

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA DISMENORREA PRIMARIA INCAPACITANTE

AUTORÍA

1. Aurora Carrión Martínez*

2. José Miguel Rivera Caravaca.**

* Graduada en Enfermería. Diplomada en Terapia Ocupacional. Enfermera en Cruz Roja Molina De Segura-Vega Media (Murcia).

** Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Graduado en Enfermería. Enfermero en Cruz Roja Molina De Segura-Vega Media (Murcia).

RESUMEN

La dismenorrea primaria se refiere al dolor cíclico y recurrente asociado a la menstruación que carece de causas demostrables clínica o ecográficamente. Este dolor es referido como de tipo cólico en la región suprapúbica, pudiéndose acompañar de náuseas, cefaleas, vómitos, diarrea y en los casos más severos síncope. La dismenorrea puede llegar a ser lo suficientemente severa como para incapacitar totalmente a la mujer que la sufre, disminuyendo en gran medida su calidad de vida. El objetivo de este estudio ha sido diseñar un plan de cuidados de Enfermería que permita actuar con premura y seguridad y garantice una asistencia de calidad ante este proceso. Para darle respuesta se ha realizado una revisión de la literatura científica y se ha llevado a cabo un Proceso de Atención de Enfermería elaborando un plan de cuidados en un caso clínico real en base a taxonomía normalizada. Los resultados de este Proceso Enfermero han sido satisfactorios consiguiendo disminuir los dolores y evitando posibles complicaciones, razones que nos hacen pensar que puede ser de utilidad para los profesionales que se encuentren ante una situación similar.

PALABRAS CLAVE

Dismenorrea, Urgencias Médicas, Enfermería, Plan de Cuidados de Enfermería.

TITLE

Nursing intervention in Emergencies for disabling primary dysmenorrhea

ABSTRACT

Primary dysmenorrhea refers to the cyclical, recurring pain associated with menstruation has no demonstrable clinical reasons or ultrasound. This pain is referred to as cramping in the suprapubic region, and can be accompanied by nausea, headaches, vomiting, diarrhea and in severe cases syncope. Dysmenorrhea may become severe enough to incapacitate entirely to the woman who suffers greatly diminishing their quality of life. The aim of this study was to design a nursing care plan that allows security act, promptly and ensure quality care to this process. To meet the objective has conducted a review of the scientific evidence and a Nursing Care Process

developing a care plan in a real clinical case based on standardized taxonomy. The results of this Nursing Process have been successful getting lessen the pains and avoiding possible complications, reasons that make us think that may be useful for professionals who are facing a similar situation.

KEYWORDS

Dysmenorrhea, Emergencies, Nursing, Nursing Care Plan.

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es un trastorno menstrual caracterizado por un intenso y frecuente dolor pélvico asociado a la menstruación. La prevalencia actual oscila entre el 40-95%, sobre todo en mujeres jóvenes entre los 20 y 30 años (1, 2). La dismenorrea puede clasificarse en primaria o secundaria. La dismenorrea primaria (también llamada funcional o idiopática) se refiere al dolor cíclico y recurrente percibido en cada menstruación y que carece de causas demostrables clínica o ecográficamente. Por otro lado, hablamos de dismenorrea secundaria cuando existe una menstruación dolorosa asociada a hallazgos clínicos o ecográficos resultado de un proceso patológico de base (1). El dolor en la dismenorrea primaria es referido como un dolor de tipo cólico en la región suprapúbica. Este dolor es más intenso en el primer día del ciclo menstrual y puede acompañarse de náuseas y cefaleas, e incluso en las formas más severas de un episodio abdominal agudo. De este episodio abdominal agudo derivan dos complicaciones frecuentes como son vómitos y diarrea (3). Los vómitos y la diarrea se presentan en un 60% de las pacientes que sufren dismenorrea incapacitante y en el caso de que su intensidad sea elevada pueden dar lugar a un síncope (4). Diversos estudios afirman que los vómitos se presentan hasta en un 89% de las pacientes, la diarrea en un 60% y el síncope en un 15%. Como resultado de la unión de síncope, vómitos y/o diarrea también aparece hipotensión, por lo que ésta ha de considerarse una complicación más (5). La dismenorrea puede llegar a ser lo suficientemente severa como para interferir en diversas áreas de la vida de la mujer. La literatura es concluyente en señalar un aumento de la tasa de absentismo laboral y escolar en mujeres que sufren dismenorrea, por lo que los profesionales de la salud debemos de tomar un rol activo en la derivación y tratamiento oportuno ante estas situaciones (6) contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y a evitar una repercusión negativa a nivel social o laboral.

OBJETIVO

Diseñar un plan de cuidados de Enfermería siguiendo la Taxonomía NNN (NANDA, NOC, NIC) que permita actuar con premura y seguridad y garantice una asistencia de calidad ante esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Para dar respuesta a nuestro objetivo del estudio se ha llevado a cabo un Proceso de Atención de Enfermería elaborando un plan de cuidados en base a taxonomía normalizada. Se realizó también una revisión de la literatura científica en las principales bases de datos de ciencias de la salud.

Procedimiento de recogida de información

Fuentes de información

- El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:
- Información verbal proporcionada por la propia paciente.
- La observación directa de la paciente.
- La historia clínica de la paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- La valoración de Enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- La revisión de la evidencia científica.

Proceso de recogida de la información

Se recabó autorización previa, garantizando durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio. Otorgada la información oportuna relativa al estudio y recibidas las autorizaciones pertinentes, el proceso de recogida de información se realizó en tres fases:

- Revisión del historial clínico.
Con el objetivo de realizar una descripción lo más detallada posible del caso, se extrajeron de la historia clínica los siguientes datos clínicos: antecedentes personales y familiares, resultados de pruebas diagnósticas y analíticas, exploraciones de reconocimiento, diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados enfermeros.

- Realización de la valoración de Enfermería.
La valoración enfermera se realizó, a través de una entrevista personalizada, en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizándose los indicadores empíricos y las exploraciones físicas pertinentes. En esta segunda fase fue posible la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de Enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

- Revisión de la evidencia científica.
La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: CUIDEN, la Biblioteca Cochrane, Elsevier, Web of Science, Scielo, Pubmed, ScienceDirect. Para la realización de este estudio han sido revisados también otros documentos y revistas especializadas, así como Guías de práctica clínica.

Análisis y procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera, para los datos provenientes de la valoración por patrones; y al análisis crítico de la evidencia científica revisada, seleccionando y clasificando las informaciones de mayor importancia. Después de valorar a la paciente se extrajeron los diagnósticos de Enfermería según la NANDA y las complicaciones potenciales según el Manual de Diagnósticos de Linda Carpenito. Seguidamente, tras la selección del Diagnóstico Enfermero Principal y de la Complicación Potencial Principal se procede al establecimiento de los criterios de resultado (NOC) e intervenciones (NIC). Finalmente, con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas, una vez ejecutadas las actividades de Enfermería se procedió a una evaluación de las mismas, en base a los criterios de resultado.

RESULTADOS

Contexto y Antecedentes

Mujer de 23 años que presenta un sangrado menstrual abundante, se presenta llorosa y ansiosa. Refiere dolor tipo cólico localizado en la región suprapúbica e irradiado a ambas fosas iliacas y a la cara interna de los muslos. Se encuentra con náuseas, cefalea y dolor lumbar de 24h de evolución.

Tras el triaje médico ingresa en un box para observación y tratamiento de urgencias. Como pruebas complementarias se realiza un perfil analítico de urgencias cuyo resultado es normal. Posteriormente se la citará para un estudio ecográfico abdominal.

Exploración física

Se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Bien nutrida e hidratada, pero con aspecto pálido de la piel, buena coloración de mucosas, no presenta exantemas, petequias, ni edemas y pulso presente. Dolor a la palpación manual del abdomen y pubis endurecido.

Constantes

- Tensión Arterial: 97/75 mmHg.
- Saturación de oxígeno: 95%.
- Temperatura: 36'6 °C.
- Frecuencia cardíaca: 100 latidos/minuto.
- Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones/minuto.
- Glucemia capilar: 85 mg/dL.

Diagnóstico médico principal

Dismenorrea Primaria Incapacitante.

Tratamiento pautado en Urgencias:

- Nolotil® (Metamizol) en 100cc de SG. Vía IV.
- Diclofenaco en 100cc de SF 0,9%. Vía IV.
- Buscapina® (Butilbromuro de Escopolamina) en 100cc de SF 0,9%. Vía IV.
- Primperan® (Metoclopramida) en 100cc de SF 0,9%. Vía IV.
- 1000cc de SF 0,9%.
- Orfidal®.(Lorazepam) Vía sublingual.

- Oxigenoterapia a 3 litros/minuto, mediante gafas nasales.

Valoración según los Patrones Funcionales de Margory Gordon (7)

1. Patrón Percepción-Manejo de la Salud:

- Mujer de 23 años.
- Fumadora de 20 cigarrillos al día.
- No tiene alergias conocidas a medicamentos, no es hipertensa, ni diabética, ni presenta dislipemia.
- Se administran medicamentos de urgencia en el momento del ingreso.
- No presenta antecedentes médicos de interés.
- Reconoce las menstruaciones dolorosas como un problema de salud.

2. Patrón Nutricional-Metabólico:

- Peso de 52 kg y altura de 1.65 m. IMC: 19.10 kg/m²; normopeso.
- Realiza tres o cuatro comidas diarias. Alimentación variada, aunque reconoce centrarse más en la ingesta de proteínas vegetales que animales.
- Bebe aproximadamente 1 litro de agua al día.
- Refiere sentirse satisfecha con su peso.
- Siente náuseas y no ha ingerido prácticamente ningún alimento desde el comienzo del dolor.
- Se canaliza una vía periférica en la flexura del brazo derecho, nº 18G, colocada en el momento del ingreso en el Box de urgencias.

3. Patrón Eliminación:

Eliminación intestinal

- Deposiciones de aspecto normal. Hábito intestinal regular, aproximadamente una vez al día. Durante los periodos menstruales refiere tener mayor sensación de realizar deposiciones.

Eliminación urinaria

- No presenta alteraciones a la hora de miccionar. La orina presenta un aspecto y olor normal, a la realización de la tira reactiva de orina no se encuentra ningún parámetro anormal, ya que la tinción de hemoglobina se debe a la presencia de la menstruación de la paciente.

4. Patrón Actividad-Ejercicio:

- No realiza ejercicio físico habitualmente. Lleva 24 horas sin realizar ningún tipo de actividad, ya que se siente limitada y muy débil. Independiente para las actividades de la vida diaria. Refiere tener una vida social activa.

5. Patrón Sueño-Descanso:

- Horas habituales de sueño: 7. Siente el sueño como reparador.
- Refiere periodos en los que no puede descansar mucho debido a los exámenes y al trabajo que realiza los fines de semana. Actualmente se encuentra cansada ya que

debido al dolor no le ha sido posible conciliar el sueño.

6. Patrón Perceptivo-Cognitivo:

- A la exploración neurológica se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Glasgow 15.
- Refiere dolor intenso en la zona suprapúbica irradiado hacia la cara interna de los muslos y hacia la zona lumbar que se acompaña de cefalea de 24 horas de evolución. Nos comenta que no encuentra la forma adecuada para relajarse y controlar el dolor. Dolor clasificado con un 8 en una escala numérica donde 1 es "no dolor" y 10 es "el máximo dolor imaginable".
- Se encuentra sudorosa y muestra expresiones de dolor.

7. Patrón Autopercepción-Autoconcepto:

- Dice sentirse inútil durante los primeros días de la menstruación.
- Refiere ser una persona muy activa y le gustaría encontrar la forma adecuada para poder seguir con su rutina, aunque padezca menstruaciones dolorosas.
- Desconoce estrategias no farmacológicas para afrontar el dolor.

8. Patrón Rol-Relaciones:

Vive en el domicilio de sus padres. Es la hija pequeña de tres hermanos, dos de ellos ya emancipados del domicilio familiar. Buenas relaciones familiares. Su madre acude al hospital tras su llamada.

9. Patrón Sexualidad-Reproducción:

- Persona sexualmente activa. Mantiene una relación estable desde hace tres años.
- Menarquía tardía a los 15 años, nos comenta que siempre le han resultado dolorosas pero que desde hace algún tiempo el dolor ha ido en aumento al igual que la cantidad de sangrado.
- Presenta un sangrado menstrual excesivo al habitual.

10. Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés:

- Verbaliza sentirse muy nerviosa y ansiosa porque no es capaz de controlar lo que le pasa. Cada vez que se agudiza el dolor adopta una posición de seguridad agarrándose la barriga.

11. Patrón Valores y Creencias:

- Pertenece a una familia religiosa, aunque ella no es practicante.

Patrones alterados:

- Patrón 2. Nutricional-Metabólico.
- Patrón 4. Actividad-Ejercicio.
- Patrón 6. Perceptivo-Cognitivo.
- Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto.
- Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés.

Diagnósticos Enfermeros según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (8)

PATRÓN 2 Nutricional-Metabólico:

(00134) Náuseas r/c dolor m/p informes de náuseas.

(00213) Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter.

PATRÓN 4 Actividad- Ejercicio:

(00092) Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informes verbales de debilidad.

(00205) Riesgo de shock r/c hipotensión.

PATRÓN 6 Perceptivo-Cognitivo:

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p cambios en el apetito, cambios en la frecuencia cardiaca, cambios en la frecuencia respiratoria, diaforesis, conducta expresiva, informe verbal del dolor.

PATRÓN 7 Auto percepción-Autoconcepto:

(00161) Disposición para mejorar los conocimientos m/p manifiesta interés en el aprendizaje.

PATRÓN 10 Adaptación-Tolerancia al estrés.

(00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p conciencia de los síntomas fisiológicos.

(00214) Disconfort m/p ansiedad, llanto, falta de control de la situación.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p cambios en el apetito, cambios en la frecuencia cardiaca, cambios en la frecuencia respiratoria, diaforesis, conducta expresiva, informe verbal del dolor.

○ Dominio 12: Confort.

○ Clase 1: Confort físico.

○ Definición: Experiencia sensitiva emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

○

○ **Complicación Potencial**

Principal: Vómitos.

Planificación

Objetivos del Diagnóstico Enfermero Principal según Nursing Outcomes Classification (NOC) (9)

NOC 1 Nivel del dolor (2102).

Dominio Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Diagnóstico Enfermero Principal:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	3h
(210204) Duración de los episodios de dolor	2	5	3h
(210221) Frotarse el área afectada	2	5	3h
(210206) Expresiones faciales de dolor	2	5	3h
(210224) Muecas de dolor	2	5	3h
(210225) Lágrimas	2	5	3h
(210226) Diaforesis	2	5	3h
(210227) Náuseas	2	5	3h
Escala Likert: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4. Ninguno: 5.			

Media Puntuación inicial: 2 - Puntuación diana: 5 - Tiempo: 3 horas.

NOC 2:Conocimiento: manejo del dolor (1843).

Dominio IVConocimiento y conducta de salud.

Clase S:Conocimientos de salud.

Definición:Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(184303) Estrategias para controlar el dolor	3	4	3h
(184310) Efectos terapéuticos de la medicación	3	4	3h
(184335) Beneficios de las modificaciones del estilo de vida para reducir el dolor	2	3	3h
(184337) Estrategias para el control preventivo del dolor	2	3	3h
Escala Likert: Ningún conocimiento: 1. Conocimiento escaso: 2. Conocimiento moderado: 3. Conocimiento sustancial: 4. Conocimiento extenso: 5.			

Media Puntuación inicial: 3 - Puntuación diana: 4 - Tiempo: 3 horas.

- *Objetivo de la Complicación Potencial según Nursing Outcomes Classification (NOC)*

NOC 3Severidad de las náuseas y los vómitos (2107).

Dominio Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Gravedad de los síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(210704) Frecuencias de los esfuerzos para vomitar	5	5	2h
(210705) Intensidad de los esfuerzos para vomitar	5	5	2h
(210707) Frecuencia de los vómitos	5	5	2h

(210709) Intensidad de los vómitos	5	5	2h
Escala Likert: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4. Ninguno: 5.			

Media:

Puntuación inicial: 5 – Puntuación diana: 5 – Tiempo: 2 horas.

Intervenciones para los Objetivos del Diagnóstico Enfermero Principal según Nursing Interventions Classification (NIC) (10)

NOC

1. Nivel del dolor (2102).
2. Conocimiento: manejo del dolor (1843).

NIC 1: Manejo del dolor (1400).

Campo 1: Fisiológico: básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
 - Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
 - Enseñar los principios del dolor.
 - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y si fuera posible, durante las actividades doloras; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio de dolor.
 - Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

NIC 2: Manejo del síndrome premenstrual (1440).

Campo 1: Fisiológico: básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: Alivio/atenuación de los síntomas físicos y/o conductuales que se producen durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Actividades:

- Enseñar a la paciente a identificar los probables síntomas premenstruales más importantes (p.ej., meteorismo, calambre, irritabilidad), a utilizar una lista calendario o un registro de síntomas, y a registrar el momento y la gravedad de cada síntoma.

- Dar información sobre las medidas de autocuidado específicas para cada síntoma (p.ej., ejercicio y suplementos de calcio).
- Remitir a un especialista si procede.
- *Intervenciones para el Objetivo de la Complicación Potencial Principal según Nursing Interventions Classification (NIC)*

NOC:

3. Severidad de las náuseas y los vómitos (2107).

NIC 3: Prevención y alivio del vómito (1570).

Campo 1: Fisiológico: básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

- Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo, ausencia de conocimiento).

Evaluación

NOC 1 Nivel del dolor (2102).

Dominio Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación Obtenida	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	5	3h
(210204) Duración de los episodios de dolor	2	5	5	3h
(210221) Frotarse el área afectada	2	5	5	3h
(210206) Expresiones faciales de dolor	2	5	5	3h
(210224) Muecas de dolor	2	5	5	3h
(210225) Lágrimas	2	5	5	3h
(210226) Diaforesis	2	5	5	3h
(210227) Náuseas	2	5	5	3h
Escala Likert: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4. Ninguno: 5.				

Media Puntuación inicial: 2 – Puntuación diana: 5 – Puntuación obtenida: 5 – Tiempo: 3 horas.

NOC 2: Conocimiento: manejo del dolor (1843).

Dominio IV Conocimiento y conducta de salud.

Clase S: Conocimientos de salud.

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación Obtenida	Tiempo
(184303) Estrategias para controlar el dolor	3	4	4	3h
(184310) Efectos terapéuticos de la medicación	3	4	4	3h
(184335) Beneficios de las modificaciones del estilo de vida para reducir el dolor	2	3	3	3h
(184337) Estrategias para el control preventivo del dolor	2	3	3	3h

Escala Likert: Ningún conocimiento: 1. Conocimiento escaso: 2. Conocimiento moderado: 3. Conocimiento sustancial: 4. Conocimiento extenso: 5.	
---	--

Media Puntuación inicial: 3 – Puntuación diana: 4 – Puntuación obtenida: 4 – Tiempo: 3 horas.

Objetivos de la Complicación Potencial Principal según Nursing Outcomes Classification (NOC)

NOC.3 Severidad de las náuseas y los vómitos (2107).

Dominio Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Gravedad de los síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación Obtenida	Tiempo
(210704) Frecuencias de los esfuerzos para vomitar	5	5	5	2h
(210705) Intensidad de los esfuerzos para vomitar	5	5	5	2h
(210707) Frecuencia de los vómitos	5	5	5	2h
(210709) Intensidad de los vómitos	5	5	5	2h
Escala Likert: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4. Ninguno: 5.				

Media Puntuación inicial: 5 – Puntuación diana: 5 – Puntuación obtenida: 5 – Tiempo: 2 horas.

CONCLUSIONES

Realizadas todas las intervenciones, la paciente quedó en observación y pasadas unas 3 horas recibió el alta médica y de enfermería con una mejoría notable en cuanto al dolor y a su estado de ansiedad. Para nuestro Diagnóstico Enfermero Principal "(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p cambios en el apetito, cambios en la frecuencia cardiaca, cambios en la frecuencia respiratoria, diaforesis, conducta expresiva e informe verbal del dolor"; elegimos dos objetivos: Nivel del dolor (2102) y Conocimiento: manejo del dolor (1843). Respecto al objetivo "Nivel del dolor (2102)" obtuvimos una puntuación de 5, alcanzando en cada uno

de los indicadores la puntuación diana marcada y dando el objetivo por conseguido. En el objetivo "Conocimiento: manejo del dolor (1843)" obtuvimos una puntuación de 4 aunque dos de sus indicadores (beneficios de las modificaciones del estilo de vida para reducir el dolor y estrategias para el control preventivo del dolor) no hayan alcanzado esta puntuación. Esto se debe a que consideramos que las enseñanzas de estrategias necesitan de un tiempo más prolongado de actuación y las modificaciones del estilo de vida son imposibles de cambiar en tan solo 3 horas de intervención. Sin embargo, la paciente llegó a conocer y comprender estrategias para controlar el dolor y los efectos del tratamiento establecido

y por ello damos también el objetivo por conseguido. Respecto al objetivo "Severidad de las náuseas y vómitos (2107)" establecido para la Complicación Potencial Principal, "vómitos", que deriva del diagnóstico médico, Dismenorrea Primaria Incapacitante; conseguimos mantener la puntuación diana marcada en un 5 pues llevando a cabo las intervenciones que habíamos planificado, las náuseas que sentía la paciente se controlaron y no llegó a emitir vómitos. El entorno en el que se ha realizado este plan de cuidados es un servicio de urgencias. Por ello la misión principal de Enfermería, junto con el resto de profesionales sanitarios, es la atención inmediata y de calidad. La dismenorrea es un problema que afecta a un porcentaje elevado de mujeres en edad fértil al que a día

de hoy se le resta importancia. Sin embargo en ocasiones los síntomas que produce pueden afectar a áreas del ámbito social, laboral o incapacitar a la mujer para las actividades de la vida diaria. Si no se le presta la debida atención puede tener incluso consecuencias sobre la fertilidad de la mujer. En este caso hemos observado como los resultados de este Proceso Enfermero han sido satisfactorios ya que se consiguieron disminuir los dolores y evitar las posibles complicaciones. Estas razones nos hacen pensar que puede ser de gran utilidad para los profesionales de Enfermería que se encuentren ante una situación similar, aportando directrices y herramientas que les ayuden a solventarla con éxito.

BIBLIOGRAFIA

1. Yáñez N, Bautista-Roa SJ, Ruiz-Sternberg JE, Ruiz-Sternberg AM. Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de ciencias de la salud. *Rev Cienc Salud* 2010; 8(3): 37-48.
2. Ángel Jiménez G, González Sánchez J, Mesa Ballesteros H, Capera Miranda Y. Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la dismenorrea en estudiantes de la facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina UPB* 2013. 32(1): 20-9.
3. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de dismenorrea en el primero, segundo y tercer nivel de atención. Sistema Nacional de Salud de México. México: Secretaría de Salud; 2009.
4. Castro M, Galleguillos C. Dismenorrea primaria en adolescentes: Revisión de la literatura. *Rev SOGIA* 2009; 16(2): 23-36.
5. Morell Ocaña M, Buforn Galiana A, Vergara Olicares J, Domínguez Rodríguez L. Manual de Urgencias. Actualizada 2002 [consulta 01/03/2015]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dimeno.pdf>
6. Espina V. Natalia, Fuenzalida A. Alejandra, Urrutia S. María Teresa. Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(2): 113-18.
7. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid: Elsevier Mosby; 2003.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009 – 2011. Madrid: Harcourt; 2010.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.
10. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.