TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

PRESENTADO POR:

CLAUDIA CHUQUITARQUI ACHAHUANCO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ

2023

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADEMICO

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

PRESENTADO POR:

CLAUDIA CHUQUITARQUI ACHAHUANCO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADO POR:

PRESIDENTE : _____
Dra. AMALIA PEREZ ABARCA

PRIMER MIEMBRO : _____
Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

SEGUNDO MIEMBRO : _____
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD SEG09

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 126 - 2023-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 09 de agosto del 2023

VISTO:
El Expediente **N° 043466**, de la Egresado **(a) CHUQUITARQUI ACHAHUANCO CLAUDIA**, con DNI N° **41220108** y Código N° **1810101070** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:
Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **CHUQUITARQUI ACHAHUANCO CLAUDIA**, con DNI N° **41220108** y Código N° **1810101070** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	**Dra. AMALIA PEREZ ABARCA**
Primer Miembro	:	**Dra. GRACIELA BERNAL SALAS**
Segundo Miembro	:	**Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

SEGUNDO. - DETERMINAR que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Lugar	:	**Aula N° 207 - EPG - UANCV – JULIACA**
Fecha	:	**Miércoles, 16 de agosto del 2023**
Hora	:	**11:00 a.m.**

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Leopoldo Mercedes Condori Cari
DIRECTOR (e)

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Mg. PERCY CONSTANTINO PUMA ANCCA
SECRETARIO ACADÉMICO

C.c/ Arcv. EPG-2023 (03)
CARGO (01)
LWCC

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%	19%	2%	16%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	10%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
4	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
	Submitted to CONACYT	

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

Título de la tesis	
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	CLAUDIA CHUQUITARQUI ACHAHUANCO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	41220108
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-8091-3327
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	AMALIA PEREZ ABARCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02436112
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8794-560X
Primer Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	GRACIELA BERNAL SALAS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02394874
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9426-1073
Segundo Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592
Datos de investigación	
Línea de investigación	Ciencias del cuidado de la salud y servicios -SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: Azángaro Distrito: Azángaro GPS Coordenadas -14.90394, -70.19986 https://goo.su/SYS5Rge
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2022 - Diciembre 2023
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	**Medicina clínica** https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00 **Cuidado crítico y de emergencia** https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.08

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - UPG

TESIS UANCV
TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CLAUDIA CHUQUITARQUI ACHAHUANCO, identificado con DNI Nro. 41220108, en mi condición de egresado de:

☐ **Escuela Profesional**
☒ **Programa de Segunda Especialidad,**
☐ **Programa de Maestría o Doctorado**

ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES,

informo que he elaborado el/la ☐ **Tesis** o ☐ **Trabajo de Investigación,** ☒ **Trabajo Académico** denominada:

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DEABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

Asesorado por:

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 16 de agosto del 2023

Firma del Asesor (obligatoria)	Firma del Estudiante (obligatoria)	Huella

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
http://repositorio.uancv.edu.pe/
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

DEDICATORIA

A mi familia por apostar siempre en mi desarrollo profesional, de forma desinteresada apoyándome a cumplir con todos mis objetivos trazados.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi fortaleza por darme la vida y ser el centro de ella por ser un instrumento más para servir a mi prójimo.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

INDICE

AGRADECIMIENTO ..... **ii**

INDICE ..... **iii**

INTRODUCCIÓN ..... **v**

OBJETIVOS ..... **vi**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: ..... **vi**

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN 1

1.2. MOTIVO DE CONSULTA 2

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL 2

1.4. ANTECEDENTES 2

1.5. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO 3

1.6. EXÁMEN FÍSICO 3

1.7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD 4

1.8. RESULTADOS DE LABORATORIO 4

1.9. DIAGNÓSTICO MEDICO 5

1.10. TRATAMIENTO MÉDICO 5

1.11. VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES6

1.12. ESQUEMA DE VALORACIÓN 6

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS ENCONTRADOS 9

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS 9

2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 10

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES 12

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS 12

3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN 14

4. Código: 000802 18

CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE 20

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN 22

5.2. ETIOPATOGENIA 23

5.3. FISIOPATOLOGÍA 24

5.4. CLASIFICACIÓN 25

5.5. FACTORES DE RIESGO 26

5.6. CUADRO CLÍNICO 27

5.7. DIAGNÓSTICO 27

5.8. EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA 29

5.9. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD. 30

5.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA: 34

CONCLUSIONES 31

RECOMENDACIONES 33

BIBLIOGRAFIA 35

ANEXOS 38

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

INTRODUCCIÓN

El nosocomio de apoyo II-1 de Azángaro, es una institución de salud que presta atención de emergencias tanto de día como de noche (24 horas), presta una cartera de servicios en las siguientes especialidades; Medicina, cirugía, Ginecología, pediatría, traumatología, nefrología y otros, se cuenta con especialista en diagnósticos por imágenes. Al servicio de emergencia acuden usuarios con diferentes patologías para ser tratados de emergencia siendo uno de ellos una paciente con el diagnostico ginecológico de Aborto en curso. Es por ello que el personal de enfermería cumple una función muy importante durante la recepción y atención del enfermo en el servicio de emergencia. Brindando un cuidado con calidad y calidez humanizad de manera oportuna y eficaz evitando las complicaciones en los pacientes atendidos en emergencia.

El siguiente estudio Académico está compuesto por capítulos:

CAPÍTULOS	FASES
Capítulo I	Valoración de los datos consignados
Capítulo II	Diagnósticos de enfermeria formulados
Capítulo III	Planificación
Capítulo IV	Ejecución y evaluación
Capítulo V	Fundamentación teórica

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir como se aplica el plan de atención de enfermeria a una paciente con diagnóstico de aborto en curso emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Efectuar una evaluación de enfermeria por medio de las técnicas e instrumentos necesarios para una paciente con diagnóstico de aborto frustro en emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

2. Reconocer y dar prioridad decuerdo a patrones alterados encontrados en una paciente con diagnóstico de aborto frustro en emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

3. Construir un plan de cuidados de enfermeria utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC. A una usuaria con diagnóstico de aborto en curso emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

4. Brindar de forma eficiente y eficaz los cuidados e intervenciones primordiales que contribuyan a obtener resultados óptimos para la pronta recuperación de la paciente con diagnóstico de aborto frustro en emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

- NOMBRE Y APELLIDO : V.T.V
- EDAD : 35 años
- ETAPA DE VIDA : Adulta
- SEXO : Femenino
- FECHA DE NACIENTO : 24/03/1985
- GRADO DE INSTRUCCIÓN : Secundaria completa
- OCUPACIÓN : Ama de casa
- DOMICILIO : Com Acopata Progreso
- PROCEDENCIA : Asillo
- ESTADO CIVIL : Conviviente
- NÚMERO DE HIJOS : 03
- IDIOMA : Castellano
- RELIGIÓN : católico
- FECHA DE INGRESO : 02/02/2021
- HORA DE INGRESO : 21:00 horas
- INFORMANTE : Conviviente
- H.CL : 43402877
- SERVICIO : Emergencia
- ELABORADO POR : Claudia Chuquitarqui Achahuanco.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Usuaria indica que hace más o menos 8 horas inicio con el sangrado genital tras haber sido arrastrada por su ganado (vaca) sangrado en regular cantidad por lo que es trasladada desde su domicilio a emergencia del nosocomio en compañía de su conviviente.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer es ingresada a la sala de emergencia en silla de ruedas acompañada de su conviviente el cual interrogatorio relata una evolución de la enfermedad de 8 horas presentando sangrado genital, malestar general, dolor a nivel del útero, ansiosa y lo que causa una preocupación por su salud actual.

1.4. ANTECEDENTES

FISIOLÓGICOS:

- Partos : domiciliarios
- Lactancia materna : hasta 1 año
- vacunas : No recuerda
- Alimentación : Carnes, pescados, pollo, carbohidratos, frutas y verduras

FAMILIARES:

- Su Familia : desestructurado
- Sus Padres : muertos
- Los Abuelos : Finados

PERSONALES NO PATOLÓGICO

- Bebe Café : en ocasiones

- Ingiere Alcohol : en compromisos
- Habito de Fumar : No
- Consume Drogas : No

1.5. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO

- La vivienda : Adobe con techo de calamina
- El agua y la luz : Pozo clorado
- La eliminación de basura: Mediante el colector de deshechos del municipio

1.6. EXÁMEN FÍSICO

- Con Piel : Tibia humectada
- Cabeza : Normal con cabellos negros
- Ojos : Pupilas isocoricas
- La Nariz : permeable
- La Boca : Mucosas orales semi secas
- El Tórax : Simétricos, con buena amplexacion
- El Corazón : Ruidos normo fonéticos
- El Abdomen : a la palpación doloroso en la pelvis pero blando
- Sist. Genitourinario : hemorragia vaginal
- Los Miembros Inf. y Sup. : móviles simétricos.

SIGNOS VITALES:

- Temperatura : 36.6ºC.
- Presión Arterial : 70/50 mmhg.
- Frecuencia Respiratoria: 22x`
- Pulso : 125x`
- SaO2 : 87%

ANTROPOMETRÍA:

- Peso : 62 Kilos
- Talla : 1.52 cm.

1.7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Cliente mujer con 36 años tiene un proceso de su enfermedad de 08 horas presentando Sangrado. Dolor agudo, malestar general, debilidad, hipotensión y taquicardia.

1.8. RESULTADOS DE LABORATORIO

ANALISIS	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Hemoglobina	12.9g/dl	12.0-17.4g/dl	Parámetro normal
Hematocrito	38.9%	45-51%	Normal
Tiempo de coagulación (Duke)	5´00´´	3-7	Normal
Tiempo de sangría	1´45´´	1-5	Normal
Recuento de leucocitos	5,900x10 9/l	5.0-10.0 9/l	Elevado
Plaquetas	100,000mm3	150,000-350,000mm^3	Normal
Formula Leucocitaria			
Segmentados	34%	55-64%	Normal
Abastonados	00%	0-1%	Normal
Linfocitos	14%	25-35%	Normal
Monocitos	02%	4-8%	Normal
Basófilos	00	0-1%	Normal
Eosinófilos	00	2-4%	Normal
Creatinina	0.8mg/dl	0.8-1.4mg/dl	Normal
glicemia	160mg/dl		Alterado

INFORME DE ECOGRAFÍA

Fecha: 03/02/2021

Hora:

Estudio ecográfico: Trans Vaginal

Útero en AVF de 11.2 mm x 55.2mm x 53 mm

Endometrio: Heterogéneo de 16.6. mm. Se evidencia saco gestacional de aprox. 20.7mm.

Anexo Derecho: de 27.2mm x 16.6mm.

Anexo Izquierdo: de 25.5mmx 14.9mm

Fondo de saco de Douglas: libre

DX: Gestación no viable

1.9. DIAGNÓSTICO MEDICO

Aborto en curso o frustro

Gestación Aprox. de 05 semanas

1.10. TRATAMIENTO MÉDICO

- Nada por vía oral
- Terapia medica:
- Clna 0.9% x 1,000cc 500 CC a chorro luego a XV gotas por minutos
- Cefazolina 1 gr. Ev.
- Ácido tranexámico 100 mg. Ev.
- Diclofenaco x 75 mg. IM.
- Control de sangrado
- Monitoreo de signos vitales

1.11. VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

VALORACIÓN POR DOMINIOS

I: PROMOCIÓN DE LA SALUD: higiene en estado regular

II: NUTRICIÓN: Enferma en aparente buen estado de nutrición

III: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO: Paciente presente Frecuencia respiratoria 22x, Saturación de Oxigeno 87% y Presenta micción normal.

IV: ACTIVIDAD Y REPOSO: Paciente en aparente mal estado general

V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN: Paciente consciente de su enfermedad

VI: AUTOPERCEPCIÓN: su situación actual de salud la tiene Preocupada

VII: ROL/RELACIONES: parientes pendientes de la salud de la enferma

VIII: SEXUALIDAD: de acuerdo para su edad y sexo femenino

IX: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES: Paciente ansiosa

X: PRINCIPIOS VITALES: comulga con el catolicismo

XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN: cuenta con una instalación periférica viable, sangrado genital regular cantidad y Presión Arterial 70/50mmhg

XII: CONFORT: Presenta Dolor intenso en pelvis

1.12. ESQUEMA DE VALORACIÓN

Dx. Médico: Aborto en curso, gestación de aprox. 05 semanas

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS CLASES Y CÓDIGOS	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
1. presenta aumento en la frecuencia cardiaca, Taquicardia FC= 125 X	Dominio : Actividad reposo Clase: 4 respuestas cardiovasculares Código: 00029	Es la capacidad de bombeo del corazón en un determinado tiempo y esta eyección lo realiza en un minuto por cada ventrículo. La frecuencia cardiaca y el volumen de sangre eyectado por cada latido o vol. Sistólico es el gasto cardiaco los que están regidos por el nervio autónomo y mecanismos intrínsecos del sistema cardiovascular.(2) El GC normal es de 5-6 promedio litros por minuto en varones 60-75 latidos/min. En las mujeres varia en un 10%- 20% por debajo de este rango. Sensible a un inadecuado aporte en los tejidos conduciendo a una disfunción tisular comprometiendo la salud del individuo. (19)	Disminución del gasto cardiaca. Riesgo de shock	Alteración en la frecuencia cardiaca (taquicardia). Sangrado genital

2.Paciente presenta sangrado genital en regular cantidad, Paciente con dolor intenso en la pelvis	Dominio: XI Seguridad y protección Clase: 2 lesión física Código: 00205 Dominio 12: confort Clase 1: confort Físico Código: 00132.	Es el conocimiento único del individuo a nivel sensitivo y emocional incomodo causado por una afección sea real o potencial la cual debe ser dentro de los 3 meses. (3)	Dolor Agudo debido a evolución de aborto en curso	Agente Lesivo biológico
3.Paciente preocupada ansiosa por cambios en su salud	Dominio: XI Afrontamiento Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuesta de afrontamiento código:00146	Una respuesta normal es la ansiedad, frente a una amenaza en la cual hay incremento del flujo sanguíneo y otros cambios fisiológicos necesarios para enfrentar una situación peligrosa.	Ansiedad	Conflicto sobre los objetivos vitales

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS ENCONTRADOS

- ✓ taquicardia
- ✓ Mal estado general aparente
- ✓ sangrado genital
- ✓ dolor intenso
- ✓ Preocupada ansiosa

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGUN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

DOMINIO: IV ACTIVIDAD/REPOSO

Clase : 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Código : 00029

- Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca E/P taquicardia.

DOMINIO: XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Clase 2: Lesión física
Código : 00205

- Riesgo de shock r/c sangrado activo genital.

DOMINIO: XII: CONFORT

Clase 01: Confort físico
Código : 00132

- Dolor Agudo r/c Agente lesivo químico E/P gesticulación Facial

DOMINIO: IX: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES

Clase 02 : Respuesta de afrontamiento

Código : 00146

- Ansiedad r/c Conflicto sobre los objetivos vitales m/p manifestación verbal

2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: XII: CONFORT

Dominio 12: Confort

Clase 01: Confort físico

Código : 00132

- Dolor Agudo R/C Agente lesivo químico E/P Expresión Facial

DOMINIO: XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Dominio : 11

Clase 2: Lesión física

Código : 00205

- Riesgo de shock r/c sangrado activo genital

DOMINIO: IV: ACTIVIDAD/ REPOSO

Clase : 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Código : 00029

- Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca E/P taquicardia

DOMINIO: IX: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES

Dominio IX: Afrontamiento tolerancia al estrés

Clase 02 : Respuesta de afrontamiento

Código : 00146

- Ansiedad r/c conflicto sobre los objetivos vitales m/p expresión verbal

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

1. Dolor Agudo R/C Agente lesivo químico E/P gesticulación Facial
2. Riesgo de shock r/c sangrado activo genital
3. Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca E/P taquicardia.
4. Ansiedad r/c Conflicto sobre los objetivos vitales m/p manifestaciones verbales

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Diagnóstico de Enfermería:

- ✓ Dolor Agudo R/Con Agente lesivo Químico M/P expresión Facial

Objetivo: Realizar acciones para disminuir y/o controlar el Dolor en la atención del servicio de emergencia.

Diagnóstico de Enfermería

- ✓ Riesgo de shock r/c sangrado activo genital

Objetivo: Realizar acciones encaminadas al mantenimiento de volumen mediante soluciones cristaloides y coloides

Diagnóstico de Enfermería:

- ✓ Disminución del gasto cardíaco R/C alteración del ritmo cardíaco E/p taquicardia.

Objetivo: cliente mejorara su gasto cardíaco adecuado propiciando la reposición de volumen sanguíneo

Diagnóstico de Enfermería:

- ✓ Ansiedad r/c Conflicto sobre los objetivos vitales m/p expresión verbal

Objetivo: Propiciar que la ansiedad se reduzca y restablecer los mecanismo de afrontamiento de situación actual de su salud.

3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del paciente: V.T.V EDAD: 36 años

Servicio: Emergencia DX : Aborto en curso

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<table>
<tr><th>DX. ENFERMERÍA</th><th>(NOC)</th><th>(NIC)</th><th>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</th><th>EVALUACIÓN (NOC)</th></tr>
<tr>
<td>Dominio 12 Confort
Clase 01 Confort Físico
Cód. 00132
Dolor Agudo R/C Agente lesivo Químico E/P gesticulación facial</td>
<td>Dominio: Confort
Clase: Confort Físico
Código: 1605
Control del dolor
<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>160501
Reconoce factores causales</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Código: 1400
Manejo del Dolor
Actividades:
1. Realizar una estimación integral del dolor como la ubicación, punto de inicio, características, curso, calidad, intervalo, intensidad, o gravedad del dolor; así como agentes causales liberadores</td>
<td>Es el conocimiento único del individuo a nivel sensitivo y emocional incomodo causado por una afección sea real o potencial la cual debe ser</td>
<td>Código: 1605
Chequeo del dolor
<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>160501
Identificar componentes causales</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>160507</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

	160507 Percibir síntomas incontrolables del dolor		X				2. garantizar que reciba la enferma la terapia completa (analgésicos) y los cuidados necesarios.	dentro de los 3 meses. (3).	Siente síntomas incontrolables del dolor	
	160509 Conocer los síntomas asociados al dolor		x						160509 Conoce los síntomas asociados al dolor	x

Puntaje basal: 06

Puntaje Final: 12

Puntaje Diana: 15

Puntaje Basal: 06

Puntaje Final: 12

15……100%

12…….x x= 80%

Interpretación: el puntaje diana se trató de alcanzar, pero se obtuvo un total 12 puntos logrando una desviación sustancial, una desviación leve del rango normal que hace un 80%.

1= Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación Leve 5= Sin Desviación

Nombre del paciente: V.T.V EDAD: 36años

Servicio: Emergencia DX : Aborto frustro

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<table>
<tr><th>Dx. Enfermería</th><th>(NOC)</th><th>(NIC)</th><th>Fundamento Científico</th><th>Evaluación (NOC)</th></tr>
<tr>
<td>Dominio : XI
Seguridad y protección
Clase 2: Lesión física
Cód. : 00205
Riesgo de shock r/c sangrado genital activo</td>
<td>Dominio: Salud fisiológica (II)
Clase: Cardiopulmonar (E)
Cod: 0413
Severidad de la perdida de sangre
<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>Cod. 041307 sangrado vaginal</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cod. 041309 acortar P/A sistólica</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Código: 4260
Prevención del Shock
Actividades
1.Monitoreo continuo de los signos vitales
2. Instalación de vía periférica con catéter de gran calibre y preservar su permeabilidad.
3. Administrar líquidos cristaloides y coloides conforme a su necesidad.</td>
<td>Es la capacidad de bombeo del corazón en un determinado tiempo y esta eyección lo realiza en un minuto por cada ventrículo. El número de pulsaciones por minuto por el volumen sistólico nos da como producto el gasto cardiaco.</td>
<td>Código: 0413
Severidad de la perdida de sangre
<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>Cod. 041307 sangrado vaginal</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Cod. 041309 disminución P/A sistólica</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Cod. 041310</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

	Cod. 041310 reducir P/A Diastólica		X				4. Apertura registro de curva térmica y el estado respiratorio.		decrecer P/A Diastólica					

Puntaje Basal: 06

Puntaje Final: 12

Puntaje Diana: 15

Puntaje Basal: 6

Puntaje Final: 12

15……100%

12…….x

X= 80%

Interpretación: no llegando al puntaje óptimo diana aunque se alcanzó 12 puntos importantes haciendo un rango normal de la derivación con un total del 80% o sea leve

1= Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación Leve 5= Sin Desviación

Nombre del paciente: V.T.V EDAD: 36 años

Servicio: Emergencia DX : Aborto en curso

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<table>
<tr><th>Dx. Enfermería</th><th>(NOC)</th><th>(NIC)</th><th>Fundamento Científico</th><th>Evaluación (NOC)</th></tr>
<tr>
<td>Dominio IV: Actividad Reposo

Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/pulmonares

Cód. : 00029

Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la frecuencia cardiaca E/p taquicardia</td>
<td>Dominio: Actividad Reposo

Clase: Respuesta Cardiovasculares/Pulmonares

4. Código: 000802

Estado de los signos vitales

<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>Cód. 080208
Temperatura</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cód. 080208
Ritmo cardiaco</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cód.080206</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Código: 4260

Prevención del shock

Permeabilización de las vías respiratorias mediante la Aspiración de secreciones de los accesos aéreos

Actividades

1.vigilancia de las signos vitales
2. Vía periférica implantada con</td>
<td>Condición suficiente del corazón de bombeo en un determinado tiempo y esta eyección lo realiza en un minuto por cada ventrículo. El gasto cardiaco es el producto de la frecuencia cardiaca y el volumen de sangre eyectado por cada latido o vol. Sistólico los que están regidos por el nervio autónomo y funcionamiento propios del sistema cardiovascular.(2)

Nuestro GC normal es de 5-6 promedio litros por minuto en varones 60-75</td>
<td>Código : 00802

Estado de los signos vitales

<table>
<tr><th>Indicadores</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>Cód. 080208
Temperatura</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Cód. 080208
Frecuencia Cardiaca</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Cód.080206
Presión arterial</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

	Presión arterial Puntaje basal: 9	abocat de gran diámetro 3.infundir fluidos 4.tratar con antiinflamatorios	latidos/min. En las mujeres varia en un 10%- 20% por debajo de este rango. Sensible a un inadecuado aporte en los tejidos conduciendo a una disfunción tisular comprometiendo la salud del individuo. (19)	Puntaje Final : 12 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal : 9 Puntaje Final : 12 15……100% 12…….x X= 80% Traducción: como consecuencia no logrando un puntaje ideal diana pero se consiguió llegar a 12 puntos que hizo la diferencia en la derivación del rango normal con el 80%.

1= Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación Leve 5= Sin Desviación

CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

Nombre del Paciente: V.T.V Edad: 36 años

Fecha : 02/2/2021 Hora: 21:00

S	Pobladora menciona "que tiene mucho dolor en mi vientre"
O	Según apreciación de la enfermera paciente en LOTEP, Aparente mal estado general, regular situación de hidratación, se encuentra en una buena condición de nutrición, a febril piel tibia, a la evaluación física se encuentra dolor a la palpación del abdomen. Aplicando la escala EVA del dolor esta con 7/10 puntos.
A	Dolor Agudo r/c agente lesivo biológico m/p manifestaciones verbales
P	La fémina alcanzara aminorar su dolencia durante su estancia en emergencia según la terapéutica aplicada.
I	Dentro de los cuidados de enfermeria proporcionados esta: 21:05 se efectúa el control de funciones vitales 21.10 Se valora la escala de EVA del dolor, resultando 7/10 21:15 luego comenzamos a instaurar de un canal periférico donde infundimos fluido terapia que se inicia con NaCL al 0.9 %0 de los cuales pasa 500 mililitros a chorro y continuamos a XXX gotas x´ 21:20 se suministra las indicaciones médicas: Cefazolina 1 gr. Ev; Diclofenaco x 75 mg. IM; Ácido tranexámico 100mg Ev. 21:30 Se gestiona los exámenes auxiliares como ecografía abdominal y los exámenes de laboratorio.
E	22: 20 A la evaluación paciente estable el cual indica que su dolor mermo considerablemente según la escala esta 3/10, con funciones vitales estables T° 36.5°c, Fc= 100 x´ P/A 100/60mmhg, FR= 19x´, paciente pasa al servicio de hospitalización de ginecología para preparación y posterior legrado uterino. _____ Lic. Claudia Chuquitarqui Achahuanco CEP :72605

SOAPIE

Nombre del Paciente : V.T.V Edad: 36 años

Fecha : 02/2/2021 Hora: 21:00

S	Paciente refiere : "tengo mucho sangrado por mi vagina"
O	Según la estimación de enfermería mujer en LOTEP, mal estado general teóricamente, Regular condición de Hidratación, favorable estado de nutrición, a febril piel tibia, al examen físico a la palpación del abdomen se muestra doloroso. Con un rango de tolerancia de 7/10, a la evaluación de sus partes íntimas se trasluce un sangrado de regular consideración.
A	Riesgo de Shock r/c sangrado genital activo
P	Reducir el riesgo de shock en lo que permanece en el servicio de emergencia
I	21:05 se realiza el control de las funciones vitales Monitorizar las funciones vitales 21:15 Instauración de vía periférica con branula de gran calibre y sostener su permeabilidad 21:20 Administrar líquidos cristaloides y coloides según corresponda Apertura curva térmica y mapeo de la respiración
E	De acuerdo a la evolución del paciente cuenta que ya no estoy sangrando se ha detenido el sangrado, a la toma de la Presión Arterial presente 100/ 60mmhg. Paciente estable se sube a piso hospitalización para su posterior ejecución de su legrado uterino según su programación. _____ Lic. Claudia Chuquitarqui Achahuanco CEP :72605

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN

Según la OMS, aborto es “la suspensión de la continuidad del embarazo después de la enjertación del zigoto fecundado en el endometrio antes de que sea viable es decir, antes de que tenga la suficiente capacidad de sobrevivir y sostener una vida extrauterina independiente o fuera ” (OMS 1994). Para la OMS un feto es viable si sostiene una gestación de 22semanas con un peso mayor a 500gr. Con una longitud de un céfalo nalgas de 25cm (1)

El malparir o aborto es la culminación de un embarazo u gestación. Donde el feto es expulsado y este deceso puede ocurrir dentro de los cinco meses de la gestación. Luego a esta se llama parto pre termino, inmaduro o prematuro que tiene 28 semanas. El aborto completo se llama a la eliminación del feto, placenta y sus membranas. Pero puede tener consecuencias como la retención placentaria evacuándose solo al producto de la concepción mas no las membranas y células que alojaron el huevo ya que en este proceso es complicado distinguir la placenta, membranas y hasta el producto por las serias modificaciones que esta sufre.

5.2. ETIOPATOGENIA

Una de las causas fundamentales es:

Primero: trastornos genéticos como son las aberraciones en las células cromosómicas causan 49% de los AE.

Segundo: alteraciones endocrinas donde este trabaja con hormonas que son mensajeras de las sustancias químicas que transitan por el torrente sanguíneo es por ello que estas están involucradas en todo el funcionamiento del cuerpo, evidenciándose en un (10-15%), así mismo se vio la incompetencia cervical: en la cual el cuello uterino sufre una incapacidad en mantener su rigidez correspondiente a sus características (8-15%), fallo en la implantación: el cual consisten en que el ovulo fertilizado se va desarrollándose hasta el 5 día llegando a ser un blastocisto y es aquí que ocurre desprendimientos y él no se implanta en el endometrio como debe ser esto sucede en un (5-15%), separación corio-amniótica (5-10%),

Tercero: tenemos a las infecciones como las infecciones urinarias, los tipos de hepatitis, sífilis, vaginosis bacterianas toxoplasmosis (3-5%),

Cuarto: alteraciones inmunológicas estos trastornos inmunológicos forman anticuerpos que pueden traspasar la placenta y dañar o tener efectos nocivos para el embrión (3-5%), alteraciones u malformaciones uterinas o mal llamadas anormalidades de conductos de Müller (1-3%), y otras (5%). Dentro de infecciones esta los virus como: infección por citomegalovirus, herpes simple, de igual manera tenemos al virus de la

inmunodeficiencia humana, virus del perro y la Rubivirus o tambien llamada rubeola.

Quinto: Otras causas: como en la fase lútea, trombofilias adquiridas o congénitas (generalmente después de 10 semanas gestación), trauma. Cabe señalar que no se considera causas genéticas los traumas menores, diabetes controlada, útero ladeado o en retroversión tambien está relacionado con gestantes con hipotiroidismo tratado.

Factores de riesgo: madre añosa, Aborto Espontaneo anterior, consumidores de drogas sustancias nocivas y bebidas alcohólicas, diabetes mellitus sin tratamiento, tabaquismo, de la misma forma esta la enfermedad celíaca, el síndrome anti fosfolípidos los dispositivos intrauterinos que las mujeres usan por tiempos prolongados, consumo de fármacos tales como los AINEs o metotrexato dispensados durante o días antes de la concepción, compuestos químicos que ponen en riesgo el embarazo, etc. (2)

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La hemorragia decidua basal es variable según edad gestacional en donde la muerte del embrión ocurre días antes lo cual esto conlleva a una hemorragia vaginal e infiltración leucocitaria (cambios necróticos). Esto se produce de la siguiente forma primero se desprende la pared uterina, en forma total o parcial, seguido de contracciones uterinas por la estimulación uterina generada por modificaciones al que es sometido el cuello uterino, lo que lleva a la repulsión del feto o producto. (6)

5.4. CLASIFICACIÓN

Amenaza de aborto: en esta peligra la gestación donde el producto es viable pero existe contracciones uterinas, así mismo puede haber sangrado vaginal o no pero el cuello uterino está completamente cerrado.(1)

Aborto en curso (inevitable): en este caso hay modificación cervical y ruptura de membranas de tal forma tambien aumento progresivamente el dolor, las contracciones y la hemorragia. (1)(3)

Aborto incompleto: evacuación incompleta del producto de la concepción, con modificación cervical y sangrado. (1)(3)

Aborto completo: exilio total del feto y sus anexos con interrupción de la hemorragia y del dolor intenso. (1)(2)

Aborto diferido o Frustro: este tipo de aborto se distingue por seguir conservando en la cavidad uterina al producto o feto muerto (como la gestación anembrionaria), que puede estar con sangrado o no. (4)(5)

Aborto séptico: es una consecuencia prevista en ciertos casos de un aborto el cual es una infección grave que puede desarrollar a una sepsis si no es tratado en el menor tiempo posible llegando a un shock séptico o falla multiorganica. (5)(6)

Aborto terapéutico: es la culminación de la gestación para salvaguardar la vida de la madre en donde existe riesgo de la vida. Es una acción terapéutica de la medicina en el cual determina por orden de prioridad no solo la vida de la madre sino tambien el feto en cual puede poseer una enfermedad de origen genético severo que no pueda

modificarse y si existe estas amenazas se pone fin a la gestación para que no llegue al parto.

Aborto recurrente: este tipo se caracteriza por las pérdidas consecutivas de la gestación o pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna. (3)

Aborto inseguro: El aborto inducido por la misma gestante o agente externo en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella practica de forma informal e antiséptica donde se finaliza el proceso de la gestación realizado por sujetos sin escrúpulos y en lugares sin medidas de bioseguridad tanto para el paciente como para la personas que ejecutan este tipo de procedimientos. (3) (4)

5.5. FACTORES DE RIESGO

Se ha constatado que la frecuencia con la que hay abortos es un pan de cada día donde son provocados y otros de etiología genética a la cual tambien hay factores asociados como son: (5)

- ✓ Anomalías fetales y cromosómicas: esta es sucede principalmente en el desarrollo anormal del cigoto o huevo, (como la tetraploide, abortos aneuploide, euploide).
- ✓ Anomalías maternas u uterinas: como las infecciones (toxoplasmosis, chlamydia, mycoplasma y TORCH), crónicas (tuberculosis, carcinomatosis, hta, hipotiroidismo, DM, SOP), alteraciones uterinas (leiomiomas, cinequias) ambientales (tabaquismo, alcoholismo, radiación)

y otras alteraciones genéticas. Pero con la corrección quirúrgica estas cifras fueron en descenso y la incidencia de pérdidas de primer trimestre, se está neutralizando dando esperanza a mujeres que no pueden llevar a cabo su embarazo hasta el parto en especial para las mujeres que sufren de abortos recurrentes.

5.6. CUADRO CLÍNICO

- ✓ Mujer en edad fértil o reproductiva.
- ✓ Dolor abdominal a nivel del hipogastrio con sangrado vaginal.
- ✓ Amenorrea o comúnmente llamado Retraso menstrual.
- ✓ malestar general, alza térmica en especial de aborto séptico.
- ✓ Signos de alarma: fiebre materna, hemorragia con taquicardia e hipotensión, d/c abdomen agudo quirúrgico, el sensorio comprometido, desviación a la izquierda de la formula leucocitaria.

5.7. DIAGNÓSTICO

En amenaza de aborto y gestación anembrionaria y/o cualquier que se de en todas sus formas siempre impera las manifestaciones clínicas dentro de las cuales está el sangrado vaginal que puede llegar hasta una hemorragia, donde la dilatación cervical es buena y se puede lograr eliminar el producto, y en ocasiones existe dolor pélvico y con afirmación de los resultados de embarazo con β-hCG en orina. Pero es indispensable una ecografía transvaginal y β-hCG en suero sanguíneo de esa forma se descarta el embarazo ectópico y/o evidenciar un aborto retenido con o sin complicaciones.

- ✓ Si es mayor a 1800 la β-hCG, la ecografía transvaginal se debe observarse el saco gestacional con un diámetro mayor a 3.000, y en eco abdominal; la no visualización de dichos criterios tiene la gran probabilidad de un embarazo ectópico.
- ✓ Es muy importante la presencia de los latidos cardiacos fetales en embrión >6mm, y si no percibe nos indica de un aborto retenido.
- ✓ Es complicado asegurar una gestación viable en embarazos muy precoces. Ya que el endometrio con más de 15 mm es eludible a restos ovulares o al final un aborto incompleto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar un buen diagnóstico del tipo de aborto espontáneo es primordial seguros de la patología a determinar ya que pueden presentar cuadros clínicos semejantes y confundir y prejuzgar inadecuadamente el diagnóstico y realizar una terapéutica de manejo desacertada para el caso de debe diferenciar las siguientes patologías: (6)

- ✓ Primer lugar Enfermedad trofoblástica gestacional.
- ✓ Seguido del embarazo ectópico.
- ✓ Así como las Cervicitis.
- ✓ Los infaltables Pólipos cervicales.
- ✓ C.A de cuello uterino.
- ✓ Desgarros vaginales.

COMPLICACIONES

Todos estos procedimientos y anomalías tienen y traen consecuencias a futuro inmediato u a largo plazo es así que se deberá hacer una buena anamnesis y examen físico para determinar el diagnóstico para evitar las siguientes complicaciones:

- ✓ Anemias que pueden ir desde una leve a severas
- ✓ Las hemorragias pueden llevar a la paciente hasta un shock hipovolémico
- ✓ Una sepsis o llamada tambien septicemia generalizada
- ✓ Por los procedimientos suceden cosas como perforación uterina, cortes innecesarios cervicales, restos placentarios por una remoción incompleta de membranas u producto
- ✓ En peor de los casos deceso de la mujer (muerte materna)

5.8. EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA

B HCG cuantitativa (hormona Gonadotrofina coriónica humana): puede halarse en un examen de sangre materna desde 7 a 10 días después de la concepción ya que este esta íntimamente relacionado con el desarrollo trofoblástico, ya que los niveles de la hormona no se incrementan oportunamente, aplanamiento de la curva o los niveles descienden, lo que nos indica que el embarazo no puede ser viable, en si es mal pronóstico para ver si llegara a finalizar el embarazo. (5)

La imagen de la **Ecografía transvaginal o transabdominal**: la ecografía en verdad una técnica de gran ayuda que a través de las hondas de sonido de alta frecuencia que se aplica nos visualiza los órganos internos del cuerpo o en transcurso del embarazo estos exámenes

auxiliares nos permiten constatar y relacionar con el tiempo de amenorrea de la usuaria de igual manera la concentración de B-HCG, por otro lado una ecografía transvaginal nos muestra imágenes de forma prematura en comparación de la abdominal ya para este la mujer debe estar con la vejiga vacía. Es por conveniente realizar una ecografía transvaginal porque tambien nos brinda imágenes nítidas y son altamente recomendables. (5)(6)

Las imágenes que nos permite observar las ecografías son diversas que va desde una placenta sin la presencia de embrión o huevo anembrionado, tambien muestra la actividad cardiaca o su ausencia, alteración y deformaciones del saco gestacional, cantidad del líquido amniótico de la misma forma nos advierte sobre cabalgamiento de los huesos del cráneo del feto esto se puede ver partir de segundo trimestre de gestación. Se vino observando e informó que el 1% de los embarazos anormales (es así los abortos espontáneos o embarazos ectópicos) tiene niveles séricos de progesterona de 25 ng/ml igual o mayor. Por ello se recomienda tener como marcador de escrutinio el valor de progesterona sérica o podría ser utilizado como screening en una gestación normal. Los valores de progesterona sérica por debajo de 5 ng/ml están vinculados a los óbitos y deceso de la criatura. (8)(9)

5.9. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

A. Plan de trabajo

- ✓ Tratar oportunamente el aborto

- ✓ Asegurar el futuro de la fecundidad
- ✓ Proveer el decaimiento de la mujer por ello programar i/c con diversas especialidades
- ✓ Consentimiento informado a paciente como tambien a parientes
- ✓ Hospitalizar a usuarios adolescentes o menores de edad.
- ✓ Evaluación de riesgo, brindar una atención integral postaborto debe pasar hasta con psicología, planificación familiar

B. Medidas generales

- ✓ En pacientes estables que no posean complicaciones: vaciamiento uterino mediante dos métodos como aspiración manual endouterino (AMEU) en casos de abortos menores a 12 semanas no complicados de forma ambulatoria y el Legrado uterino (LU) a embarazos con mas de12 semanas y con manejo hospitalario, legrado en quirófano con análisis de factores de coagulación.(6)
- ✓ Pacientes complicados: por sangrados masivos, hemorragias o infecciones (9)

- ✓ Hospitalización
- ✓ Instalación de vía periférica con branula #18
- ✓ Reanimación hemodinámica con CLNa0.9% 1000cc luego reevaluar para ver necesidad de transfusión sanguínea
- ✓ Brindar oxigenoterapia por cánula binasal a necesidad
- ✓ En infecciones utilizar antibióticos de amplio espectro
- ✓ Disponer de una sonda vesical (foley)

- ✓ Exámenes de apoyo al diagnóstico: hemograma completo, perfil hepático, renales, coagulación, hemocultivo y ecografías como son la pélvica y transvaginal.
- ✓ Legrado uterino en centro quirúrgico es decir Retirar el producto de la gestación mediante un procedimiento quirúrgico.
- ✓ En caso de abdomen quirúrgico desplazar al paciente para una laparotomía exploratoria por los cirujanos.
- ✓ En los abortos complejos se procederá a hospitalizar al post legrado cubierta con antibióticos de amplio espectro.

C. TRATAMIENTO MEDICO

Tratamiento Médico**:**

Dentro de la terapéutica del médico para los abortos esta consiste la utilización de prostaglandinas (misoprostol), esto es un tto ambulatorio sin signos de infección si es mayor a 12 ss de preñez se recomienda un manejo intrahospitalaria los efectos de las prostaglandinas es facilitar la ampliación del cuello uterino mediante las contracciones. Se coloca por vía vaginal con guantes estéril por ser un lugar limpio que va cada 3 a 6 horas, pero se identificó que son de acción lenta por la cual no es beneficioso para las pacientes. (7) ya que el Misoprostol es un medicamento patentado para la prevenir la úlcera gástrica que está asociado a analgésico no esteroides. Así mismo existen contraindicaciones como hipotensión severa, hemorragias, hipertermias, alergias a las prostaglandinas, sospecha de embarazo ectópico, trastornos de coagulación. Es más realizar el consentimiento informado

por escrito. Los efectos esperados del fármaco son sangrado fuerte, dolor en hipogastrio, náuseas, emesis y diarrea de acuerdo con la dosis y edad gestacional. (8)(9)(11) Las pacientes que eligen un procedimiento quirúrgico es por evitar el dolor y la repercusión sentimental que este arrastra por la pérdida (9)(10)(11). La terapéutica o manejo del médico tratante es discreto en el aborto temprano,(-9ss) es primordial la maduración cervical antes de meterla a quirófano con eso impedir posibles injurias al aparato reproductor femenino.

Tratamiento Quirúrgico

De forma universal la morbimortalidad va acompañada del procedimiento quirúrgico con el tiempo de gestación. Habiendo varias situaciones delicadas con la rotura de la pared del útero o perforación uterina, desgarros endocervicales, hemorragia, remoción completa o incompleta o del feto así como restos placentarios e infecciones, luego estos se incrementan después del segundo trimestre. (6)(7)(8)(9)(10) todas las gestaciones menores a 9 semanas de gestación o dentro del segundo trimestre no están asociados a complicaciones y son menos complejas y las pacientes se recuperan rápido hasta en ocasiones es ambulatorio. Los métodos quirúrgicos van seguidos de una adecuada dilatación y por último el corretaje: el cérvix se amplifica hasta el punto donde pueda insertarse una cureta y remover el contenido del útero.

En cuanto a la dilatación y aspirado eléctrico: el cérvix se vuelve flexible al punto de poder ingresar una cánula de tamaño apropiado. Los restos uterinos se quitan por absorción de una aspiración. En otros casos

se emplea el corretaje adicional. Para esto se aplica anestesia local o general en cualquier método; el acondicionamiento anticipado del cérvix (maduración) es para evitar la laceración u cortes cervicales y uterinos innecesarios. (7)(8)(10)(11) Aspiración manual: es la más utilizada de las técnicas donde se procede a la evacuación uterina por intermedio de una jeringa conectada a la cánula que puede ser metálica o material de polietileno o Habitualmente, en este tipo de técnicas se emplea anestesia local. (8)(10)(11)(12) en casos extremos donde no resulta la práctica, se efectúa lamentablemente una histerotomía; que es poco frecuente, para extracción total del feto de esa forma hacer un vaciamiento uterino completo. (6)(9)(10)(11)

5.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- ✓ Se realiza vigilancia estricta de los parámetros vitales:
- Temperatura
- Presión Arterial
- Pulso
- Sa O2. y
- Frecuencia Respiratoria
- Instauración de catéter venoso periférico en Antebrazo Izquierdo con branula # 18 luego se procede a infundir solución salina al 0.9%0 de litro infundir 500 centímetros cúbicos a chorro y el resto dejar a 30 gotas por minuto.
- Se Administra la medicación indicada:

Cefazolina 1 gr. Ev; Ácido tranexámico 100mg ev; Diclofenaco por 75mg. IM.

- Se proporciona confort y además de cobertores para abrigarla y mantener la temperatura corporal.
- los exámenes de apoyo al diagnóstico como Laboratorio y Ecografía Abdominal son direccionado y efectivizados a tiempo.
- Se gestiona y separa una unidad en hospitalización en el área de ginecología para nuestra paciente.
- Se materializa el registro de datos de identificación del usuario en las sabanas de textos de Emergencias del hospital para las estadísticas e formar las evidencias y por último se redacta los formatos correspondientes a enfermeria en la historia clínica de emergencia.
- En seguida con todo el tramite documentario (exámenes de laboratorio y ecografías y medicamentos) se ejecuta el traslado de la cliente a su unidad al servicio de Hospitalización ginecología.

CONCLUSIONES

PRIMERO: se evidencio que al emplear el plan de atención de enfermeria este instrumento empodera y fortalece al profesional de enfermeria ya que este es una herramienta accesible, eficiente y eficaz para valorar, programar y cumplir las diversas tareas que la enfermera se planifico. Por otro lado valora los estándares de calidad que la licenciada aplico en una paciente con diagnóstico de aborto en curso emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

SEGUNDO: Se demostró que el enfermero hizo una estimación rápida y precoz del paciente en el servicio de emergencia mediante el triaje y admisión, como tambien aplico al mismo tiempo su Proceso de atención de enfermeria (P.A.E) desde el momento del ingreso del usuario al hospital, iniciando desde la valoración como primera fase de este proceso hasta el final.

TERCERO: Se identificaron algunas alteraciones de patrones tales como dolor agudo, taquicardia, hubo amenaza de shock, decaimiento del gasto cardiaco y ansiedad y se priorizan las actividades de acuerdo al grado de severidad en la paciente para no comprometer su vida o generar complicaciones.

CUARTO: El personal de enfermeria procedió a confeccionar un boceto y aplicar en las atenciones de enfermeria manejando los beneficios del NANDA para los diagnósticos de enfermeria identificados. De tal manera que se planifico las aspiraciones que se desea lograr en la paciente

mediante el NOC. Al final se llega a ejecutar las actividades con las que intervendrá a la paciente y esto lo encontramos en el NIC. Según a los dominios manejados en el plan para una paciente con diagnóstico de aborto en curso emergencia del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro-2021.

QUINTO: Las intervenciones de las actividades programadas en la paciente se constata la ejecución rápida y oportuna de los cuidados personalizados que se brindó a la paciente, como cuidando su privacidad de la paciente, se brindó apoyo psicológico antes de realizar cada intervención se dio a conocer para evitar el temor frente a las intervenciones. El resultado de esta intervención refleja que la paciente pasa al siguiente servicio hemodinamicamente estable y controla su ansiedad con actitud positiva.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Adherir el plan de atención de enfermeria en las enfermeras es beneficioso por ser una herramienta de mucha ayuda para el personal de enfermeria por lo que le deja ofrecer un cuidado general al paciente ya sea en el área recuperativa como preventiva de los/as licenciadas de enfermeria del hospital de apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro.

SEGUNDO: Al Profesional de enfermería de turno del servicio de emergencia se recomienda verificar y mantener el coche de paro activo y actualizado con sus insumos y medicamentos, como tambien los equipos en óptimas condiciones para el uso. Para evitar retrasos en la atención y aminorar las complicaciones y secuelas generadas en los servicios de emergencia del hospital.

TERCERO: Al equipo profesional de emergencia se sugiere trabajo en equipo, atención según las prioridades establecidas por el Minsa. Por otro lado brindar una atención con calidad y calidez es oportuna, si todos colaborar para la mejoría del paciente desde efectivizamos los exámenes complementarios y otros para evitar una estadía prolongada en el servicio de emergencia.

CUARTO: instar al equipo de emergencia a la capacitación continua, así como la generación de nuevos saberes mediante los proyectos de mejoramiento continuo y de esta forma fortalecer los conocimientos de nuestro personal médico y no médico del servicio de emergencia.

QUINTO: A la población y familiares de los pacientes se recomienda brindar el

apoyo emocional a la paciente en los momentos críticos como es la enfermedad para así ayudar a su pronta recuperación. Así mismo pedir paciencia y empatía para con los demás.

BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS. Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en la Salud. Salud de la Familia y la Comunidad.
2. Sintesis Obstetricia y ginecologia. Abosto espontaneo. [Online]; 2017. Acceso 7 de Marzode 2022.
3. Gynaecologysts. RCoOa. The care of women requesting induced abortion: summary. Evidence-based Clinical Guideline. London, November 2011.
4. WHO Unsafe abortion:. global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality. World Health Organization, Geneva.
5. clinica Gdp. Diagnostico y tratamiento del aborto espontaneo, incompleto diferido y recurrente. [Online]; 2013. Acceso 7 de Marzode 2022.
6. Secretaria de Salud. Guia de Atencion del Parto, Bogota, D.C.. [Online]; 2011. Acceso 8 de Marzode 2022. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.ATENCION%20DEL%20ABORTO.pdf.
7. Ogasawara M AKOSSK. Embryonic karyotype of abortuses in relation to the number of Previous Miscarriages. Fertility and Sterility.
8. Bricker L GJHJMM. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness.
9. Arias f. guia practica para el embarazo y el parto de alto riesgo. segunda edición. mosby doyma libros.
10. Organization. WH. Scientific Group medical Methods for Termination of Pregnancy.

11. Henshaw NSRI. Templeton. A comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. Hum Reprod..
12. Slade P. a comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional. Br J Obstet Gynaecol..
13. Nuevos diagnósticos de enfermería de **NANDA**-I, 2021-**2023** *. Dominio. Diagnóstico. 1. Promoción de la salud. Riesgo de intento de fuga (00290).
14. Kautz, Kuiper, Pesut, y Williams, (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*.
15. Kozier B., Fundamentos de enfermeria, ed Interamaericana, 5° ed, Mexico. 2002.
16. Gordon Marjory, Diagnostico Enfermero, ed Harcourt Brace,3° ed, España.
17. García Ma. De jesus, El proceso de enfermeria y el Modelo de Virginia Henderson, ed Progreso.
18. Marriner Tomey ann, Modelos y teorías de enfermeria, ed Elsevier Science, España. 2003.
19. Espinosa C. El modelo AREA es la evolución del PAE que se centra en los resultados [Internet] Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. 2011; Disponible en: http://bit.ly/23oL7rG.

20. Rivas J.G. Modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería y la integración taxonómica NANDA, NOC, NIC. Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

21. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

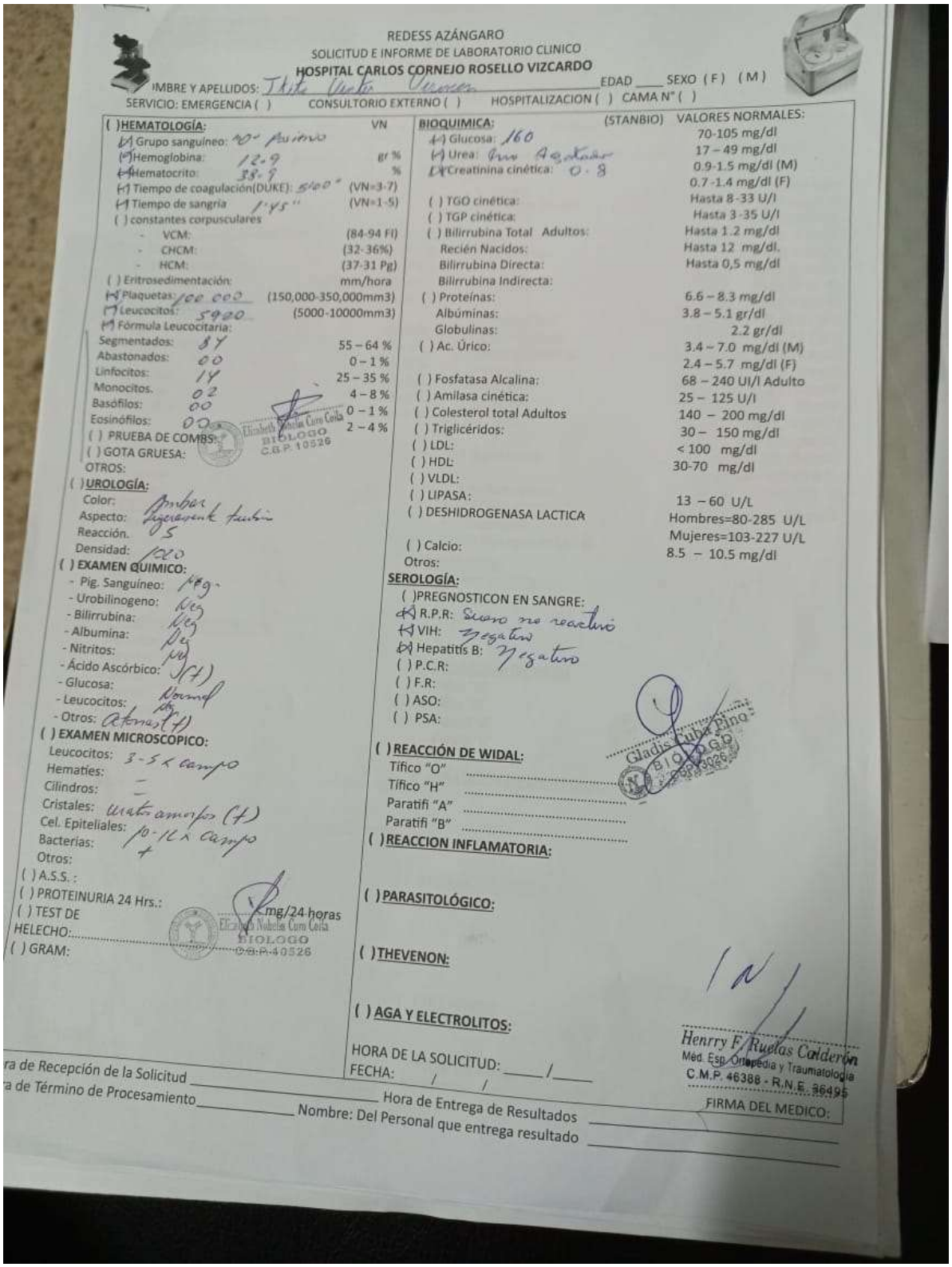
TESIS UANCV

ANEXOS

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

ANEXOS: 1

EXAMENES DE LABORATORIO



REDESS AZÁNGARO
SOLICITUD E INFORME DE LABORATORIO CLINICO
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO

NOMBRE Y APELLIDOS: Thie Ucela Cuevas EDAD ___ SEXO (F) (M)
SERVICIO: EMERGENCIA ( ) CONSULTORIO EXTERNO ( ) HOSPITALIZACION ( ) CAMA N° ( )

( )HEMATOLOGÍA: VN
(x) Grupo sanguíneo: "O" positivo
(x) Hemoglobina: 12.9 gr %
(x) Hematocrito: 38.9 %
(x) Tiempo de coagulación(DUKE): 5'00" (VN=3-7)
(x) Tiempo de sangria 1'45" (VN=1-5)
( ) constantes corpusculares
- VCM: (84-94 Fl)
- CHCM: (32-36%)
- HCM: (37-31 Pg)
( ) Eritrosedimentación: mm/hora
(x) Plaquetas: 100 000 (150,000-350,000mm3)
(x) Leucocitos: 5920 (5000-10000mm3)
(x) Fórmula Leucocitaria:
Segmentados: 84 55 – 64 %
Abastonados: 00 0 – 1 %
Linfocitos: 14 25 – 35 %
Monocitos. 02 4 – 8 %
Basófilos: 00 0 – 1 %
Eosinófilos: 00 2 – 4 %
( ) PRUEBA DE COMBS:
( ) GOTA GRUESA:
OTROS:

( )UROLOGÍA:
Color: Ambar
Aspecto: ligeramente turbio
Reacción. 05
Densidad: 1020

( ) EXAMEN QUIMICO:
- Pig. Sanguíneo: Neg.
- Urobilinogeno: Neg
- Bilirrubina: Neg
- Albumina: Neg
- Nitritos: Neg
- Ácido Ascórbico: (+)
- Glucosa: Normal
- Leucocitos: Normal
- Otros: Atomas (+)

( ) EXAMEN MICROSCOPICO:
Leucocitos: 3-5 x campo
Hematies: –
Cilindros: –
Cristales: Uratos amorfos (+)
Cel. Epiteliales: 10-12 x campo
Bacterias: +
Otros:
( ) A.S.S. :
( ) PROTEINURIA 24 Hrs.: mg/24 horas
( ) TEST DE HELECHO:
( ) GRAM:

BIOQUIMICA: (STANBIO) VALORES NORMALES:
(x) Glucosa: 160 70-105 mg/dl
(x) Urea: Pre Aspirar 17 – 49 mg/dl
(x) Creatinina cinética: 0.8 0.9-1.5 mg/dl (M)
0.7 -1.4 mg/dl (F)
( ) TGO cinética: Hasta 8-33 U/l
( ) TGP cinética: Hasta 3-35 U/l
( ) Bilirrubina Total Adultos: Hasta 1.2 mg/dl
Recién Nacidos: Hasta 12 mg/dl.
Bilirrubina Directa: Hasta 0,5 mg/dl
Bilirrubina Indirecta:
( ) Proteínas: 6.6 – 8.3 mg/dl
Albúminas: 3.8 – 5.1 gr/dl
Globulinas: 2.2 gr/dl
( ) Ac. Úrico: 3.4 – 7.0 mg/dl (M)
2.4 – 5.7 mg/dl (F)
( ) Fosfatasa Alcalina: 68 – 240 UI/l Adulto
( ) Amilasa cinética: 25 – 125 U/l
( ) Colesterol total Adultos 140 – 200 mg/dl
( ) Triglicéridos: 30 – 150 mg/dl
( ) LDL: < 100 mg/dl
( ) HDL: 30-70 mg/dl
( ) VLDL:
( ) LIPASA:
( ) DESHIDROGENASA LACTICA 13 – 60 U/L
Hombres=80-285 U/L
Mujeres=103-227 U/L
( ) Calcio: 8.5 – 10.5 mg/dl
Otros:

SEROLOGÍA:
( )PREGNOSTICON EN SANGRE:
(x) R.P.R: Suero no reactivo
(x) VIH: Negativo
(x) Hepatitis B: Negativo
( ) P.C.R:
( ) F.R:
( ) ASO:
( ) PSA:

( ) REACCIÓN DE WIDAL:
Tífico "O" .....
Tífico "H" .....
Paratifi "A" .....
Paratifi "B" .....

( ) REACCION INFLAMATORIA:

( ) PARASITOLÓGICO:

( ) THEVENON:

( ) AGA Y ELECTROLITOS:

HORA DE LA SOLICITUD: ___/___
FECHA: / /

Hora de Recepción de la Solicitud
Hora de Término de Procesamiento
Hora de Entrega de Resultados
Nombre: Del Personal que entrega resultado

Henrry F. Ruelas Calderón
Méd. Esp. Ortopedia y Traumatología
C.M.P. 46388 - R.N.E. 36495
FIRMA DEL MEDICO:

SIS 43402877

C-11

REDESS AZÁNGARO
SOLICITUD E INFORME DE LABORATORIO CLINICO
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO

NOMBRE Y APELLIDOS: Varinia Tito Ureña EDAD 36 SEXO (F) (M)
SERVICIO: EMERGENCIA ( ) CONSULTORIO EXTERNO ( ) HOSPITALIZACION (X) CAMA N° ( ) 11

( )HEMATOLOGÍA:		VN
( ) Grupo sanguineo:		
Hemoglobina:	12.4	gr %
Hematocrito:	37.8	%
( ) Tiempo de coagulación (DUKE):		(VN=3-7)
( ) Tiempo de sangria		(VN=1-5)
( ) constantes corpusculares		
- VCM:		(84-94 Fl)
- CHCM:		(32-36%)
- HCM:		(37-31 Pg)
( ) Eritrosedimentación:		mm/hora
(X) Plaquetas:	192 000	(150,000-350,000mm3)
(X) Leucocitos:	5120	(5000-10000mm3)
(X) Fórmula Leucocitaria:		
Segmentados:	63	55 – 64 %
Abastonados:	00	0 – 1 %
Linfocitos:	32	25 – 35 %
Monocitos.	05	4 – 8 %
Basófilos:	00	0 – 1 %
Eosinófilos:	00	2 – 4 %
( ) PRUEBA DE COMBS:		
( ) GOTA GRUESA:		
OTROS:		

( )UROLOGÍA:
Color:
Aspecto:
Reacción.
Densidad:
( ) EXAMEN QUIMICO:
- Pig. Sanguíneo:
- Urobilinogeno:
- Bilirrubina:
- Albumina:
- Nitritos:
- Ácido Ascórbico:
- Glucosa:
- Leucocitos:
- Otros:
( ) EXAMEN MICROSCOPICO:
Leucocitos:
Hematíes:
Cilindros:
Cristales:
Cel. Epiteliales:
Bacterias:
Otros:
( ) A.S.S. :
( ) PROTEINURIA 24 Hrs.: mg/24 horas
( ) TEST DE HELECHO:.....
( ) GRAM:

BIOQUIMICA:	(STANBIO)	VALORES NORMALES:
( ) Glucosa:		70-105 mg/dl
( ) Urea:		17 – 49 mg/dl
( ) Creatinina cinética:		0.9-1.5 mg/dl (M)
		0.7 -1.4 mg/dl (F)
( ) TGO cinética:		Hasta 8-33 U/l
( ) TGP cinética:		Hasta 3-35 U/l
( ) Bilirrubina Total Adultos:		Hasta 1.2 mg/dl
Recién Nacidos:		Hasta 12 mg/dl.
Bilirrubina Directa:		Hasta 0,5 mg/dl
Bilirrubina Indirecta:		
( ) Proteínas:		6.6 – 8.3 mg/dl
Albúminas:		3.8 – 5.1 gr/dl
Globulinas:		2.2 gr/dl
( ) Ac. Úrico:		3.4 – 7.0 mg/dl (M)
		2.4 – 5.7 mg/dl (F)
( ) Fosfatasa Alcalina:		68 – 240 UI/l Adulto
( ) Amilasa cinética:		25 – 125 U/l
( ) Colesterol total Adultos		140 – 200 mg/dl
( ) Triglicéridos:		30 – 150 mg/dl
( ) LDL:		< 100 mg/dl
( ) HDL:		30-70 mg/dl
( ) VLDL:		
( ) LIPASA:		13 – 60 U/L
( ) DESHIDROGENASA LACTICA		Hombres=80-285 U/L
		Mujeres=103-227 U/L
( ) Calcio:		8.5 – 10.5 mg/dl
Otros:		

SEROLOGÍA:
( )PREGNOSTICON EN SANGRE:
( ) R.P.R:
( ) VIH:
( ) Hepatitis B:
( ) P.C.R:
( ) F.R:
( ) ASO:
( ) PSA:

UNIDAD FUNCIONAL AUDITORIA MEDICA DE SEGUROS

( )REACCIÓN DE WIDAL:
Tífico "O" .....
Tífico "H" .....
Paratifi "A" .....
Paratifi "B" .....

( )REACCION INFLAMATORIA:

( )PARASITOLÓGICO:

( )THEVENON:

( ) AGA Y ELECTROLITOS:

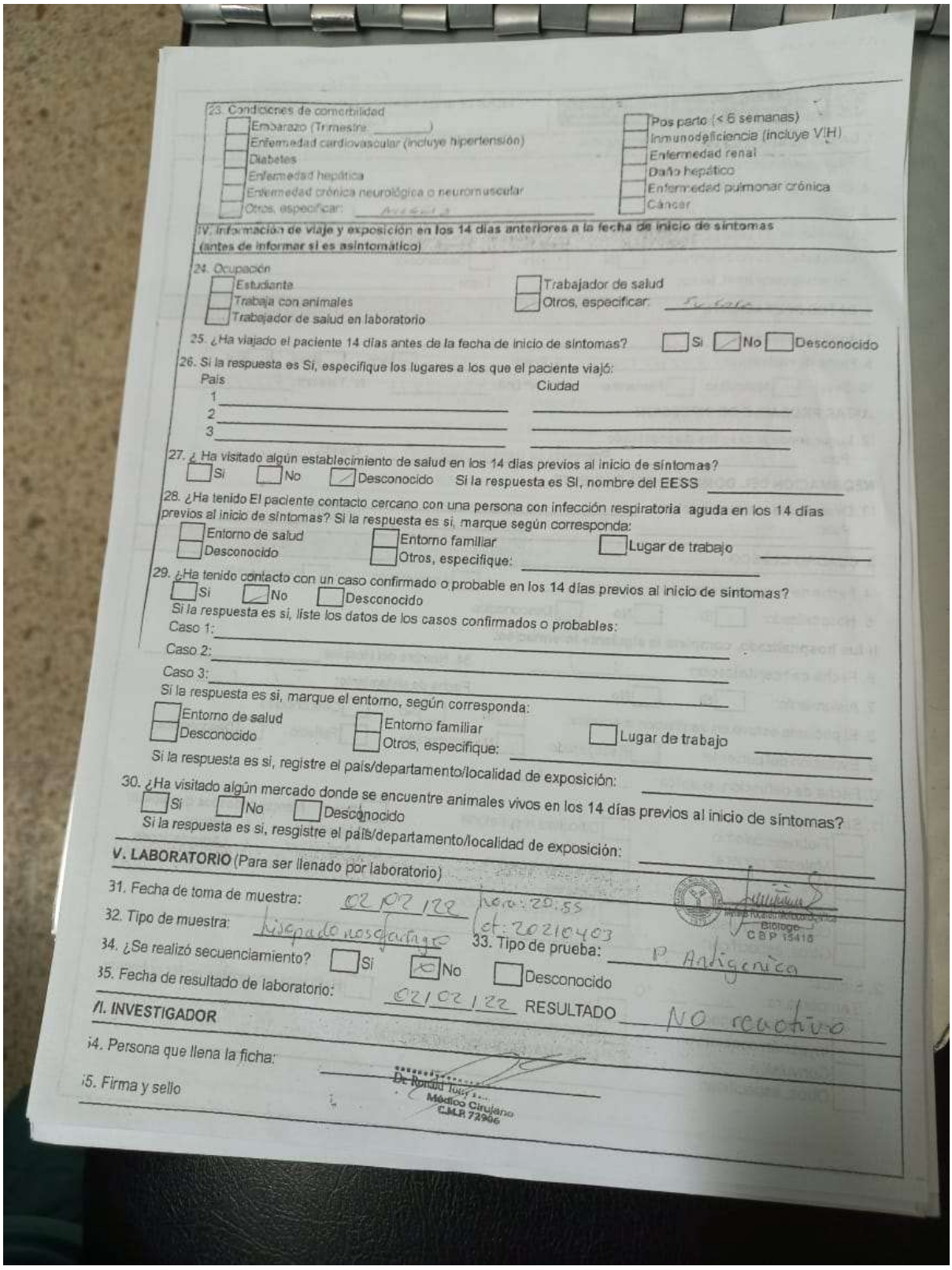
HORA DE LA SOLICITUD: ___/___
FECHA: 03/02/22

Hora de Recepción de la Solicitud _____ Hora de Entrega de Resultados _____
Hora de Término de Procesamiento _____ Nombre: Del Personal que entrega resultado _____

FIRMA DEL MEDICO:

ECOGRAFIA PELVICA

RESULTADO COVID-19



23. Condiciones de comorbilidad
- [ ] Embarazo (Trimestre: ____)
- [ ] Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
- [ ] Diabetes
- [ ] Enfermedad hepática
- [ ] Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular
- [ ] Otros, especificar: Asma
- [ ] Pos parto (< 6 semanas)
- [ ] Inmunodeficiencia (incluye VIH)
- [ ] Enfermedad renal
- [ ] Daño hepático
- [ ] Enfermedad pulmonar crónica
- [ ] Cáncer

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación
- [ ] Estudiante
- [ ] Trabaja con animales
- [ ] Trabajador de salud en laboratorio
- [ ] Trabajador de salud
- [x] Otros, especificar: Su casa

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? [ ] Si [x] No [ ] Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

	País	Ciudad
1		
2		
3		

27. ¿ Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?
[ ] Si [ ] No [x] Desconocido Si la respuesta es SI, nombre del EESS ____

28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:
- [ ] Entorno de salud
- [ ] Desconocido
- [ ] Entorno familiar
- [ ] Otros, especifique: ____
- [ ] Lugar de trabajo ____

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?
[ ] Si [x] No [ ] Desconocido
Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:
Caso 1: ____
Caso 2: ____
Caso 3: ____
Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:
- [ ] Entorno de salud
- [ ] Desconocido
- [ ] Entorno familiar
- [ ] Otros, especifique: ____
- [ ] Lugar de trabajo ____

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: ____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas?
[ ] Si [ ] No [ ] Desconocido
Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: ____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: 02/02/22 hora: 20:55
32. Tipo de muestra: hisopado nasofaringeo et: 20210403
33. Tipo de prueba: P Antigenica
34. ¿Se realizó secuenciamiento? [ ] Si [x] No [ ] Desconocido
35. Fecha de resultado de laboratorio: 02/02/22 RESULTADO NO reactivo

VI. INVESTIGADOR

36. Persona que llena la ficha: ____
37. Firma y sello

Dr. Ronald Tuesta ...
Médico Cirujano
C.M.P. 72906

Biologo
C.B.P. 15416

ANEXO 2

TARJETAS FARMACOLOGICAS

CLORURO DE SODIO

Composición: Cada frasco de 1 000 mL contiene por cada 100 ml, cloruro de sodio 0.9 g (154 mmol/L de Na+ y de Cl-), agua para inyección, Categoría farmacológica.

- Restaurador de volemia
- Restaurador de electrólitos
- Promotor de diuresis
- Disolvente

Farmacocinética: El sodio se elimina por vía renal pero la reabsorción es extensiva. Pequeñas cantidades de sodio se pierden por el sudor y las heces.

Indicaciones: Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis Diabética, íleo y ascitis). Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, Para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación De secreciones mucosas. Como diluente de medicamentos para administración parenteral.

Contraindicaciones: Pacientes con hipercloremia, hipernatremia, hipertensión tanto arterial como intracraneal. Retención de líquidos.

Precauciones: Usar con precaución en insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, insuficiencia circulatoria, pre eclampsia, edema pulmonar: riesgo de retención de agua, sodio y edemas.

CEFAZOLINA

La cefazolina es una cefalosporina inyectable de primera generación que muestra una mayor actividad hacia las bacterias gram-positivas que otras cefalosporinas de la misma familia. Aunque su actividad frente a las bacterias gram-negativas es limitada, la cefazolina ocasiona unos niveles plasmáticos de antibióticos mayores que los de otras cefalosporinas de primera generación y una semi-vida más prolongada.

Mecanismo de Acción: igual que otros antibióticos beta-lactámicos, la cefazolina es bactericida. Inhibe el tercer y último paso de la síntesis de la pared bacteriana, uniéndose específicamente a unas proteínas denominadas PBPs (del inglés "penicillin-binding proteins") proteínas presentes en todas las células bacterianas, aunque la afinidad hacia las mismas varía de una especie bacteriana a otra. De esta forma, la capacidad de la cefazolina hacia un determinado microorganismo depende de su capacidad para llegar y fijarse a las PBPs. Una vez fijado el antibiótico a estas proteínas, la síntesis de la pared bacteriana queda interrumpida y la bacteria experimenta la una autolisis. La lisis de la bacteria se lleva a cabo gracias a determinadas enzimas (las autolisinas) y, algunos autores creen que algunos antibióticos interfieren con el inhibidor de las autolisinas que mantiene la integridad de la célula. Como regla general, las cefalosporinas de primera generación son más activas frente a los gérmenes gram-positivos que las cefalosporinas de segunda y tercera generación, pero tienen poca actividad sobre los gérmenes gram-negativos. Entre los gérmenes gram-positivos cubiertos por la cefazolina se encuentran los estafilococos (productores o no de penicilinasa) y los estreptococos (excepto los enterococos).

Entre los gram-negativos sensibles a la cefazolina se incluyen los E. coli, las Klebsiellas y los Proteus mirabilis.

Farmacocinética: la Cefazolina se administra por vía parenteral. Los máximos niveles plasmáticos se alcanzan entre las 1 y 2 horas después de la inyección intramuscular. Aproximadamente el 75-85% de la cefazolina circulante está unida a las proteínas del plasma. La cefazolina se distribuye ampliamente en la mayoría de órganos y tejidos, en particular en la vesícula biliar, hígado, bilis, miocardio, esputo, y en los líquidos sinovial, pleural y pericardíaco. La cefazolina no atraviesa la barrera hematoencefálica, pero si la placentaria. A diferencia de otras cefalosporinas, la cefazolina no se metaboliza en el hígado excretándose en su mayoría en la orina sin alterar. El 60% de la dosis administrada se excreta en la orina de 6 horas, recuperándose hasta el 80% en las primeras 24 horas. Una pequeña cantidad se excreta en la leche materna. La semi-vida de eliminación es de 1 a 2 horas en los pacientes con la función renal normal, aumentando de forma significativa a medida que se reduce el aclaramiento de creatinina. En los pacientes con enfermedad renal terminal, la semivida de eliminación puede llegar a las 12-50 horas. La cefazolina es eliminada por hemodiálisis.

Indicaciones y Posología: Tratamiento de las infecciones serias del tracto respiratorio inferior, infecciones de la piel incluyendo heridas y quemaduras, infecciones de los huesos, infecciones de los tejidos blandos, prostatitis, septicemia, infecciones urinarias complicadas, etc., producidas por gérmenes sensibles:

Administración parenteral:

- ✓ Adultos y adolescentes:
- ✓ Infecciones moderadas: 250—500 mg por vía i.m. o i.v. cada 8 horas
- ✓ Infecciones graves: 500—2000 mg por vía i.m. o i.v. cada 6 a 8 horas
- ✓ La dosis máxima recomendada es de 12 g/día
- ✓ Niños y bebés de más de 1 mes:
- ✓ Infecciones moderadas: 25—50 mg/kg/día por vía i.m. o i.v. en 3 o 4 dosis iguales
- ✓ Infecciones graves: 75—100 mg/kg/día por vía i.m. o i.v. en dosis iguales cada 6-8 horas
- ✓ La dosis máxima recomendada es de 6 g/día
    - ✓ Neonatos > 7 días y > 2000 g: 60 mg/kg/día por vía i.m. o i.v. divididas en tres dosis iguales. Neonatos < 7 días: 40 mg/kg/día por vía i.m. o i.v. divididas en 2 administraciones

Contraindicaciones y Precauciones: La cefazolina se debe utilizar con precaución en pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas. La penicilina y la cefazolina tienen una estructura parecida por lo que puede producirse una reacción alérgica cruzada. Los pacientes alérgicos a la penicilina no deben ser tratados con cefazolina. Se ha comprobado que un 4% de los pacientes alérgicos a la penicilina lo son igualmente a la cefazolina. De igual forma, la cefazolina se debe administrar con precaución en los pacientes con hipersensibilidad a la cefamicina.

La cefazolina se debe administrar con precaución en pacientes con insuficiencia renal debida a que este antibiótico se excreta por vía renal. Después de una primera dosis adecuada a la severidad de la infección, en los pacientes

con el aclaramiento de creatinina reducido, se deben emplear las menores dosis posibles.

Todas las cefalosporinas poseen un cierto potencial hemorrágico al producir hipoprotrombinemia. Las que presentan un mayor riesgo son la cefoperazona, el cefamandol y el cefotetan, pero incluso la cefazolina se debe administrar con precaución en casos de coagulopatías y en los pacientes ancianos que presentan un mayor riesgo de sangrado. Las inyecciones intramusculares de cefazolina pueden producir cardenales, hematomas o hemorragias debido al mencionado efecto hipoprotrombinémico.

ACIDO TRANEXANICO

El ácido tranexámico es un inhibidor de la fibrinólisis que se utiliza para controlar la hemostasia cuando la fibrinólisis contribuye al sangrado.

Mecanismo de acción: el ácido tranexámico es un inhibidor competitivo de la activación del plasminógeno, y a concentraciones mucho más altas, un inhibidor no competitivo de la plasmina, es decir, muestra unas acciones similares al ácido aminocaproico. El ácido tranexámico es unas 10 veces más potente "in vitro" que el ácido aminocaproico.

El ácido tranexámico se une más fuertemente que el ácido aminocaproico tanto a los receptores fuertes como a los débiles de la molécula de plasminógeno. El ácido tranexámico en una concentración de 1 mg/ml no produce "in vitro" la agregación plaquetaria.

El ácido tranexámico en concentraciones tan bajas como 1 mg/ ml puede prolongar el tiempo de trombina. Sin embargo, el ácido tranexámico en concentraciones de hasta 10 mg/ ml en la sangre no muestra ninguna influencia

en el recuento de plaquetas, el tiempo de coagulación, u otros factores de coagulación en sangre entera o sangre citrada de sujetos normales.

Farmacocinética: La unión a las proteínas plasmáticas del ácido tranexámico es aproximadamente un 3% cuando los niveles plasmáticos son los terapéuticos y parece estar totalmente explicada por su unión a plasminógeno. El ácido tranexámico no se une a la albúmina sérica.

Después de una dosis intravenosa de 1 g, la curva de concentración en plasma frente al tiempo muestra un decaimiento triexponential con una semi-vida media de aproximadamente 2 horas para la fase de eliminación terminal. El volumen inicial de distribución es de aproximadamente 9 a 12 litros.

La excreción urinaria es la principal vía de eliminación a través de filtración glomerular. El aclaramiento renal total es igual al aclaramiento plasmático total (110-116 ml / min), y más del 95% de la dosis se excreta en la orina como fármaco inalterado. La excreción de ácido tranexámico es de aproximadamente el 90% a las 24 horas después de la administración intravenosa de 10 mg/kg de peso corporal.

Una concentración antifibrinolíticade ácido tranexámico permanece en diferentes tejidos durante aproxima-damente 17 horas, y en el suero, hasta siete u ocho horas.

El ácido tranexámico pasa a través de la placenta. La concentración en la sangre del cordón después de una inyección intravenosa de 10 mg/ kg en las mujeres embarazadas es de aproximadamente 30 mg/ml litro, tan alta como en la sangre materna. El ácido tranexámico se difunde rápidamente en el líquido articular y la membrana sinovial. En el líquido de la articulación, se obtiene la

misma concentración que el suero. La semi-vida biológica de ácido tranexámico en el líquido de la articulación es de aproximadamente tres horas.

La concentración de ácido tranexámico en otros tejidos es menor que en la sangre. En la leche materna, la concentración es de aproximadamente una centésima parte de la concentración máxima en suero. La concentración de ácido tranexámico en el líquido cefalorraquídeo es aproximadamente una décima parte de la del plasma. El fármaco se excreta en el humor acuoso, siendo la concentración aproximadamente una décima parte de la concentración plasmática.

El ácido tranexámico se ha detectado en el semen donde inhibe la actividad fibrinolítica, pero no influyer en la migración de los espermatozoides.

Toxicidad: se observó un aumento de la incidencia de leucemia en ratones machos que recibieron el ácido tranexámico en los alimentos a una concentración de 4.8% (equivalente a dosis de 5 g/kg/ día). No se incluyeron en este estudio ratones hembra.

Se han reportado hiperplasia de las vías biliares, colangioma y adenocarcinoma intrahepáticodel sistema biliar en una cepa de ratas después de la administración diaria de dosis superiores a la dosis máxima tolerada durante 22 meses. Con dosis más bajas se observó hiperplásia, pero no neoplasias. No se detectó actividad mutagénica en varios sistemas de ensayo in vitro e "in vivo".

No existen datos clínicos para evaluar los efectos del ácido tranexámico en la fertilidad.

Menorragia

Ampolla de 500 mg (100 mg/ml, 5 ml) para inyección IV lenta o perfusión en cloruro de sodio al 0,9% o glucosa al 5% NUNCA ADMINISTRAR POR VÍA IM

Administración oral:

Adultos: la dosis recomendada es de 2 comprimidos de 500 mg, 3 veces al día hasta un máximo de 4 días. Si el sangrado menstrual es muy fuerte, la dosis puede aumentarse. No debe superarse una dosis total de 4 g al día. El tratamiento con ácido tranexámico no debe iniciarse hasta que el sangrado menstrual haya comenzado.

Contraindicaciones

El ácido tranexámico está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los componentes de su formulación.

También está contraindicado en pacientes con defectos adquiridos de la visión ya que esto impide a medir un punto final que se debe seguir como una medida de la toxicidad. Se han desarrollado en los gatos, perros y ratas áreas focales de degeneración de la retina después del ácido tranexámico oral o intravenosa en dosis de entre 250 a 1600 mg / kg / día (6 a 40 veces la dosis humana recomendada generalmente) a partir de 6 días a 1 año. La incidencia de estas lesiones ha variado de 25% a 100% de los animales tratados y estuvo relacionada con la dosis. En dosis más bajas, algunas lesiones han parecía ser reversible.

Datos limitados en gatos y conejos señalan cambios en la retina en algunos animales con dosis tan bajas como 126 mg/kg / día (sólo alrededor de 3 veces la dosis recomendada en humanos), administrado durante varios días a dos semanas.

El ácido tranexámico no deberá ser administrado en pacientes con una historia de convulsión.

El ácido tranexámico se clasifica dentro de la categoría B de riesgo en el embarazo. Los estudios de reproducción realizados en ratones, ratas y conejos no han revelado ninguna evidencia de alteración de la fertilidad o efectos adversos en el feto debido al ácido tranexámico. Sin embargo, no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. El ácido tranexámico atraviesa la placenta y aparece en la sangre del cordón en concentraciones aproximadamente iguales a la concentración materna. Debido a que los estudios de reproducción en animales no siempre son predictivos de la respuesta humana, este medicamento debe usarse durante el embarazo sólo si es claramente necesario.

El ácido tranexámico está presente en la leche de la madre en una concentración de aproximadamente una centésima de los niveles séricos correspondientes. Se debe tener precaución cuando se administra ácido tranexámico a una mujer lactante.

Reacciones Adversas

Se han descrito las siguientes reacciones adversas con una frecuencia muy baja:

- ✓ Alteraciones gastrointestinales: efectos digestivos tales como náuseas, vómitos y diarreas.
- ✓ Alteraciones cardiovasculares: malestar con hipotensión, con o sin pérdida de la conciencia (generalmente seguida a una inyección intravenosa demasiado rápida, de forma excepcional después de una administración oral), trombosis venosa o arterial en cualquier localización.
- ✓ Alteraciones del sistema nervioso: convulsiones, particularmente en caso de mal uso.
- ✓ Alteraciones generales: reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxis

DICLOFENACO

El diclofenaco es un antinflamatorio no esteroídico que exhibe antinflamatorias, analgésicas, antipiréticas y actividades en modelos animales.

Mecanismo de Acción

El mecanismo de acción del diclofenaco, como el de otros AINE, no se conoce por completo, pero parece implicar la inhibición de las vías de las ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2) vías. El mecanismo de acción del diclofenaco también puede estar relacionado con la inhibición de la prostaglandina sintetasa.

Farmacocinética

Después de una dosis oral, el diclofenaco se absorbe en 100% después de la administración oral en comparación con la administración intravenosa, medida por la recuperación de la orina. Sin embargo, debido al metabolismo de primer paso, sólo alrededor del 50% de la dosis absorbida es disponible sistémicamente. Después de la administración oral repetida, no se produce acumulación del fármaco en plasma. La presencia de alimentos retrasa la absorción y disminuye las concentraciones plasmáticas máximas, pero no afecta la absorción global. El diclofenaco presenta una farmacocinética lineal, siendo las concentraciones plasmáticas proporcionales a las dosis.

El volumen aparente de distribución del diclofenaco de 1,3 L/kg. El diclofenaco se une extensamente (> del 99%) a las proteínas séricas humanas, principalmente a la albúmina. La unión a proteínas séricas es constante en el intervalo de concentraciones (0,15 a 105 mg / mL) logrado con las dosis recomendadas.

El diclofenaco se difunde dentro y fuera del fluido sinovial: la difusión dentro de la articulación se produce cuando los niveles plasmáticos son más altos que los del líquido sinovial, después de lo cual el proceso se revierte. Se desconoce si la difusión en la articulación desempeña un papel en la eficacia de diclofenaco.

Diclofenaco se elimina a través del metabolismo y la posterior excreción urinaria y la biliar del glucurónido y los conjugados de sulfato de los metabolitos. La vida media terminal de diclofenac sin cambios es de aproximadamente 2 horas. Aproximadamente el 65% de la dosis se excreta en la orina y aproximadamente el 35% en la bilis como conjugados de diclofenaco sin cambios además de los cinco metabolitos identificados. Dado que la eliminación renal no es una vía importante de eliminación de diclofenaco sin cambios, no es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada disfunción renal.

Toxicidad

Los estudios de carcinogenicidad a largo plazo en ratas tratadas con diclofenaco sódico en dosis de hasta 2 mg/kg/día (0,2 veces la dosis máxima recomendada en humanos) han puesto de manifiesto un aumento significativo en la incidencia de tumores. Un estudio de carcinogenicidad de 2 años realizado

en ratones empleando diclofenaco sódico a dosis de hasta 0,3 mg/kg/día (0,014 veces la dosis máxima humana recomendada) en los machos y 1 mg / kg / día (0,04 veces la dosis máxima humana recomendad en las hembras no revelaron ningún potencial oncogénico.

El diclofenaco sódico no mostró actividad mutagénica en los ensayos in vitro de mutación puntual en mamíferos (linfoma de ratón) y microorganismos (levaduras, Ames) y sistemas de ensayo "in vitro" e "in vivo", incluyendo las pruebas de aberración cromosómica en células de hámsters chinos.

El diclofenaco sódico administrado a ratas macho y hembra a 4 mg/kg/día (0,4 veces la dosis máxima humana recomendada) no afectó a la fertilidad.

Contraindicaciones y Precauciones

El diclofenaco en comprimidos entéricos no debe administrarse en los siguientes casos: Pacientes con hipersensibilidad conocida al diclofenac o a cualquiera de los excipientes.

Al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, diclofenac en comprimidos entéricos está también contraindicado en pacientes en los que la administración de ácido acetilsalicílico u otros fármacos con actividad inhibidora de la prostaglandina-sintetasa haya desencadenado ataques de asma, urticaria o rinitis aguda. Pacientes que presenten sangrado gastrointestinal. Pacientes con diagnóstico de úlcera gastrointestinal. Pacientes con enfermedad de Crohn. Pacientes con colitis ulcerosa. Pacientes con antecedentes de asma bronquial. Pacientes con disfunción renal moderada o severa. Pacientes con alteración hepática severa. Pacientes con desórdenes de la coagulación o que se hallen recibiendo tratamiento con anticoagulantes.

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X] Fecha de entrega: 24/04/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CLAUDIA CHUQUITARQUI ACHAHUANCO
Dirección: Jr. Canchis s/n
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 41220108
Teléfono: 942 494 993 email: Khuqui@yahoo.com
Nombres y Apellidos:
Dirección:
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:
Teléfono: email:
Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
Título o Grado Académico a optar: TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
Asesor:
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
Trabajo de Investigación [ ] Tesis [ ] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [X]
Título: PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UNA PACIENTE CON EL DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

Palabras claves, (3 a 5 términos):

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV [1, 2]?

1

[1] Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.
[2] Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

2. Referencia de tesis:

[ ] Bachiller [ ] Titulo [X] 2da Especialidad [ ] Maestría [ ] Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

[X] Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.

[ ] Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a):_____

[ ] No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comérciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

[X] Sí autorizo

[ ] No autorizo

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral**. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

[X] Internacional

[ ] Nacional

Línea de investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS SEG09**

Firma de Autor

huella digital

24 de abril del 2024

Fecha

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
http://repositorio.uancv.edu.pe
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/