



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE
12 SEMANAS CON AMENAZA DE ABORTO**

AUTOR:

TRUJILLO BAJAÑA GINA ALEXANDRA

TUTORA:

LIC. REINA MARITZA JIMÉNEZ SUAREZ MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE

i

ii

TITULO DEL CASO CLÍNICO:iii

RESUMEN (español)iv

ABSTRACT (resumen en inglés)v

vi

I. MARCO TEÓRICO¹

1.1 JUSTIFICACION 15

1.2 OBJETIVOS 16

1.2.1 OBJETIVO GENERAL..... 16

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 16

1.3 Datos Generales 17

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO..... 18

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente. 18

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). 18

2.3 Examen Físico 20

2.4 Información de Exámenes complementarios realizados..... 23

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo..... 24

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar..... 25

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. 30

2.8 Seguimiento..... 30

2.9 Observaciones..... 31

CONCLUSIONES 32

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....34

ANEXOS 36

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este caso clínico primeramente a Dios a mi madre, esposo y mi hija. A dios por guiarme en cada paso que doy para llegar a cumplir la meta deseada. A mi madre que me inspiro y me apoyo en todo momento. A mi esposo por su apoyo incondicional y confianza depositada en mi para lograr mi objetivo. Mi hija mi motor principal para llegar a ser mas de lo que quiero lograr.

GINA ALEXANDRA TRUJILLO BAJAÑA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi esposo por la motivación que me brinda para lograr a superar las circunstancias difíciles que se me presentaron en el camino de vida académica. Agradezco a la noble institución Universidad Técnica de Babahoyo por haberme abierto sus puertas ,por hacerme parte de ella, para optar por estudiar la carrera deseada. Agradezco también a los docentes de todos los semestres que en cada nivel me impartieron sus conocimientos.

GINA ALEXANDRA TRUJILLO BAJAÑA

TITULO DEL CASO CLINICO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE
DE 12 SEMANAS CON AMENAZA DE ABORTO

RESUMEN

El aborto ha sido considerado como una de las complicaciones más comunes del embarazo y llegando a constituir una de las emergencias obstétricas más frecuentes en los Hospitales de la provincia de Los Ríos que brindan el servicio de Ginecología y Obstetricia, sin descartar las atenciones brindadas en el primer nivel de atención; en la actualidad se lo reconoce como un importante problema de salud que afecta a nuestra sociedad, esto se debe a que no se conocen las cifras reales debido a que este procedimiento cuando no se da de manera espontánea y es inducido se lo realiza de manera clandestina.

Este estudio de caso clínica tuvo la finalidad de Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente gestante de 16 años de edad con 12 semanas y diagnóstico de amenaza de aborto, teniendo en cuenta su cuadro clínico, signos, síntomas, factores de riesgo relacionados a la interrupción del embarazo (ambientales, socioeconómicos, genéticos) y antecedentes patológicos (comorbilidades presentes), ingresada en el Hospital Básico de Baba.

Se realizó un estudio investigativo a través de la revisión de la historia clínica de la paciente, observando su comportamiento en tiempo real y la manera de reacción ante el aborto. Además, se desarrolló y aplicó un plan de cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), con la finalidad de ayudar a la recuperación de la paciente en menor tiempo y de mejor manera, obteniendo resultados favorables luego de la evaluación del proceder por medio del personal de enfermería.

Palabras clave: aborto, embarazo, emergencia obstétrica, proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

Abortion has been considered one of the most common complications of pregnancy and has become one of the most frequent obstetric emergencies in Los Ríos Province Hospitals that provide Gynecology and Obstetrics services, without discarding the care provided in the hospital. first level of care; At present it is recognized as an important health problem that affects our society, this is due to the fact that the real figures are not known because this procedure, when it does not occur spontaneously and is induced, is performed clandestinely

This clinical case study had the purpose of Developing the Nursing Care Process in a pregnant patient of 16 years of age with 12 weeks and a diagnosis of threatened abortion, taking into account her clinical picture, signs, symptoms, and related risk factors. to the termination of pregnancy (environmental, socioeconomic, genetic) and pathological antecedents (present comorbidities), admitted to the Baba Basic Hospital.

An investigative study was carried out by reviewing the patient's medical history, observing her behavior in real time and the way she reacted to the abortion. In addition, a care plan was developed and applied through the Nursing Care Process (PAE), in order to help the patient recover in less time and in a better way, obtaining favorable results after the evaluation of the procedure. through the nursing staff.

Keywords: abortion, pregnancy, obstetric emergency, nursing care process.

INTRODUCCION

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado a nivel intrauterino que se da antes de la vigésima (20) semana de gestación, esta puede o no tener contracciones uterinas, sin necesidad de que haya dilatación cervical y sin expulsión del o los productos de la concepción (Rivera 2016).

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial se realizan alrededor de 25 millones de abortos (inducidos o espontáneos), la gran mayoría se realiza con mayor riesgo debido a su clandestinidad, es decir en lugares donde se practica el aborto de manera ilegal, viéndose con mayor incidencia en países que se encuentran en vías de desarrollo (OMS, 2020).

Se estima que alrededor del 20 a 30% de las embarazadas tienen hemorragia durante el primer trimestre, siendo catalogado como un sangrado desarrollado a partir de la implantación. Todo esto se debe a que el cérvix se mantiene cerrado antes de la implantación y luego de esta tiende a ceder, por lo consiguiente se produce la hemorragia con o sin la presencia de dolor tipo cólico. Sin embargo, el aborto espontáneo ocurre sólo en un mínimo porcentaje de mujeres que padecen de sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo, dependiendo en su gran mayoría de otros factores de riesgo relacionados como la edad, estado nutricional, comorbilidades, etc, (OMS, 2019).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que el tratamiento farmacológico del aborto, bajo prescripción médica debe ser mediante una combinación de medicamentos como mifepristona y misoprostol o en su gran mayoría de profesionales que solo emplean el misoprostol, siendo de vital importancia proporcionar acceso al aborto seguro, eficaz y aceptable. Esto debe ser aplicado en todos los entornos, además de contar con las condiciones para brindar un cuidado oportuno a la mujer, ya sea el aborto espontaneo o inducido (embarazos viables y no viables) (OMS, 2019).

Mediante la elaboración de este estudio de caso clínico, se concibe una investigación exhaustiva de los signos y síntomas obtenidos de los antecedentes clínicos, patológicos de la paciente, además de la exploración física y la identificación de los patrones funcionales alterados; todo esto con el único fin de elaborar un adecuado plan de cuidados tras la aplicación del Proceso de Atención

de Enfermería (PAE), para que así la paciente obtenga una recuperación eficiente y en corto tiempo.

Ante todo lo expuesto y debido a la cantidad exagerada de abortos que se dan tanto a nivel mundial y nacional es pertinente establecer un verdadero, oportuno, eficaz, viable y aplicable plan de cuidados de enfermería con un análisis exhaustivo de los patrones funcionales alterados y basado en la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual está dirigida a abordar requisitos específicos durante el desarrollo del embarazo y de esta manera contribuir a la promoción de la salud y por supuesto a la prevención de complicaciones relacionadas al estado gestacional (Salazar, Valenzuela, 2018).

I. MARCO TEORICO

Estado de Gestación

El embarazo o estado de gestación es el periodo comprendido desde la implantación del ovulo fecundado en el útero hasta la expulsión del producto (alrededor de 9 meses después), es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad y puede o no tener complicaciones (OMS, 2021).

Basados en la Normativa Materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) el aborto se define como *“la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos”*; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como *“una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”*.

Clasificación del aborto

El aborto puede dividirse en:

Aborto espontáneo:

Está concebido cuando se produce la pérdida del producto obtenido a partir de la concepción, sin ningún tipo de intervención quirúrgica, artificiales o inducción a base de medicamentos; todo esto afecta el desarrollo del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa más o menos 500 gramos (Diaz, 2016).

Aborto inducido:

El aborto inducido, también conocido como aborto provocado resulta de la aplicación de métodos practicados de manera voluntaria y dirigidos específicamente a la interrupción del embarazo. Todo esto dependiendo del lugar y/o situación donde se practique puede ser legal o ilegal (González, 2016).

El aborto inducido también se clasifica en: aborto terapéutico, el cual está justificado por razones médicas totalmente fundamentadas. El aborto eugenésico, consiste en la interrupción del embarazo, de acuerdo a las condiciones del feto, es decir de la existencia de alguna alteración cromosómica y defectos congénitos (González, 2016).

Aborto completo:

Consiste en la expulsión total y completa del tejido embrionario el cual sale sin producir daños adicionales. Comúnmente se presenta con un sangrado indoloro y ligeras contracciones uterinas (OMS, 2020).

Aborto incompleto:

Se caracteriza por la expulsión parcial e incompleta del producto de la concepción, además de que el orificio cervical queda parcialmente abierto pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o asomado en el cérvix con un tamaño uterino menor a la edad gestacional (OMS, 2020).

Aborto séptico:

De acuerdo a los datos clínicos un aborto séptico se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, dolor abdominal tipo cólico, sangrado en

abundancia purulento en la mayoría de los casos. Toso esto se debe a la proliferación de diferentes gérmenes como son *Staphylococcus aureus*, *Bacilos gram positivos y gram negativos* (González, 2016).

Aborto a repetición:

El termino se utiliza cuando han ocurrido alrededor de dos o más abortos consecutivos.

Los abortos espontáneos pueden ocurrir por diferentes razones relacionadas a diferentes factores intrínsecos o intrínsecos de la mujer:

- El **feto empieza a crecer**, pero abruptamente interrumpe su desarrollo y/o crecimiento, esto se debe a anomalías genéticas.
- La madre padece de comorbilidades que comprometen su estado de salud como: diabetes no controlada, incompatibilidad RH, politraumatismos, etc.
- El útero es hostil o anormal, con problemas graves que no permiten la implantación del ovulo fecundado.
- La edad de la mujer es avanzada por lo que no puede llevar una etapa gestacional adecuada.
- Mujeres que han tenido un aborto previo (PROSEGO, 2019).

Etiología del aborto

Un aborto espontaneo puede ocurrir por distintas causas; estas pueden ser, causas maternas, genéticas o fetales (Pérez, Merino, 2016).

Causas fetales

- Factores genéticos: alteraciones cromosómicas.
- Defectos de implantación, influenciado también por la edad materna.
- La trombofilia o enfermedades autoinmunes (González, 2016).

Causa maternas orgánicas

- Infecciones provocadas por diferentes microorganismos patógenos como: *toxoplasma gondii*, *micoplasma hominis*, *listeria monocytogenes*, etc.
- Miomas uterinos
- Incompetencia cervical (OMS, 2014).

Causas funcionales:

- Alteración en la funcionalidad de un órgano diana de la madre, relacionadas a enfermedades como la hipertensión, diabetes, hiper/hipotiroidismo, etc.

Causas inmunológicas:

- : Autoinmune; síndrome de anticuerpo antifosfolípidos; Aloinmunes, como incompatibilidad ABO (OMS, 2014).

Causas de origen toxico y ambientales

- Daño por sustancias químicas o irradiación
- Consumo de drogas y alcohol
- Consumo excesivo de cafeína
- Consumo inadecuado de anticonceptivos

- Estrés (OMS, 2014).

Causas paternas

- Anomalías cromosómicas en los espermatozoides se han asociado con aborto

Signos y síntomas del aborto

Los signos y síntomas están relacionados íntimamente con los factores de riesgo que predisponen a la interrupción del desarrollo del mismo dentro de la cavidad uterina de la madre; entre estos se destacan la amenorrea, sangrado vaginal de moderada cantidad y el dolor tipo cólico y durante la exploración física se visualiza el sangrado en la ropa interior o toalla sanitaria, además de las modificaciones en el cuello del útero (OMS, 2017).

Amenaza de aborto

- Amenorrea secundaria
- β -hCG cuantitativa positiva en sangre
- Latidos cardiacos fetales
- Sangrado vaginal en moderada cantidad
- Dolor tipo cólico en hipogástrico
- Presencia o no de dilatación cervical evidente (OMS, 2017).

Aborto incompleto

- Expulsión parcial e incompleta del producto
- Sangrado uterino
- Dolor tipo cólico variable (OMS, 2017).

Aborto inevitable

- Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico
- Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea
- Dilatación cervical (OMS, 2017).

Aborto completo

- Expulsión completa del producto
- Disminución del dolor y del sangrado uterino
- Es frecuente el cierre del orificio cervical (OMS, 2019).

Aborto séptico

- Puede presentarse en cualquier tipo de aborto
- Secreción hematópurulenta a través del cérvix con olor fétido
- Presencia de fiebre
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero
- Alteración del estado general (PROSEGO, 2019).

Diagnóstico y tratamiento de aborto

El aborto puede ser diagnosticado partiendo desde la clínica y apoyándose en auxiliares diagnósticos como ultrasonidos y exámenes de laboratorio.

- Ultrasonido: Permite la visualización del producto además de valorar las constantes vitales del mismo, sin embargo, aun con un

ultrasonido transvaginal de un 15 a 30 % de los casos puede ser imposible determinar el estado del nuevo ser.

- • Anticuerpos monoclonales: La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal (Pérez, Merino, 2016).

Tratamiento

El sangrado vaginal las infecciones son los riesgos principales por los que pasa una mujer a causa de la retención de productos de la concepción; en este sentido el tratamiento debe estar dirigido y orientado a tratar estas dos alteraciones (Pérez, Merino, 2016).

Para el manejo de este tipo de pacientes de manera oportuna y que tengan una corta estancia en hospitalización incluyen además actividades como el control de signos vitales, alimentación líquida/blanda o en ciertos casos mantener a la paciente sin ingesta de alimentos por vía oral hasta por lo menos seis horas, hidratación parenteral, administración de medicamentos para el dolor, administración de uterotonicos como la oxitocina de acuerdo a prescripción médica y antibióticos de acuerdo al criterio clínico y de laboratorio (PROSEGO, 2019).

Complicaciones

Comúnmente los abortos espontáneos presentan una muy baja tasa de complicaciones, las más comunes son hemorragias y la aparición de sepsis.

La hemorragia puede llegar a ser en grandes cantidades y quizás la paciente necesite transfusiones, suele suceder en el legrado instrumentado; en ciertas ocasiones si el sangrado es mayor se debe a una coagulación intravascular diseminada (CDI), producido por alteración de los factores de la coagulación adicional a esto se producen fenómenos tromboticos. Este cuadro puede llevar a un fallo multiorgánico y riesgo de muerte (Pérez, Merino, 2016).

Las infecciones se producen por la manipulación inadecuada de la cavidad uterina ya sea de manera mecánica o química con la intención de interrumpir el embarazo, la fiebre es el síntoma principal y su tratamiento es el uso de antipiréticos y antibióticos; solo en algunos casos es necesaria una intervención quirúrgica (Pérez, Merino, 2016).

Epidemiología

De 2010 a 2014 fueron cuantificados en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher publicado hoy en *The Lancet*. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (OMS, 2017).

El embarazo no planeado y el aborto van de la mano, debido a que la primera es originaria en su gran mayoría del aborto en todo el mundo, y ocurren independientemente del nivel de ingresos del país, de la región o del estatus legal del aborto. Alrededor de 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019. De estos embarazos no planeados, el 61% terminó

en aborto, con respecto a los datos obtenidos bajo la legalidad, es decir que se excluyen todos los abortos clandestinos. Esto se traduce en 73 millones de abortos por año, cifras alarmantes (Guttmacher Institute, 2021).

MANEJO DE LA CLAVE ROJA

Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención (MSP, 2017).

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas, encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante. Definir conductas a seguir, dependiendo de la evolución clínica de la paciente.

2. Determinar con la información de los signos vitales y Score MAMÁ, el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución, en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.

3. Buscar la causa de hemorragia e iniciar tratamiento.

4. Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutoria del establecimiento de salud

5. Ordenar la administración de fluidos, hemocomponentes (dependiendo disponibilidad) y medicamentos.

6. Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria.

7. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.

8. Evaluar los parámetros de respuesta (MSP, 2017).

Asistente 1: el profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Explicar brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza a la paciente.

2. Verificar permeabilidad de vía área.

3. Tomar la presión arterial, la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y registrar en formulario 005.

4. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.

5. Registrar eventos con tiempos en la historia clínica.

6. Reevaluar el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informar al coordinador del equipo.

7. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.

8. Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.

9. Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda si está embarazada con más de 20 semanas de gestación (MSP, 2017).

Asistente 2: profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT ROJO.

2. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)

3. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad.

4. Administrar líquidos, hemocomponentes (según disponibilidad) y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.

5. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.

6. Realizar la prueba de coagulación junto a la cama (MSP, 2017).

Circulante: profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas para realizar las siguientes funciones:

1. Activar al servicio de laboratorio y medicina transfusional, según disponibilidad.

2. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.

3. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento.

4. Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.

5. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.

6. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.

7. Activar la RED para la referencia si el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutive del caso. Llenar formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita (MSP, 2017).

Minuto Cero (0 minutos)

1. Todo el equipo de salud que atiende a la paciente obstétrica debe estar familiarizado con los signos clínicos de shock hemorrágico.

2. El grado de shock lo establece el peor parámetro encontrado (basado en la clasificación de Basket)

3. Ante Signos de shock y/o cálculo de sangrado superior a 1000ml →
ACTIVE LA CLAVE ROJA.

4. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre (donde sea disponible).

5. Alertar al servicio de transporte ambulancia por si la necesidad es de transferencia

Medicamentos en la Activación de clave roja

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) estipula los siguientes medicamentos sobre el manejo de la clave roja (MSP, 2017).

- Bolsa para drenaje urinario simple, Adulto (1)
- Bolsa retrosacal 2000ml (2)
- Catéter urinario uretral N° 14 (2)
- Condón masculino (3)
- Sutura trenzada seda para Balón de compresión (2)
- Equipo de sutura de cuello uterino (pendiente)
- Pinza Aro reutilizable estéril (2)
- Termómetro (digital) (1)
- Jeringuilla de 1cc, 5cc, 10 cc, 20cc (4 c/u)
- Cánula Nasal de Oxígeno, adulto (1)
- Mascarilla de oxígeno (1)
- Equipo de venoclisis (2)
- Catéter intravenoso periférico N. 14G, 16G, y 18G (2 de cada uno)
- Pares de guantes quirúrgicos N°6,5, 7, 7,5 (4)
- Catéter venoso infusión rápida, 7 Fr, 1umen, 5cm, set (1)
- Oxímetro de pulso (1)

- Tensiómetro (1)
- Tubos tapa rojo, celeste, lila (3 de cada uno)
- Formularios: Pedidos de sangres, código rojo, pedidos de laboratorio, algoritmos, Esparadrapo, marcador.
- Equipo de sutura de cuello uterino (2)

Medicamentos:

- Oxitocina (5 ampollas), Misoprostol 200mg (4tabletas), Metilergometrina (1 ampollas), Lactato Ringer 1000cc (3 fundas), Cloruro de sodio al 0,9% 500cc (4 fundas) (MSP, 2017).

I.1. JUSTIFICACION

Mediante la revisión bibliográfica que se utilizó para el desarrollo de este estudio de caso clínico; se fundamentó debido a la alta tasa de incidencia de mujeres en estado de gestación que no culminan con éxito su embarazo y sufren de abortos ya sean estos espontáneos o inducidos.

Es pertinente realizar un estudio exhaustivo en base a una paciente de 16 años de edad de manera que se aporte información actualizada, confiable, verdadera y en tiempo real, para así poder desarrollar un adecuado plan de cuidados orientados a la recuperación del estado de la salud de la mujer, afrontamiento de la situación y preparación para volver a quedar en estado de gestación sin miedo de volver a abortar. Además de esta manera se puede ayudar a crear o mejorar protocolos de atención, disminuyendo así la morbimortalidad en gestantes, de esta manera también se contribuye a la reducción de consultas e ingresos hospitalarios por relacionados a esta patología

Este estudio se basa en una investigación descriptiva, observacional en tiempo real de una paciente con diagnóstico de aborto espontáneo, para así pretender conocer los factores de riesgo desencadenante para la ocurrencia del aborto. El estudio se basará en la información obtenida mediante expedientes clínicos de la paciente atendida en el Hospital Básico de Baba, Provincia de Los Ríos, Ecuador.

I.2. OBJETIVOS

I.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una gestante de 12 semanas con amenaza de aborto, teniendo en cuenta su cuadro sintomatología y factores de riesgo.

I.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los patrones funcionales de enfermería alterados en la gestante de 12 semanas con amenaza de aborto ingresada en el Hospital Básico de Baba, teniendo en cuenta la sintomatología y antecedentes patológicos presente en la paciente.
- Indagar los factores de riesgo relacionados al cuadro clínico de la gestante de 12 semanas con amenaza de aborto, de acuerdo a la valoración de enfermería.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los resultados obtenidos en la gestante de 12 semanas con amenaza de aborto

I.3. Datos Generales

Nombres y apellidos: NN

Sexo: femenino

Raza: montubia

Edad: 16 años

Estado civil: Unión libre

Instrucción: secundaria incompleta

Profesión: no refiere

Ocupación: ama de casa

Lugar de Nacimiento: Baba

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de nacimiento: 11/06/2005

Peso: 60 Kg

Grupo sanguíneo: O RH +

Residencia actual

Cantón: Baba

Ciudad: Baba

Provincia: Los Ríos

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

II.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Motivo de consulta: Paciente de sexo femenino de 16 años de edad con 12 semanas de gestación, acudió al área de emergencia del Hospital Básico de Baba, debido a la presencia de un cuadro clínico caracterizado por sangrado vaginal en escasa cantidad, ligero dolor tipo cólico en la zona pélvica, mareos y cefalea de 4 horas de evolución; motivo por el cual de acuerdo a valoración médica requiere ingreso, y aplicación del tratamiento y cuidado respectivo.

Antecedentes:

- **Personales:** Sin alergias, no consume ningún tipo de sustancia psicotrópicas ni alcohol.
- **Ginecobstétrico:** Menarquia a los 12 años de edad con ciclos regulares normales, aborto espontáneo a la edad de 15 años, embarazo actual no fue planificado.
- **Familiares:** Su madre padece de hipertensión arterial hace 5 años, controlada con losartan de 100 mg en las noches.

II.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad con un embarazo en desarrollo de 12 semanas de gestación acude por el área de emergencia del Hospital Básico de Baba, acompañada de su familiar manifestando un cuadro clínico de más o menos 4 horas de evolución caracterizado por sangrado de escasa cantidad con presencia de dolor tipo cólico en zona pélvica, náuseas, mareo y cefalea intensa; constantes vitales medidos por el personal de enfermería; tensión arterial de 90/59 mm/Hg, frecuencia cardíaca de 128 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 25 por minuto, temperatura 36,3 °C,

saturación de oxígeno del 98%. El médico valora e indica exámenes de laboratorio, prescribiendo la medicación de ingreso y activación de clave roja en caso de ser necesario. Se realiza un eco de abdomen identificando un feto único sin signos vitales, la paciente es informada del procedimiento a realizar (legrado instrumentado) luego del ingreso.

Plan de hidratación

- Lactato de Ringer 1000cc + 40 unidades de oxitocina intravenoso a 42 ml hora.
- metilergonovina 1 ampolla intravenosa.

Antibióticos

- Ceftriaxona 2 gramos vía intravenosa stat. luego 1 gramo cada 12 horas.
- Metronidazol 500 miligramos vía intravenosa cada 8 horas.

Terapia de dolor

- Ketorolaco 60 miligramo cada 8 horas.
- Misoprostol 800mg vía rectal stat.

Durante el proceso de ingreso el personal de enfermería manifiesta que la paciente se levantó de la camilla para ir al baño, durante ese proceso la paciente realiza la expulsión de una gran cantidad de sangre vía vaginal (aproximadamente 300 ml), sin previa administración de medicamentos. Se activa clave roja y la paciente es llevada de emergencia al quirófano para la realización de legrado instrumentado con éxito, se detuvo el sangrado, se extrajo todo el producto, paciente pasa aparentemente estable al área de hospitalización con vigilancia continua.

Durante el segundo interrogatorio la paciente asustada manifestó que su cuñada le había dado una medicación (cuatro pastillas) de dudosa procedencia unas dos horas antes de llegar a la casa hospitalaria.

II.3. Examen Físico (Exploración física)

Examen cefalocaudal

Cabeza: Normo cefálica, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello, limpio y sano.

Cara: Facie pálida, adolorida, con ojos llorosos.

Boca: Mucosa oral semihumeda, dientes implantados sin presencia de prótesis dental.

Nariz: Tabique proporcional a la cara con ligera desviación hacia abajo.

Cuello: Sin presencia de adenopatías ni tumoraciones visibles y/o palpables.

Tórax: Simétrico, sin lesiones, murmullo vesicular presente en pulmones, ritmo cardiaco normales, sin presencia de soplos.

Pulmones: A la auscultación presencia de estertores húmedos crepitantes en vértice sin sibilantes.

Abdomen: Poco globuloso relacionado con la edad gestacional, doloroso a la palpación a nivel del hipogastrio.

Extremidades Superiores e Inferiores: Sin presencia de edemas, total movilidad, canalizada con vía periférica en brazo izquierdo.

SIGNOS VITALES

PA: 90/59 mm/Hg

FC: 116 latidos por minutos

FR: 22 respiraciones por minuto

T°: 36,3 °C

SAT O2: 98 %

Score mama: 4 – medición cada media hora

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

Patrón 1: percepción – manejo de la salud:

Paciente gestante de 16 años de edad, sin antecedentes de consumo de sustancias psicotrópicas como drogas o alcohol.

Manifiesta conocer su estado de embarazo no planificado y no deseado con su pareja actual, además de un aborto hace un año aproximadamente.

Patrón 2: nutricional – metabólico

Paciente refiere que hace un mes ha presentado náuseas y alteración de la alimentación con inapetencia. Al ingreso la paciente se mantiene en NPO (nada por vía oral) hasta segunda orden de acuerdo a prescripción médica.

A partir del segundo día de internación la paciente comienza a recibir alimentación líquida/blanda a tolerancia.

Patrón 3: eliminación

En cuanto a la eliminación urinaria la realizaba a través de la sonda Foley # 16 con una diuresis horaria de 80 ml.

Sangrado escaso post legrado con presencia de pequeños coágulos.

Patrón 4: actividad/ejercicio

Actividad respiratoria: Patrón respiratorio irregular de 25 respiraciones por minuto al ingreso y saturación de oxígeno del 98%.

Luego del legrado, la paciente ya en sala tenía 19 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno de 99 %.

Actividad Circulatoria: Presión arterial irregular de 90/59 mm/Hg, frecuencia cardiaca 128 latidos por minutos; ya en sala la presión arterial era de 100/60 mg/hg y una frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto.

No se visualiza la presencia de edema, se mantiene con reposo absoluto y un riesgo de caída alto.

Patrón 5: sueño – descanso

Patrón alterado hace varias semanas ya que la paciente manifiesta dormir de 4 a 6 horas debido a las molestias de su estado gestacional, además de la preocupación.

Patrón 6: cognitivo perceptual

Paciente debido a su estado manifiesta sentirse mal consigo misma debido a el dolor tipo cólico presencia de mareos y cefalea.

Patrón 7: autopercepción/autoconcepto

Paciente afirmaba ser una persona alegre y social pero que debido a las situaciones vividas se ha sentido cohibida consigo misma y sus personas cercanas.

Patrón 8: rol – relaciones

Paciente refiere no tener una buena relación con su pareja sentimental, tampoco con su suegra y cuñadas debido a que viven en la casa de los padres de su pareja.

Patrón 9: sexualidad/reproducción

Paciente manifiesta que el inicio de su menarquia fue a los 12 años de edad con ciclos regulares y un aborto espontáneo a la edad de 15 años. Su primera y única relación sexual afirma haber sido con su pareja actual.

Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés

Paciente sufre mucho en el hogar donde se encuentra extraña la compañía y cuidado de sus padres.

Patrón 11: valores/creencias

Paciente refiere ser de religión católica.

II.4. Información de Exámenes complementarios realizados.

Biometría Hemática: ingreso

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
Leucocitos	6.74	$10^3/uL$	4 - 12
Hematíes	3	$10^6/uL$	3.5 – 5.2
Hematocrito	30.9	%	36.0 – 45.0 %
Hemoglobina	9.7	g/dl	12 - 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	83.6	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	25.2	Pg	27 – 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	32.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	267	$10^3/uL$	100 – 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.1	fL	6.5 – 12
Neutrofilos %	70.5	%	50 – 70
Linfocitos %	22.3	%	20 – 40
Monocitos %	6.9	%	3 – 10
Eosinofilos %	1.6	%	0.5 – 5
Basofilos %	0.8	%	0 - 1
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
Tiempos			
TP (Tiempo de protrombina)	11.3	Min seg	10 – 13
INR (Pruebas de tiempo de protrombina)	1.13		1.0
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	30.80	seg	25 – 38 seg

- Se envía muestra de orina para análisis
- **Movimientos fetales ausentes al realizar ecografía Doppler.**

Exámenes de control post legrado

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
Leucocitos	7.66	$10^3/uL$	4 – 12
Hematíes	4	$10^6/uL$	3.5 – 5.2
Hematocrito	30.8	%	36.0 – 45.0 %
Hemoglobina	9.7	g/dl	12 – 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	83.6	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	25.2	Pg	27 – 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	32.0	g/dl	31 – 37
Plaquetas	257	$10^3/uL$	100 – 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.1	fL	6.5 – 12
Neutrofilos %	70.5	%	50 – 70
Linfocitos %	22.3	%	20 – 40
Monocitos %	6.9	%	3 – 10
Eosinofilos %	1.6	%	0.5 – 5
Basofilos %	0.8	%	0 – 1

II.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Hemorragia severa

Diagnóstico presuntivo de enfermería: Riesgo de Sangrado

Diagnóstico diferencial: Alumbramiento incompleto

Diagnóstico diferencial de enfermería: Riesgo de infección

Diagnóstico definitivo: Aborto espontaneo

Diagnóstico definitivo de enfermería Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

II.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Con respecto a la conducta del problema, se deben de aplicar cuidados específicos y estandarizados a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), de acuerdo a los requerimientos específicos de la paciente.

De acuerdo a la valoración por patrones funcionales identificación el estado de salud y la calidad de vida de la paciente, se puede visualizar cuales de estos se encuentran alterados, lo cual facilita la aplicación de un correcto plan de cuidados de acuerdo a Dorothea Oren a través del Proceso de Atención de Enfermería; así brindando cuidados estandarizados y óptimos para ayudar a la recuperación de la paciente de manera oportuna.

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- **Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud.
- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio.
- **Patrón 6:** Cognitivo Perceptual.
- **Patrón 8:** Rol – Relaciones.
- **Patrón 9:** Sexualidad – Reproducción.

Plan Farmacológico:

Plan de hidratación

- Lactato de Ringer 1000cc + 40 unidades de oxitocina intravenoso a 42 ml hora, luego seguir con Lactato de ringer 1000 cc a 42 ml hora.
-

Antibióticos

- Ceftriaxona 2 gramos vía intravenosa stat. luego 1 gramo cada 12 horas.
- Metronidazol 500 miligramos vía intravenosa cada 8 horas.

Terapia de dolor

- Ketorolaco 60 miligramo cada 8 horas.
- Misoprostol 800mg vía rectal stat.
- Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
- Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 hora.

NANDA:00132
NOC: 2102
NIC: 1400

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Dominio 12: confort
Clase 01: confort físico **Etiqueta:** 00132
Dx: dolor agudo

R/C: Agentes lesivos físicos

E/P: Inquietud, llanto, desesperanza, dolor tipo cólico.

Dominio 05: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales del dolor	x				X
Inquietud	x		X		
Gemidos y gritos	x				X
Nauseas	x				X

- ACTIVIDADES**
1. Realizar valoración exhaustiva del dolor: localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
 2. Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, estado de ánimo, relaciones).
 3. Proporcionar a la paciente un alivio de dolor optimo mediante analgésicos prescritos.
 4. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

NANDA: 00206
 NOC: 0413
 NIC: 4020

Dominio 11: Seguridad y protección
Clase 02: Lesión física **Etiqueta:** 00206
Dx: Riesgo de sangrado

R/C: Complicaciones del embarazo (hemorragia severa preparto)

E/P: Taquicardia, hipotensión, patrón respiratorio irregular, mareo, cefalea.

M
E
T
A
S

Dominio 02: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: Severidad de la pérdida de sangre.

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal	x				X
Disminución de presión arterial	x				X
Aumento de la frecuencia cardiaca	x				X
Disminución de hemoglobina y hematocrito	x			X	

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Campo 02: fisiológico: Complejo

Clase N: Control de perfusión tisular

Etiqueta 4020: Disminución de la hemorragia

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Mantener vía periférica permeable
3. Control de balance hídrico
4. Registrar el nivel de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
5. Administrar medicación prescrita por el médico.
6. Brindar cuidados y confort de enfermería.

NANDA:00209
 NOC: 2509
 NIC: 4021

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Dominio 08: Sexualidad
Clase 03: Reproducción Etiqueta: 00209
Dx: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Complicaciones del embarazo
 (hemorragia severa preparto)

E/P: Hipotensión, hemorragia, taquicardia,
 cefalea, nauseas.

Dominio 06: Salud familiar

Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia

Etiqueta: Estado materno: Preparto

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cefalea	x				X
Nauseas	x				X
Dolor epigástrico	x			X	
Sangrado vaginal	x				X
Presión arterial	x			X	

Campo 05: Familia

Clase N: Cuidados de un nuevo bebe

Etiqueta 4021: Disminución de la hemorragia:
 Utero anteparto

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar los signos vitales de la madre, si es necesario, e función de la cantidad de pérdida de sangre.
 2. Iniciar procedimiento de urgencia de hemorragia anteparto, según corresponda (p. ej.; oxigenoterapia, terapia IV; determinación del grupo sanguíneo).
 3. Administrar hemoderivados según como corresponda.
 4. Registrar las entradas y salidas.

II.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

El presente caso clínico estuvo orientado a una paciente de 16 años de edad con diagnóstico de aborto espontáneo; se encuentra fundamentado a través de la teoría de Dorothea Orem, debido a que esta se centra en el arte de cuidar a través de la práctica enfermera y de la educación para fomentar el autocuidado, modificando de esta manera ciertas actividades con la única finalidad de recuperar y conservar la salud.

De acuerdo a muchos investigadores, refieren que Dorothea Orem afirma concebir al ser humano como un organismo biológico, pensante y racional que posee la capacidad inherente de reflexionar y modificar su conducta ante el entorno que lo rodea; además de poseer capacidades y aptitudes de generar/aplicar ideas, comunicarse, pensar, todo esto con la finalidad de beneficiarse a sí mismo y a quienes le rodean. Mediante los cuidados de enfermería se fomenta el autocuidado, favoreciendo así a la salud y la vida del paciente con el objetivo de afrontar y recuperarse de la enfermedad, además de evitar las posibles consecuencias de esta (Navarro, Castro, 2018).

II.8. Seguimiento

DIA 1 – Ingreso

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad en aparente estado de gestación, en el área de obstetricia y ginecología con un cuadro clínico de dolor tipo cólico y sangrado vaginal. Luego de la revisión médica, eco fetal con latidos cardíacos, el médico prescribe ingreso de paciente por un aborto espontáneo. Se realiza control de signos vitales, se controla Score mama cada media hora, canalización de vía periférica permeables con catéter # 18, se conecta a hidratación prescrita para pasar a la paciente al área de hospitalización. Al examen físico sin alteraciones notorias. Se indican protocolos de ingreso a la paciente y familiar. Se brindan cuidados de enfermería.

Antes del ingreso la paciente se levanta de la camilla para ir al baño y comienza a tener sangrado en abundancia por lo que se llama de urgencia al médico ginecólogo quien activa clave roja y la paciente es llevada de urgencia al quirófano para la realización de un legrado instrumentado.

En el quirófano bajo normas de asepsia y antisepsia se realiza el legrado instrumentado sin problemas bajo las normas de bioseguridad, paciente pasa dos horas en el área de recuperación, sin novedades pasa al área de hospitalización.

DIA 2

Paciente de sexo femenino en el área de hospitalización de esta casa de salud, post legrado instrumentado en su segundo día de hospitalización. Se administra toda la medicación prescrita por el médico de guardia, se comunican las novedades. Se canaliza vía periférica permeable con catéter # 18 debido a que la anterior estaba infiltrada. Al examen físico sin alteraciones, sin sangrado vagina, ligero dolor tipo cólico que cede con la medicación. Constantes vitales normales, Score mama en 0. Paciente pasa tranquila en su habitación. Se brindan cuidados de enfermería e información de cuidados para la salud.

DIA 3

Paciente de sexo femenino en el área de hospitalización con alta médica debido a mejoría clínica. Se brindan indicaciones, protocolos y prescripciones médicas, además de seguimiento en una semana. Se entrega medicación prescrita y brinda charlas de educación para la salud. Paciente se retira de la casa hospitalaria aparentemente estable.

II.9. Observaciones

A la llegada de la paciente y revisión médica, además del eco fetal, se explicó a la paciente y el familiar de compañía todo el procedimiento a realizar, beneficios y riesgos del mismo, se procedió a la firma del consentimiento

informado. Dentro del quirófano y realizando procedimiento de emergencia se procedió a la extracción de coágulos de sangre, el producto en expulsión y de la placenta, se observó un pequeño desgarro en cérvix de lado derecho el cual se procedió a suturar. Con respecto al tratamiento farmacológico aplicado fue el más certero y efectivo, además de cuidados de enfermería óptimos y adecuados para asegurar la recuperación de la paciente, evitando cualquier complicación que comprometa la vida de la misma.

CONCLUSIONES

Mediante la realización de este estudio de caso clínico de una paciente de 16 años de edad con el diagnóstico de aborto espontáneo, se logró concluir que es de vital importancia conocer el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, para evitar complicaciones futuras que impliquen el compromiso de la vida de la madre y/o el nuevo ser.

De acuerdo al estudio de los patrones funcionales alterados en la paciente de acuerdo a la teoría de Marjory Gordon, se estableció que se encontraban alterados los patrones de; Percepción – Manejo de la salud; Actividad/Ejercicio; Cognitivo Perceptual; Rol – Relaciones; Sexualidad – Reproducción; de esa manera se logró elaborar un oportuno, adecuado y eficaz plan de cuidados orientados a fomentar la mejoría de la paciente teniendo en cuenta el manejo adecuado de su cuadro clínico, sintomatologías, edad inmunológica, permitiendo brindar un cuidado de enfermería efectivo frente a la patología a tratar.

También se lograron identificar los factores de riesgo relacionados a la patología, mediante la valoración oportuna de aquellos factores que propiciaron al desarrollo de la enfermedad.

Se elaboró un plan de cuidados estandarizado y aplicable (Proceso de Atención de Enfermería), dirigido específicamente a la gestante de 12 semanas de embarazo con diagnóstico de aborto espontáneo, proporcionando cuidados e intervenciones orientados a mejorar el estado de la paciente desde todos los

aspectos. Se evaluaron los resultados obtenidos a través de las intervenciones, obteniendo una respuesta favorable por parte de la paciente y los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Diaz Marlene. (2016). *Congreso Internacional de enfermería* . Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/concepto.html>

González Ana, (2016). Obstetricia, Amenaza de Aborto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* XVIII (599) 495-498. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114s.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. Obtenida de <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). República del Ecuador. Componente Normativo Materno. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conasa.gob.ec%2Findex.php%3Fopti%3Don%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D87%3Ac%3Acomponente-normativo-materno2008%26id%3D13%3Aprestaciones%26Itemid%3D95&ei=TRGgVPyHLcufgwSxYKYCg&usq=AFQjCNFxm5LuEXLakjtU6luOuYZRy0mCg&bvm=bv.82001339,d.eXY

Navarro Pedro, Castro Soledad. (2018). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 1-14. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es)

Organización Mundial de la Salud (2019). Tratamiento médico del aborto. 1 – 55. ISBN 978-92-4-355040-4. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud (2020). La OMS alerta de que cada año se realizan 25 millones de abortos. Obtenido de https://elpais.com/internacional/2017/09/28/actualidad/1506605875_151604.html#:~:text=Por%20cada%20tizeretazo%20de%2010,se%20producir%C3%A1n%20200%20muertes%20maternas

Organización Mundial de la Salud. (2014). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Embarazo. Obtenido de <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Pérez Javier, Merino Manuel. (2016). *Definicion de Hemorragia*. Obtenido de: <https://definicion.de/hemorragia/>

Protocolos Asistenciales de Obstetricia. (PROSEGO) (2019). Aborto Espontaneo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica. Obtenido de <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>

Salazar Alide, Valenzuela Sandra. (2018). Teoria de Orem aplica a intervenciones durante el embarazo y el climaterio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (4), 613-619. Obtenida de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400021

ANEXOS



Interna de Enfermería Gina Trujillo brindando educación para la salud a la paciente y su familiar.



Interna de enfermería, Gina Trujillo brindando cuidados de enfermería a la

paciente a su ingreso al área de maternidad.



Interna de enfermería, Gina Trujillo verificando que la vía periférica este permeable.