



Mi Universidad

PAE

Nombre del alumno: Castellanos Pacheco Diego Antonio

Tema: Aborto espontaneo

Parcial: 2do. parcial

Nombre de la materia: prácticas profesionales

Nombre del profesor: María del Carmen López silba

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es una complicación frecuente del embarazo que se define como la pérdida del producto de la gestación antes de la semana 20, en ausencia de maniobras inducidas. Este evento clínico representa no solo un problema de salud física, sino también un desafío emocional y psicológico para la mujer y su entorno. La atención que recibe la paciente durante este proceso debe ser integral, inmediata y centrada en el respeto, la privacidad y el acompañamiento terapéutico. Desde la perspectiva profesional de enfermería, se reconoce al aborto espontáneo como una situación de urgencia ginecológica que requiere un abordaje sistemático basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este permite identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente mediante una valoración estructurada, diagnósticos de enfermería, objetivos medibles (NOC), intervenciones planificadas (NIC) y actividades de seguimiento que aseguren la recuperación integral de la usuaria. El rol de enfermería se sustenta en principios científicos, éticos y humanistas. Como disciplina, se enfoca en el cuidado de la persona desde una visión holística, considerando no solo su estado físico, sino también su estado emocional, social y espiritual. En este contexto, teorías como la de Virginia Henderson, que identifica 14 necesidades fundamentales del ser humano, permiten individualizar el cuidado según el grado de alteración en las funciones básicas que se presentan durante el episodio de aborto. Durante el desarrollo de este PAE se abordaron diagnósticos como el dolor agudo, el afrontamiento ineficaz, el riesgo de infección y la disposición para mejorar el conocimiento, empleando como referencia la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Cada diagnóstico fue acompañado de objetivos concretos, indicadores clínicos codificados y actividades planificadas para garantizar un cuidado seguro y basado en evidencia. A través de este trabajo, se reafirma el papel de la enfermería hospitalaria como pilar esencial en la atención de la mujer que cursa un aborto espontáneo. El uso del pensamiento crítico, la observación sistemática y el apoyo emocional son herramientas que permiten a la enfermera brindar un cuidado humanizado, que no solo actúa sobre el síntoma, sino que también acompaña y empodera a la paciente en su proceso de recuperación.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una paciente hospitalizada por aborto espontáneo, una condición clínica que representa un evento agudo con implicaciones físicas, emocionales y psicológicas significativas. Esta situación demanda una intervención de enfermería fundamentada en el conocimiento científico, el juicio clínico y la atención humanizada. El PAE es una herramienta metodológica que permite proporcionar cuidados sistematizados, individualizados y seguros. Justificar su aplicación en esta situación se basa en la necesidad de ofrecer una atención integral, considerando que el aborto espontáneo puede generar complicaciones como hemorragias, infecciones, desequilibrios emocionales y sentimientos de pérdida o culpa. En este contexto, el rol de la enfermera se convierte en un elemento clave no solo en el manejo clínico de la paciente, sino también en su contención emocional, educación y acompañamiento terapéutico. Además, este trabajo permite desarrollar y aplicar competencias esenciales de la enfermería profesional, como la valoración clínica, la formulación de diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones basadas en resultados esperados (NOC) y la ejecución de actividades (NIC) que favorezcan la recuperación de la paciente. Igualmente, se considera la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, como base para identificar qué funciones humanas se ven alteradas por este proceso fisiopatológico. La realización de este PAE no solo contribuye a brindar un cuidado más efectivo y personalizado, sino que también fortalece el pensamiento crítico, el trabajo ético y la sensibilidad profesional ante una problemática de alta carga emocional. Por tanto, este trabajo es justificado tanto en el plano académico como en el asistencial, ya que favorece la toma de decisiones clínicas fundamentadas, mejora la calidad del cuidado, y responde al compromiso ético de enfermería con la salud y el bienestar de la mujer.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una paciente con diagnóstico de aborto espontáneo, con el fin de identificar necesidades alteradas, planificar intervenciones basadas en evidencia científica y proporcionar cuidados integrales, seguros y humanizados durante su estancia hospitalaria.

Objetivos específicos:

- Vigilar y controlar los signos vitales, el sangrado vaginal y otros indicadores clínicos en la paciente con aborto espontáneo, para detectar y responder oportunamente ante posibles complicaciones como hemorragia o infección.
- Brindar contención emocional y orientación a la paciente durante su estancia hospitalaria, explicando procedimientos, cuidados posteriores y fomentando el autocuidado tras el alta médica.

MARCO TEÓRICO

Enfermería como profesión disciplinar

La El aborto espontáneo es la interrupción natural e involuntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación o con un feto que pesa menos de 500 gramos. Representa una de las complicaciones obstétricas más frecuentes en el primer trimestre, con una incidencia aproximada del 10-20% de todos los embarazos clínicamente reconocidos.

CLASIFICACIÓN

Amenaza de aborto

Descripción: Sangrado vaginal leve sin dilatación del cuello uterino.

Justificación: Aún existe viabilidad fetal, por lo que la intervención de enfermería debe centrarse en el reposo, la observación estricta y el apoyo emocional, buscando evitar la progresión del evento.

Aborto inevitable

Descripción: Sangrado activo con dilatación cervical, donde la continuidad del embarazo ya no es posible.

Justificación: El rol del personal de enfermería es identificar signos de complicaciones, preparar a la paciente para una posible evacuación uterina y proporcionar contención emocional ante la pérdida inminente.

Aborto incompleto

Descripción: Expulsión parcial del producto gestacional, quedando restos retenidos dentro del útero.

Justificación: Requiere intervención médica urgente para evitar hemorragia o infección. El personal de enfermería debe monitorizar signos vitales, dolor y sangrado, así como preparar a la paciente para un posible legrado.

Aborto completo

Descripción: Expulsión total del producto gestacional, con cese del sangrado y cierre cervical.

Justificación: En este caso, el rol de enfermería se centra en la vigilancia post-evento, manejo del dolor, educación sobre cuidados posteriores y apoyo psicológico.

Aborto retenido

Descripción: Muerte fetal intrauterina sin expulsión espontánea del producto.

Justificación: Suele detectarse por ecografía o ausencia de latido fetal. La intervención de enfermería debe centrarse en la preparación para el tratamiento médico (farmacológico o quirúrgico) y el acompañamiento emocional ante el impacto psicológico.

Aborto séptico

Descripción: Aborto asociado a infección intrauterina, con síntomas como fiebre, secreción fétida, dolor y malestar general.

Justificación: Es una urgencia médica. La enfermería debe actuar rápidamente en la administración de antibióticos, control de signos vitales, preparación para procedimientos invasivos y manejo del estado de choque si ocurre.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Presentación del Caso Clínico

Paciente femenina de 27 años, con diagnóstico médico de aborto espontáneo incompleto. Ingresó al servicio de urgencias por sangrado transvaginal abundante, dolor pélvico tipo cólico e inestabilidad emocional. No antecedentes patológicos relevantes. Se encuentra acompañada por su pareja, presenta estado de alerta, orientada y colaboradora.

Valoración Inicial

Signos vitales:

T/A: 110/70 mmHg

FC: 92 lpm

FR: 20 rpm

Temp: 36.8 °C

SpO2: 98% en ambiente

Estado general:

Consciente, ansiosa, con signos de pérdida sanguínea leve (palidez, mucosas secas), en posición fetal por dolor.

Motivo de consulta:

Sangrado vaginal y dolor abdominal.

Valoración Cefalocaudal

Cabeza:

Normocéfala, sin lesiones, mucosas ligeramente secas.

Ojos:

Pupilas isocóricas y reactivas, sin ictericia.

Nariz y oído:

Sin alteraciones visibles.

Boca:

Mucosa oral seca, dentición conservada.

Cuello:

Sin adenopatías, movimientos conservados.

Tórax:

Simétrico, ventilación espontánea, sin uso de músculos accesorios.

Abdomen:

Blando, depresible, doloroso en hipogastrio.

Genitales:

Sangrado vaginal moderado, restos hemáticos visibles.

Extremidades:

Íntegras, sin edema.

Sistema nervioso:

Alerta, orientada en persona, tiempo y espacio.

Estado emocional:

Ansiosa, episodios de llanto espontáneo.

Aplicación de las 14 necesidades de Virginia Henderson en aborto espontáneo

1. Respirar normalmente

Situación:

Generalmente no alterada, salvo en casos complicados como aborto séptico con compromiso sistémico.

Intervención enfermera:

Monitoreo de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Evaluar signos de dificultad respiratoria en caso de fiebre alta o sepsis.

2. Comer y beber adecuadamente

Situación:

Puede verse alterada por náuseas, vómito o ayuno previo a procedimientos quirúrgicos.

Intervención enfermera:

Valorar tolerancia oral, mantener hidratación con líquidos intravenosos, respetar indicaciones de ayuno preoperatorio y reintroducir dieta progresiva tras procedimientos.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Situación:

Alterada por hemorragia uterina (sangrado vaginal) y riesgo de retención de tejidos. Puede haber disminución de la diuresis en casos de hipovolemia.

Intervención enfermera:

Control de sangrado, cuantificación de pérdidas, vigilancia de características de la orina, monitoreo de diuresis horaria si es necesario, apoyo en eliminación si la paciente está inmovilizada.

4. Moverse y mantener una buena postura

Situación:

Parcialmente alterada por debilidad, dolor abdominal o reposo prescrito.

Intervención enfermera:

Asistir en los desplazamientos, fomentar movilidad progresiva, prevenir úlceras por presión mediante cambios posturales y vigilancia de la integridad de la piel.

5. Dormir y descansar

Situación:

Alterada por el entorno hospitalario, dolor físico y carga emocional.

Intervención enfermera:

Control del dolor, crear un ambiente tranquilo, administrar medicamentos prescritos que favorezcan el descanso y promover técnicas de relajación.

6. Vestirse y desvestirse

Situación:

Alterada temporalmente por la debilidad física y dependencia en cuidados.

Intervención enfermera:

Asistir con respeto y privacidad en el cambio de ropa hospitalaria, fomentar la autonomía progresiva en actividades básicas.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Situación:

Alterada si hay proceso infeccioso (aborto séptico) o fiebre.

Intervención enfermera:

Control térmico cada 4 horas o según protocolo, administración de antipiréticos, aplicación de medios físicos si se requiere, reportar hipertermia persistente.

8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, proteger la piel

Situación:

Parcialmente alterada si la paciente tiene limitaciones para la higiene personal o riesgo de úlceras por decúbito.

Intervención enfermera:

Realizar higiene completa en cama si es necesario, mantener zona perineal limpia para prevenir infecciones, evaluar estado de la piel y mucosas.

9. Evitar peligros en el entorno y evitar dañar a otros

Situación:

Altamente alterada, especialmente por riesgo de hemorragia, shock hipovolémico, infección, depresión post-aborto.

Intervención enfermera:

Identificación de riesgos clínicos, implementación de medidas de seguridad, notificación oportuna al equipo médico, vigilancia estrecha de signos de alarma.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Situación:

Alterada, ya que la paciente puede sentirse vulnerable, culpable o en duelo y tener dificultad para expresarse.

Intervención enfermera:

Uso de comunicación terapéutica, escucha activa, respeto a los silencios, brindar espacio para expresar sentimientos, canalización a trabajo social o psicología si se requiere.

11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores

Situación:

Potencialmente alterada si la pérdida gestacional entra en conflicto con sus creencias personales, religiosas o culturales.

Intervención enfermera:

Respetar sus valores, facilitar contacto con líderes espirituales si lo solicita, evitar juicios de valor, promover un ambiente de aceptación y respeto.

12. Ocuparse para sentirse realizado

Situación:

Alterada en el plano emocional, ya que puede sentirse frustrada, incompleta o culpable.

Intervención enfermera:

Reconocer el duelo como un proceso válido, promover la autoaceptación, brindar contención emocional, explicar que la causa del aborto muchas veces escapa del control individual.

13. Participar en actividades recreativas

Situación: No prioritaria en fase aguda, pero puede verse alterada a nivel psicoemocional.

Intervención enfermera:

Estimular la interacción y el descanso mental según la evolución emocional, y planear apoyo posthospitalario para restablecer actividades normales.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

Situación: Alterada, la paciente puede tener dudas sobre su diagnóstico, recuperación, riesgos futuros o fertilidad.

14 necesidades Fundamentales de Virginia Henderson

Necesidad Alterada Motivo de la alteración

1. Respirar normalmente-----No alterada.
2. Comer y beber-----Parcialmente alterada (náusea, ansiedad).
3. Eliminar por todas las vías-----Alterada (sangrado vaginal abundante).
4. Moverse y mantener posturas-----Parcialmente alterada por dolor abdominal.
5. Dormir y descansar-----Alterada (dolor y estrés emocional).
6. Vestirse y desvestirse-----No alterada.
7. Mantener temperatura corporal-----No alterada.
8. Mantener higiene e integridad-----Alterada (sangrado, aseo íntimo restringido por dolor).
9. Evitar peligros-----Alterada (riesgo de infección, hemorragia).
10. Comunicarse-----Alterada (tristeza, necesidad de contención emocional).
11. Practicar su religión-----No evaluado.
12. Trabajar y realizar actividades-----Alterada temporalmente por hospitalización.
13. Recrearse-----Alterada. No hay disposición emocional.
14. Aprender-----Alterada (desconocimiento sobre cuidados post-aborto).

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

Diagnóstico 1: Dolor agudo (00132)

Definición:

Experiencia sensitiva y emocional desagradable, con inicio súbito o de intensidad moderada a severa, relacionada con un daño tisular real o potencial.

Etiología (r/c):

Procedimiento uterino, contracciones uterinas, evacuación incompleta del producto gestacional.

Evidencia (m/p):

Paciente refiere dolor abdominal tipo cólico, se observa incomodidad y cambios en el comportamiento (gesticulación, ansiedad).

Diagnóstico 2: Riesgo de infección (00004)

Definición:

Vulnerabilidad para ser invadida por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo (r/c):

Procedimiento uterino invasivo, sangrado persistente, higiene perineal deficiente, manipulación vaginal.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (NOC)

NOC 1: Control del dolor (1605)

Definición:

Acciones personales para disminuir el dolor a un nivel tolerable.

Indicadores:

160501 – Expresa dolor controlado

160504 – Uso de medidas no farmacológicas

160505 – Describe intensidad

160511 – Muestra signos de alivio

160518 – Participa en actividades básicas

NOC 2: Bienestar emocional (1205)

Definición:

Estado emocional de la paciente durante la hospitalización.

Indicadores:

120501 – Estado emocional estable

120504 – Mantiene calma

120505 – Controla emociones

120508 – Participa en decisiones

120502 – Verbaliza sentimientos positivos

NIC: 5270 - Apoyo emocional / 5230 - Aumentar afrontamiento

NOC 1: Estado del riesgo de infección (0702)

Definición:

Indicadores que miden la prevención y control de infecciones.

Indicadores:

070201 – Ausencia de fiebre

070203 – Sin enrojecimiento ni exudado

070204 – Estado general estable

070205 – Sin malestar

070207 – Leucocitos normales

NOC 2: Conocimiento: control de la infección (1813)

Definición:

Grado de comprensión sobre medidas de prevención de infecciones.

Indicadores:

181301 – Describe signos de infección

181303 – Higiene adecuada

181305 – Explica tratamiento

181308 – Identifica cuándo buscar ayuda

181310 – Formula preguntas pertinentes

NIC 1: Administración de analgésicos (2210)

Actividades:

Verificar orden médica y tipo de analgesia prescrita.

Evaluar intensidad del dolor antes y después del medicamento.

Administrar analgésicos por vía indicada (oral, IV, IM).

Observar signos de efectos adversos (náuseas, sedación).

Educar a la paciente sobre la finalidad del medicamento.

Registrar la eficacia del tratamiento y reportar si no hay mejoría.

NIC 2: Manejo del dolor (1400)

Actividades:

Evaluar características del dolor (localización, intensidad, duración).

Usar escalas de valoración del dolor (EVA).

Fomentar técnicas no farmacológicas como respiración profunda.

Mantener posición cómoda y segura en cama.

Brindar ambiente tranquilo para el descanso.

Reforzar el control del dolor como parte del tratamiento integral.

NIC 1: Apoyo emocional (5270)

Actividades:

Establecer una relación empática y de confianza.

Permanecer presente y receptiva durante episodios de dolor o angustia.

Validar los sentimientos expresados por la paciente.

Evitar minimizar el dolor o la experiencia emocional.

Asegurar privacidad durante momentos críticos.

Estimular la expresión verbal del malestar.

NIC 2: Escucha activa (4920)

Actividades:

Establecer contacto visual y usar lenguaje corporal abierto.

Permitir pausas sin interrumpir a la paciente.

Parafrasear para demostrar comprensión.

Evitar emitir juicios o dar opiniones no solicitadas.

Registrar verbalizaciones relevantes para el equipo multidisciplinario.

Asegurar que la paciente sepa que puede hablar cuando lo necesite.

NIC 1: Precauciones con infecciones (6540)

Actividades:

Lavado de manos antes y después del contacto con la paciente.

Uso adecuado de guantes y bata estéril si se requiere.

Aplicar técnica aséptica en todo procedimiento invasivo.

Desechar correctamente los materiales contaminados.

Asegurar limpieza y desinfección del entorno inmediato.

Educar a la paciente sobre signos de infección (fiebre, secreción fétida).

NIC 2: Control de infecciones (6550)

Actividades:

Monitorizar temperatura corporal cada 4-6 horas.

Evaluar características del sangrado vaginal.

Observar signos de respuesta inflamatoria sistémica.

Administrar antibióticos si están prescritos.

Documentar cualquier cambio sospechoso en la evolución clínica.

Reportar inmediatamente cualquier signo de sepsis.

NIC 1: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Actividades:

Explicar a la paciente qué es el aborto espontáneo y posibles riesgos.

Describir cómo se pueden producir infecciones post-aborto.

Aclarar dudas sobre higiene íntima y cuidado perineal en casa.

Usar lenguaje claro, sin términos técnicos confusos.

Evaluar comprensión a través de retroalimentación verbal.

Reforzar la importancia de acudir a consulta si aparecen signos de alarma.

NIC 2: Enseñanza: procedimientos prescritos (5618)

Actividades:

Explicar el motivo y pasos del procedimiento uterino realizado.

Asegurar que comprende la finalidad de los medicamentos indicados

Brindar orientación escrita, si está disponible.

Establecer signos de alarma post-alta (fiebre, dolor, sangrado excesivo).

Aclarar el esquema de administración de antibióticos, si corresponde.

Fomentar el seguimiento médico después del alta.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Las causas del aborto espontáneo son multifactoriales, y en muchos casos permanecen desconocidas. Algunas de las más relevantes son:

Anomalías cromosómicas: responsables del 50-60% de los casos en el primer trimestre.

Alteraciones uterinas: como útero septado, miomas submucosos, sinequias.

Infecciones: como toxoplasmosis, sífilis, listeriosis, VIH, entre otras.

Factores endocrinos: hipotiroidismo, diabetes mellitus no controlada.

Factores inmunológicos: síndrome antifosfolípido, incompatibilidad materno-fetal.

Exposición a sustancias tóxicas: alcohol, drogas, fármacos teratogénicos.

Edad materna avanzada: mayor riesgo después de los 35 años.

Traumatismos abdominales o cirugías ginecológicas previas.

FISIOPATOLOGÍA

En el aborto espontáneo se produce una alteración que puede originarse en el embrión, el ambiente intrauterino o en la respuesta materna. Las anomalías cromosómicas interfieren con el desarrollo normal del embrión, mientras que las alteraciones del endometrio o de la vascularización uterina pueden provocar desprendimiento del saco gestacional. Esto genera liberación de prostaglandinas, que inducen contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino.

CUADRO CLÍNICO (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

Los signos y síntomas del aborto espontáneo pueden variar según el tipo, pero los más comunes son:

Sangrado vaginal de leve a abundante, con o sin coágulos.

Dolor pélvico tipo cólico o abdominal bajo.

Dilatación cervical detectada en el examen ginecológico.

Expulsión de tejido embrionario o gestacional.

En casos sépticos: fiebre, secreción fétida, taquicardia, hipotensión.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

El diagnóstico se basa en la historia clínica, examen físico y estudios complementarios:

Ultrasonido obstétrico transvaginal: clave para evaluar viabilidad embrionaria y contenido uterino.

Examen pélvico: para valorar dilatación cervical y características del sangrado.

Niveles de β -hCG: ayudan a confirmar la progresión o interrupción del embarazo.

Cultivos vaginales/cervicales y biometría hemática, en caso de fiebre o sospecha de infección.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende del tipo de aborto, estabilidad hemodinámica de la paciente y el deseo reproductivo futuro:

Aborto completo: generalmente no requiere intervención médica.

Aborto incompleto o retenido: se puede manejar mediante:

Expectante: vigilancia y seguimiento.

Médico: uso de misoprostol para expulsión uterina.

Quirúrgico: legrado uterino instrumental o aspiración manual endouterina (AMEU).

COMPLICACIONES

Hemorragia severa.

Infección uterina o pélvica (endometritis, sepsis)

Infertilidad secundaria si hay daño endometrial.

Alteraciones psicológicas, como duelo patológico, ansiedad o depresión.

Aborto séptico: requiere antibióticos intravenosos, estabilización hemodinámica y evacuación uterina urgente.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La enfermería cumple una función clave en la atención de pacientes con aborto espontáneo:

Valoración continua de signos vitales, características del sangrado y dolor.

Prevención de infecciones mediante cuidados higiénicos y control del entorno.

Apoyo emocional y psicológico, respetando el duelo de la paciente.

Educación sobre signos de alarma, cuidados post-procedimiento y seguimiento médico.

Acompañamiento ético y humanizado, favoreciendo un ambiente de confianza y respeto.

Teoría de Virginia Henderson

La teoría de Virginia Henderson es ampliamente aplicable en el abordaje hospitalario de pacientes con aborto espontáneo. Sus 14 necesidades básicas (respirar, comer y beber, eliminar, moverse, descansar, vestirse, mantener la temperatura corporal, higiene, evitar peligros, comunicarse, practicar su religión, trabajar, recrearse y aprender) ofrecen un marco práctico para identificar las áreas afectadas en cada paciente. Por ejemplo, en una mujer que ha experimentado un aborto espontáneo, las necesidades de eliminación (por hemorragia vaginal), descanso (por debilidad física), evitar peligros (infección o shock), y comunicación (necesidad de expresar su pérdida) pueden estar comprometidas. La enfermera debe intervenir con base en estas necesidades, priorizando acciones que promuevan la seguridad, la estabilidad emocional y el restablecimiento progresivo de la autonomía.

Intervención enfermera:

Educar de forma clara y respetuosa sobre el aborto espontáneo, explicar procedimientos, cuidados post-evento y signos de alarma. Entregar orientación escrita al alta si está disponible.

Proceso enfermero

El proceso enfermero se constituye en una herramienta metodológica para brindar atención individualizada, ordenada y eficaz.

Valoración:

Recolección de datos subjetivos y objetivos. En este caso, se incluyen características clínicas como sangrado, dolor, frecuencia cardíaca, temperatura, y estado emocional de la paciente.

Diagnóstico:

Formulación de diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA. Ej.: Riesgo de sangrado, dolor agudo, ansiedad relacionada con la pérdida gestacional, entre otros.

Planificación:

Establecimiento de objetivos claros, medibles y centrados en la paciente.

Ejecución:

Implementación de cuidados que incluyen monitoreo, administración de medicamentos, asistencia en procedimientos, orientación y apoyo emocional.

Evaluación:

Verificación del cumplimiento de los objetivos establecidos y reajuste del plan si es necesario.

Este proceso garantiza una atención segura, efectiva y respetuosa de los derechos de la paciente.

Descripción del padecimiento: Aborto espontáneo

El aborto espontáneo, también llamado aborto natural, representa aproximadamente el 10-20% de los embarazos clínicamente reconocidos. Se trata de una complicación obstétrica frecuente que puede ser consecuencia de factores genéticos, inmunológicos, infecciosos, hormonales o anatómicos. Su impacto no es solamente físico, sino emocional y psicológico. La paciente suele presentar una mezcla de emociones contradictorias, desde alivio hasta profunda tristeza. En el

entorno hospitalario, es esencial manejar la situación con tacto, privacidad y apoyo psicológico desde el primer contacto.

Fisiopatología

La fisiopatología del aborto espontáneo implica la pérdida del soporte vital para el desarrollo embrionario o fetal. Los mecanismos pueden incluir:

Anomalías cromosómicas:

Responsables de hasta el 50% de los abortos del primer trimestre.

Alteraciones del endometrio:

Como insuficiencia lútea o endometritis.

Trastornos autoinmunes:

Como el síndrome antifosfolípido.

Factores infecciosos:

Listeria, toxoplasma, rubeola, citomegalovirus.

Factores anatómicos uterinos:

Útero septado, miomas, incompetencia cervical.

Estos factores culminan en una disrupción del trofoblasto y desprendimiento del saco gestacional, lo cual provoca sangrado, contracciones uterinas y expulsión del contenido gestacional.

Cuadro clínico

El cuadro clínico del aborto espontáneo puede variar según el tipo y evolución del evento. Los signos más frecuentes incluyen:

Sangrado vaginal:

De leve a severo.

Dolor pélvico o lumbar:

Similar al dolor menstrual, pero de mayor intensidad.

Expulsión de coágulos o tejidos:

Especialmente en abortos incompletos.

Cérvix abierto:

En el aborto inevitable o en proceso.

Ausencia de actividad cardíaca fetal:

Confirmado por ecografía.

Fiebre, leucocitosis y secreción fétida:

En aborto séptico.

La enfermera debe estar capacitada para reconocer estos signos clínicos y actuar conforme a protocolos establecidos.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico incluye:

Exploración ginecológica:

Para determinar la apertura cervical y el tipo de sangrado.

Ultrasonido transvaginal:

Para evaluar la viabilidad fetal y la cantidad de contenido uterino.

β -hCG sérica:

Para verificar la progresión del embarazo.

Laboratorios complementarios:

Biometría hemática, grupo y RH, pruebas de coagulación, hemocultivos (si hay fiebre).

La precisión diagnóstica permite clasificar el tipo de aborto (amenaza, inevitable, incompleto, completo, retenido, séptico) y guiar el manejo más adecuado.

Tratamiento

El tratamiento del aborto espontáneo varía según el diagnóstico:

Amenaza de aborto:

Reposo relativo, control del sangrado y vigilancia ecográfica.

Aborto incompleto: Administración de misoprostol o AMEU para vaciamiento uterino.

Aborto séptico:

Estabilización con líquidos intravenosos, antibioticoterapia de amplio espectro y legrado bajo control.

Aborto completo:

Solo seguimiento clínico y apoyo psicológico.

Desde la enfermería, las intervenciones incluyen:

- Control estricto de signos vitales y sangrado.
- Canalización venosa y administración de medicamentos.
- Preparación para procedimientos quirúrgicos.
- Registro y monitoreo clínico constante.
- Apoyo emocional durante y después del evento.
- Educación sobre signos de alarma y planificación del alta.

Diseño y Priorización de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Dolor agudo (00132) – Prioridad alta

Riesgo de infección (00004) – Prioridad alta

Afrontamiento ineficaz (00069) – Prioridad media

Disposición para mejorar el conocimiento (00161) – Prioridad media

Plan de Intervención de Enfermería (NOC - NIC)

Diagnóstico: Dolor agudo (00132)

NOC: 1605 - Control del dolor

Indicadores:

160501 – Expresa dolor controlado

160504 – Uso de medidas no farmacológicas

160505 – Describe intensidad

160511 – Muestra signos de alivio

160518 – Participa en actividades básicas

NIC: 1400 - Manejo del dolor / 2210 - Administración de analgésicos

Actividades:

Valorar dolor cada 4 h

Administrar analgésicos según prescripción

Aplicar técnicas de relajación

Fomentar posiciones cómodas

Crear ambiente tranquilo

Evaluar eficacia de tratamiento

Diagnóstico: Riesgo de infección (00004)

NOC: 0702 - Estado del riesgo de infección

Indicadores:

070201 – Ausencia de fiebre

070203 – Sin enrojecimiento ni exudado

070204 – Estado general estable

070205 – Sin malestar

070207 – Leucocitos normales

NIC: 6540 - Control de infecciones / 6550 - Protección contra infecciones

Actividades:

Vigilar signos vitales

Observar secreciones vaginales

Aplicar técnica aséptica

Educar sobre higiene íntima

Lavar manos antes y después del contacto

Valorar necesidad de antibióticos

Diagnóstico: Afrontamiento ineficaz (00069)

NOC: 1205 - Bienestar emocional

Indicadores:

120501 – Estado emocional estable

120504 – Mantiene calma

120505 – Controla emociones

120508 – Participa en decisiones

120502 – Verbaliza sentimientos positivos

NIC: 5270 - Apoyo emocional / 5230 - Aumentar afrontamiento

Actividades:

Escuchar sin juicio

Permitir expresión emocional

Validar sus sentimientos

Brindar acompañamiento

Ofrecer apoyo espiritual si lo desea

Sugerir canalización a psicología

Diagnóstico: Disposición para mejorar el conocimiento (00161)

NOC: 1813 - Conocimiento: control de infección

Indicadores:

181301 – Describe signos de infección

181303 – Higiene adecuada

181305 – Explica tratamiento

181308 – Identifica cuándo buscar ayuda

181310 – Formula preguntas pertinentes

NIC: 5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad / 5510 - Educación sanitaria

Actividades:

Brindar información verbal y escrita

Enseñar signos de alarma

Explicar cuidados post-hospitalarios

Resolver dudas

Evaluar comprensión

Programar seguimiento

Ejecución

Se aplicaron todas las actividades planificadas durante el turno.

Se administraron analgésicos cada 8 h con buena respuesta.

Se realizó acompañamiento emocional y enseñanza efectiva.

La paciente mostró mejoría clínica progresiva y mayor disposición emocional.

Evaluación

El dolor fue controlado satisfactoriamente (NOC alcanzado).

No se observaron signos de infección durante su estancia.

La paciente verbalizó mejor afrontamiento emocional.

Expresó comprensión adecuada sobre autocuidados en casa.

Plan de Alta de Enfermería

Educación en el hogar:

Vigilar signos de alarma: fiebre, sangrado abundante, mal olor.

Reposo relativo durante 48-72 horas.

No mantener relaciones sexuales por al menos 15 días.

Mantener higiene perineal adecuada.

Ingesta de líquidos y dieta balanceada.

Acudir a control médico en 7 días.

Apoyo emocional:

Se recomienda seguimiento psicológico si persisten emociones negativas intensas.

Cita programada:

Control ginecológico en consulta externa.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo ha permitido analizar en profundidad el aborto espontáneo desde la perspectiva del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), destacando el papel fundamental que desempeña la enfermería en la atención integral de mujeres que atraviesan esta experiencia. Se ha abordado esta situación clínica no solo como un evento fisiopatológico, sino también como una vivencia cargada de implicaciones emocionales, psicológicas y sociales para la paciente y su entorno. A través de la aplicación del PAE, se logró identificar de manera precisa las necesidades alteradas de la paciente mediante una valoración sistemática, apoyada en el modelo de Virginia Henderson, lo cual permitió un abordaje holístico, individualizado y centrado en la persona. La priorización de los diagnósticos de enfermería facilitó una intervención estructurada, basada en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, herramientas que permiten estandarizar, profesionalizar y elevar la calidad del cuidado. Durante el proceso, se abordaron necesidades fundamentales como el manejo del dolor, la prevención de infecciones, el afrontamiento emocional y la educación sanitaria, reconociendo que la atención de enfermería debe trascender lo físico para responder también a dimensiones emocionales, espirituales y educativas. El apoyo emocional y la escucha activa se convirtieron en intervenciones prioritarias, ya que el impacto psicológico del aborto espontáneo puede ser profundo y duradero, especialmente si no se atiende de manera oportuna y respetuosa. Este ejercicio académico-práctico no solo evidencia la importancia del juicio clínico y el pensamiento crítico en el quehacer profesional de la enfermería, sino que también refuerza el valor del cuidado como eje central de la disciplina. A través del PAE, el profesional de enfermería actúa como gestor del cuidado, educador en salud, acompañante emocional y promotor de la autonomía del paciente. Finalmente, este trabajo permite concluir que el cuidado de enfermería en casos de aborto espontáneo debe enfocarse en garantizar la seguridad física de la paciente, promover su recuperación integral, ofrecer contención emocional y brindar las herramientas necesarias para el autocuidado una vez egresada del hospital. Esta atención humanizada y basada en la evidencia científica no solo mejora los

resultados clínicos, sino que también fortalece la confianza del paciente en el sistema de salud y dignifica el ejercicio de la enfermería como ciencia y vocación.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aborto espontáneo: Pérdida natural del embarazo antes de la semana 20 de gestación, sin intervención médica o quirúrgica.

Analgesia / analgésico: Medicamento o procedimiento utilizado para disminuir o eliminar el dolor.

Asepsia: Conjunto de medidas que se aplican para evitar infecciones, manteniendo libres de microorganismos los objetos o superficies.

Cefalocaudal: Forma ordenada de evaluar a una persona desde la cabeza hasta los pies.

Contención emocional: Apoyo psicológico y afectivo que se brinda a una persona para ayudarla a manejar sus emociones en momentos difíciles.

Cuadro clínico: Conjunto de signos y síntomas que presenta una persona cuando tiene una enfermedad.

Diagnóstico médico: Identificación de una enfermedad o condición por parte de un profesional de la salud.

Diagnóstico de enfermería (NANDA): Juicio clínico que realiza el profesional de enfermería sobre la respuesta de la persona a un problema de salud.

Dominio (NOC/NIC): Categoría amplia utilizada para clasificar objetivos (NOC) o intervenciones (NIC) en enfermería.

Dolor tipo cólico: Dolor intermitente y retorcido, común en el abdomen, que se presenta en forma de oleadas.

Embarazo: Estado en el que una mujer lleva un embrión o feto en desarrollo dentro del útero.

Evaluación (enfermería): Fase del proceso enfermero donde se determina si los objetivos propuestos se cumplieron o no.

Fisiopatología: Estudio de cómo funciona de manera anormal el cuerpo durante una enfermedad.

Hemorragia: Pérdida abundante de sangre, ya sea interna o externa.

Higiene perineal: Limpieza de la zona genital y anal para prevenir infecciones.

Indicadores (NOC): Aspectos específicos que permiten medir el estado o progreso del paciente.

Intervenciones (NIC): Acciones específicas realizadas por el personal de enfermería para mejorar la salud del paciente.

Infección: Entrada y reproducción de microorganismos como bacterias o virus en el cuerpo, que puede causar enfermedad.

Manejo del dolor: Conjunto de técnicas médicas y de enfermería utilizadas para aliviar el dolor del paciente.

Necesidades de Virginia Henderson: Modelo que identifica 14 necesidades básicas que debe cubrir el ser humano para mantenerse saludable.

NOC (Nursing Outcomes Classification): Clasificación de los resultados que se esperan lograr con el cuidado de enfermería

NIC (Nursing Interventions Classification): Clasificación de las intervenciones que puede aplicar el personal de enfermería.

PAE (Proceso de Atención de Enfermería): Método organizado y científico que guía a la enfermería en la atención individualizada del paciente.

Puntuación diana: Valor asignado a los indicadores del NOC que refleja el nivel de compromiso o mejora esperada (va del 1 al 5).

Reposo relativo: Descanso con movimientos limitados o actividad reducida, sin necesidad de estar en cama todo el tiempo.

Signos vitales: Datos que muestran cómo funciona el cuerpo: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal.

Síntomas: Manifestaciones subjetivas que siente y expresa una persona, como dolor, cansancio o náuseas.

Técnica estéril: Método para evitar la contaminación durante procedimientos médicos, usando materiales libres de microbios.

Valoración (enfermería): Primera etapa del PAE, donde se recolecta información sobre el estado físico, emocional y social del paciente.

Vigilancia: Observación constante y sistemática del estado del paciente para identificar cualquier cambio.

ANEXO



UDS PLANTEL COMITAN
PRACTICAS DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON: ABORTO ESPONTANEO

RESULTADO(NOC): Control del dolor (1605)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>ED: Dolor agudo (00132)</p> <hr/> <p>DEFINICIÓN: ED Experiencia sensitiva y emocional desagradable, con inicio súbito o de intensidad moderada a severa, relacionada con un daño tisular real o potencial.</p> <hr/> <p>(r/c): Procedimiento uterino contracciones uterinas evacuación incompleta del producto gestacional.</p> <hr/> <p>(m/p): Paciente refiere dolor abdominal tipo cólico. se observa incomodidad y cambios en el comportamiento (gesticulación, ansiedad).</p>	<p>Definición: Acciones personales para controlar el dolor a un nivel tolerable.</p>	<p>160501 Expresa que el dolor está controlado</p>	<p>GRAVEMENTE COMPROMETIDO</p>	<p>2/3</p>
	<p>Dominio: Salud fisiológica</p>	<p>160504 Utiliza medidas no farmacológicas para aliviar el dolor</p>	<p>SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO</p>	<p>2/3</p>
	<p>Clase: Sensación física</p>	<p>160505 Describe características del dolor</p>	<p>MODERADAMENTE COMPROMETIDO</p>	<p>2/3</p>
	<p>Patrón funcional de salud (Gordon): Percepción y manejo de la salud</p>	<p>160511 Muestra expresiones faciales o corporales de alivio</p>	<p>LEVEMENTE COMPROMETIDO</p>	<p>2/3</p>
		<p>160518 Participa en actividades de la vida diaria</p>	<p>NO COMPROMETIDO</p>	<p>1/2</p>

INTERVENCIÓN: Manejo del dolor (1400)

ACTIVIDADES

Evaluar características del dolor (localización, intensidad, duración).

Usar escalas de valoración del dolor (EVA).

Fomentar técnicas no farmacológicas como respiración profunda.

Mantener posición cómoda y segura en cama.

Brindar ambiente tranquilo para el descanso.

Reforzar el control del dolor como parte del tratamiento integral.

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

ACTIVIDADES

Verificar orden médica y tipo de analgesia prescrita.

Evaluar intensidad del dolor antes y después del medicamento.

Administrar analgésicos por vía indicada (oral, IV, IM).

Observar signos de efectos adversos (náuseas, sedación).

Educar a la paciente sobre la finalidad del medicamento.

Registrar la eficacia del tratamiento y reportar si no hay mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA International (2021). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023.
2. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
3. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
4. Secretaría de Salud (México). Guías de práctica clínica sobre aborto espontáneo.
5. Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.