

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2021-2022

TRABALLO FIN DE GRAO

**Plan de cuidados de enfermería a una
paciente en una interrupción voluntaria del
embarazo**

Nuria Ramos Casas

Director/a: Paula Sánchez Flores

Junio/2022

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS	11
3. DESARROLLO.....	11
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	13
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	13
PLAN DE CUIDADOS	18
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	32
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
6. BIBLIOGRAFÍA.....	37
7. ANEXOS	42
ANEXO I: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	42

SIGLAS Y GLOSARIO DE TÉRMINOS

TABLA 1

SIGLAS/ACRÓNIMOS	
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo.
ECO	Ecografía.
IMC	Índice de masa corporal.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NOC	Nursing Outcomes Classification.
NIC	Nursing Interventions Classification.
EVA	Escala Visual Analógica.
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

TABLA 2

GLOSARIO TÉRMINOS ¹	
Nulípara	Dicho de una mujer: Que nunca ha parido.

1. RESUMEN

Introducción: el derecho de una mujer a interrumpir el embarazo de forma voluntaria se encuentra regulado por la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. En dicha ley se exponen todos los supuestos legales en los que se puede interrumpir el embarazo entre el que se encuentra el aborto por anomalías fetales graves, supuesto que corresponde a nuestro caso clínico.

La SEGO define el aborto como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gr 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”.

El duelo perinatal, en muchas ocasiones, es desautorizado y deslegitimado por el entorno de la persona o la sociedad. Es muy importante saber cual es el proceso a seguir, sobre todo por parte del personal sanitario.

Objetivos: valorar las necesidades que presenta la paciente que decide interrumpir su embarazo. Comprobar que las actividades que se realizaron en la paciente fueron efectivas para resolver los problemas de autoestima, conocimientos deficientes, conflicto de decisiones y efectos secundarios del proceso y tratamiento.

Desarrollo: se realiza un plan de cuidados centrado en los cuidados de enfermería que se aplica en las mujeres que deciden realizar la interrupción voluntaria del embarazo.

El plan de cuidados se realiza desde el momento en el que la paciente ingresa, pasando por el desarrollo del proceso hasta que se le da el alta a su domicilio. La valoración de enfermería que se le hizo a la paciente fue siguiendo las indicaciones de Virginia Henderson entrevistando a la paciente de las 14 necesidades correspondientes.

Para elaborar el plan de cuidados se utilizó la base de datos NNNConsult, el libro “Los Diagnósticos Enfermeros” de María Teresa Luís Rodrigo y las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Discusión y conclusiones: los diagnósticos enfermeros fueron necesarios para seleccionar las actividades de enfermería más importantes para conseguir los objetivos esperados y resolver el problema.

Palabras clave: “interrupción voluntaria del embarazo”, “plan de cuidados de enfermería”, “pérdida gestacional”, “duelo”.

RESUMO

Introducción: o dereito dunha muller a interrumpir o embarazo de maneira voluntaria encóntrase regulado pola *Lei Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo*. Nesta lei expóñense todos os supostos legais nos que se pode interrumpir o embarazo entre o que se encontra o aborto por anomalías fetais graves, suposto que corresponde ao noso caso clínico.

A SEGO define o aborto como “a expulsión ou extracción da súa nai dun embrión ou dun feto de menos de 500 gr de peso (peso que se alcanza aproximadamente ás 22 semanas completas do embarazo) ou doturo produto da xestación de calquera peso ou idade xestacional pero que sexa absolutamente non viable”.

O dó perinatal, en moitas ocasións, é desautorizado e delexitimado polo entorno da persoa ou pola sociedades. É moi importante saber cal é o proceso a seguir, sobre todo por parte do persoal sanitario.

Obxectivos: Valorar as necesidades que presenta a paciente que decide realizar a interrupción voluntaria do embarazo por malformacións fetais. Comprobar que as actividades que se realizaron na paciente foron efectivas para resolver os problemas de autoestima, coñecementos deficientes,

conflicto de decisións e efectos secundarios do proceso e do tratamento que ela presentaba.

Desenvolvemento: realízase un plan de cuidados centrado nos cuidados de enfermaría que se aplica nas mulleres que deciden realizar a interrupción voluntaria do embarazo.

O plan de cuidados realizase dende o momento no que a paciente ingresa, pasando polo desenrolo do proceso ata que se lle da a alta ao seu domicilio. A valoración de enfermaría que se lle fixo a paciente foi seguindo as indicacións de Virginia Henderson entrevistando a paciente das 14 necesidades correspondentes. Para elaborar o plan de cuidados utilizouse a base de datos NNNConsult, o libro “Los Diagnósticos Enfermeros” de María Teresa Luís Rodrigo e as taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Discusión e conclusións: os diagnósticos enfermeiros foron necesarios para seleccionar as actividades de enfermaría máis importantes para conseguir os obxectivos esperados e resolver o problema.

Palabras clave: “interrupción voluntaria do embarazo”, “plan de cuidados de enfermaría”, “pérdida xestacional”, “dó”.

ABSTRACT

Preamble: The right of a woman to terminate her pregnancy voluntary is regulated by Organic Law 2/2010, March 3rd, about sexual and reproductive health and voluntary termination of pregnancy. This law sets out all the legal cases in which pregnancy can be terminated, including abortion due to serious fetal anomalies, assumption that corresponds to our clinical case. SEGO defines abortion as “the expulsion or removal of an embryo or foetus from its mother weighing less than 500 gr (weight reached at approximately 22 full weeks of pregnancy) or from another product of gestation of any wight

or other product of gestation of any weight or gestational age but which must be not viable.

Perinatal mourning, on many occasions, is disavowed and delegitimized by the environment of the person or society. It is very important to know what is the process to follow, especially by health person.

Objectives: To assess the needs of the patient who decides to terminate her pregnancy. As well as to verify that the activities carried out in the patient were effective in solving self-esteem problems, poor knowledge, conflict of decisions and side effects of the process and the treatment.

Development: A care plan focused on nursing care is carried out and applied to women who decide to carry out the voluntary termination of pregnancy.

The care plan was carried out from the moment the patient is hospitalized, through the development of the process until she is discharged to her home. The nursing assessment that is made to the patient was following the indications of Virginia Henderson, interviewing the patient of the 14 corresponding needs.

To elaborate the care plan, the NNNConsult database, the book "Los diagnósticos enfermeros" by María Teresa Luís Rodrigo and the NANDA, NOC and NIC taxonomies were used.

Discussions and conclusions: Nursing diagnoses were necessary to select the most important nursing activities to achieve the expected objectives and solve the problem.

Key words: "voluntary termination of pregnancy", "nursing care plan", "gestational loss", "mourning".

2. INTRODUCCIÓN.

La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas.²

Según la OMS, el aborto se define como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente”.³

En cambio, la palabra aborto se encuentra recogida en el diccionario de La Real Academia Española con diferentes acepciones:

- “Interrupción de un embarazo.”
- “Delito que comete quien aborta o practica un aborto fuera de los casos que la ley permite.”
- “Muerte provocada del feto de cualquier manera que se produzca desde el momento de su concepción.”⁴

La SEGO lo define como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gr 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”.⁵

En España, la interrupción legal del embarazo está regulada por la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Dicha ley tiene como objetivo conseguir un “equilibrio responsable entre la autonomía personal de la mujer para decidir sobre su maternidad y un sistema eficaz de tutela de la vida parental”.²

Proteger la autonomía, salud sexual y reproducción de las mujeres es importante ya que el embarazo y la maternidad son sucesos que afectan a sus vidas.²

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para ser realizada tiene unos límites de edad gestacional, siendo estos:

- <14 semanas: se interrumpe el embarazo por petición de la embarazada.
- 14-22 semanas: límite de viabilidad fetal. Se puede realizar si existe riesgo para la vida o salud de la embarazada o anomalías fetales graves.

El caso clínico que nos compete en este trabajo estará centrado en este límite de edad gestacional.

- >22 semanas: se puede interrumpir el embarazo si existen anomalías fetales incompatibles con la vida o si el feto tiene una enfermedad muy grave y que no se puede curar. ⁶

El tratamiento farmacológico de elección, por su eficacia y seguridad, es la combinación de Mifepristona y Misoprostol. La función de la Mifepristona es bloquear la acción de la progesterona en el útero, produciendo el desprendimiento del embarazo con una vida media de 90 horas. La función del Misoprostol es estimular la maduración cervical y las contracciones del útero causando la evacuación uterina.

El tiempo de expulsión del feto y la finalización del proceso aumenta con la edad gestacional y la nuliparidad. ⁷

La SEGO establece que se debe prestar una asistencia humanizada, ética y atendiendo a todas las necesidades de la mujer. Se debe tener en cuenta y respetar la dignidad y los derechos de las personas sin realizar ninguna discriminación. ⁸

El equipo de enfermería debe ofrecer información de forma clara y sencilla sobre el procedimiento, explicando los procedimientos existentes, en qué consisten, el tratamiento del que se dispone para controlar el dolor y los síntomas más frecuentes durante el proceso. ⁶

Asimismo, se debe explicar los síntomas de alarma al alta como pueden ser hemorragia excesiva, fiebre de más de un día de evolución, empeoramiento del dolor pélvico y/o signos de continuación del embarazo.

7

Es importante que todos los miembros del equipo tengan constancia de la situación de pérdida y actúen de manera adecuada, aumentando el bienestar en las pacientes. Una buena comunicación con información clara y apoyo adecuado es importante para prevenir ansiedad o depresión en la mujer que interrumpe la gestación.⁸

El acompañamiento enfermero tiene especial relevancia por lo que requiere tiempo de dedicación, siendo en muchas ocasiones en silencio. Se realizan una serie de cuidados para que el proceso del duelo se desarrolle de la manera más sana posible:

- Informar de manera dosificada y adaptándose a las demandas de la paciente. A medida que evoluciona el proceso y se observa más tranquilidad en el entorno se va aumentando la información que debe recibir la mujer. Además, se le explican todas las opciones terapéuticas y se le exponen las decisiones a tomar una vez finalizado el proceso (verlo y cogerlo, pruebas, recuerdos, autopsia...).
- Normalizar la situación con la mujer asegurándole que todo lo que siente, piensa y hace es normal y natural en su situación. Dicha normalización ayuda a disminuir o eliminar el sentimiento de culpabilidad.⁹

Una vez realizada la interrupción embarazo, tenemos que tener en cuenta la posibilidad de que se desencadene un duelo en función de la reacción subjetiva de la mujer ante la muerte.¹⁰

El duelo es un proceso adaptativo al suceso vivido y es único, irrepetible y dinámico, variable de una persona a otra, entre familias, culturas y

sociedades.⁹ Es una respuesta normal que desarrolla la madre, el padre y la familia ante la pérdida de un hijo/a intentando resolver la separación de un apego y afecta a las esferas física, emocional, intelectual, relacional, comportamental y espiritual.^{8,11} El duelo es diferente en cada mujer, pero todos tienen que acabar con una aceptación; no implica que se olvide el proceso pero sí que la mujer aprenda a convivir con ello. En ocasiones, es necesaria ayuda profesional para tratar, a mayores del duelo, el sentimiento de culpabilidad y otras emociones.¹⁰

El duelo perinatal, en muchas ocasiones, es desautorizado y deslegitimado por el entorno de la persona o por la sociedad, restándole valor y dificultando sus manifestaciones pudiendo en ocasiones dejar de recibir apoyo por parte del entorno.¹¹ El apoyo familiar en estas situaciones es clave en el proceso de recuperación.⁹

En el año 2020, Galicia fue una de las Comunidades Autónomas con menor número de interrupciones voluntarias de embarazo. A nivel nacional, se realizaron 88.269 IVE en donde las tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años es de 10,33; siendo así, más frecuentes a las 8 semanas o inferiores a esta.¹²

Se puede observar que desde el año 2011 hasta el 2020 disminuyeron el número de interrupciones voluntarias de embarazo y aumentaron las notificaciones de los centros en los que se realiza.¹²

La elección del supuesto clínico de una interrupción voluntaria del embarazo para la realización del Trabajo Fin de Grado se debe a los escasos planes de cuidados enfermeros con evidencia científica registrados en las bases de datos y al consiguiente aumento del número de interrupciones en los hospitales públicos, ya que anteriormente su demanda era mayoritaria en el ámbito privado.

Este campo dentro de la salud afectiva sexual y reproductiva de la mujer es un tema de salud relevante, del que no existe información extensa a lo largo de la formación universitaria.

Personalmente, considero que los profesionales debemos estar formados para atender y cuidar a las mujeres que se encuentran en estas situaciones, así como para brindarle apoyo emocional y acompañamiento durante su estancia en la unidad.

OBJETIVOS:

- Valorar las necesidades que presenta la paciente que decide interrumpir su embarazo.
- Comprobar que las actividades que se realizaron en la paciente fueron efectivas para resolver los problemas de autoestima, conocimientos deficientes, conflicto de decisiones y efectos secundarios del proceso y tratamiento.

3. DESARROLLO.

Se elaboró un plan de cuidados de enfermería individualizado para pacientes que deciden interrumpir de manera voluntaria el embarazo. El caso clínico que presentamos a continuación se desarrolló en la Unidad de Ginecología del Hospital Teresa Herrera de La Coruña.

La información que se utilizó para realizar el plan de cuidados se obtuvo de artículos y documentos encontrados en las bases de datos Dialnet, Google Académico y Ciberindex, con el objetivo de encontrar la evidencia más actual relacionada con los cuidados que necesita la mujer cuando realiza una interrupción, aunque no se encontró mucha evidencia reciente. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 13 años (2009-2022) escritos en español. A pesar de numerosos artículos encontrados sobre la

interrupción voluntaria del embarazo, no había casi ninguno que especificara planes de cuidados de una paciente en dicha situación.

Para obtener la información relativa a los datos de la valoración de la paciente para la elaboración del plan de cuidados, se le realizó una entrevista individual y se utilizó información de la historia clínica.

Además, se obtuvo información sobre la interrupción voluntaria del embarazo y el duelo gestacional de la “Guía para la interrupción voluntaria del embarazo” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y en la “Guía de atención en el proceso de muerte y duelo gestacional y perinatal” del SERGAS.

Para elaborar el plan de cuidados es necesario el proceso de atención de enfermería (PAE) compuesto por 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Por ello, se utilizó la base de datos NNNConsult,¹³ el libro “Los Diagnósticos Enfermeros” de María Teresa Luís Rodrigo¹⁴ y la taxonomía NANDA¹⁵ para decidir los diagnósticos enfermeros y las complicaciones potenciales que se presentan en el caso que exponemos a continuación en función de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson que no se encuentren satisfechas. Se utilizó este modelo de valoración porque es el empleado en la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña.

Los resultados esperados (junto con su valoración correspondiente) y las intervenciones y actividades de enfermería a realizar en cada diagnóstico enfermero o complicación potencial los obtenemos de la base de datos NNNConsult, de la taxonomía NOC (Clasificación de los Resultados de Enfermería)¹⁶ y de la taxonomía NIC (Clasificación Intervenciones Enfermería)¹⁷, respectivamente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

El caso que se presenta es el de una paciente de 38 años que ingresa en el Hospital Teresa Herrera para la realización de una interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por malformaciones fetales tras un diagnóstico de desproporción de cavidades cardíacas Derecha >Izquierda. Presenta una edad gestacional de 21 + 4 semanas, grupo sanguíneo 0⁻, 2 gestaciones y 1 parto (G2P1).

Se inicia el tratamiento con 200 mg de Mifepristona oral 72 h antes del ingreso.

Una vez ingresa en la Unidad de Ginecología se le aplica el protocolo de acogida del paciente adulto. Se realiza la entrevista de enfermería para recoger la información necesaria acerca de la paciente y poder hacer los registros necesarios en el programa Gacela.

A continuación, se le explica el funcionamiento de la unidad y como va a desarrollarse todo el proceso y se le ofrece la disponibilidad del equipo en cualquier momento que ella lo necesite.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

NECESIDAD DE RESPIRAR

- Saturación de oxígeno en rango normal (99%).
- Frecuencia respiratoria en rango normal (16 rpm).
- Eupneica.
- Independiente.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER

- IMC: 30,2 (talla de 172cm y peso de 87,6kg).

- Dieta basal O.
 - La paciente refiere que desde que le comunicaron la noticia de la ECO el grado de inquietud provoca una disminución del apetito.
 - Comenta que no tiene alergias alimenticias.
 - Nos comenta que en su casa come de todo.
 - Después de valorarla se observa que la paciente está normohidratada.
- Independiente.

NECESIDAD DE ELIMINAR

- No presenta manifestaciones de dependencia intestinales ni urinarias.
- Independiente.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Tensión arterial sistólica de 139 mmHg y diastólica de 86 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca de 87 lpm.
 - La paciente deambula de manera autónoma y sin problema alguno.
- Independiente.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

- Le cuesta quedarse dormida. La paciente comenta que antes de este suceso no tenía dificultades relacionadas con el sueño pero, desde que le comunicaron la noticia, sí presenta dificultad para conciliar el sueño. “Le doy vueltas a la cabeza y me siento culpable en cierta medida por la decisión tomada”.
- Parcialmente dependiente.

NECESIDAD DE VESTIR Y DESVESTIRSE

- No presenta manifestaciones de dependencia relacionadas con la capacidad de vestirse y desvestirse.
- Independiente.

NECESIDAD DE MANTENER LA Tª CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES

- Temperatura media de 36,7°C.
- No presenta manifestaciones de dependencia relacionadas con esta necesidad.
- Independiente.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS.

- La paciente es capaz de realizar la higiene corporal y bucal sin ayuda.
- La piel está limpia, íntegra e hidratada.
- No presenta manifestaciones de dependencia relacionadas con esta necesidad.
- Independiente.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

El día del ingreso:

- Alergia medicamentosa: penicilina.
- Antecedentes personales:
 - No tuvo enfermedades de interés.
 - Quiste mamario.
 - Durante el puerperio es vacunada contra la Rubéola.
 - Sin ningún antecedente familiar relevante ni alteraciones genéticas y/o malformaciones.
- No hábitos tóxicos.
- La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora.
- Porta vía venosa periférica en miembro superior izquierdo.
- Tratamiento habitual: Natalben supra (durante el embarazo tiene que tomar yodo y ácido fólico).

El 18/03:

- Se inicia el tratamiento en la unidad según las órdenes médicas prescritas:
 - Misoprostol (Cytotec) vía vaginal:
 - 800 µgr dosis inicial.
 - 400 µgr cada 3 h vía vaginal hasta 4 dosis.
 - A las 2 horas de ser administrado produce en la paciente dolor agudo, diarrea y náuseas.
 - Gammaglobulina anti D.
 - Cabergolina (inhibición lactancia).
 - A causa de los efectos secundarios que produce la medicación, se le administra la analgesia pautada puesto que en las próximas horas comenzará a sentir dolor por el efecto de la medicación que hará que el cuello del útero se dilate para que se realice la expulsión del feto. Con esto, la paciente manifiesta una EVA 7-8.
 - Analgésicos:
 - Paracetamol oral cada 8 horas.
 - Petidina intravenosa cada 8 horas si EVA>3.
 - Morfina intravenosa cada 8 horas si EVA>3.
 - Otro efecto secundario al tratamiento son las náuseas por lo que tiene prescrito Ondansetrón o Metoclopramida (Primperan) si náuseas o vómitos.
- Independiente.

NECESIDAD DE COMUNICAR.

- No presenta manifestaciones de dependencia relacionadas con la necesidad de comunicación.
- Independiente.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN VALORES Y CREENCIAS.

- Manifiesta que es una persona religiosa y católica, no practicante.

- La paciente refiere que el motivo principal de la interrupción del embarazo es porque no quiere el bebé sea una carga para su hija.
 - Para ella su familia es muy importante, tiene muy buena relación con su pareja y es su apoyo principal. Esta muy preocupada por como le pueda afectar este suceso a su hija.
- Dependiente.

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.

- Vive con su pareja y su hija en Coruña.
 - Siente seguridad y confianza del personal sanitario que la atiende.
 - La paciente experimenta sentirse fracasada.
 - La paciente manifiesta sentirse culpable por tener que tomar la decisión y siente que va a ser incapaz de tener un hijo.
 - Manifiesta tener una buena situación socioeconómica adecuada para sus necesidades.
- Dependiente.

NECESIDAD DE RECREARSE.

- No presenta manifestaciones de dependencia relacionadas con la necesidad de recrearse.
- Independiente.

NECESIDAD DE APRENDER

- Manifiesta que desconoce los efectos secundarios del tratamiento.
 - Tiene dudas sobre el proceso, cree haberlo entendido pero refiere haber cosas que no entiende.
 - La paciente manifiesta que le informaron en el COF (Colegio Oficial de Farmacéuticos) de todo el proceso pero comenta que hay cosas que no entiende y quiere que se le refuerce cierta información cuando tenga dudas.
- Parcialmente dependiente.

PLAN DE CUIDADOS:

Tras realizar la valoración de Virginia Henderson, se observa que algunas necesidades no se encuentran satisfechas identificándose una serie de diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales.

Diagnósticos de enfermería:

- **Conocimientos deficientes** → porque la paciente expresa que necesita información acerca del desarrollo del proceso y de los efectos secundarios de la medicación durante su estancia en la unidad.
- **Baja autoestima situacional** → porque tiene una percepción negativa de su propia valía en respuesta a la situación que está viviendo.
- **Conflicto de decisión** → porque la paciente presenta incertidumbre sobre el desarrollo del proceso y las decisiones a tomar.

Complicaciones potenciales:

- **Infección** → porque es una complicación que puede surgir en el proceso.
- **Hemorragia** → porque es una complicación que puede surgir en el proceso.
- **Dolor agudo** → porque es un efecto secundario que surge de administrar el Misoprostol.
- **Náuseas** → porque es un efecto secundario que surge de administrar el Misoprostol.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1. Conocimientos deficientes [00126]** r/c falta de información acerca del procedimiento y efectos secundarios del tratamiento m/p pregunta frecuentemente acerca del proceso y del tratamiento que se le administra. ¹⁵

TABLA 3

NOC: Conocimiento: actividad prescrita [1811] ¹⁶		
	<i>Al ingreso (17/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Actividad prescrita.	3	5
Efectos esperados de la actividad prescrita.	3	5
Precauciones prescritas de actividad.	3	5
Realización adecuada de la actividad prescrita.	2	5
Beneficios de la actividad prescrita.	3	5

TABLA 4

NOC: Conocimiento: medicación [1808] ¹⁶		
	<i>Al ingreso (17/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Efectos secundarios de la medicación.	2	5
Uso correcto de la medicación prescrita.	2	5
Efectos terapéuticos de la medicación.	2	5
Efectos adversos de la medicación.	2	5

TABLA 5

NIC: Enseñanza procedimiento/tratamiento [5618] ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda.</i>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Explicar el procedimiento/tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, según corresponda.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.</i>

- 2. Baja autoestima situacional [00120]** r/c cambios en el rol social y patrón de impotencia m/p dificultad para conciliar el sueño y verbalizaciones de negación sobre sí misma y sentimientos de culpa.

15

TABLA 6

NOC: Autoestima [1205] ¹⁶		
	<i>Al ingreso (17/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Verbalizaciones de autoaceptación.	4	5
Comunicación abierta.	3	5
Mantenimiento del cuidado/higiene personal.	5	5
Nivel de confianza.	3	5
Descripción de estar orgulloso.	3	4
Sentimientos sobre su propia persona.	3	4

TABLA 7

NIC Potenciación de la autoestima [5400] ¹⁷
▪ <i>Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</i>
▪ <i>Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</i>
▪ <i>Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</i>
▪ <i>Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.</i>
▪ <i>Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</i>
▪ <i>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</i>
▪ <i>Explorar las razones de la autocrítica o culpa.</i>

- *Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.*

TABLA 8

NIC: Apoyo emocional [5270] ¹⁷
▪ <i>Comentar la experiencia emocional con el paciente.</i>
▪ <i>Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</i>
▪ <i>Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</i>
▪ <i>Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.</i>
▪ <i>Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.</i>
▪ <i>Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</i>
▪ <i>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</i>
▪ <i>Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</i>

El IVE provoca un gran impacto emocional, por ello apoyar a la paciente es muy importante para potenciar su autoestima. Las actividades citadas anteriormente son muy importantes y se deben de realizar de manera adaptada a cada mujer ya que cada persona responde de manera diferente al proceso. La esfera íntima y personal, el ámbito familiar y relacional, y el espacio sociocultural y público son dimensiones muy importantes que hace que la vivencia emocional del proceso varíe de una mujer a otra. ¹⁸

Nuestra paciente tiene sentimiento de culpabilidad y se encuentra débil a nivel emocional presentando, además, una baja autoestima situacional. Por ello, todas las actividades para potenciar la autoestima de la paciente y apoyarla emocionalmente ayudaron a mejorar la experiencia emocional que tenía la paciente durante el proceso.

- 3. Conflicto de decisión [00083]** r/c conflicto con la obligación moral y percepción de amenaza su sistema de valores m/p angustia cuando toma la decisión, expresión de malestar en la toma de decisiones y signos físicos de sufrimiento y tensión.¹⁵

TABLA 9

NOC: Toma de decisiones [0906] ¹⁶		
	<i>Al ingreso (17/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Identifica información relevante.	4	5
Identifica alternativas.	3	5
Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.	3	5
Reconoce el contexto social de la situación.	4	5
Compara alternativas.	3	5

TABLA 10

NIC: Apoyo en la toma de decisiones [5250] ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.</i>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporcionar la información solicitada por el paciente.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.</i>

COMPLICACIONES POTENCIALES

Teniendo en cuenta los efectos secundarios que produce el Misoprostol y las complicaciones que pueden surgir después de la realización de la interrupción del embarazo observamos que se pueden producir las siguientes complicaciones potenciales:

COMPLICACIONES POTENCIALES DERIVADAS DEL PROCESO:

- 1. Infección** (secundaria a las vías venosas periféricas y al proceso).

TABLA 11

<i>NOC: Severidad de la infección [0703] ¹⁶</i>		
	<i>2º día (18/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>

Erupción.	5	5
Fiebre.	5	5
Malestar general.	5	5
Trastorno cognitivo inexplicado.	5	5
Letargia.	5	5
Dolor.	5	5
Colonización del acceso vascular.	5	5

TABLA 12

NIC: Control de infecciones [6540] ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Poner en práctica precauciones universales.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.</i>

Las actividades citadas para controlar las infecciones son muy importantes tanto para el manejo de catéteres periféricos como para la realización de la

interrupción voluntaria del embarazo ya que son unas medidas para prevenir las infecciones nosocomiales y son de especial importancia. ¹⁹

TABLA 13

NIC: Cuidados por interrupción del embarazo [6950] ¹⁷
▪ <i>Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento del aborto.</i>
▪ <i>Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.</i>
▪ <i>Instruir acerca de los signos que deben notificarse (aumento de hemorragias, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o tejidos).</i>
▪ <i>Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos.</i>
▪ <i>Administrar medicación para interrumpir el embarazo, según protocolo.</i>
▪ <i>Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto, si se desea.</i>
▪ <i>Observar si se producen hemorragias o retortijones.</i>
▪ <i>Observar si hay signos de aborto espontáneo (cese de los retortijones, aumento de la presión pélvica y pérdida de líquido amniótico).</i>
▪ <i>Realizar una exploración vaginal, según corresponda.</i>
▪ <i>Ayudar con el parto, según corresponda, dependiendo de la edad gestacional del feto.</i>
▪ <i>Monitorizar los signos vitales.</i>
▪ <i>Administrar oxitócicos después del parto, según corresponda.</i>
▪ <i>Informar sobre los procedimientos (legrado-aspiración, dilatación y legrado, y evacuación uterina).</i>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Administrar inmunoglobulina anti-Rho(D) en las pacientes Rh-negativo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Enseñar a la paciente los autocuidados postaborto y el control de los efectos secundarios.</i>

2. Hemorragia.

TABLA 14

NOC: Severidad de la pérdida de sangre [0413] ¹⁶		
	<i>2º día (17/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Pérdida sanguínea visible.	5	5
Sangrado vaginal.	5	5
Palidez de piel y mucosas.	5	5
Disminución de la presión arterial sistólica.	5	5
Disminución de la presión arterial diastólica.	5	5
Aumento de la frecuencia cardíaca apical.	5	5
Disminución de la cognición	5	5

Los indicadores citados anteriormente son los principales a la hora de valorar una hemorragia posterior a una IVE. ²⁰

TABLA 15

NIC: Prevención de hemorragias [4010] ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de</i>

<p><i>hemorragia interna y externa (p. ej., distensión o hinchazón de la parte del cuerpo afectada, cambio en el tipo o cantidad de drenaje de un drenaje quirúrgico, sangre en los apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente).</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente (p. ej., hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario).</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mantener el acceso i.v., según corresponda.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia (p. ej., aparición de moratones, hemorragias nasales, sangrado de las encías, sangre en la orina o en las heces, o períodos menstruales extremadamente abundantes) y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K (p. ej., hortalizas de hoja como espinacas y repollo, coliflor, brócoli y soja), según corresponda.</i>

Debemos prestar especial atención a los posibles signos y síntomas que pueden dar lugar a una hemorragia principalmente la atonía uterina. El manejo incluye el empleo de medicamentos uterotónicos e intervenciones de poca complejidad en niveles básicos de atención.²⁰

En nuestro caso, la paciente no sufrió hemorragia mayor de lo habitual.

COMPLICACIONES POTENCIALES DERIVADAS DE LA MEDICACIÓN:

3. Dolor agudo.

TABLA 16

<p>NOC: Nivel del dolor [2102] ¹⁶</p>

	<i>2º día (18/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>
Duración de los episodios de dolor.	3	5
Expresiones faciales de dolor.	3	5
Inquietud.	4	5
Tensión muscular.	4	5
Presión arterial.	4	5
Sudoración.	4	5
Pérdida de apetito.	4	5
Gemidos y gritos.	4	5
Muecas de dolor.	3	5
Náuseas.	4	5

TABLA 17

<i>NIC: Manejo del dolor: agudo [1410] ¹⁷</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata</i>

<i>antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.</i>

El dolor es una complicación frecuente en mujeres en las que se le realiza la interrupción del embarazo de manera farmacológica ya que el Misoprostol induce contracciones del útero y como consecuencia provoca dolor. El manejo del dolor se realiza siguiendo la escala analgésica empezando por los analgésicos de menor a mayor escalón intentando que la mujer no sufra ni tenga dolor.^{21,22}

En nuestro caso, la paciente se comunica verbalmente y nos permite valorar el dolor siguiendo la escala EVA.²³

4. Náuseas.

TABLA 18

<i>NOC: Control de náuseas y vómitos [1618] ¹⁶</i>		
	<i>2º día (18/03)</i>	<i>Al alta (19/03)</i>

Reconoce el inicio de náuseas.	3	5
Bebe pequeñas cantidades de líquidos.	4	5
Informa de náuseas controladas.	3	5

TABLA 19

NIC: Manejo de las náuseas [1450] ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento).</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.</i>

Las náuseas son una complicación gastrointestinal secundaria a la administración del Misoprostol que se produce en el 10- 30% de las mujeres que realizan una IVE. ²¹

En nuestro caso, para controlar las náuseas de la paciente presentaba náuseas, se le administró Ondansetrón y Metoclopramida.

Una vez elaborado el plan de cuidados de la paciente se puede observar y justificar que en situaciones clínicas similares, buscadas en 4 artículos diferentes, se producen diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales similares a las de nuestra paciente:

- Artículo 1: Justifica que la paciente presenta un trastorno del patrón del sueño el cual nosotros relacionamos en el diagnóstico de Conflicto de decisiones. Además, en este caso justifica el

diagnóstico de Ansiedad que en nuestro caso tiene riesgo de presentarla, pero aún no la presenta. ²⁴

- Artículo 2: Justifica la complicación potencial de infección.²⁵
- Artículo 3: Justifica la complicación potencial de náuseas y dolor agudo como efecto secundario al Misoprostol. ²⁶
- Artículo 4: Justifica la complicación potencial de hemorragia, aunque en este caso se refiere a riesgo de sangrado. ²⁷

A mayores de los artículos citados anteriormente que justifican la elección de los diagnósticos y de las complicaciones potenciales de esta IVE también los confirman los planes de cuidados estándares del SERGAS que se encuentran en el Gacela.²⁸

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Una vez realizado el plan de cuidados de una paciente que decide realizar la interrupción voluntaria del embarazo a causa de malformaciones fetales, se observa que este tipo de pacientes necesitan unos cuidados de enfermería muy especiales y necesitan gran apoyo psicológico.

Cabe destacar, que la sociedad no tiene información suficiente acerca del duelo que sufren estas pacientes llegando, muchas veces, a ser un tema tabú.

Las mujeres que se someten a este proceso, durante el duelo, suelen sentir ira, culpabilidad y frustración llegando a pensar que no pueden volver a tener un hijo o que su rol familiar y personal cambia una vez que se produce este suceso.

La actividad enfermera está centrada principalmente en un acompañamiento, empatía y apoyo emocional a parte de los cuidados enfermeros necesarios.

Las pacientes en la unidad evolucionan favorablemente observándose cambios a nivel fisiológico y psicológico aceptando el suceso vivido de una manera significativamente diferente al momento de ingreso.

Cabe destacar los escasos artículos publicados sobre planes de cuidados enfermeros en una interrupción de embarazo. También es importante mencionar que en algunos artículos encontrados la mayoría de los diagnósticos son ansiedad y temor pero, en nuestra paciente, se diagnostica baja autoestima situacional y conflicto de decisión debido a que la paciente presenta algún indicio de ansiedad pero no presenta un diagnóstico como tal y no tiene temor por el proceso sino, tiene un conflicto de decisiones por el sentimiento de culpabilidad de cómo contarle a su hija lo que sucedió y que no va a tener un hermano. Además, presenta baja autoestima situacional ya que tiene sentimientos negativos hacia su persona.

Centrándonos en nuestra paciente, valorando la evolución de los diagnósticos enfermeros que se detectaron en ella podemos decir que:

- El diagnóstico “Conocimientos deficientes” se trató en su totalidad. Las actividades programadas lograron que durante su estancia hospitalaria la paciente no manifestase ningún tipo de demandas respecto a este problema. Dicha evolución favorable la corroboramos en la valoración de los indicadores correspondientes al diagnóstico.
- El diagnóstico “Baja autoestima situacional” podemos decir que se trató de la manera correcta porque las actividades programadas durante la estancia hospitalaria lograron satisfacer las demandas de la paciente en relación con su autoestima. La evolución favorable se puede observar en la valoración de los indicadores de dicho diagnóstico, aunque se observa que dos indicadores no se

corrigieron en su totalidad dado al poco tiempo de la paciente en la unidad (3 días) pero, si que se observa la evolución favorable.

- El diagnóstico “Conflicto de decisiones” se trató en su totalidad. Las actividades programadas lograron que durante su estancia hospitalaria la paciente no manifestase ningún tipo de demandas respecto a este problema. La evolución favorable la podemos corroborar en la valoración de los resultados al ingreso y al alta de la paciente.

Las posibles complicaciones derivadas del proceso como la infección y la hemorragia no aparecieron en toda la estancia hospitalaria. Pero las complicaciones derivadas de la medicación, como dolor agudo y náuseas si que aparecieron en algún momento de su estancia hospitalaria ya que se producen como efectos secundarios a la medicación administrada para la realización de la interrupción del embarazo aunque, finalmente, se corrigieron en su totalidad.

En el pase de visita médica a los 3 días de su ingreso en la unidad es valorada en la clínica. Se envían los restos recogidos a anatomía patológica y por su cuadro clínico (normotensa, afebril, sin dolor y ausencia de sangrado vaginal) es dada de alta sin necesidad de realizar un legrado.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo del caso clínico se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la *Ley Orgánica 3/2018, Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, la *Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* y la *Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.

A continuación, hacemos un pequeño resumen de las leyes mencionadas anteriormente para destacar lo más importante de cada una y los artículos que son necesarios cumplir en función de las condiciones de nuestra paciente.

En primer lugar, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales recoge que la protección de los datos de las personas es un derecho fundamental protegido por el artículo 18.4 de la Constitución española.²⁹

En el título II “Principios de protección de datos” de la ley se encuentra el Artículo 5 “Deber de confidencialidad” en el que se recoge que toda persona responsable y encargada de los datos o cualquier persona que intervenga están sujetos al deber de confidencialidad profesional.²⁹

En segundo lugar, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo protege a las mujeres para las que el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos²

En el Artículo 13 “Requisitos comunes” se recogen los requisitos necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo:

- Realizada por un médico especialista o bajo su dirección.
- Llevarse a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado.
- Que se realice con el consentimiento por escrito de la mujer embarazada.²

En el artículo 15 “Interrupción por causas médicas” se recogen varias excepciones en las que se puede interrumpir un embarazo por causas médicas. Pero, en este caso mencionamos la excepción por la cual realiza nuestra paciente el IVE:

- Se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, una enfermedad extremadamente grave e incurable; tiene que ser

confirmado por el comité clínico. Se necesita un dictamen previo emitido por un médico especialista diferente del que va a realizar la intervención.

En el artículo 16 “Comité clínico” se especifica que tiene que estar formado por un equipo multidisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o con experiencia en diagnóstico prenatal y un pediatra.

En el artículo 17 “Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo” se recoge la información necesaria que debe recibir una gestante por escrito y en un sobre cerrado.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [actualización 2021, consultado 2022 May 23]. Disponible en: <https://www.rae.es>
2. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2010 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
3. Astete C, Beca JP, Lecaros A. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Rev Méd Chile [Internet]. 2014 [consultado 2022 May 23]; 142(11): 1449-1451. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0034-98872014001100012&script=sci_arttext
4. Diccionario panhispánico del español jurídico [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2020 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/aborto>
5. Cabero L. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. Prog Obstetr Ginecol [Internet]. 2009 [consultado 2022 May 23]; 52 (1): 67-68. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-declaracion-comision-bioetica-sociedad-espanola-S0304501309701475>
6. Baeyens JA, Alcalá MM. Abordaje de la paciente que se plantea una interrupción voluntaria de embarazo. FMC [Internet]. 2021 [consultado 2022 May 23]; 28(2): 74-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207220301766>

7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [consultado 2022 May 23]; 62 (4): 410-424. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n4/14.pdf>

8. Rosa Z, Arrabal RB, Rivas MT. Mejorando los cuidados en la pérdida gestacional. Paraninfo Digital [Internet]. 2019 [consultado 2022 May 23]; 13(29). Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e086>

9. Anguiano BC, Rodríguez Y, Peña MB. Duelo de la madre, por la muerte o aborto de un hijo deseado [tesis en Internet]. México: Asociación Mexicana de Tanatología; 2015 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/277%20duelo.pdf>

10. Puig E. Cartas íntimas tras un aborto voluntario. 1ª ed. Hakabooks: Tu voz en mi pluma; 2020.

11. Basanta R, Conde M, Fernández JL, et al. Guía de atención no proceso de muerte y de gestacional y perinatal [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/26/guia%20muerte%20perinatal_080620f_trz.pdf

12. Interrupción voluntaria del embarazo: datos definitivos correspondientes al año 2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 2022 May 23]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf

13. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier [actualizado 2022; consultado 2022 May 22]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
14. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. 9th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014.
15. Nanda. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones. 2018-2020. Barcelona: Elsevier; 2017.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2018.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagne CM. Clasificación de Resultados de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2018.
18. Danet A. Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. Gac Sanit [Internet]. 2020 [consultado 2022 May 23]; 35 (4): 361-373. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7965984>
19. Lupión C, López LE, Rodríguez J. Medidas de prevención de transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados: higiene de manos. Enferm Infecc Microbiol Clín [Internet]. 2014 [consultado 2022 May 23]; 32 (9): 603-609. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6149452>
20. Camacho FA, Rubio JA. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Rev Fac Med

[Internet]. 2016 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000100014

21. Bone SN. Efectos del misoprostol en el manejo del aborto diferido en el Hospital Martín Icaza [tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Estatal de Guayaquil; 2016 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduug/36256>

22. Solano MJ, Villalobos G. Principios básicos del abordaje del dolor. Rev Ciencia Salud [Internet]. 2022 [consultado 2022 May 23]; 6 (1): 57-62. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/379>

23. Camacho L, Pesado J, Rumbo JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. Ene [Internet]. 2016 [consultado 2022 May 29]; 10 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100006

24. García I, Lacarta S. Proceso de atención de enfermería para una asistencia de calidad: aborto espontáneo [Internet]. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2014 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: http://congreso-enfermeria.es/libros/2014/salas/sala7/p_87.pdf

25. Sánchez GP. Intervenciones de enfermería en paciente de 16 años con aborto incompleto [trabajo de fin de grado en Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8643>

26. Pérez NW. Eficacia de Misoprostol en inducción al trabajo de parto [tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2015/234.pdf>
27. Rodríguez M, Doñate M, García A, et al. Caso clínico: actuación de la matrona ante una gestante diagnosticada de aborto en el primer trimestre con tratamiento farmacológico. Rev Sanitaria Invest [Internet]. 2021 [consultado 2022 May 23]; 2 (12). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277673>
28. Planes de cuidados: aborto espontáneo. A Coruña: Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, Servicio Galego de Saúde. A Coruña: Tórculo; 2002.
29. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2018 [consultado 2022 May 23]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>

7. ANEXOS

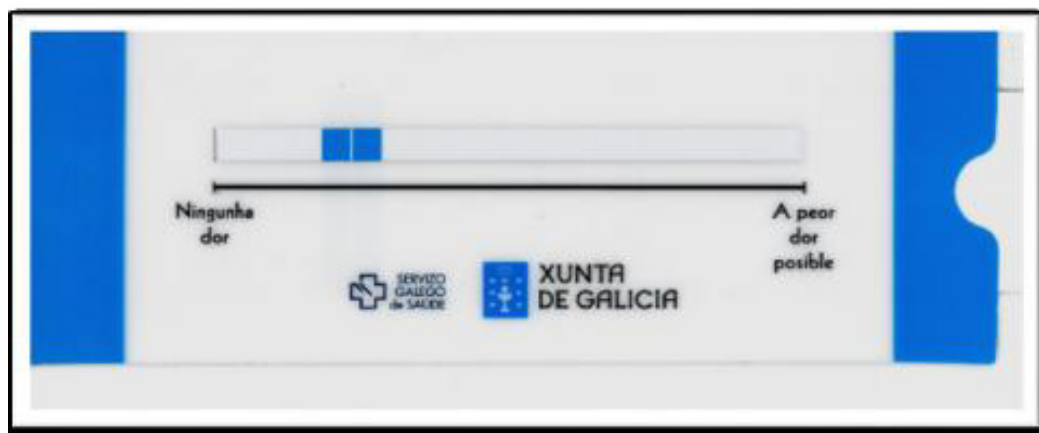
ANEXO I: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) ²⁴

ESCALA VERBAL SIMPLE (EVS)	ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
¿Cuánto dolor tiene?	
Ninguno	EVA = 0
Molestias	EVA = 2
Muy poco, ligero dolor	EVA = 4
Moderado	EVA = 6
Mucho, intenso, fuerte	EVA = 8
Insoportable	EVA = 10

Escala Verbal Simple (EVS). Modelo SERGAS



Escala Visual Analógica (EVN). Modelo SERGAS



Escala Visual Analógica (EVA). Modelo SERGAS