uso correcto del modelo teórico de Callista Roy, la identificación de la situación actual de aborto en nuestro país como causa desencadenante de muerte materna y, por último, el reforzamiento en la implementación del proceso cuidado enfermero.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro Lefevre R. (1996). *Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed.* Barcelona: Doyma.

Álvarez, J., Castillo, F., Fernández, D. & Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales.* Servicios de Salud Principado de Asturias. Consultado el 31 de Julio de 2021; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Amaro Cano, M. (2004). *Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería.* Revista cubana de enfermería (vol. 20 No3) Scielo. Consultado julio11, 2021. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009)

Berman, A. y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería.* PEARSON

Bombin, M., Mercado, J., Zúñiga, J., Encalada, D., & Ávila, J. (2019). *Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos.* Revista chilena de Obstetricia y Ginecología (vol.84 no.6). Consultado julio 27, 2021. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262019000600460&lang=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262019000600460&lang=pt)

Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* ELSEVIER.

Carvajal, J., & Ralph, C. (2017). *Manual de obstetricia y ginecología (séptima edición).* Pontificia Universidad Católica De Chile. Escuela de Medicina.

CENETEC. (2015). *GPC Intervenciones de Enfermería Durante el Puerperio Fisiológico en el primer nivel de atención.* Secretaria de salud. Consultado agosto 7, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-753-15/ER.pdf>

CENETEC. (2020). *GPC Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención.* Secretaria de salud. Consultado. Agosto 6, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del adolescente Escuela de Salud Pública. (2017). *Clasificación del aborto.* CESOLAA. Consultado julio 23, 2021.

Disponible en: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/aborto-mitos-y-realidades/clasificacion-del-aborto>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2018). *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. De Gobierno Federal. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Estrategia\\_Integral.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf)

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2020). *CNDH se pronuncia por respetar el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, además de garantizarles acceso al aborto legal*. Dirección General de Comunicación. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-09/COM\\_2020\\_307.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-09/COM_2020_307.pdf)

CONAMED. (2015). *Semáforo de riesgos durante el embarazo*. CONAMED. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/info\\_pacientes/pdf/semaforo2015.pdf](http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/pdf/semaforo2015.pdf)

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. & Spong, C. (2019). *WILLIAMS OBSTETRICIA (25ª ed.)*. McGraw-Hill.

Doenges M, & Frances M. (2014). *Proceso y diagnósticos de enfermería*. De Manual moderno.

Encarna Bonfill Accensi, Mar Lleixa Fortuño, Flor Sáez Vay & Sara Romaguera Genís. (2010). *Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy*. SCIELO. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010)

Encinas, A., Lapuente, O., López, A., Cuadra, M., Ugarte, L. & Martincorena, L. (2016). *La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol*. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia. 59(4), 247-251 Scielo. Consultado julio 20, 2021. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n4/004\\_PROG16\\_11.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n4/004_PROG16_11.pdf)

Fondo De Las Naciones Unidad Para La Infancia. (2016). *Estrategia de salud para 2016-2030*. De UNICEF. Consultado julio 19, 2021. Disponible en:

<https://www.unicef.org/ecuador/media/241/file/Estrategia%20de%20salud%20para%202016-2030.pdf>

Gamboa, C. & Valdés, S. (2014). *REGULACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO Estudio Teórico Conceptual, de Antecedentes Legislativos, Instrumentos Jurídicos Internacionales, Jurisprudencia y Opiniones Especializadas (Primera Parte)*. De DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN, INFORMACIÓN Y ANÁLISIS. Consultado julio 23, 2021. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-32-14.pdf>

Gayosso Islas, E., & Sánchez Moreno, C. (2012). *Proceso Atención de Enfermería. Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 1(1). Consultado julio 18, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.29057/icsa.v1i1.692>

Gobierno del estado de S.L.P. (2015). *Programa de salud materna y perinatal*. De secretaria de salud S.L.P. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Programas%20Epidemiol%C3%B3gicos/Salud-materna-y-perinatal.aspx>

Gobierno del estado de S.L.P. (2020). *Código Penal Del Estado De San Luis Potosí. Periódico Oficial del Estado*. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: <http://www.stjslp.gob.mx/transp/cont/marco%20juridico/pdf-zip/codigos/CPESLP/CPESLP.pdf>

Guerrero, I. (2018). *CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE APOYO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES-PAITA DURANTE EL PERÍODO JULIO A DICIEMBRE 2017. [TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA]*. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1184/CIE-GUE-COR-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herdman, H & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definición y Clasificaciones 2015-2017(10th Ed)*. Elsevier.

Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018) *NANDA internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definición y Clasificaciones 2018-2020(11th Ed)*. Elsevier

IMSS. (2010). *GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia Por Deficiencia de Hierro en niños y adultos*. Secretaria de salud. Consultado agosto 3, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-415-10/ER.pdf>

IMSS. (2017). *GPC Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia Guía de Evidencias y Recomendaciones*. IMSS. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenido/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. (2020). *CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES FETALES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE 2019*. De INEGI. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019_08.pdf)

Ipas México. (2020). *Causales de aborto legal*. Ipas México. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2020/09/30/causales-de-aborto-legal/>

Ipas México. (2021). *El aborto como un asunto de salud pública*. De Ipas México. Consultado julio 24, 2021. Disponible en: [https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2021/01/El\\_aborto\\_como-un\\_asunto\\_de-salud\\_publica.pdf](https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2021/01/El_aborto_como-un_asunto_de-salud_publica.pdf)

Ipas. (2021). *Evacuación endouterina: reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI) por aspiración o medicamentos*. Ipas. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-generales/evacuacion-endouterina-reemplazar-el-legrado-uterino-instrumental-lui-por-aspiracion-o-medicamentos/>

León, C. (2006). *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Revista Cubana de Enfermería (vol..22 No.4) Scielo. Consultado julio 17, 2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007)

Lete, I. Coll Capdevila C., Serrano, I., Doval, J., & Carbonell, J. (2018). *Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación: ¿dónde estamos en el año 2018?* Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Vol.61 No2) Scielo. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV\\_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf)

López-Hernández D., Morales-Martínez, M., & Ramos-Contreras, G. (2020). *Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo*. (vol. 5 No 4) Scielo. Revista Internacional De Salud Materno Fetal. Consultado julio 26,2021. Disponible en <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/193/223>

Marriner A, Raile MA. (2007). *Fundamentar la ciencia en cuidado. En construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería* (pág. 74-80). Elsevier.

Martínez Martín, M. y Chamorro Rebollo, E. (2016). *Historia de la Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero tercera Edición*. Elsevier.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. (2013). *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*. Revista de Salud Pública de Paraguay (Vol. 3 No.1°). Consultado julio 12, 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

Mondragón Castro H. (2012) *Obstetricia básica ilustrada*. (6ª ed.). Trillas.

Montaño, J. (2018). *Callista Roy: biografía, teoría y obras*. Lifeder. Consultado julio 15, 2021. Disponible en: <https://www.lifeder.com/callista-roy/>

Montigny, F. Verdon, C. Meunier, S. Gervais, C. & Coté, I. (2020) *Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo*. Scielo. Consultado agosto 9, 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XYnPPrJZzwN3zBynRHHQ4NN/?format=html&lang=es>

Montoya, Y. (2021, enero). *INFORME SEMANAL DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA (semana epidemiológica 53)*. De secretaria de salud. Consultado julio 16, 2021. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT\\_2020\\_SE53.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT_2020_SE53.pdf)

Montoya, Y. (2021, julio). *INFORME SEMANAL DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA (semana epidemiológica 27)*. De secretaria de salud. Consultado julio 16, 2021. Disponible en: [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/07/BOLETIN\\_MUERTE-MATERNA\\_27\\_2021.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/07/BOLETIN_MUERTE-MATERNA_27_2021.pdf)

Moorehead, S. Johnson, M. Maas, M. & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en salud (Quinta edición)*. Elsevier. España

Mora-Alfárez, A., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E., Chavesta, F., De Zighelboim, E., De Michelena, M. (2016). *Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos*. Revista Peruana De Ginecología y Obstetricia (vol.62. No.2). Consultado julio 26, 2021. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002)

Morales, H. (2020). *FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ABORTO INCOMPLETO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE ENERO –DICIEMBRE 2019*. [ Tesis de PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD RICARDO PALMA, LIMA PERÚ]. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3263/HMORALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Gaceta Médica Espirituana (vol.19 no.3) Scielo. Consultado julio 14,2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

Natividad, A. (2002). *El Cuidado como objeto de Conocimiento de Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Consultado agosto 14, 2021. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/30135/16312-50818-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Navarro, A. (2019, agosto). *Interrupción Legal del Embarazo, experiencia en la Ciudad de México*. (Vol. 5°, No. 25). De CONAMED. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-8.pdf>

Organización mundial de la salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. OMS. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial De La Salud. (2019). *Mortalidad materna*. De OMS. Consultado julio16, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial De La Salud. (2019). *TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD MATERNA DE 2000- 2017*. De OMS. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>

Organización Mundial De La Salud. (2020). *Informe de la OMS señala que las infecciones obstétricas son la tercera causa de muerte materna*. De OMS. Consultado julio 16, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-9-2020-informe-oms-senala-que-infecciones-obstetricas-son-tercera-causa-muerte-materna>

Organización Mundial De La Salud. (2020). *Prevención del aborto peligroso*. De OMS. Consultado julio 16, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Palma Salud. (2018). *Guía de amenaza de aborto*. IPS LTDA. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: <https://palmasaludipsltda.com/wp-content/uploads/2019/06/GSS-001-GAIS-12-GU%C3%8DA-DE-AMENAZA-DE-ABORTO-1.pdf>

Peralta, A. (2018). *Factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto. Hospital Belén Trujillo, Enero – julio del 2016*. [Tesis de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas, Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú]. consultado agosto 4, 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29245/zavaleta\\_ac.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29245/zavaleta_ac.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pérez-Arciniegas, E., Godoy-Albornoz, D., Quiroz-Figuera, D., Quiroz-Figuera, D., Tovar-Thomas, C., Romero-Herrera, A., Yary-Maestracci, S., Brown-Davis, J., Alzolay-Belisario, A., Yzhac-Silva, J., & Brito-Núñez, N., (2016). *Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela*. De scielo. Consultado julio19, 2021. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472016000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472016000100003)

Ponti, L. (2016). *La enfermería y su rol en la educación para la salud*. Teseo. Universidad Abierta Interamericana. Consultado julio 10, 2021. Disponible en: [https://www.academia.edu/25884140/La\\_enfermer%C3%ADa\\_y\\_su\\_rol\\_en\\_la\\_educaci%C3%B3n\\_para\\_la\\_salud](https://www.academia.edu/25884140/La_enfermer%C3%ADa_y_su_rol_en_la_educaci%C3%B3n_para_la_salud)

Raile, M. & Marriner, A. (2017). *Modelos y Teorías en Enfermería Séptima Edición*. Elsevier.

Ramón, J., López, E., Mari, J. Rey, M., Gutiérrez, J., & Lertxundi, R. (2018). *GUÍA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)*. SEGO/SEC. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_IVE.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_IVE.pdf)

Reyna, C. (2010). *EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO*. Umbral Científico Universidad Manuel Beltrán Bogotá Colombia Redialyc. Consultado julio 18, 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Saavedra, M., Espinosa A., & Elers, Y. (2019). *El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson*. Revista Cubana de Enfermería (Vol. 35 No 1) Scielo. Consultado Julio 15, 2021. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n1/1561-2961-enf-35-01-e1923.pdf>

Sánchez, T., Jiménez, A. y Salinas, M. (2004). *Barreras epistemológicas en enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica (Vol. 12 No. 1) Mediagraphic. Consultado julio 16, 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2004/en041e.pdf>

Secretaria de salud. (2008). *GPC Control prenatal con enfoque de riesgo*. Secretaria de salud. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-028-08.pdf>

Secretaria de salud. (2008). *GPC Prevención y Manejo de la Hemorragia Postparto en el primer y segundo nivel de atención*. Secretaria de salud. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: [https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica\\_pretelini/documentos/guias/Prevencion%20y%20Manejo%20de%20la%20Hemorragia%20Postparto.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/Prevencion%20y%20Manejo%20de%20la%20Hemorragia%20Postparto.pdf)

Secretaria de salud. (2009). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente*. CENETEC. Consultado julio 27, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-088-08/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2009). *GPC Diagnóstico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejo Inicial Del Aborto Recurrente*. Secretaria de salud. Consultado agosto 1, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-088-08/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2010). *GPC Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto*. Secretaria de salud. Consultado agosto 8, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-392-10/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2011). *GPC Detección y Tratamiento inicial de las Emergencias Obstétricas*. Secretaria de salud. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: [https://salud.edomex.gob.mx/hmpmponica\\_pretelini/documentos/guias/Deteccion%20y%20tratamiento%20de%20las%20Emergencias%20Obstetricas.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/hmpmponica_pretelini/documentos/guias/Deteccion%20y%20tratamiento%20de%20las%20Emergencias%20Obstetricas.pdf)

Secretaria de salud. (2012). *El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud*. De secretaria de Salud. Consultado julio 19, 2021, Disponible en: [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica\(3\).pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica(3).pdf)

Secretaria de salud. (2012). *GPC Diagnóstico y tratamiento del insomnio Crónico en Adultos en los tres niveles de atención médica*. Secretaria de salud. Consultado agosto 8, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-599-13/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2013). *GPC Desnutrición Intrahospitalaria Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento*. Secretaria de salud. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf>

Secretaria de salud. (2013). *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. De secretaria de Salud. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf)

Secretaria de salud. (2014). *GPC EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Secretaria de salud. Consultado agosto 10, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-095-08/ER.pdf>

Secretaria de Salud. (2014). *GPC Prevención, Diagnóstico y Manejo de la DEPRESIÓN PRENATAL Y POSPARTO En el Primero y Segundo Niveles de Atención*. Secretaria de salud. Consultado agosto 9, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-666-14/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. De secretaria de gobernación. Consultado julio 23, 2021. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Secretaria de salud. (2017). *GPC Control Prenatal Con Atención Centrada En la Paciente*. Secretaria de salud. Consultado agosto 5, 2021. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>

Secretaria de salud. (2017). *GPC Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Secretaria de salud. Consultado agosto 8, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-809-17/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2018). *GPC prevención, Detección y Atención de la Violencia Contra la Mujer de 12 a 59 años de edad con Énfasis en la Violencia Sexual*. Secretaria de salud. Consultado agosto 4, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-294-18/ER.pdf>

Secretaria de salud. (2020). *PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024*. De secretaria de Salud. Consultado julio 19, 2021. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020)

Sepúlveda, C., Araujo, O. Mora, J., Ruiz, A., González, D., & León, J. (2019) *Effectiveness of the FIGO protocol for medical management of first-trimester abortion*. De Revista peruana de ginecóloga y obstetricia (vol.65 no.3). Consultado julio 27, 2021. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000300006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000300006)

Torres, S. & Zambrano, E. (2010). *Breve historia de la educación de la enfermería en México*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (Vol18 No 2). Consultado julio 9, 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>

UNAM. (2020). *El Proceso de Atención de Enfermería*. De UNAM. Consultado julio 14, 2021. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

Universidad de Antioquia. (2016). *Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de enfermería*. De Universidad de Antioquia. Consultado julio 14, 2021. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>

Universidad de Guanajuato. (2018). *Unidad didáctica 4: Proceso enfermero*. De universidad de Guanajuato. Consultado julio14, 2021. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>

Vélez, C., & Vanegas, J. (2011). *Epistemología del cuidado en enfermería a la luz de la fenomenología*. Revista cultura del cuidado enfermería (vol.8 No, 52). Consultado el 20 Julio 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10901/14589>

## **X. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**Analgésico:** Sustancia que alivia o suprime el dolor.

**Ansiedad:** Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos.

**Atención centrada en el paciente:** Supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes de la toma de decisiones.

**Atención de la Emergencia Obstétrica:** Es la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad médica, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

**Autoestima:** En resumen, es la precepción evolutiva de nosotros mismos.

**Calidad de la atención:** Conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles.

**Calidez en la atención:** Es la actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos.

**Coagulación intravascular diseminada:** Trastorno que afecta la capacidad de coagulación de la sangre. Se caracteriza por la formación de acumulaciones anormales de coágulos dentro de los vasos sanguíneos, los cuales agotan los factores de coagulación de la sangre, lo que puede ocasionar una hemorragia grave.

**Depresión:** Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

**Desnutrición:** Resultado de una ingestión de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal.

**Dieta:** Conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

**Emergencia obstétrica:** Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado.

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado; el cual, consta de documentos escritos, gráficos, estudios de imagen, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

**Insomnio:** Dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o de la cantidad de sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

**Intervenciones de enfermería:** Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia personal.

**Involución uterina:** Retorno del útero al estado de reposos después del parto.

**Loquios:** Secreción vaginal normal durante el puerperio, después del parto, que contiene moco y tejido placentario.

**Medidas de higiene del sueño:** Medidas de higiene del sueño: de higiene del sueño: Son sugerencias encaminadas a modificar situaciones identificadas como coadyuvantes en el insomnio. Como, por ejemplo, se suele recomendar despertarse todos los días a la misma hora, no irse a la cama a dormir si no se tiene sueño, evitar actividades estimulantes que inhiban la somnolencia, mantener condiciones cómodas para dormir, etc.

**Muerte materna directa:** La que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

**Muerte materna indirecta:** La que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

**Muerte materna:** Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Oxitocina:** Hormona secretada por la neuro hipófisis, que tiene la propiedad de incrementar las contracciones uterinas al inicia del parto.

**Parto:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.

**Puérpera:** Mujer recién parida.

**Puerperio inmediato:** Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

**Puerperio mediato:** Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

**Puerperio normal:** Periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

**Puerperio tardío:** Periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.

**Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto, potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

**Salud reproductiva:** Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos.

**Síndrome de Asherman:** Presencia de adherencias intrauterinas posterior a realización de legrado uterino instrumental vigoroso.

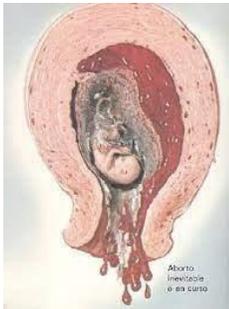
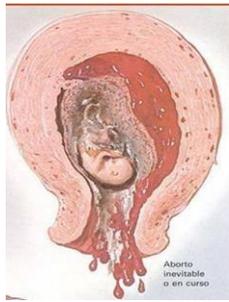
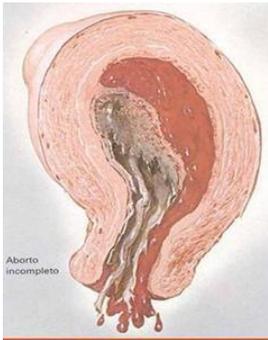
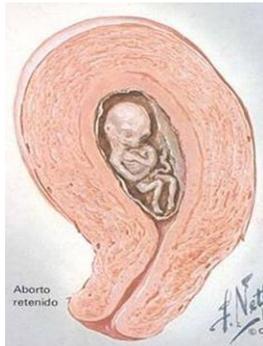
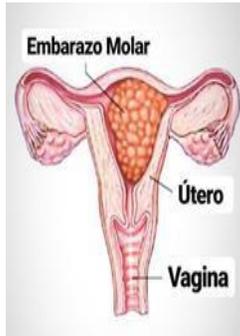
**Urgencia obstétrica:** Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

**Violencia domestica:** Es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico

repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/ o coerción económica.

# XI. ANEXOS

## ANEXO NÚMERO 1º: DIFERENTES FORMAS CÍNICAS DEL ABORTO

	Amenaza de aborto	de	Aborto en evolución	en	Aborto inevitable	Aborto inminente
Sangrado (metrorragia)	Cantidad variable		Abundante		Puede o no haber	Abundante
Dolor abdominal	Presente o ausente		Intenso progresivo		Puede o no haber	Intenso
Modificaciones cervicales	No hay		Borrado y parcialmente dilatado		No hay	Protrusión de contenido uterino
Membranas ovulares	Integras		Integras		Rotas	Integras o rotas
						
	Aborto incompleto		Aborto completo		Aborto diferido	Aborto molar
Sangrado (metrorragia)	Abundante		Escaso		No hay	Cantidad variable
Dolor abdominal	Persistente al dolor		No hay		No hay	Puede o no haber
Modificaciones cervicales	Permeable		No hay		No hay	Puede o no existir
Membranas ovulares	Partes ovulares		No hay		integras	Posible expulsión de vesículas
						

Fuente: Adaptado de formas clínicas de aborto (p.217-218). Por Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. & Spong, C. (2019). *WILLIAMS OBSTETRICIA (25a ed.)*. (2019). McGraw-Hill.

## ANEXO NÚMERO 2°: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días.

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE	
			2 mese	6 meses
1	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas.	Tanto como siempre	0	0
		No tanto como ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante.	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi, nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8	Me siento triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1

		No, nunca	0	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Solo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		Nunca	0	0
<b>Total</b>				

### INTERPRETACIÓN

- Una puntuación de 11 o más puntos indica sospecha de depresión posparto
- Cualquier puntaje distinto de “0” en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

Fuente: Adaptado GPC Prevención, Diagnóstico y Manejo de la DEPRESIÓN PRENATAL Y POSPARTO En el Primero y Segundo Niveles de Atención. Por Secretaria de salud. (2014). Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-666-14/ER.pdf>

### ANEXO NÚMERO 3°: FÁRMACOS INDICADOS EN EL ABORTO ESPONTANEO

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo de uso	Efectos adversos	interacciones	Contraindicaciones
Amikacina	500mg intramuscular	Ámpulas de 500mg	3 dosis intramuscular	Bloqueo neuromuscular, ototoxicidad, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad	Con anestésicos generales y bloqueadores neuromusculares se incrementa su efecto bloqueador. Con cefalosporinas aumenta la nefrotoxicidad. Con diuréticos de asa aumenta la ototoxicidad y nefrotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En insuficiencia hepática e insuficiencia renal, graduar la dosis o el intervalo, utilizar la vía intravenosa en infusión.
cefalotina	1gramo intravenoso	Ámpulas de 1 gramo	Cada 8hrs por 3 dosis	Náusea, vómito, diarrea, reacciones de hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa, flebitis, tromboflebitis, nefrotoxicidad	Con furosemida aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco.
Paracetamol	500mg	Tabletas de 500mg	250 a 500mg cada 4 a 6 hrs	Reacciones de hipersensibilidad erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulorrenal e hipoglucemia	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No Deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días
Oxitocina	Se recomienda iniciar con 2 mU por ml aumentar dosis según respuesta	Ámpulas de 5uL	Dosis respuesta	Hipertonía uterina, espasmos y contracción tetánica, ruptura uterina, náuseas, vómito, arritmia cardiaca materna	Otros oxitócicos, vasoconstrictores y prostaglandinas aumentan su efecto	Hipersensibilidad al fármaco, desproporción cefalopélvica, hipotonía uterina, sufrimiento fetal y preeclampsia severa.

Fuente: Adaptado de GPC Diagnóstico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejo Inicial Del Aborto Recurrente. Por secretaria de salud. (2009). Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-088-08/ER.pdf>

## ANEXO NÚMERO 4°: SEMÁFORO DE RIESGO EN EL EMBARAZO

**FACTORES DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVOS Y OBSTÉTRICOS (CÓDIGO ROJO):**  
El control se realiza por especialista en segundo nivel de atención o mayor.

RIESGO REPRODUCTIVO Antecedentes previos al embarazo	RIESGO OBSTETRICO Complicaciones durante el embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &lt;15 años o &gt;40 años</li> <li>• Talla &lt;1,44 metros</li> <li>• IMC &lt;17 o &gt;30 (inicio del embarazo)</li> <li>• Nivel socioeconómico muy bajo</li> <li>• Analfabeta o no habla español</li> <li>• Enfermedades crónicas: HAS, DM, cardiopatías, endocrinopatías, etc.</li> <li>• Antecedentes obstétricos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>~ Preeclampsia</li> <li>~ Rh negativo isoinmunizada</li> <li>~ Enfermedades de transmisión sexual</li> </ul> </li> </ul> <p>Dos o más { abortos consecutivos espontáneos cesáreas previas partos pretérmino muertes perinatales cirugías pélvicas previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente &gt;28 SDG sin CP previo</li> <li>• Paciente con embarazo &gt;41 SDG</li> <li>• Embarazo múltiple</li> </ul> <p>Complicaciones del presente embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~ Anemia (hemoglobina &lt;8 g/dL)</li> <li>~ Placenta previa no sangrante</li> <li>~ Glicemia de ayuno &gt;125 mg/dL</li> <li>~ Tabaquismo o toxicomanías activas</li> <li>~ Crecimiento uterino discordante</li> <li>~ Aumento de peso &gt;15 kg</li> <li>~ Incompetencia ístmicocervical</li> <li>~ Transtornos depresivos</li> </ul> <p><b>DATOS DE ALARMA</b> (Requiere valoración SAOE inmediata)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial &gt;160/110 mmHg</li> <li>• Hemorragia obstétrica activa</li> <li>• Dolor abdominal intenso y constante</li> <li>• Dolor en epigastrio o CSD (en barra)</li> <li>• Cefalea intensa, náusea o vómito</li> <li>• Acúfenos, fosfenos o visión borrosa</li> <li>• Edema facial o abdominal</li> <li>• Fiebre (&gt;38°C)</li> <li>• Amenaza de aborto o parto pretérmino</li> <li>• Ausencia de movimientos fetales &gt;3 h</li> <li>• Glicemia casual &gt;200 mg/dL</li> <li>• Proteinuria &gt;5 mg (orina 24 h) &gt;+ (tira)</li> <li>• Creatinina sérica elevada (&gt;1.2 mg/dL)</li> <li>• Enzimas hepáticas elevadas</li> <li>• Plaquetas disminuidos (&lt;150,000)</li> <li>• Oliguria o hematuria</li> <li>• Disminución del estado de alerta</li> <li>• Convulsiones</li> </ul>

**FACTORES DE MEDIANO RIESGO REPRODUCTIVO Y OBSTÉTRICO (CÓDIGO AMARILLO):** La paciente requiere observación estrecha.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad 15-19 años o 36-40 años</li> <li>• Talla 1.45 a 1.50 metros</li> <li>• IMC 17-19 o 25-29</li> <li>• No unida (soltera, separada, viuda)</li> <li>• Nivel educativo &lt;primaria incompleta</li> <li>• Nivel socioeconómico bajo</li> <li>• Domicilio alejado de unidad médica &gt;2 h</li> <li>• No conciliación/rechazo del embarazo</li> <li>• Periodo intergenésico corto &lt;18 meses o prolongado (&gt;10 años)</li> <li>• Madre o hermana con preeclampsia</li> <li>• Antecedente de infertilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente 22-28 SDG sin CP previo</li> <li>• Embarazo gemelar no complicado</li> <li>• Embarazo con DIU in situ</li> </ul> <p>Antecedentes obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~ Aborto espontáneo</li> <li>~ Muerte perinatal</li> <li>~ Cesárea previa</li> <li>~ Cirugía pélvica previa</li> <li>~ Parto pretérmino</li> <li>~ Malformaciones fetales</li> <li>~ Bajo peso al nacer</li> <li>~ Hijo macrosómico (&gt;3500 g)</li> <li>~ Rh negativa no isoinmunizada</li> </ul>	<p><b>Complicaciones del embarazo actual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia (hemoglobina de 12 a 8 g/dL)</li> <li>• Hipertensión arterial &gt;140/90 mmHg</li> <li>• Infecciones genitourinarias repetidas</li> <li>• HAS o DM controlada</li> <li>• Hemorragia obstétrica controlada</li> <li>• Amenaza de aborto o parto pretérmino controlada</li> <li>• Ruptura de membranas &lt;12 h</li> <li>• Movimientos fetales disminuidos &gt; 3 h</li> <li>• Glicemia de ayuno 91-125 mg/dL</li> <li>• Proteinuria &lt;300 dL (orina 24 h) o + (tira)</li> <li>• Oligohidramnios o polihidramnios</li> </ul>
--	--	---

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES EN CÓDIGO VERDE:** El control se realiza en primer nivel de atención por médico general o por parte de personal no médico competente.

• Paciente sin antecedentes o sin complicaciones, con embarazo normoevolutivo

• Paciente con complicaciones controladas, valorada por médico especialista en ginecología y obstetricia y contrarreferida para control en primer nivel de atención

### PLAN DE SEGURIDAD OBSTÉTRICA

**Prever el evento obstétrico, capacitando a la paciente y (en su caso) a familiares:**

1. ¿Cuáles son los datos de alarma y qué debe hacer?
2. ¿Dónde recibir atención de urgencia durante el embarazo?
3. ¿Cuándo y dónde se atenderá el nacimiento?
4. Cómo llegar (Ruta, medio de transporte)
5. ¿Qué documentos y objetos debe llevar?
6. ¿Qué método anticonceptivo usará?
7. ¿Quiénes participarán y cómo en el Plan?

#### Guías Nacionales de Práctica Clínica

relacionadas: Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo, durante el embarazo, Diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo, Diagnóstico y manejo del parto pre término, Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención, Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención, Inducción de trabajo de parto, Vigilancia y manejo del parto, Hipertiroidismo con o sin crisis hipertiroidea en el embarazo, parto y puerperio.

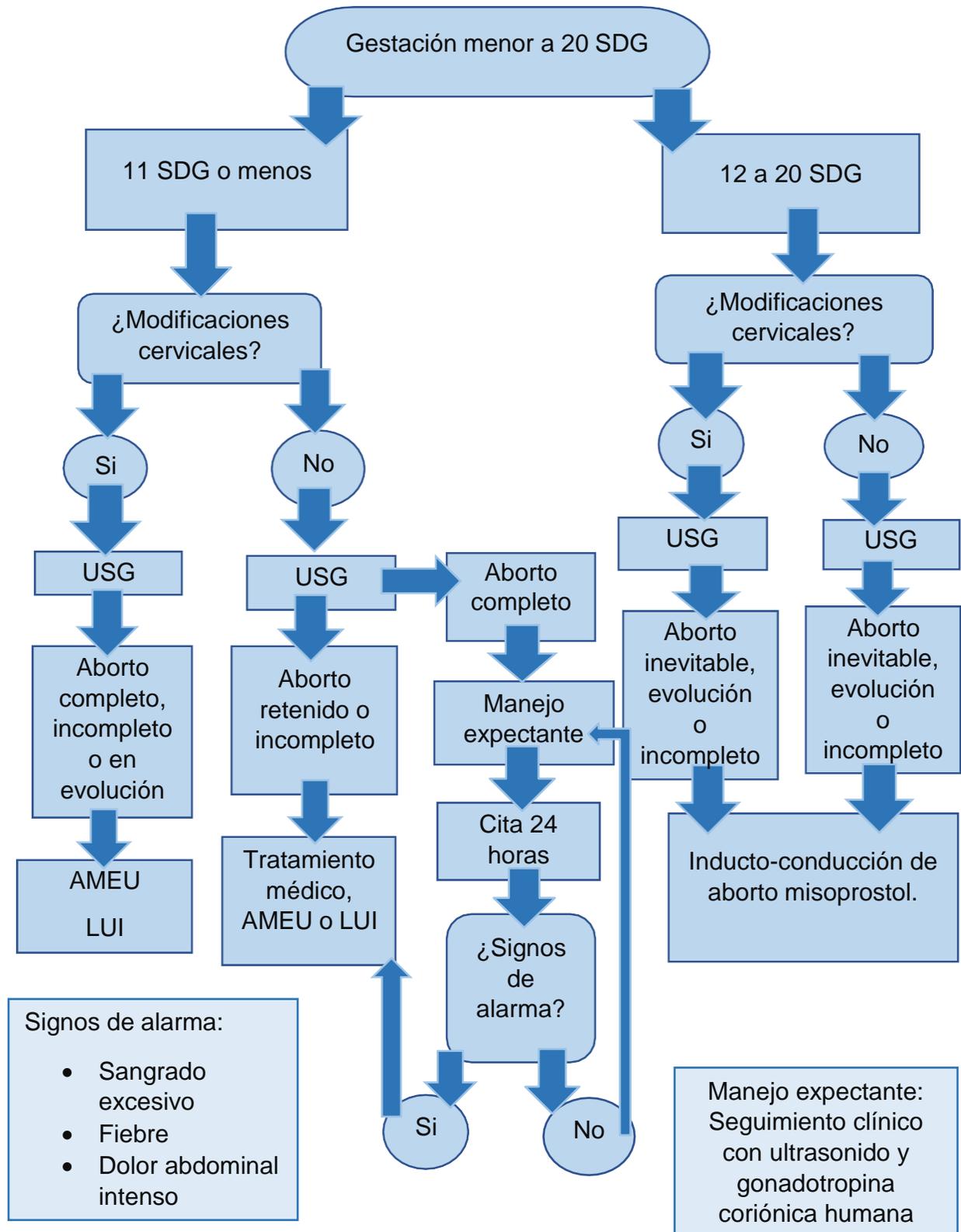
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

**Biblioteca Virtual CONAMED [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)**

control prenatal \* SDG = Semanas de gestación \* IMC = Índice de masa corporal \* CSD = Cuadrante superior derecho + HAS = Hipertensión arterial sistémica \* DM = Diabetes mellitus \* SAEO = Servicios de atención obstétrica de emergencia

Fuente: Adaptado de Semáforo de riesgos durante el embarazo. Por CONAMED. (2015). Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/info\\_pacientes/pdf/semaforo2015.pdf](http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/pdf/semaforo2015.pdf)

## ANEXO NÚMERO 5º: ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO



Fuente: Adaptado de GPC Diagnóstico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejo Inicial Del Aborto Recurrente. Por secretaria de salud. (2009). Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-088-08/ER.pdf>

