

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Atención de enfermería en paciente postcesareada por preeclampsia severa del servicio de ginecobstetricia del hospital nacional de Cajamarca 2022

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia

Autores:

Eresvita Cotrina Celiz
Maritza Mercedes Villanueva Julcamoro

Asesora:

Mg. Sofia Dora Vivanco Hilario

Lima, 9 de mayo de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Sofia Vivanco Hilario, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POSTCESAREADA POR PREECLAMPSIA SEVERA DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CAJAMARCA 2022”** de las autoras Eresvita Cotrina Celiz y Maritza Mercedes Villanueva Julcamoro tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 9 días del mes de mayo del año 2024.

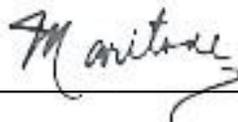


Mg. Sofia Vivanco Hilario

**Atención de enfermería en paciente postcesareada por preeclampsia
severa del servicio de ginecobstetricia del hospital nacional de
Cajamarca 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez
Dictaminador

Lima, 9 de mayo de 2024

Tabla de Contenido

Resumen	1
Summary.....	2
Introducción.....	2
Marco Teórico.....	8
Preeclampsia Severa	8
Dolor Agudo.....	14
RC Shock Hipovolémico	19
Metodología.....	25
Diseño de Estudio	25
Sujeto de Estudio	25
Ámbito y Período de Estudio	25
Procedimiento de Recojo de Información.....	25
Fuente de Información	25
Procesamiento de Información.	26
Recolección de Información.....	26
Procesamiento y Análisis de los Datos	27
Resultados.....	28
Valoración.....	28
Planificación.....	48
Ejecución.....	53
Evaluación.....	56
Discusión	61

Conclusiones.....	64
Referencias	66
Anexos.....	76

Atención de enfermería en paciente postcesareada por preeclampsia severa del servicio de ginecobstetricia del hospital nacional de Cajamarca 2022

Eresvita Cotrina Celiz¹, Maritza Mercedes Villanueva Julcamoro¹ y Sofía Dora Vivanco Hilario²

¹ *Autor del Trabajo Academico Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud Univesida Perianana Union, Lima , Peru*

² *Asesora del Trabajo Academico de la Univesidad Peruana Union, Escuela de Posgrado , Lima, Peru*

Resumen

La preeclampsia se caracteriza por trastornos hipertensivos desde la semana 20 de gestación, con alta posibilidad de una eclampsia hasta el puerperio inmediato, además se presenta proteinuria y edema. El objetivo es determinar el rol de enfermería en el cuidado del paciente postcesareada por preeclampsia severa. La metodología de estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso único, aplicando el proceso de atención de enfermería a una paciente de 27 años seleccionada por conveniencia; el instrumento de recolección de datos fue la guía de valoración según los once patrones funcionales de Maryory Gordon. Como resultado se logró reconocer 7 diagnósticos de enfermería alterados, priorizándose como diagnóstico enfermero principal (00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor, conducta expresiva y EVA 6/10, y como problema de colaboración el Riesgo de complicación: shock hipovolémico. En conclusión, se valoraron e identificaron las características clínicas y los riesgos de complicación en la paciente con preeclampsia severa, se planificaron intervenciones de enfermería individualizada que tuvieron resultados favorables en la evolución de la paciente, +1, +1. +1 y +1, se aplicó el proceso de atención de enfermería basado en sus cinco etapas, logrando brindar una atención integral con calidad que permitieron obtener resultados favorables en la recuperación de su salud de la paciente.

Palabras claves: Atención de enfermería, paciente, preeclampsia

Summary

Preeclampsia is characterized by hypertensive disorders from the 20th week of gestation, with a high possibility of eclampsia until the immediate postpartum period; proteinuria and edema also occur. The objective is to determine the role of nursing in the care of patients after cesarean section due to severe preeclampsia. The study methodology has a qualitative approach, single case type, applying the nursing care process to a 27-year-old patient selected by convenience; The data collection instrument was the assessment guide according to Maryory Gordon's eleven functional patterns. As a result, 7 altered nursing diagnoses were recognized, prioritizing the main nursing diagnosis (00132) Acute pain r/c physical harmful agent evidenced by facial expression of pain, expressive behavior and VAS 6/10, and as a collaboration problem the Risk of complication: hypovolemic shock. In conclusion, the clinical characteristics and risks of complications in the patient with severe preeclampsia were assessed and identified, individualized nursing interventions were planned that had favorable results in the patient's evolution, +1, +1. +1 and +1, the nursing care process was applied based on its five stages, managing to provide comprehensive quality care that allowed favorable results to be obtained in the recovery of the patient's health.

Keywords: Nursing care, patient, preeclampsia

Introducción

La complicación más severa del embarazo a partir de las 20 semanas de gestación es la preeclampsia caracterizada por hipertensión arterial (mayor a 140/90mmhg), presencia de

proteínas en orina, con daño en órganos como el hígado, riñones y sistema nervioso central. La preeclampsia tiene alto impacto en la salud materna y neonatal, pues es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna- perinatal en todo el mundo (Sanchez, 2018).

Según la OMS (2021), la preeclampsia tiene una incidencia entre 3 y 10% de los embarazos, la frecuencia es en mujeres nulíparas sanas entre el 2% y el 7%. La OMS, determinó que la incidencia de preeclampsia en los países en desarrollo es siete veces mayor que en los desarrollados (0,4% y 2,8% de los nacidos vivos respectivamente). En Norteamérica y Europa es alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, en los países en desarrollo es variable desde 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1700 embarazos. La tasa más alta se dio en los países africanos con una prevalencia entre 2% a 16,7%. (Velumani et al., 2022a).

A nivel mundial la causa directa de muerte materna es del 15% a consecuencia de la preeclampsia. En Estados Unidos sucedió 1 muerte por cada 100 000 partos vivos y representa la cuarta causa de mortalidad materna. En el caso de América Latina se presentó 25,7% de casos, siendo la primera causa de muerte materna. Para el año 2018, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) mencionó que 76,000 mujeres fallecieron por complicación de hipertensión y preeclampsia durante el embarazo. Esta enfermedad, forma parte de los trastornos neuro hipertensivos, el 80% de los casos se presenta durante el término del embarazo y el 20% iniciando el embarazo (20 semanas de gestación), lo que justifica ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a nivel mundial (FIGO, 2019).

La hipertensión se considera un problema grave de salud pública en México, que afecta especialmente a las mujeres embarazadas. Según datos del Sistema Nacional de Salud, de cada 2.1 millones de embarazos que se registraron en el país, entre 250000 y 300000 sufren complicaciones relacionadas con la presión arterial alta. Esto provoca que alrededor de 30 000

mujeres queden con secuelas obstétricas y que cerca de 1000 mujeres pierdan la vida durante el embarazo o el parto. La hipertensión en el embarazo se puede manifestar de diferentes formas, siendo la más común la preeclampsia (40%), seguida del síndrome de HELLP (3%) y la eclampsia (1%). Los factores de riesgo más frecuentes son el primer embarazo y los antecedentes de hipertensión arterial (Jesús-García A, 2018).

En el Perú, la preeclampsia es una afección del embarazo que pone en riesgo la vida de la madre y el feto, y es la causa de muertes maternas y perinatales. Para el año 2022 el Instituto Nacional Materno Infantil del MINSA registró como prevalencia de trastornos hipertensivos en el embarazo un 13 %, de los cuales la preeclampsia severa representó el 4.79 %. Esta complicación materna es causante de morbilidad perinatal, siendo así que el 50 % de bebés de madres con preeclampsia severa, que nacen antes de las 29 semanas de gestación, fallecen (Ministerio de Salud [MINSA], 2023).

En nuestro país según el Instituto Nacional Materno Perinatal la preeclampsia se registra como la primera causa de mortalidad materna, y representando el 43% de casos atendidos, de ellos se complican del 3 al 22% de los embarazos. Para el año 2018 fueron 97 casos de muerte materna, con causa de preeclampsia y representando con un 44,3% la primera causa de muerte materna. Del mismo modo se tiene como antecedente que en los años 2012 y el 2018 se atendieron 1870 casos, de los cuales 164 casos fueron por causa de trastornos hipertensivos del embarazo representado el 56,6%, entre preeclampsia con criterios de severidad, síndrome HELLP y eclampsia. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023).

Según las estadísticas nacional el departamento de Cajamarca en 7 años de estudio (2012-2018) se notificaron 42 muertes maternas por causa directas e indirectas debido a cuadros de hipertensión inducida por el embarazo, la mayoría se presentó en el momento del puerperio de la

post cesárea, representando una tasa anual promedio de 171.4 por cada 100000 nacidos vivos. (Urquiaga-Melquiades et al. 2021). La principal causa de muerte materna directa es la hipertensión gestacional, representando casi la mitad de las defunciones 45,83%, y la segunda causa fue las hemorragias uterinas 10,42% (Guevara & Meza, 2014).

En el año 2019 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca hicieron un estudio encontrando 30 preeclámpticas atendidas al año, el 1% presentó complicaciones hepáticas y hematológicas (síndrome HELLP), con rotura hepática con manejo de empaquetamiento, así como la injuria renal aguda. (Collantes, 2019).

Se define a la preeclampsia como una complicación con valores altos de la presión arterial, mayor de 140/90 mmHg, asociado a la presencia de proteínas en orina mayores de 2g/24h, en embarazos de más de 20 semanas. Así mismo puede ir acompañado de edema. Lo que puede conllevar a complicarse provocando eclampsia, síndrome HELLP, hemorragias cerebrales, edema pulmonar, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada (CID), entre otras complicaciones graves. (CID), etc (Herrera, 2019).

La Preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se caracteriza por una elevación anormal de la presión arterial (>140/90mm. Hg.), la presencia de proteinuria, con o sin edema patológico después de las 20 semanas de gestación. Esta condición puede ocurrir antes, durante o después del parto y suele desaparecer con el nacimiento del bebé. Sin embargo, puede causar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto, como retraso del crecimiento fetal, disminución de la producción de orina, etc (Velumani et al., 2022b).

El manejo de la preeclampsia tiene relación con la gravedad de los síntomas y las semanas de gestación. En general, se recomienda terminar el embarazo en casos graves después de la semana 32 o antes si es necesario, siempre con una preparación previa del feto con

corticoides, los diuréticos no se deben usar en la preeclampsia. Si hay signos de severidad, se debe vigilar el estado cardiaco de la madre con un monitor no invasivo en posición decúbito lateral izquierdo, colocar vías periféricas para administrar medicamentos y poner una sonda Foley para medir la diuresis (Dulay, 2022).

La administración de fármacos para la preeclampsia requiere prescripción médica. Algunos de los fármacos que se emplean son la metildopa, la hidralazina, el labetalol y el nifedipino. El Sulfato de magnesio (MgSO₄) se inicia con 4 gr intravenosos lentos, seguida de una infusión continua de 1 g/h. Este fármaco tiene un efecto neuro protector para el feto en caso de parto prematuro antes de las 34 semanas. Para favorecer la maduración pulmonar del feto, se administra corticoesteroides como la dexametasona IM 10 mg cada 12 horas por 4 dosis o betametasona 12 mg por vía IM por 2 dosis (Guevara, 2019).

El rol de la enfermera para el cuidado de la paciente con preeclampsia se realiza con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad materno-fetal, a través del monitoreo y valoración de enfermería detallada que permita identificar los riesgos y problemas de forma anticipada, solo se logrará cuando la enfermera cumpla con ampliar sus conocimientos, habilidades y destrezas para ofertar una atención integral. Así mismo debe brindar atención y apoyo emocional a la familia para la continuidad de la atención en casa (Espíritu & Heredia, 2022).

La aplicación del Proceso de atención de Enfermería como método científico, permite al profesional de enfermería realizar un análisis amplio de los problemas potenciales y reales del paciente en las 5 fases: valoración de datos, diagnóstico de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación de las actividades y el plan de cuidados. Considerar que la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) determina que el PAE es un estándar en la práctica de la enfermería. La importancia radica en promover intervención

educativa a las enfermeras para mejorar la atención de calidad a las pacientes, familia y comunidad (Chamba et al., 2022).

Las enfermeras especialistas en ginecoobstetricia forman parte del equipo multidisciplinario para garantizar la atención de la población materno infantil. Los cuidados e intervenciones de enfermería en el siglo XVIII fueron considerados como un acto doméstico de las mujeres que se dedicaban al cuidado de la familia, a la aparición de Florencia Nigthingale se estructura el cuidado al paciente y constituye la esencia de nuestra profesión, manteniendo de forma permanente una relación enfermera-paciente-familia basada en la comprensión empática y el los pilares de interacción, comunicación e información para contribuir en la humanización del cuidado dirigidos al mejoramiento y al autocuidado de la vida (Camilo, 2021).

El cuidado de enfermería es fundamental para el diagnóstico y la atención de las necesidades básicas comprometidas, utilizando conocimientos, criterio clínico y estudios sistemáticos que benefician al paciente y al profesional de enfermería, así como a las instituciones que ofrecen servicios de salud, siempre con respeto a la vida y al cuidado humano. (Juárez Rodríguez et al., 2019)

Objetivos

Objetivo General

Determinar el rol de la enfermera en el cuidado del paciente post cesareada por preeclampsia severa.

Objetivos Específicos

Identificar las manifestaciones clínicas alteradas en el paciente post cesareada por preeclampsia severa.

Describir los riesgos de complicación en el paciente post cesareada por preeclampsia severa.

Determinar la importancia del rol de enfermería en el cuidado del paciente post cesareada por preeclampsia severa, sus complicaciones y sus consecuencias a largo plazo.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC y el manual de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Marco Teórico

Preeclampsia Severa

La preeclampsia es una complicación grave del embarazo que afecta a varios órganos y sistemas del cuerpo. Se produce por una alteración de la presión sanguínea que provoca un estrechamiento en los vasos y una activación de la coagulación. Los síntomas más comunes son la elevación de la presión arterial mayor a 140/90 mmHg, la presencia de proteínas en la orina, cefaleas, acufenos, visión borrosa, edema, epigastralgia, entre otros. La aparición de la preeclampsia puede darse a más de las 20 semanas del embarazo, durante el trabajo de parto o hasta 6 semanas del puerperio (Velumani et al., 2022c).

La preeclampsia es la complicación más frecuente representando 15,8% de todas las muertes maternas. Son factores asociados al desarrollo de preeclampsia, la primi gravidez, cambio de pareja, preeclampsia previa o historia familiar de preeclampsia, edad materna joven o avanzada, índice de masa corporal aumentada, embarazo múltiple, diabetes mellitus, entre otros (Dávila et al., 2023).

Fisiopatología

Durante el embarazo ocurren cambios morfológicos que se inician en las arterias espirales del lecho placentario, hay una invasión trofoblástica de la túnica media de las arterias iniciándose

en el primer trimestre con el proceso degenerativo de la túnica elástica interna y denudación de la musculatura lisa de las arterias que facilita la invasión del trofoblasto. Luego en el segundo trimestre aparece una migración trofoblástica que se extiende al segmento miometrial de las arterias espirales. En estas condiciones, los vasos se transforman, lo que condiciona que sean poco reactivas a las sustancias vasoconstrictoras como la angiotensina II, el tromboxano y las endotelinas. (Pereyra, 2020)

La inadecuada remodelación de las arterias espirales genera un ambiente hipóxico que provoca una compleja cascada de eventos que inducen a una función endotelial anormal, los vasos se transforman en conductos dilatados, rígidos y paredes delgadas que dificultan el paso de sangre, causando la hipertensión y proteinuria, la vasoconstricción en el lecho placentario, genera alteraciones de la placenta liberando material trofoblástico a la circulación periférica (Pereyra, 2020)

Factores Etiológicos

Según Cruz Hernández (2023) considera los siguientes factores causales de la preeclampsia:

Causas Maternas. preconcepcionales, la edad de la madre menor de 20 años y mayores a 35 años), antecedentes personales de embarazos anteriores.

Enfermedad Crónica. De hipertensión arterial, sobre peso y obesidad, presencia de diabetes mellitus, resistencia a la insulina, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, trombofilias, dislipidemia y neurofibromatosis.

Causas Relacionadas con la Gestación en Curso. Se considera al primer embarazo, gestación de un nuevo compañero sexual, sobre distensión del útero por embarazo gemelar y polihidramnios, y embarazo molar en primíparas.

Causas Ambientales. tenemos a la mal nutrición por defecto o por exceso, escasa ingesta de calcio previa y durante la gestación, hipomagnesemia y deficiencias de zinc y selenio, bajo nivel socioeconómico, cuidados prenatales deficientes y/o alcoholismo y estrés crónico.

Clasificación de los Estados Hipertensivos Durante el Embarazo. Según la clasificación de la hipertensión y embarazo se presenta la siguiente clasificación (Luna & Martinovic, 2023):

Hipertensión Crónica Gestacional. La PAS es ≥ 140 mmHg y/o la PAD es ≥ 90 mmHg en no gestantes o hasta las 20 semanas de gestación.

Hipertensión Gestacional. La PAS es ≥ 140 mmHg y/o la PAD es ≥ 90 mmHg luego de las 20 semanas de gestación considerando que era normotensa y sin proteinuria. En caso de persistir la hipertensión en el posparto, la paciente será considerada como hipertensa crónica.

Diagnóstico de la Preeclampsia

Preeclampsia sin Datos de Severidad. presión arterial diastólica/sistólica alta persistente (PA $>140/90$) y proteinuria (>300 mg/24 horas), después de las 20 semanas de gestación, con o sin edema. (Sánchez, 2018)

Preeclampsia con Datos de Severidad. presión arterial diastólica/sistólica ($>160/110$) se considera cuando los resultados se mantienen en dos tomas con un mínimo de cuatro horas de diferencia, valores de proteinuria más de 2 gr en orina de 24 horas, valores de creatinina sérica más de 1.2 mg/dl y trombocitopenia $\leq 150\ 000$ cel/mm³. Así mismo va asociado a cefalea, alteraciones visuales, epigastralgia, disminución del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, oliguria ≤ 500 ml/ 24 hora, presencia de edema agudo de pulmón y dolor en hipocondrio derecho. (González-Azpeitia, et al, 2022)

Síndrome HELLP. insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal (creatinina $>1,2$ mg/dl), y dolor epigástrico. (Zapata & Ramírez, 2020)

Tratamiento de la Preeclampsia

Según Vásquez-Rodríguez & Herrera-Escobedo (2021), considera cuatro metas en el tratamiento de la preeclampsia: Antihipertensivos: Nifedipino 10 mg. a dosis de 50mg/día. Sulfato de magnesio al 20 % en solución salina, 4g en dosis de impregnación pasar a 400 ml/ hora en bomba de infusión en 20 minutos y en dosis de mantenimiento a 1g/hora, 10 g en bomba de infusión. N-Metil D-Aspartato (NMDA) 250 mg. Hidralazina: 5 mg IV en bolo inicial y continuar con dosis máxima de 30mg con bolos de 5 a 10 mg cada 20 minutos. Labetalol a dosis de 20 mg IV y continuar con intervalos de 40 a 80 mg. cada 10 minutos. Dosis acumulada máxima de 220 mg. Mantener ayuno, posición en decúbito lateral izquierdo, mantener la vía periférica permeable, control de la presión arterial y control de latido fetal.

La culminación del embarazo es el tratamiento definitivo, previa maduración pulmonar fetal con la administración de corticosteroides, transfusión de plaquetas y/o paquetes globulares en caso sea necesario (Velumani, 2022d).

Complicaciones de la Preeclampsia: Maternas y Fetales

Según Velumani (2022e), determina lo siguiente:

Maternas. Edema pulmonar en pacientes con hipertensión incontrolada, aparición de eclampsia, insuficiencia renal, Hellp, accidente cerebro vascular, insuficiencia hepática, falla multiorgánica, hemorragias, shock hipovolémico.

Fetales/Neonatales. Sufrimiento fetal, retardo del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, Síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, enterocolitis necrotizante, retraso en el desarrollo neurológico y muerte fetal.

Medidas Preventivas

Se considera las medidas dietético-nutricionales con suplemento de mínimo 1,5 g de calcio/día, administración de aspirina (50 y 150 mg por día), generando una reducción del riesgo de preeclampsia, así como sus complicaciones. (Vigil-De Gracia, 2019)

La OMS recomendó administrar suplementación con calcio elemental de 75mg/día a partir de las 12 semanas de embarazo. El manejo del sobrepeso y obesidad previo al embarazo. Así mismo los suplementos para prevenir la preeclampsia: Vitamina C, D, E, aceite de pescado, ácido fólico (Perichart-Perera, et al, 2020).

Cuidados de Enfermería en Paciente Post Cesareada por Preeclampsia

Valoración Céfalocaudal de la Paciente. En la valoración en enfermería se ejecuta un proceso de recopilación e interpretación de la información que determinará la situación de salud de la paciente y su respuesta a la misma. Hay los modelos de valoración céfalocaudal como la de Virginia Henderson, Marjory Gordon, Maslow, etc., permiten encontrar signos, síntomas, lesiones o enfermedades. Contar con una guía de evaluación física permitirá utilizar los cuatro métodos de exploración importantes: inspección, palpación, percusión y auscultación, así como la termometría clínica, la esfigmomanometría y la exploración de la sensibilidad y los reflejos (Correa, et al., 2019).

Monitoreo Hemodinámico. La monitorización hemodinámica perioperatoria es un proceso esencial para controlar los parámetros vitales y detectar la inestabilidad hemodinámica y cardiovascular de la paciente. La hidratación permite un soporte vasopresor e inotrópico adecuado que permite satisfacer la necesidad de administrar fluidos y su respuesta terapéutica, determinadas por los parámetros estáticos y dinámicos, para analizar el gasto cardíaco, la presión

de pulso, valorados con métodos invasivos, mínimamente invasivos y no invasivos. (Viton, 2020a).

Valoración del Dolor. El dolor está basado en criterios de intensidad y frecuencia, es preciso conocer la causa, ubicación, inicio y duración del dolor. Las escalas validadas permiten valorar el nivel del dolor de forma eficaz, partiendo de la historia clínica. Son herramientas utilizadas para medir y evaluar la intensidad del dolor, fundamentales para proporcionar tratamiento adecuado y personalizado a cada individuo, entre las usadas tenemos: Escala numérica, Escala verbal analógica (EVA), Escala de caras, Escala de Wong-Baker, que permiten evaluar la efectividad de los tratamientos analgésicos (Vicente-Herrero, 2018).

Prevención del Shock Hipovolémico. Es un síndrome agudo, caracterizado por la insuficiencia circulatoria generalizada con perfusión tisular insuficiente lo que impide que el corazón bombee suficiente sangre a los órganos y tejidos. Conllevando al deterioro de la función de los órganos vitales, como el cerebro, corazón y riñones, que pueden ocasionar la muerte. (Parra, 2019).

Prevención la Atonía Uterina. La atonía uterina se produce por un defecto en la contracción de las fibras musculares que forman parte de la pared uterina después del alumbramiento placentario, Esto produce que los vasos sanguíneos del útero no dejen de sangrar conllevando a una hemorragia con la salida de sangre al exterior desde el útero a la vagina y genitales, se produce falta de hemostasia del lecho placentario, teniendo como resultado la hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre luego del parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea), causando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock (Puig, 2021).

Rol de Enfermería en Preeclampsia

Para el presente estudio se está referenciando a las teorías de la adopción maternal de Ramona Mercer y a la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. La primera se refiere al proceso que pasa la mujer para convertirse en madre, comprende todas las variables que se relacionan con este proceso desde el embarazo hasta un año del nacimiento del hijo, establece la adopción del rol maternal en el cuidado durante la gestación, parto y post parto (Ortiz-Félix, 2021).

Asimismo, Mercer plantea la necesidad del profesional especialista en ginecoobstetricia como guía para lograr la disminución de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo oportunamente en los riesgos relacionados con el embarazo, con el objetivo de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el Nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su recién nacido (Franco et al., 2018).

Así como en la teoría del autocuidado, de Dorotea Orem, está dirigida al abordaje del desarrollo en el período del embarazo y el climaterio para contribuir a la promoción de la salud, y prevención de las complicaciones e identificando su autocuidado en la etapa del embarazo fisiológico, desarrollando un plan de cuidados de enfermería en la satisfacción integral materno perinatal (Silvia, 2020).

Dolor Agudo

Según NANDA-I, es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses (Kamitsuru, 2021).

Según la IASP (Asociación internacional para el estudio del dolor) el dolor “es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita

en los términos de dicha lesión” sin embargo en año 1968 Mary Margo McCaffery definió al dolor como “cualquier experiencia que la persona dice que es dolor, existiendo siempre que él o ella dice que lo es”, definiendo así al dolor como un dato subjetivo o emocional en la persona (Fuentes, 2020).

El dolor en el postoperatorio inmediato está clasificado como dolor tipo nociceptivo, por haberse lesionado tejidos y órganos, cada estímulo es percibidos como doloroso. El dolor intenso, alta/muy alta puede alterar al binomio madre/hijo, así mismo puede presentar alteraciones neuroendocrinas con respuestas de la hipófisis y las glándulas adrenales, repercutiendo negativamente en el sistema cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, por lo que el dolor es un síntoma principal en cesáreas (Borjes et al, 2020)

McCaffrey (1979) definió al dolor como “cualquier cosa que la persona que lo experimenta dice que sea, y que existe siempre que dicha persona dice que lo hace”. El dolor post quirúrgico es una experiencia personal y única, caracterizada por ser agudo, predecible, asociado a situaciones psicológicas y a experiencias anteriores. Existen factores tales como: el paciente, preparación pre quirúrgica, tipo de intervención quirúrgica, anestesia, técnica de intervención, etc. Es importante diseñar un plan de cuidados para el manejo del dolor, así como para el monitoreo y evaluación de las respuestas a su tratamiento. Aproximadamente 7 de 10 mujeres presentan dolor severo y 3 de 10 mujeres dolor moderado después de un procedimiento quirúrgico (Ortiz, 2018).

Características Definitorias

El dolor es una expresión de malestar, físico o mental, de causa externa o interna, se valora a través de la observación los cambios de conducta en el paciente, como aumento de taquicardia, taquipnea, alteraciones en la presión arterial, palidez, sudoración de la piel, ansiedad,

inquietud, llanto, náuseas, vómitos, diaforesis, etc. Se valora la duración, frecuencia e intensidad a través de la escala numérica verbal (ENV) que facilita la detección de cambios en la intensidad del dolor luego de un tratamiento. Mientras la escala visual analógica (EVA) tiene un alto grado de sensibilidad para detectar cambios extremos en la intensidad del dolor, se convierte en una tabla de valoración más confiable (Covarrubias-Gómez, 2021).

Ante esto se puede afirmar que la valoración del profesional de enfermería es de suma importancia basada en la evidencia y centrada en el paciente, detectando de manera oportuna posibles efectos secundarios producidos por el tratamiento, monitorizando la intensidad del dolor y brindando confort al paciente (Hernández, 2021)

Factores Relacionados

Existen múltiples factores que ocasionan dolor, como físicos, emocionales y sociales, así como también enfermedades preexistentes, procedimientos invasivos, experiencias dolorosas anteriores, procesos cognitivos, intervenciones quirúrgicas, etc. (DUE, 2019)

Según Herdman et. al (2021a) considera como factores relacionados a agentes lesivos biológicos, químicos y físicos.

Clasificación del Dolor

Esta se puede determinar de acuerdo a:

Según su Duración. Dolor agudo: es un síntoma que va a persistir durante el proceso de curación o cicatrización de los tejidos, con una duración menor de 3 meses, se acompañando de un componente psicológico. Dolor crónico: es un síntoma que dura por más de 3 a 6 meses desde el momento de la agresión tisular, se acompaña de componente psicológico (Grunenthal, 2023).

Según su Patogenia.

Dolor nociceptivo. Causado por un estímulo que actúa sobre los nociceptores, es decir ante la lesión de un tejido, se clasifica en dolor somático y dolor visceral. Dolor neuropático. El origen del dolor se encuentra en las fibras nerviosas por lo que no tiene una función clara y es difícil diagnosticar.

Dolor Psicogénico. No tiene causa fisiológica, su origen está en los procesos mentales. (Marquès, 2023).

Según su Localización. El dolor somático es un dolor localizado y punzante que se irradia por el trayecto nervioso, requiere de antiinflamatorios no esteroideos. El dolor visceral se produce por distensión de las capas que protegen al órgano visceral, es un dolor tipo cólico y muy sensible a la palpación, responde al tratamiento con opioides (Clínica del dolor, 2022).

Según la Intensidad.

Leve. Interviene básicamente la piel (sensación cutánea), se considera dolor leve si la E.V.A. está entre 1 y 3, no es incapacitante.

Moderado. Está involucrada la epidermis y el tejido celular subcutáneo, se considera dolor moderado si la E.V.A. está entre 4 y 6, no interfiere con las actividades cotidianas y responde a opioides menores.

Severo. Se comprometen músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos, la E.V.A. está entre 7 y 10, se requiere tratamiento con opioides mayores (Corbin, 2018).

Fisiopatología del Dolor

El dolor es un síntoma subjetivo que se origina por lesión de los receptores del dolor o nociceptores por acción de estímulos mecánicos, térmicos o químicos que dañan o amenazan los tejidos. Los mecanismos fisiológicos del dolor son los procesos que intervienen en la sensación y modulación del dolor. Se producen cuatro etapas: transducción, transmisión, modulación y

percepción. Inicialmente al ocurrir una lesión superficial en la piel, aparecen dos clases de dolores: dolor primario o inicial, es rápido, de poca duración, bien localizado, y el dolor secundario de aparición más tardía, es lento, persistente y difuso. Cuando se produce una lesión tisular, se produce una cascada de liberación de sustancias inflamatorias sensibilizantes o excitadoras de los nociceptores (Corbin, 2018)

Tratamiento del Dolor

Según Watson (2022) para el tratamiento del dolor se administran analgésicos de acuerdo al tipo de dolor, a la duración, valorando los riesgos y los beneficios del fármaco elegido. Existen tres categorías de analgésicos: del grupo de No opiáceos, del grupo de opiáceos y los analgésicos secundarios. A menudo se combinan tratamientos farmacológicos y o farmacológicos. En los analgésicos no opiáceos se encuentran el ácido acetil salicílico, el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, naproxeno y ketoprofeno. Los analgésicos opiáceos son potentes, como la morfina, se utiliza en dolor intenso debido a cáncer como parte del cuidado paliativo. Por último, los analgésicos secundarios se utilizan para tratar dolor de tipo neuropático y en las fibromialgias, tenemos a la amitriptilina, nortriptilina o venlafaxina.

Medidas Preventivas

El control del dolor post operatorio y el adecuado tratamiento son importante en los cuidados de enfermería, así como también la movilización y la nutrición precoz, los cuales están relacionados directamente con la disminución de las complicaciones postoperatorias y de la menor estancia hospitalaria. Estos cuidados se refuerzan con tratamiento de analgesia preventiva para disminuir el dolor agudo en el post operatorio (Rascón-Martínez & Rojas-Vera, 2019).

La American Pain Society (APS) recomienda el uso de la analgesia multimodal, la analgesia regional y epidural en procedimientos específicos, usando mínimas dosis de opioides,

iniciando con tratamientos orales frente a la intravenosas y además la deambulaci3n precoz en dolor de intensidad moderada (Esteve-P3rez et al., 2017).

Cuidados de enfermería

La labor de la enfermera est3 basada en el cuidado integral de la persona, es decir un cuidado holístico, es así que, ante la respuesta del dolor del paciente, el profesional de enfermería busca los medios necesarios para disminuir el dolor, esta labor no solo involucra el cumplimiento de un tratamiento farmacol3gico, sino que se aplicaran estrategias alternativas al tratamiento, para evitar el sufrimiento innecesario del paciente y brindar un cuidado de calidad, identificando y conociendo sus necesidades, para así lograr aliviar el dolor (Bendezu, 2019).

Rol de Enfermería

La intervenci3n de la Enfermera es fundamental para el bienestar y mejoría del paciente. Por lo cual se debe poseer conocimientos básicos sobre el manejo del dolor. Las intervenciones de enfermería se determinan de una buena valoraci3n del dolor, elecci3n de analgésicos (farmacol3gicos y no farmacol3gico), educaci3n al paciente, y evaluaci3n del dolor debe ser continua y met3dica, incluyendo adem3s la valoraci3n del nivel del dolor, así como la localizaci3n, duraci3n, factores que mejoran o empeoran esta situaci3n, y por último la respuesta del paciente a los tratamientos administrados. por lo que concluimos que el dolor se maneja con un enfoque holístico el cual nos permitirá determinar la mejor estrategia de manejo del dolor para cada paciente de manera individualizada (Cinca, 2023).

RC Shock Hipovolémico

Concepto

Se define como la p3rdida repentina grave de volumen sanguíneo o de fluidos corporales, alrededor de la quinta parte del volumen total que corresponde al 20 % de la cantidad de

líquidos, ocasionando de esta manera alteraciones cardiacas en la que el corazón es incapaz de bombear la cantidad de sangre y oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo dando como resultado el daño celular, disfunción de órganos y la muerte (Cruz, 2018).

Fisiopatología

El shock hipovolémico o hemorrágico es un síndrome clínico ocasionado por una inestabilidad hemodinámica e hipoperfusión tisular a causa de una depleción del volumen sanguíneo secundario a un proceso hemorrágico progresivo o brusco, por tanto, hay caída del gasto cardiaco y de la presión venosa por disminución del volumen intravascular circulante, el organismo empieza a poner en marcha una serie de mecanismos compensadores para cumplir con su función (Bustamante, 2019).

Factores Etiológicos

Las hemorragias post parto se identifican con la nemotecnia de la 4T: Tono atonía con retención de coágulos en su interior, Trauma por rotura uterina y desgarros obstétricos en cuello uterino, vagina, vulva con grandes consecuencias. Tejido con retención de restos placentarios por anomalías de la placenta y las Trombinas por coagulopatía debido a dos mecanismos como la pérdida del factor coagulación o debido al fenómeno de coagulación intravascular diseminada, si no es controlada conduce al shock y fracaso multiorgánico (Cisneros, 2022).

Signos y Síntomas

Según Estévez (2021a) los signos principales del shock hipovolémico son : signos circulatorios. Taquicardia y/o bradicardia, hipotensión, disminución del llenado de las venas yugulares, embolismo pulmonar y neumotórax y dolor anginoso. Signos de hipoperfusión Tisular. palidez, frialdad, sudoración, retraso del relleno capilar, cianosis., ansiedad, inquietud, confusión, agitación psicomotora, somnolencia, coma; oliguria o anuria; debilidad muscular;

náuseas, vómitos, meteorismo, peristaltismo débil o ausente, sangrado; y alteraciones de la mecánica ventilatoria: superficial y rápida. Y signos relacionados con la causa del shock como deshidratación, hemorragia, anafilaxia, infección (sepsis), enfermedad cardíaca, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión, íleo y otros.

Diagnostico

Es valiosos la observación minuciosa de signos y síntomas, monitorización y medición de parámetros analíticos directamente relacionados a la anamnesis, exploración física, monitoreo de funciones vitales, lectura y valoración de los resultados de laboratorio (Viton, et al., 2020b).

Exámenes Complementarios

Es importante el control y monitoreo de los exámenes de hemograma completo, glucemia, creatinina y amilasa sérica, estudios de coagulación, marcadores cardiacos, marcadores de sepsis: proteína C reactiva, gasometría arterial/determinación de electrolitos, hemocultivo, urocultivo, otras exploraciones (TAC, ECO, gammagrafía pulmonar) y electrocardiograma (Rivero-Morey, 2019).

Tratamiento

Tratamiento precoz: con oxigenoterapia a alto flujo, canalización de 2 o más vías intravenosas, monitorización y valoración de funciones vitales, oximetría, catéter vesical y control de diuresis. Manejo de la circulación: iniciar perfusión de líquidos intravenosos de forma rápida y continua, transfusión masiva de hemoderivados. Manejo de vía aérea y la respiración: en caso de disminución o pérdida de conciencia se considera la ventilación mecánica o intubación. Exámenes de laboratorio: hemograma completo, hematocrito, hemoglobina, recuento de plaquetas, tiempo de protombina (TP) y de tromboplastina parcial (TTPK), fibrinógeno, función hepática, gases arteriales o venosa. Agentes vasoactivos: inicio con agentes vasoactivos

como atropina, efedrina, fenilefrina, epinefrina, dobutamina, adrenalina, dopamina, noradrenalina, etc (Levi, 2022a).

Complicaciones

Las principales complicaciones son: Síndrome de dificultad respiratoria aguda, necrosis tubular aguda (renal), coagulación intravascular diseminada, síndrome de disfunción multiorgánica y muerte. (Estévez, 2021b)

Medidas Preventivas

Asegurar aporte adecuado de líquidos intravenosos, uso precoz de PFC (Plasma fresco congelado) y plaquetas, ante un sangrado de más del 30% de la sangre total se recomienda transfundir PFC en dosis de 15 ml/kg. Siguiendo evaluación médica permanente. Ante complicaciones como reacciones hemolíticas, reacción febril no hemolítica, reacción anafiláctica, sobrecarga circulatoria, urticaria, la enfermera deberá suspender la transfusión y comunicar de inmediato al equipo médico (Ministerio de Salud Hospital Cayetano Heredia [HCH], 2022a).

Cuidados de Enfermería

Monitoreo de las funciones vitales, especialmente frecuencia cardíaca y presión arterial, evaluar cambios en el nivel de conciencia. Observar posibles fuentes de pérdida de líquidos, control de sangrado: masaje uterino bimanual, evaluar turgencia de la piel, monitoreo de la temperatura, apoyo en ventilación mecánica, realizar balance hidro salino estricto: manejo de líquidos y electrolitos, monitoreo de presión venosa central, control de saturación y gases arteriales, valorar pulso central y periféricos, toma de EKG, canalización de vía periférica con catéter venoso de grueso calibre (14 o 16), preparar y administrar líquidos intravenosos en bolo,

administración de hemoderivados, control y prevención de infecciones cruzadas, tratamiento adecuado del manejo del dolor (Salazar, 2018).

Rol de Enfermería en Shock Hipovolémico

El rol de enfermería es muy relevante frente a diversas situaciones, así tenemos al shock hipovolémico lo que significa administrar un conjunto de actividades de enfermería orientadas a mejorar los signos y síntomas de manera oportuna y exige a los profesionales de enfermería a prepararse y actualizarse para resolver las necesidades y/o problemas y evitar o disminuir las complicaciones. Enfermería desempeña un papel fundamental en el desarrollo de cuidados en situaciones críticas del paciente. Es así que el trabajo multidisciplinario y la comunicación entre el equipo de salud es imprescindible para lograr un manejo y control del shock hipovolémico de manera inmediata para lograr la recuperación, prevenir secuelas e incluso la muerte. (HCH, 2022b).

Teorías de Enfermería

Para el presente estudio sobre la atención de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa, se aplica la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson (Alligood, 2018), porque permite abordar diversas áreas del estado de la paciente desde su ingreso hasta el alta, según la implicancia de su estado de salud, se considera las siguientes categorías de atención:

Mantener las Creencias

Respetar y comprender las creencias y valores de la paciente relacionados con su salud y el proceso de recuperación post cesárea. Esto implica explorar sus creencias culturales, religiosas y personales para adaptar el plan de cuidado de manera que sea congruente con sus valores.

Conocer

Adquirir un conocimiento profundo de la situación médica específica de la paciente, incluyendo detalles sobre la cesárea y la preeclampsia severa. Esto facilita la capacidad de proporcionar información precisa y personalizada sobre el diagnóstico, el tratamiento y las opciones de cuidado postoperatorio.

Estar Con

Establecer una presencia constante y solidaria con la paciente. Brindar apoyo emocional durante el proceso de recuperación, estar disponible para escuchar sus preocupaciones y responder a sus necesidades emocionales y físicas. Este proceso se relaciona directamente con la categoría de "Proporcionar cuidado relacional" de la teoría.

Hacer Por

Implementar acciones específicas de cuidado, como administrar medicamentos según prescripción médica, controlar signos vitales y realizar cuidados de la herida post cesárea. Estas intervenciones prácticas están alineadas con el proceso de "Mantenimiento del cuidado personal" de Swanson.

Posibilitar

Facilitar la toma de decisiones informadas por parte de la paciente, permitiéndole participar activamente en su proceso de cuidado. Proporcionar información clara y comprensible sobre opciones de tratamiento, posibles complicaciones y promover la autonomía en la toma de decisiones. Este proceso se conecta con la categoría de "Facilitar el logro de la toma de decisiones" de la teoría.

Concluimos que, al aplicar la Teoría de los Cuidados de Swanson en el contexto de la paciente post cesárea por preeclampsia severa, se busca respetar sus creencias, adquirir conocimiento, ofrecer apoyo emocional, desarrollando intervenciones de cuidado físico y

empoderamiento en la toma de decisiones para lograr una atención integral y centrada en la paciente, brindando un cuidado integral que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales de la paciente promoviendo la participación activa de la paciente y la adaptabilidad en la prestación de cuidados.

Metodología

Diseño de Estudio

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se aplicará un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único basado en el método científico del proceso de atención de enfermería (PAE).

Sujeto de Estudio

Mujer de 27 años, con diagnóstico de preeclampsia severa y post cesareada inmediata, más sutura de B- Lynch por hemorragia post parto debido a atonía uterina. seleccionada a conveniencia de las investigadoras,

Ámbito y Período de Estudio

El ámbito de estudio se eligió el hospital nacional de Cajamarca, en el servicio de gineco obstetricia, del 05 al 08 de junio del 2022.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de Información

Para el desarrollo del procedimiento de recolección de información se utilizaron las siguientes fuentes: informe verbal de la paciente a través de la entrevista, observación directa a la paciente, datos escritos en los formatos de la historia clínica de la paciente, registros de evaluación médica y de enfermería, examen físico del paciente, y guía de valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se utilizó las técnicas de entrevista y observación.

Para sustentar el caso se revisó evidencias científicas en las páginas virtuales consideradas bases de datos: Elsevier, Science direct, Medline, Scielo. Además, se ha consultado informes procedentes de entidades oficiales (OMS, American Cancer Society), Guías de práctica clínica y protocolos; Reportes del MINSA, Actas de Congresos, Tesis Magistrales y libros publicados para enfermería.

Procesamiento de Información.

Antes de proceder la recolección de datos, se solicitó la autorización de la paciente y del personal responsable del servicio de ginecoobstetricia del hospital, así mismo se garantizó el proceso de protección y confidencialidad de los datos obtenidos para la realización del estudio.

Recolección de Información

Se realizó en cuatro fases:

La primera fase, comprendió una revisión minuciosa y cronológica de la historia clínica de la paciente, se recolectó datos clínicos de la historia de la enfermedad, antecedentes personales, motivo de la emergencia, resultados de los exámenes auxiliares, diagnóstico principal, evolución médica y el registro de los cuidados de enfermería.

En la segunda fase se aplicó guía de valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se agrupo signos y síntomas para identificar y reconocer los principales diagnósticos de enfermería para luego elaborar un plan de cuidado específico.

La tercera fase, se realizó atención de dos seguimientos para valorar cambios en la evolución de la paciente.

La cuarta y última fase, se realizó la revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 5 al 8 de junio. Se usaron base de datos: Science, Direct, Scielo, Elsevier, Google académico, videos y palabras claves como: cuidados de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

Procesamiento y Análisis de los Datos

Primer Momento

Se analizaron y procesaron los datos recolectados en la guía de valoración con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se realizó una red de razonamiento basada en el “Modelo AREA” propuesto por Pesut y Herdman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Tras la elección del Diagnóstico de enfermería principal, se procedió a la determinación de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) con sus respectivas y actividades.

Segundo Momento

Se analizó la evidencia científica recolectada, en base a los resultados planteados según la taxonomía NOC (Moorhead et.al, 2018a) y se priorizó en base el Modelo AREA (Pesut & Herdman, 1999a) para la obtención del NOC principal del Diagnostico enfermero y Problema de colaboración principal que permita elaborar el plan de cuidados individualizado en base a las actividades planteadas en la taxonomía NIC (Butcher et.al, 2018a).

Tercer y Último Momento

Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a la evaluación con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados de enfermería del paciente post cesareada.

Resultados

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Descripción del Caso. Paciente femenina de 27 años, ingresa al servicio de gineco obstetricia procedente del servicio de URPA del hospital nacional de Cajamarca, a las 11 am del día 5 de junio del 2022, trasladada en camilla, en compañía del personal de enfermería de turno, con diagnóstico de preclamsia severa, más sutura de B- Lynch por hemorragia post parto y pérdida de sangre aproximadamente 1000cc debido a atonía uterina, y post cesareada de 34 semanas 2/7 días por FUR. Portando vía endovenosa periférico en ambos miembros superiores: miembro superior izquierdo perfundiendo: NaCl 9% x 1000cc más oxitocina 20 UI a 30 gotas por minuto, y en miembro superior derecho perfundiendo: NaCl 9% x 1000 más sulfato de magnesio 10 gr. a 1gr/hora por bomba de infusión, en regular estado general, LOTEPE, con tendencia al sueño, ventilando espontáneamente, FiO2 21%, afebril, mucosa oral ligeramente seca y piel pálida, miembros superiores e inferiores con edema ++/+++, presión arterial (140/90mmhg), taquicárdica (104 por minuto), abdomen blando, valoración de dolor EVA de 6/10 (dolor grave), herida operatoria de corte transversa suprapúbico cubierta con sello quirúrgico limpio y seco, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, portadora de sonda Foley N.º 14 permeable, orina colúrica, se observa loquios hemáticos en poca cantidad.

Antecedentes Personales. Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: cesareada anterior hace tres años. Antecedentes por historia clínica: tarjeta de control pre natal con registro de tres controles prenatales a la fecha. Antecedentes familiares de diversas patologías, como diabetes, hipertensión crónica, entre otros. Niega alergia a fármacos, así como también no consumo de sustancias tóxicas.

Situación Actual. Paciente en regular estado general, despierta , lucida, comunicativa, con tendencia al sueño post cesareada inmediata de 3 horas con tratamiento para preeclampsia severa, con via periférica en ambos miembros superiores, ventilando espontáneamente, afebril, mucosa oral poco húmeda, piel pálida, miembros superiores e inferiores con edema ++/+++ , con monitorización de funciones vitales permanente, con control de sangrado vaginal, con apósitos secos en herida operatoria, se palpa útero contraído, con sonda foley drenando orina colúrica, loquios en poca cantidad. CFV: P/A 135/89mmHg, FR=20x', FC=94x', T°= 36.4°C, SPO₂= 96%

Diagnóstico Médico. preclamsia severa, post cesareada y sutura de B- Lynch por atonía uterina.

Terapéutica Médica.

- ✓ NPO por 8 horas.
- ✓ NaCl 9% x 1000cc más Oxitocina 20 UI a XXX gotas por minuto.
- ✓ NaCl 9% x 1000cc más sulfato de magnesio 10gr. a 1gr/hora por bomba de infusión.
- ✓ Metamizol 2gr. EV Cada 8 horas.
- ✓ Tramadol 100mg SC cond. a dolor.
- ✓ Metildopa 1 gr VO cada 12 horas.
- ✓ Nifedipino de 10 mg cond a PA > 160/110 mmhg.
- ✓ Acido tranexámico 1gr EV cada 8 Horas.
- ✓ Hierro sacarato 2 amp. en 250 de Nacl 9% cada 48 horas.
- ✓ Sonda Foley permeable: diuresis horaria.

Exámenes Auxiliares.

Prueba Covid-19. Cuenta con dos dosis.

Hematológicos	Valor encontrado	Valor normal
Hemoglobina	9 gr/dl	VN= > 11.5 gr/dl
Hematocrito	27%	37.0 – 47.0
Plaquetas	140000 por mm ³	VN=150000 – 400000por mm ³
Examen de orina	1.005	VN=1.005 – 1.030
Proteinuria de 24 horas en orina	310mg/24horas	VN= <300mg/24horas
Grupo y factor	O Rh Positivo	
Perfil lipídico		
TGO	26.4U/L	0.0 – 38.0 U /L
TGP	6.8 U/L	1.0 0.0 _ 40.0 U/L
LDH	297.6 U/L	230.0_ 460.0 U/L
Urea	23.7 mg/dl	15.0 – 45.0mg/dl
Creatinina sérica	0.72mg/dl	0.70 – 1.40mg/dl
Serológicos	Valor encontrado	Valor normal
sífilis	Negativo	-
VIH	Negativo	-

Ecografía. Embarazo único: 35 semanas x BF.

Valoración del Caso. Para la valoración de la paciente, se toma en cuenta la guía de valoración en base a los patrones alterados funcionales de Marjory Gordon.

Patrón funcional I: Percepción y control de la salud. Regular estado de salud, no da importancia a su salud porque cuenta con tres controles prenatales. Antecedentes familiares, menciona que todos aparentemente sanos. Antecedentes personales: cesareada anterior de tres años. Vacuna covid-19--- dosis.

Niega alergias a medicamentos y alimentos.

No consume medicamentos a la fecha. Buen estado de higiene.

Paciente desconoce su enfermedad de preeclamsia.

Patrón Funcional II: Nutricional Metabólico. T°=36.4°C, peso=68kg. Talla= 1.55cm, refiere que su peso habitual fue de 55 kg, a la actualidad presenta IMC= 38.30 (obeso tipo II), piel pálida, íntegra, presenta herida quirúrgica protegida con apósitos limpios y secos, sin secreciones, dentadura completa, mucosa oral poco húmeda, intacta, sin lesiones y regular estado de higiene.

Paciente se encuentra con indicaciones de NPO por 8 horas, sin náuseas ni vómitos. Abdomen blando, doloroso a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos normales, sin drenajes.

Según exámenes de laboratorio presenta hemoglobina de 9gr/dl y plaquetas 140000por mm³.

Paciente con IMC 38.30, piel pálida, Hb de 9 gr/dl y plaquetas 140000

Patrón Funcional III: Eliminación. Paciente no presenta deposiciones durante el turno, según historia clínica sus hábitos intestinales son normales: 2 veces por día de consistencia normal, en el momento se encuentra con sonda vesical drenando orina colúrica, con flujo continuo de 25cc/hora, menor del flujo normal.

Patrón Funcional IV: Actividad y Ejercicio. FR=20x', SPO₂= 96%, FR= 20x', P= 98x', PA= 139/89mmhg, se observa edema en miembros superior derecho de ++ y en miembros inferiores de +++, grado de dependencia II, movilidad de miembros conservada. Paciente con disminución de la actividad física, portando dos vías periféricas en miembros superiores.

Patrón Funcional V: Descanso – Sueño. No presenta sueño alterado.

Patrón Funcional VI: Cognitivo –Perceptivo. Paciente presenta tendencia al sueño por efecto de la administración de sulfato de magnesio, lúcida y orientada en tiempo espacio y persona, poco comunicativa, no presenta alteraciones cognitivas. Manifiesta y expresa r dolor a nivel de herida quirúrgica, según escala EVA 6/10 (dolor grave).

Patrón Funcional VII: Autopercepción – Autoconcepto. Paciente ansiosa, preocupada por su estado de salud y de su recién nacido.

Patrón Funcional VIII: Rol/Relaciones. Paciente tiene como ocupación ama de casa, conviven con su esposo e hijo de 3 años, manifiesta conservar una buena comunicación con su esposo.

Patrón Funcional IX: Sexualidad – Reproducción. Tuvo dos gestaciones, niega abortos previos. Ultimo embarazo con 34 semanas, FUR: 2 de octubre de 2021, con fecha probable parto 9 de Julio de 2022. Mamas blandas, sensibles, sin secreción láctea, pezones formados, útero en involución a la altura de la cicatriz umbilical. Genitales se observa eliminación de loquios en poca cantidad.

Patrón Funcional X: Afrontamiento – Tolerancia al Estrés. Paciente expresa preocupación, ansiosa por el tiempo de permanencia hospitalaria, ya que su esposo se encuentra de viaje y su niña de 3 años se encuentra al cuidado de su abuelita materna.

Patrón Funcional XI: Valores y Creencias. Paciente de religión católica.

Plan de Cuidados

Diagnóstico.

Identificación de los Diagnósticos de Enfermería. La formulación de los diagnósticos de enfermería (DxE) se realizó haciendo uso de la taxonomía NANDA-Internacional, se identificaron de acuerdo a los patrones funcionales:

Patrón Funcional N.º 1: Percepción y Control de la Salud. (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con comprensión inadecuada de la información de la salud evidenciado por controles prenatales incompletos.

Definición: “Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida y/o acciones de forma que mejoren el nivel de bienestar” (Herdman, et al., 2021b).

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Patrón Funcional N.º 2: Nutricional Metabólico. (00232) Obesidad relacionado con patrones anormales de conducta alimentaria, tamaño de las porciones mayor que la recomendada y consumo de bebidas azucarada, evidenciado por IMC de 38.30 Kg/m².

Definición. “Condición en la que un Individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede al sobrepeso”. (Herdman, et al., 2021c).

Dominio. 2: Nutrición.

Clase. 1: Ingestión.

Patrón Funcional N.º 3: Eliminación. (00023) Riesgo de infección relacionado con dispositivo urinario asociado a anemia

Definición. “Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud” (Herdman, et al., 2021d).

Dominio. 11: Seguridad / protección

Clase. 1: Infección.

Patrón Funcional N.º 4: Actividad y Ejercicio. (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con conocimiento inadecuado sobre el proceso de la enfermedad evidenciado por edema en miembros superiores e inferiores (++/+++) y asociado a hipertensión arterial de 140/90mmHg.

Definición. “Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud” (Herdman, et al., 2021e).

Dominio. 4: Actividad/ reposo.

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Patrón Funcional N.º 6: Cognitivo Perceptivo. (00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses” (Herdman, et al., 2021f).

Dominio. 12: confort.

Clase. 1: confort físico

Patrón Funcional N.º 7: Autopercepción y Autoconcepto. (00209) Riesgo de alteración de la diada materno/fetal como se evidencia por cuidados prenatales incompletos, asociado a complicaciones del embarazo por preeclampsia.

Definición. “Susceptible a una alteración de la relación simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones, relacionadas con el embarazo que puede comprometer la salud”. (Herdman, et al., 2021g).

Dominio. 8: Sexualidad

Clase. 3: Reproducción

Patrón funcional N.º 10: afrontamiento - tolerancia al estrés. (00146) Ansiedad relacionado con situación desconocida evidenciado por expresión de inseguridad, comportamiento de indagación y expresa preocupación.

Definición. “Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.” (Herdman, et al., 2021h).

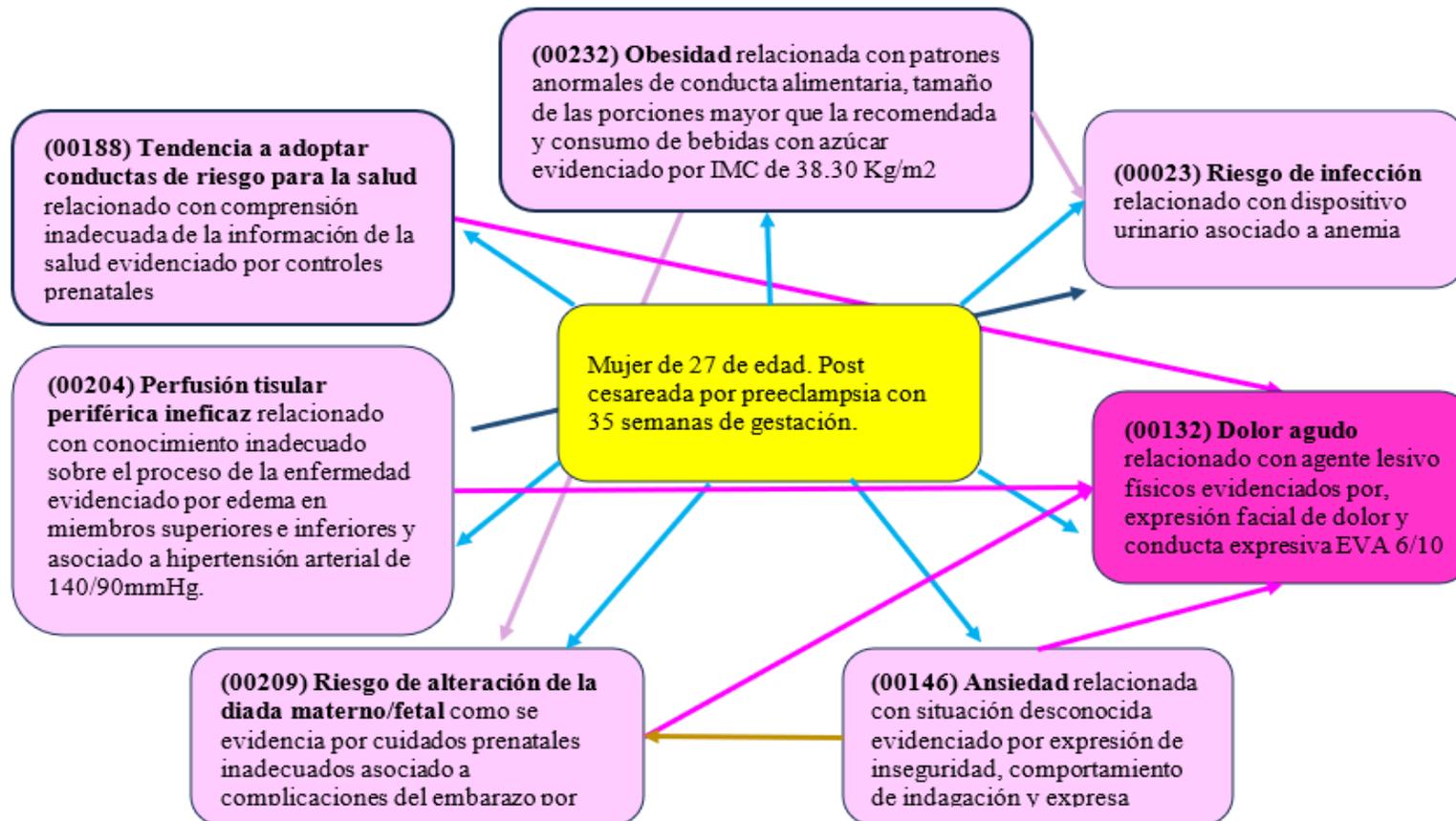
Dominio. 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase. 2: Respuestas de afrontamiento.

Identificación del Diagnóstico de Enfermería Principal Mediante Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA. Tras exponer los diferentes diagnósticos enfermeros que tiene nuestra paciente vamos a realizar la priorización del Diagnóstico de Enfermería principal (Dx. E. p.) mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA (Pesut & Herdman, 1999b).

Figura 1

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención del Dx.E. principal



Fuente: Elaboración basada en el razonamiento crítico modelo AREA (análisis de resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 2019)

Diagnostico Principal.

Diagnóstico Enfermero Principal (DxEp). De acuerdo a la red de razonamiento (figura 1), observamos que el diagnóstico enfermero principal es (00132) Dolor agudo relacionado con lesiones por agente físico manifestado por expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular real o potencial, descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de tres meses” (Herdman et al., 2021i).

Dominio. 12: confort.

Clase. 1: confort físico.

Justificación del Diagnóstico Principal. Tras la realización de búsqueda bibliográfica y evidencias en artículos, se obtuvo como diagnóstico principal (00132): dolor agudo relacionado con agente lesivo físicos evidenciados por, expresión facial de dolor y conducta expresiva EVA 6/10.

Disminuir el dolor es un derecho humano, el profesional de enfermería tiene el deber de cumplir principios éticos como: autonomía de los pacientes de acuerdo a su plan terapéutico, principio de beneficencia, cumpliendo demandas del paciente frente al dolor, principio de maleficencia frente al riesgo y beneficio sobre uso y/ aplicación de opiáceos, procedimientos dolorosos innecesarios, principio de justicia que guía la práctica asistencial, permitiendo el acceso al tratamiento igualitario del dolor (Borges, 2020).

El dolor en el post operatorio inmediato, es de tipo nociceptivo, los estímulos son captados por el paciente como dolor. Puede ser de tipo fisiológico, al no recibir el tratamiento

adecuado y oportuno es un riesgo de salud para los pacientes, presentando alteraciones neuroendocrinas emitiendo respuestas a la hipófisis y glándulas adrenales, ocasionando alteraciones negativas en el organismo, como en el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y del sistema nervioso (Heredia, 2017).

En el post operatorio inmediato la evaluación del dolor se realiza a través de escalas. Las más utilizadas son las siguientes: EVA (escala verbal análoga), EVN (escala verbal numérica) y la escala de caras. según la comisión conjunta (Joint Commission) señala que la evaluación del dolor es de gran importancia para el bienestar del paciente (Huayanay, 2022a).

El objetivo primordial es disminuir el dolor post operatorio, permitiendo a la madre calmar el dolor y así satisfacer las necesidades de su recién nacido, dichos factores hacen que sea de prioridad el manejo adecuado de la analgesia. (Huayanay, 2022b).

Enfermería desempeña un papel importante en la monitorización e identificación del dolor post operatorio, realizando la valoración, diagnóstico, planificación, evaluación, y resultados, teniendo como objetivo la recuperación y/o disminución del dolor. Siendo necesario la comprensión subjetiva multidimensional del paciente (Borjes, 2020).

Identificación del Problema de Colaboración (PC) y su Riesgo de Complicación (RC).

Para conocer los posibles problemas de colaboración y los riesgos que pueda presentar la paciente durante su estadía hospitalaria, se trabajó con el manual de diagnósticos enfermeros de Carpenito (2017).

Problema de Colaboración: Post cesareada por Preeclampsia.

- ✓ RC shock hipovolémico
- ✓ RC hemorragia
- ✓ RC Atonía uterina.

Figura 2

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención del Riesgo de complicación Principal (RCp)



Fuente: Elaboración basada en el razonamiento crítico modelo AREA (análisis de resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 2019)

Identificación del Riesgo de Complicación Principal. Luego de haber elaborado y analizado la red de razonamiento se logró identificar el riesgo de complicación principal (RCp) “shock hipovolémico” por tener más relación con los demás, vinculándose con la hemorragia y atonía uterina.

RC: shock Hipovolémico. Conocido también como shock hemorrágico, caracterizado por la disminución repentina del volumen sanguíneo circulante del 15 a 20%, puede ser por pérdida de sangre interna o externa (traumatismos o intervenciones quirúrgicas, úlceras, varices esofágicas, embarazo ectópico, etc.) y por pérdida de fluidos corporales (quemaduras, vómitos, diarreas severas, etc.), por lo tanto el flujo sanguíneo y de oxígeno es insuficiente, evidenciándose por hipotensión arterial acompañado de hipoperfusión periférica y visceral, teniendo como consecuencia daño celular, disfunción de órganos, y la muerte (Levi, 2022b).

Justificación. El shock hipovolémico, es una de las complicaciones más graves en las pacientes con hemorragia postparto, considerado como la principal causa de muerte materna, siendo el resultado de una inadecuada perfusión tisular por una caída aguda del volumen circulante y del gasto cardíaco, con un flujo sanguíneo insuficiente para mantener las demandas celulares, metabólicas y nutricionales, actualmente este concepto se ha ido ampliando, definiéndose como reacciones sistémicas que ocurren en los tejidos periféricos, que responden a la isquemia y reperfusión que se caracteriza por una respuesta inflamatoria que persiste incluso después que se restablece el volumen circulatorio (Castiblanco, 2022).

El shock hipovolémico significa la disminución del volumen, por lo que la hemorragia grave es la causa más común de morbilidad materna, ya que disminuye la presión arterial media de llenado del corazón por una disminución del retorno venoso. Como consecuencia la

cantidad de sangre que es expulsado del corazón por cada minuto, cae por debajo de los valores normales.

La hemorragia que se produce después del parto, es una de las principales causas del shock hipovolémico, el manejo oportuno mediante protocolos y medidas de soporte adecuados nos llevaran a la contención de este, disminuyendo eventos adversos como atonía uterina, falla multiorgánica, así como evitar procedimientos médicos/quirúrgicos invasivos como: técnicas de b-lynch, histerectomía , transfusión sanguínea masiva, evitando daño a órganos hepáticos, renales, así como también infertilidad y trastornos psicológicos. (Rivera, 2020).

Planificación.

Planificación del DxE Principal. Para dar solución al problema del diagnóstico principal se elaboró un plan de cuidado considerando los resultados e intervenciones específicas en base a las necesidades de la paciente. Se utilizaron los manuales de resultados NOC (Moorhead, 2018b) y el manual de intervenciones NIC para las actividades. (Butcher et al., 2018b).

Siendo el diagnóstico de enfermería principal: (00132) Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por, expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses” (Herdman et al., 2021j, p. 576).

Dominio. 12: confort.

Clase. 1: confort físico

Resultado NOC del Diagnóstico Enfermero Principal. Para resolver el dolor agudo se ha propuesto cuatro respuestas de la Taxonomía NOC que responden a los resultados que pretendemos alcanzar, para lo cual utilizaremos códigos de 4 dígitos.

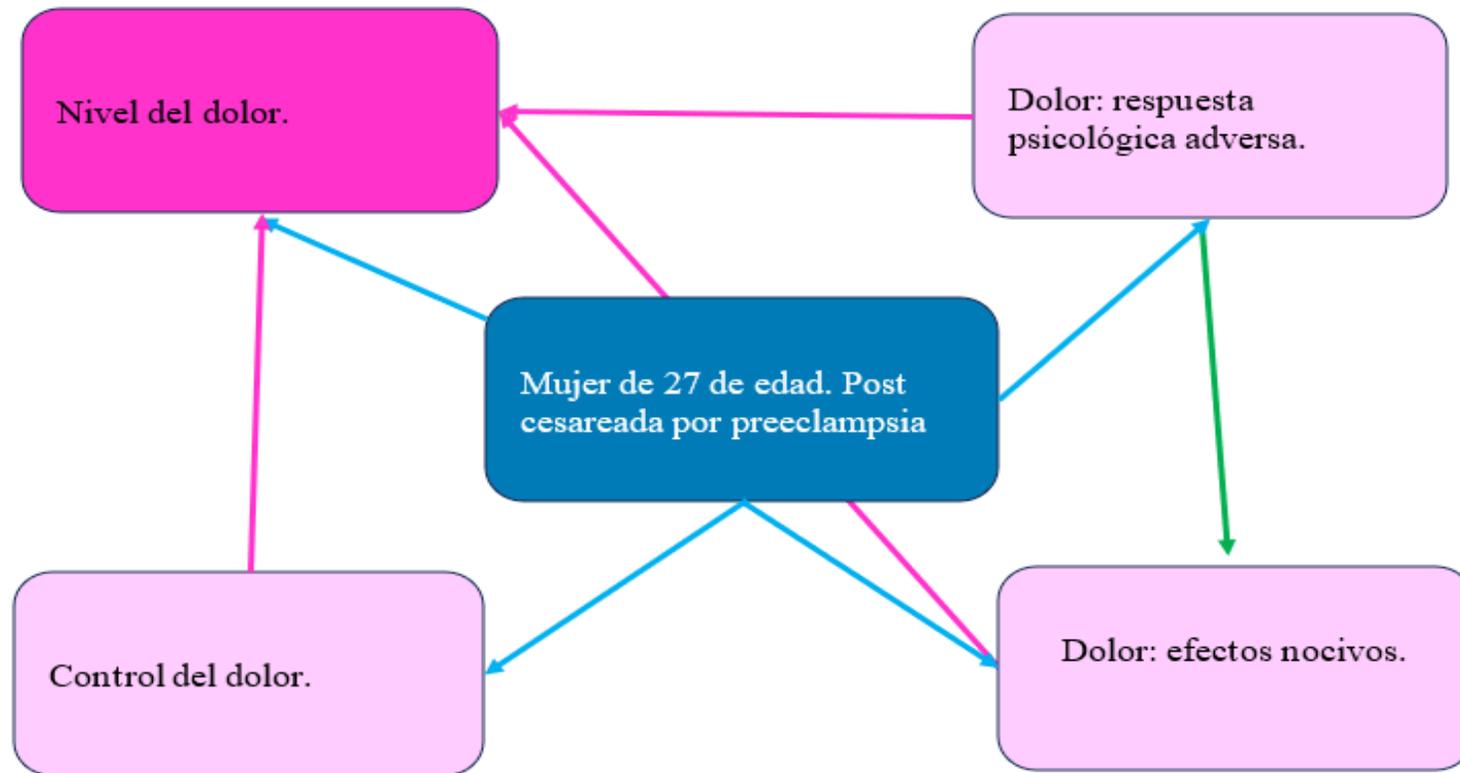
(00132) Dolor Agudo. Relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por, expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10, le corresponde el siguiente NOC:

- ✓ (1605) Control de dolor.
- ✓ (2102) Nivel del dolor.
- ✓ (2101) Dolor: efectos nocivos.
- ✓ (1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.

Por lo tanto, luego de la interrelación de los resultados mediante la red de razonamiento crítico modelo AREA en relación con el diagnóstico principal le corresponde el NOC: (2102) Nivel del dolor.

Figura 3

Priorización del NOC del Diagnóstico Enfermero Principal mediante la Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA



Fuente: Elaborado por las autoras. AREA: Análisis del resultado del estado. (Pesut y Herdman 1999)

NOC Priorizado del Diagnóstico Enfermero Principal.

NOC Priorizado del DxEp. (2102) Nivel del dolor.

Definición. “Intensidad del dolor referido o manifestado” (Moorhead, et al., 2018c)

Dominio. Salud percibida (V).

Clase. Sintomatología (V).

Justificación. De acuerdo a Pérez (2020) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable (provocada por una lesión real o potencial. La lesión tisular representa el dolor nociceptivo o estímulo de los receptores del dolor (nociceptores) y ser a la vez causa u origen del dolor, las vías y mecanismos de transmisión nerviosa y sensorial del estímulo doloroso identifican los mecanismos fisiopatológicos del dolor, y a su vez la lesión o alteración de las mismas que representan el dolor neuropático.

El dolor persistente postoperatorio puede conllevar a: incapacidad, disminución la calidad de vida, con importantes repercusiones económicas. La única causa directa del dolor posoperatorio son las intervenciones quirúrgicas, por lo que no se puede prevenir (Castro, 2023).

Durante el intraoperatorio los factores de riesgo son: técnica quirúrgica utilizada, isquemia de tejido, además daño a estructuras nerviosas. En el postoperatorio: trastornos del estado de ánimo, índice de masa corporal, intensidad del dolor durante los primeros 2 días, y miedo a la movilización (Cobos, 2017).

Según Vicente-Herrero et al. (2018) la Escala Visual Analógica (EVA) nos permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una recta horizontal de 10 centímetros, en cada extremo se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el margen izquierdo se ubica la ausencia y en el derecho la mayor intensidad. La intensidad se

expresa en centímetros o milímetros.”. Los resultados se evalúan teniendo en cuenta tres niveles de dolor:

(<4): Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve o leve-moderado

(4-6): El dolor se considerará de moderado a moderado-grave.

(<6): Se considera dolor grave.

Se concluye que el dolor es evaluado a través de escala del dolor por lo cual es necesario la observación y entrevista para confrontar ambos datos.

A continuación, se presenta la visualización rápida de la planificación elaborada en los apartados de arriba para elaborar un plan de cuidados individualizados.

Tabla 1

Puntuación del NOC principal del DxEp Dolor agudo, según escala Likert (1-grave, 2-sustancial, 3-moderado, 4-leve, 5-ninguno)

NOC	Puntuación	Puntuación diana	Tiempo
(2102) Nivel del dolor	3	4	12 horas

Nota. Elaboración basado en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018d).

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal, según escala Likert (Escala Liker: 1-grave, 2-sustancial, 3-moderado, 4-leve, 5-ninguno)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	4	12 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	4	12 horas
(210206) Expresión facial del dolor	2	4	12 horas

(210215) Pérdida de apetito	2	4	12 horas
-----------------------------	---	---	----------

Nota. Elaboración basado en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018e).

Intervenciones NIC de Diagnóstico Enfermero Principal.

(1410) Manejo del Dolor Agudo.

Definición. “Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión” (Butcher et al., 2018c).

Dominio. 1: Fisiológico básico.

Clase. E: Fomento de la comodidad física.

Actividades.

- ✓ (001321) Realizar la valoración exhaustiva del dolor, incluyendo localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- ✓ (001323) Monitorizar el dolor utilizando medición válida o fiable apropiada a edad y a la capacidad de comunicación.
- ✓ (001326) Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía.
- ✓ (001328) Prevenir o controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- ✓ (001329) Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

(2870) Cuidados Post Anestesia.

Definición. “Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional”. (Butcher et al., 2018d).

Dominio. 2: Fisiológico complejo.

Clase. J: Cuidados perioperatorios

Actividades.

- ✓ (28701) Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos.
- ✓ (28702) Vigilar diuresis.
- ✓ (28705) Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales, según corresponda.
- ✓ (28706) Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

(6750) Asistencia al Parto por Cesárea.

Definición. “proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produzca a través de una incisión abdominal hasta el útero” (Butcher et al., 2018e).

Dominio. 5: Familia

Clase. W: Cuidados de un nuevo bebé

Actividades.

- ✓ (67501) Monitorizar los signos vitales
- ✓ (67502) Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica y del apósito.
- ✓ (67503) Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna si es adecuado.
- ✓ (67504) Facilitar el vínculo y el apego minimizando la separación entre la madre y el lactante.

Planificación del NOC del Riesgo de Complicación Principal (RCp) Shock hipovolémico.

Con la finalidad de determinar los cambios en el estado de la paciente se utilizó el clasificador de medición de resultados a través de objetivos NOC. (Moorhead, 2018f). Y en cuanto a la mejora de calidad de vida a la paciente se aplicó las intervenciones NIC (Butcher, 2018f).

Riesgo de Complicación Principal: Shock Hipovolémico.

Resultado NOC del RCp. La taxonomía NOC responde a los resultados que se deseamos conseguir, utiliza códigos de 4 dígitos. Para el RC Shock hipovolémico le corresponde los siguientes NOC:

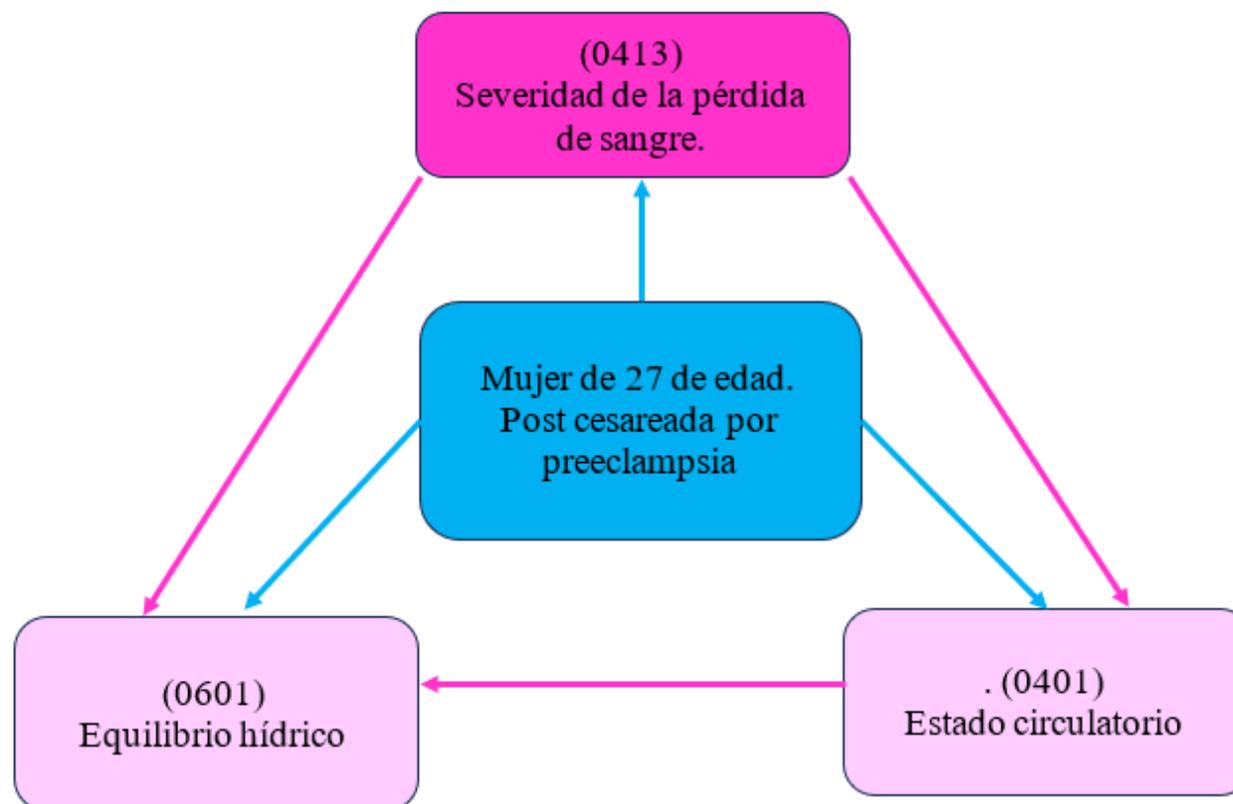
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

(0401) Estado circulatorio

(0601) Equilibrio hídrico

Figura 4

Riesgo de complicación shock hipovolémico



Fuente. Elaboración basada en el razonamiento crítico modelo AREA (análisis de resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 2019)

Justificación del NOC Principal del RCp. Se identificó como riesgo de complicación principal al riesgo de shock hipovolémico, la cual se define como:

Según “la respuesta clínica de un problema circulatorio y de las deficiencias de perfusión, por lo que se produce hipoxia celular y tisular debido a la disminución de oxígeno, si es diagnosticado y tratado rápidamente el caso es reversible y se prevendrá la progresión al estado de falla orgánica múltiple y muerte” (Estevez et al., 2021).

El diagnóstico del shock hipovolémico está en función a la observación de signos y síntomas tempranos, el reconocimiento precoz del shock da ventajas para su reversibilidad y la disminución de la morbimortalidad. Tenemos dos formas clínicas de shock: Shock moderado y Shock grave (Fernández, 2019).

La hemorragia post parto es la pérdida sanguínea mayor a 500cc, luego del parto vaginal, con signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, esta puede ocurrir antes o después del nacimiento de la placenta, y por pérdida mayor a 1000cc de sangre, luego de una cesárea; es importante que los profesionales reconozcan el sangrado excesivo e intervenir de preferencia antes de que otros signos y síntomas de la hemorragia post parto se desarrollen; la mortalidad por hemorragia post parto está directamente relacionada con la duración del sangrado, con el diagnóstico tardío y en el manejo incorrecto. (Luissi, 2018).

Intervenciones del NOC Priorizado del RC Shock Hipovolémico.

(0413) Severidad de la Pérdida de Sangre.

Definición. “Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa”.
(Moorhead, 2018g).

Dominio. 2: salud fisiológica

Clase. E: cardiopulmonar.

Tabla 3

Puntuación del NOC e indicadores del RC principal, según la escala de likert (1-grave, 2-sustancial,3-moderado,4-leve,5-ninguno)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida sanguínea	3	4	12 horas

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

(Moorhead et al., 2018h).

Tabla 4

Puntuación de los indicadores NOC del RCp Shock hipovolémico según Escala Likert (1. Grave 2. Sustancial 3. moderado 4. Leve 5. Ninguno)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(041307) Sangrado vaginal	3	5	12 horas
(041313) Palidez de piel y mucosas	3	5	12 horas
(041316) Disminución de hemoglobina	3	5	12 horas
(041311) Aumento de la frecuencia cardiaca apical	3	5	12 horas

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018i).

Finalmente, con el plan de cuidados se dará continuidad a las intervenciones.

Intervenciones NIC para el RCp Shock hipovolémico

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía: clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

(6680) Monitorización de Signos Vitales.

Dominio. 4: Seguridad

Clase. V: Control de riesgos

Definición. “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”. (Butcher et al., 2018g).

Actividades.

- ✓ (66801) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- ✓ (66802) Monitorizar la pulsioximetría.
- ✓ (66803) Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- ✓ (66804) Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.
- ✓ (66805) Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

(2620) Monitorización Neurológica.

Dominio. 2: Fisiológico complejo

Clase. I: Control neurológico

Definición. “Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas” (Butcher et al., 2018h).

Actividades.

- ✓ (26201) Vigilar el nivel de conciencia.
- ✓ (26204) Controlar la presencia de trastornos visuales (visión borrosa, agudeza visual).
- ✓ (26206) Comprobar el estado respiratorio (gasometría arterial, pulsimetría, profundidad, patrón, frecuencia, esfuerzo).
- ✓ (26209) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.

- ✓ (401012) Informar al paciente que evite el estreñimiento (fomentar la ingesta de líquidos y alimentos con residuo).

(4026) Disminución de la Hemorragia: Útero Post Parto.

Dominio. 2: Fisiológico complejo

Clase. N: Control de la perfusión tisular

Definición. “Limitación de la pérdida de sangre del útero post parto” (Butcher et al., 2018i).

Actividades.

- ✓ (40261) Realizar un masaje del fondo uterino para asegurar una consistencia firme
- ✓ (40262) Evaluar la distensión de la vejiga.
- ✓ (40263) Observar las características de los loquios (por ejemplo: color, coágulos y volumen).
- ✓ (40264) Administrar un fármaco útero tónico u oxitócico por IV o IM, según protocolo u órdenes.
- ✓ (40265) Proporcionar una vigilancia permanente en el post parto adecuada del estado de la madre.

Ejecución

La administración de las actividades de las intervenciones de enfermería se brindó en el tiempo previsto para los cuidados es de 12 horas, organizado en tres turnos, se utilizó el libro de intervenciones NIC.

Tabla 5

Cronograma de intervenciones de enfermería en post cesareada por preeclampsia severa

Fecha	Intervenciones/actividades	Turno		
		M	T	N

05/06/2023	(6680) Monitorización de signos vitales. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. Monitorizar la pulsioximetría. Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.	7am	1pm	7pm
05/06/2023	(1410) Manejo del dolor Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que le permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.	M	T	N
05/06/2023	(4020) Disminución de sangrado Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos, si están disponibles. Monitorizar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO ₂ , Sat O ₂ , hemoglobina, gasto cardiaco), si se dispusiera de ellos. Mantener un acceso i.v. permeable. Administrar hemoderivados (plaquetas, plasma fresco congelado), si está indicado.	M	T	N
05/06/2023	(2620) Monitorización neurológica. Vigilar el nivel de conciencia. Controlar la presencia de trastornos visuales (ejemplo: visión borrosa) Observar si el paciente refiere cefalea Observar la respuesta a los medicamentos.	M	T	N
05/06/2023	(2000) Manejo de electrolitos	M	T	N

	<p>Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. Suministrar líquidos según prescripción, si es adecuado. Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gasometría arterial, orina y suero), según corresponda. Colocar un monitor cardiaco, según corresponda.</p>			
N05/06/2023	<p>(1801) Ayuda con el autocuidado baño/higiene Proporcionar los objetos personales deseados Controlar la integridad cutánea del paciente Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p>	M	T	N
05/06/2023	<p>(6930) Cuidados posparto Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. Controlar el dolor de la paciente. Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas. Monitorizar la función intestinal.</p>	M	T	N
05/06/2023	<p>Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas. (4010) Prevención de hemorragia Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente. Mantener un control de la ingesta y la eliminación Supervisar los resultados de los análisis de coagulación, incluyendo el tiempo de protombina, el tiempo parcial de la tromboplastina, fibrinógeno, la degradación de la fibrina y los productos fraccionados, el recuento de plaquetas, según corresponda.</p>	M	T	N
	<p>(6750) Asistencia al parto por cesárea Inspeccionar el estado de incisión quirúrgica y del apósito. Alentar a la madre a dar lactancia materna, si es adecuado. Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna si es adecuado. Facilitar el vínculo y el apego familiares minimizando la separación entre la madre y el lactante.</p>	M	T	N

Fuente: Elaborado según la clasificación de intervenciones NIC. (Butcher et al., 2018j).

Evaluación

Se estableció un periodo de atención de enfermería en el servicio de ginecoobstetricia en un periodo de 12 horas. Se evidenció el progreso de la paciente (evolución favorable de la cesárea por preeclampsia severa, se mejoró el dolor agudo y se disminuyó el riesgo de shock hipovolémico) determinándose un plan de cuidados efectivo respecto a los resultados planificados. Las actividades de enfermería se evaluaron en base a la comparación del estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de los resultados planificados.

Evaluación de Resultados de Diagnóstico Principal

Diagnóstico Enfermería Principal. (00132) Dolor agudo relacionado con lesiones por agente físico manifestado por expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular real o potencial, descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de tres meses” (Herdman et al., 2021k).

Dominio. 12: confort

Clase. 1: confort físico

NOC Priorizado del DxEp. (2102) Nivel del dolor.

Definición. “Intensidad del dolor referido o manifestado” (Moorhead, et al., 2018j).

Tabla 6

Puntuación del resultado del Dx Principal, según Escala Likert: (1-grave. 2-sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
-----	--------------------	------------------	----------------------	--------

(2102) Nivel del dolor	3	5	4	12 horas
------------------------	---	---	---	----------

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

(Moorhead et al., 2018k).

Se han realizado las intervenciones logrando la puntuación Diana propuesta, siendo la puntuación inicial de moderada con 3 puntos, tras un periodo de 12 horas en el servicio de ginecoobstetricia. Lográndose alcanzar una puntuación leve de 4 puntos según la escala de Likert, llegando a disminuir paulatinamente el dolor agudo a un nivel leve de 4 puntos.

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal, Escala Likert (1-grave. 2-sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(210201) Dolor referido	3	5	4	12 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor.	3	5	4	12 horas
(041316) Disminución de la hemoglobina.	3	5	4	12 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor.	3	5	4	12 horas

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018l).

Analizando los Resultados Obtenidos

Como se puede observar en relación con los indicadores de la tabla 7, (210201) dolor referido, podemos afirmar que la paciente inició con una puntuación moderada de 3 puntos,

llegando a una puntuación final leve de 4 puntos, con el tratamiento indicado, disminuyendo de esta manera el dolor de la paciente, mejorando en +1.

Con respecto (210204) a la duración de los episodios del dolor de la paciente se evaluó la puntuación de inicio 3, en un periodo de 12 horas en el servicio de ginecoobstetricia, finalizando con una puntuación de 4.

En lo referente (041316) a la disminución de la hemoglobina. Podemos observar que inició con un puntaje de 3, alcanzando un puntaje de 4, ya que los niveles de hemoglobina se encontraban por debajo de parámetros normales 9gr/dl, efectivizándose con la administración de Hierro sacarato E.V. lográndose de esta manera valores estándar de la hemoglobina.

Así mismo el código (210206) que hace referencia a las expresiones faciales del dolor. La paciente inició con una puntuación de 3, llegando alcanzar una puntuación de 4, con los cuidados y tratamiento adecuado.

Evaluación de Resultados de Riesgo de Complicación: Shock Hipovolémico

RC: shock hipovolémico.

Definición. Conocido también como shock hemorrágico, caracterizado por la disminución repentina del volumen sanguíneo circulante del 15 a 20%, puede ser por pérdida de sangre interna o externa (traumatismos o intervenciones quirúrgicas, úlceras, varices esofágicas, embarazo ectópico, etc.) y por pérdida de fluidos corporales (quemaduras, vómitos, diarreas severas, etc.), por lo tanto el flujo sanguíneo y de oxígeno es insuficiente, evidenciándose por hipotensión arterial acompañado de hipoperfusión periférica y visceral, teniendo como consecuencia daño celular, disfunción de órganos, y la muerte (Levi, 2022c).

(0413) Severidad de la Pérdida de Sangre.

Definición. “Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa”.

(Moorhead et al., 2018m).

Dominio. 2: salud fisiológica

Clase. E: cardiopulmonar.

Tabla 8

Puntuación del resultado del Riesgo de complicación: Shock hipovolémico, según Escala Likert: (1-grave. 2-sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(0419) Severidad del shock hipovolémico	3	5	4	12 horas

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018n).

Se han realizado las intervenciones logrando la puntuación Diana propuesta, siendo la puntuación inicial de 3, tras un periodo de 12 horas en el servicio de ginecoobstetricia. Lográndose alcanzar una puntuación 4 según la escala de Likert, llegando a disminuir paulatinamente la severidad del shock hipovolémico, mejorando en un puntaje de cambio de +1.

Tabla 9

Puntuación de los indicadores del Riesgo de complicación: Shock hipovolémico, Escala Likert (1-grave. 2-sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(041906) Aumento de la frecuencia cardíaca.	3	5	4	12 horas
(041910) Aumento de la frecuencia respiratoria.	3	5	4	12 horas

(041916) Palidez.	3	5	4	12 horas
(041919) Sed.	3	5	4	12 horas

Nota. Elaboración basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018ñ).

Analizando los Resultados Obtenidos

Como se puede apreciar en relación con los indicadores de la tabla 9. (0419) severidad del shock: hipovolémico, podemos observar que la paciente inició con una puntuación moderada de 3 puntos, llegando a una puntuación final leve de 4 puntos, con el tratamiento indicado, disminuyendo de esta manera la severidad del shock: hipovolémico de la paciente, mejorando en un puntaje de cambio de +1.

Con respecto (041906) Aumento de la frecuencia cardiaca, con respecto a la duración del incremento de la frecuencia cardiaca de la paciente se evaluó la puntuación de inicio 3, en un periodo de 12 horas en el servicio de ginecoobstetricia, finalizando con una puntuación de 4.

En lo referente (041910) Aumento de la frecuencia respiratoria. Se puede observar que inició con un puntaje de 3, alcanzando un puntaje de 4, ya que los niveles de hemoglobina se encontraban por debajo de parámetros normales 9gr/dl, efectivizándose con la administración de Hierro sacarato E.V. lográndose de esta manera valores estándar de la hemoglobina.

Así mismo el código (041916) Palidez. que hace referencia a la coloración de la piel debido a la disminución de hemoglobina. La paciente inició con una puntuación de 3, llegando alcanzar una puntuación de 4, con los cuidados y tratamiento adecuado.

Así mismo el código (041919) Sed. La paciente inició con una puntuación de 3, llegando alcanzar una puntuación de 4, con los cuidados e hidratación intravenosa adecuada

Discusión

La paciente en estudio ingresó al servicio de Ginecoobstetricia, procedente de URPA, con diagnóstico médico: post cesareada por preeclampsia severa, presentando dolor agudo como consecuencia del procedimiento quirúrgico (Cesárea), y riesgo de complicación shock hipovolémico como consecuencia de la atonía uterina.

Tras la revisión bibliográfica, según la Organización mundial de Salud (OMS), el profesional de enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido entre el sistema de salud y las personas. Por lo cual desempeñan una función primordial para cumplir con los objetivos y propósitos que se persiguen para brindar la atención y cuidado de calidad a la población que requiere de sus servicios (García, 2019).

Las complicaciones más frecuentes de la preeclampsia son la eclampsia, síndrome de HELLP, la hemorragia, entre otros, los cuales pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Por lo tanto, implementar un buen plan de cuidados, nos da la independencia de recopilar información y tomar acciones que fortalezcan las debilidades en los diferentes niveles tanto físicos, emocionales y espiritual (Barragan, 2018).

La aplicación de diversas teorías centradas en el paciente permite la elaboración de un plan de cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería (PAE) es esencial para el desempeño de sus funciones de la enfermera, facilita recolectar datos a través de una guía de valoración, permite identificar los diagnósticos de enfermería, elaborar un plan de cuidados individualizado y holístico, este esquema ayuda a enfermería a plantear objetivos y planes de cuidados específicos y efectivos, lo que mejora la calidad del Proceso de atención Enfermería por ser un método científico permite brindar los cuidados al paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada . homogénea, lógica y sistemática (Costa, 2022).

La sensibilidad emocional de la gestante es frágil por lo que requiere de un trato humanizado que le haga sentir comprendida y satisfecha en su atención por los miembros del equipo multidisciplinario. La familia y la pareja son componentes principales en la atención holística ya que se encuentran involucrados de manera directa en estado de salud de la paciente y así poder lograr su bienestar (Lafaurie, 2020).

Uno de los riesgos de complicación es la hemorragia posparto (HPP). Que es la causa más común de hemorragias en Ginecoobstetricia. La cual se define como la pérdida de sangre igual o mayor a 1000ml asociada a signos y síntomas de hipovolemia, independientemente del tipo de parto, las consecuencias de la HPP pueden ser anemia severa, shock hipovolémico, histerectomía, falla orgánica múltiple y la muerte (Alvarado, 2023).

Enfermería desempeña un papel importante en la atención al usuario, sus actividades están dirigidas a la prevención de los riesgos y complicaciones. Según la revista de la facultad de medicina humana (2023) en el Perú se presentó en el año 2019 y 2020, casos de mortalidad materna debido a causas obstétricas directas en el puerperio, con 59.7%, siendo las principales causas la hemorragia y la sepsis con un 55.7%. la mayor cantidad de mortalidad materna en año 2020 fue reportada en los departamentos de Lima metropolitana, Loreto, Ucayali, Lambayeque, La Libertad y Cusco (Mauricio, 2023).

En el quehacer diario de la Enfermería se realizan actividades, desde recoger información, valorar problemas y necesidades de los pacientes para lo cual se establecen objetivos, planifican cuidados, realizan intervenciones, planifican cuidados, aplican tratamiento y finalmente evalúan la respuesta y evolución de la paciente. Dichas actividades son un respaldo legal frente a posibles demandas y a la vez permite evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados; sin dejar de

reconocer, que también encierran el nivel de práctica ética en el cuidado, es por ello la importancia de los registros de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes (Soza, 2020).

Existen habilidades que para el profesional de enfermería son imprescindibles, así tenemos el autocontrol, la empatía, la motivación, entre otros. Es así que Enfermería se basa en teorías como la teoría emocional de Jean Watson, que pertenece a la Escuela del Caring (cuidado); afirma que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados de las personas en diferentes dimensiones, como la espiritualidad y la cultura con conocimientos vinculados a estas dimensiones. Para considerar un cuidado de calidad implica saber reconfortar, tener compasión y empatía, teniendo en cuenta perfeccionamiento personal y profesional, crecimiento espiritual, historia de vida, experiencias anteriores, oportunidades de estudio, valores, creencias, su relación con ella misma y con los demás (Villalobos, 2019).

En conclusión, la enfermera debe realizar una exhaustiva valoración de enfermería para identificar los factores de riesgo y de complicación y por consiguiente prevenirlas de daños irreversibles en la paciente. Por lo tanto, los cuidados que ofrece el profesional de enfermería son importantes para lograr recuperarla, solo así logramos mejorar la situación de salud y reincorporando de manera rápida a su familia y sociedad.

Limitaciones

Durante el desarrollo del caso en estudio, se encontraron limitaciones que se presentaron, en el paciente post cesareada por preeclampsia severa fueron las siguientes:

El poco tiempo para hacer el seguimiento a la paciente

El poco acceso para recopilar información, historia clínica.

Las visitas restringidas que contribuyeron al poco acceso a la información por parte de la familia.

Por motivo de distancia, considerando que la paciente era procedente de provincia no se pudo realizar el seguimiento o visita domiciliaria.

Así mismo se requiere de una atención integral con calidad y calidez, individualizada y continua para lograr una pronta recuperación.

Conclusiones

El cuidado integral e individualizado de enfermería en la práctica clínica es de vital importancia, por lo que es necesario aplicar el proceso de enfermería en los eventos obstétricos, esto nos permite realizar intervenciones oportunas y adecuada en el manejo de la paciente post operada por preeclampsia severa.

El proceso de enfermería es importancia porque permite operacionalizar los cuidados a corto, mediano y largo plazo a partir de la valoración, el diagnóstico de enfermería mediante planificación del cuidado en base al diagnóstico planteado, la administración de los cuidados con las actividades identificadas y la evaluación de los resultados obtenidos.

En cuanto a los factores de riesgo, la enfermera especialista en ginecoobstetricia logra identificar de manera propicia y oportuna los riesgos de complicación en el paciente post cesareada por preeclampsia severa, realizando las intervenciones con oportunidad según protocolo de la institución para evitar dichos riesgos de complicación.

Se brindaron los cuidados de enfermería en el shock hipovolémico con la finalidad de proteger y salvar la vida materna y así evitar daños irreversibles.

Se brindaron los cuidados oportunos y las medidas preventivas en el paciente post cesareada con el fin de prevenir potenciales complicaciones como hemorragias, daño renal, cerebral, o la muerte materno perinatal.

El proceso de cuidado de enfermería es un método científico básico que se aplicó en el cuidado de la paciente, logrando alcanzar los objetivos propuestos, priorizando el diagnóstico enfermero principal y el riesgo de complicación para brindar el cuidado oportuno y de calidad para mejorar el estado de salud materno fetal.

Referencias

- Abiuso, N., Santelices, J., & Quezada, R. (Marzo-abril) de 2017). Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 248-260. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-dolor-agudo-en-S0716864017300391>
- Aguilar da Cruz, L., Vieira Freitas, L., Moura Barbosa, R. C., & De Souza Gomes, L. F. (2013). Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. *Enfermería global*, 1695-6141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100005
- Albán Gáneas, A., & Gaibor, M. (2019). *Bases teóricas y epistemológicas del cuidado*. Universidad Estatal de Bolívar, Bolivia. Obtenido de https://issuu.com/sr_enfermerock/docs/adrian_alban__teorias_de_enfermeria_
- Alejos Garcias, M. L., & Maco Pinto, J. M. (2018). *Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1007>
- Alfredo Covarrubias-Gómez, L. A.-E.-S. (Abril de 2021). Algoritmos para el manejo del dolor agudo asociado a cirugía realizados por un grupo de consenso conformado por profesionales de la salud expertos en el manejo del dolor post-operatorio. *The Algia Center for Health Education*. <https://algia.org.mx/algoritmos-en-dolor-postoperatorio.html>
- Aljama Noguera, S., Domínguez Campos., M., & Villa Campos, Z. (2017). Cuidados de Enfermería en las hemorragias postparto. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 3 de setiembre. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>
- Allard Pincheira , M., & Aranda Tapia, J. (2018). *PROTOCOLO MANEJO DE DOLOR*. Servicio de Salud Coquimbo. <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/GCL-1.3-MANEJO-DOLOR-AGUDO-mod07.01.2020.pdf>
- Alvarado, C. S.-L.-R.-L.-R. (03 de febrero de 2023). Complicaciones hemorrágicas y trombóticas del embarazo: diagnóstico, prevención y tratamiento. *Anales de la Facultad de Medicina*, 84 (1). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320230001000086
- Amaia, A. M. (2019). *Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor*. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, 13 de junio. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-y-plan-de-cuidados-en-el-paciente-con-dolor/>
- Garduño-López, A.L., Castro-Garcés, L. & Acosta-Nava, V.M. (2019). Evaluación del dolor postoperatorio, estandarización de protocolos de actuación, y mejora continua basada en resultados. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42 (3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000300160
- Meza Cárdenas, A.L., Castro Valarezo, P.E., Laguna Rodríguez, N.G. & Cárdenas Calozuma, D.J. (2019). Proceso de atención de Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso. Machala-Ecuador. *Revista de Enfermería Ocronos*, 9 de setiembre. <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-preeclampsia/>
- Bajo Arenas JM, M. M. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (CEGO)*. Grupo ENE Publicidad.
- Barragan, G. d. (2018). Asociación médica: shock hipovolémico. *MedlinePlus*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm#:~:text=Un%20shock%20hipovol%C3%A9mico%20es%20una,muchos%20%C3%B3rganos%20dejen%20de%20funcionar.>

- Bendezu, M. T. (2019). *Manejo del Dolor en paciente post operada de cesarea*. Obtenido de
- Bibiano Guillén, C. (2018). *Manual de urgencias* (Tercera ed.). Grupo Saned.
- Clínica del dolor (2022). Los tipos de dolor. *Clinica del dolor*. <https://dolortarragona.com/los-tipos-de-dolor/?lang=es>
- Carvalho Borges, N., Costa e Silva, B., Fortunato Pedroso, C., Cavalcante Silva, T., Silva Ferreira Tatagiba, B., & Varanda Pereira, L. (2017). Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana. *Enfermería global*, 16(4), 354. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Bustamante Gómez, Á. (2019). *Manejo del shock hipovolémico en pacientes politraumatizados [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cantabria]*. Repositorio institucional. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16473>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2016). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ma ed.). ELSEVIER.
- Duque-Ortiz, C. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(01). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7851488>
- Carbajal C. PhD, & Constanza Ralph T. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (7ma ed.). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cardenal Pérez, , M., Fuentes Carache, G., & Rivera Maldonado, W. (2015). *Factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes a dolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015* [Trabajo monográfico doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unan.edu.ni/8059/>
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3781>
- Castro, D. A. (2023). Tratamiento del dolor. *Topdoctors*. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/tratamiento-dolor>
- Paulín García, C., & Gallegos-Torres, R. M. (2020). EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *Horizonte De Enfermería*, 30(3), 271–285. <https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/10870>
- Universidad Camilo José Cela (01 de agosto de 2020). *Valoración y manejo del dolor desde la enfermería*. Obtenido de: <https://blogs.ucjc.edu/salud-y-deporte/valoracion-y-manejo-del-dolor-desde-la-enfermeria/>
- Cesar, E. C. (2018). Guía de amenaza de aborto. *Palma Salud IPS LTDA*(1.0), 2-11. Obtenido de: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
- Chamba Tandazo, M., Romero Encalada, I., Condoy Zosa, R., & Conde Sarango, A. (22 de setiembre de 2022). Calidad de atención asociada al proceso enfermero según la perspectiva de. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 8(3), 17. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2840>
- Cinca., M. N. (2023). *Cuidados de enfermería en el manejo del dolor agudo postoperatorio*. Obtenido de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bilbas_hospi_infoutil/es_def/adjuntos/Gui-a-Enfermeri-a-y-manejo-del-dolor-postoper_ES.pdf

- Cisneros Galarza, M. L. (Marzo de 2022). *Plan de cuidados en pacientes con pi: choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica postparto* [Tesina de licenciatura, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí]. Obtenido de:
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7559/TesinaE.FEN.2022.Hemorragia.Cisneros.pdf>
- Cobos, P. Q. (2017). Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34 (1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254
- Collantes Cubas, J. A.-d. (2019). Simulación versus exposición convencional en la enseñanza de preeclampsia severa. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(4), 475-478.
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2207>
- Colmenares, Z. M. (febrero de 2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enfermería Global*(18), 08.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100005
- Corbin, J. A. (Enero de 2018). Los 13 tipos de dolor: clasificación y características. *Psicología y Mente*. Obtenido de: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-dolor>
- Correa Argueta, E., Verde Flota, E., & Rivas Espinoza, J. (2019). *Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson* (1ra ed.). Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido de: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
- Barad, D.H. (Marzo de 2020). Dolor pélvico femenino. *Manual MDS versión para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-ginecol%C3%B3gicos/dolor-p%C3%A9lvico-femenino>
- Dávila Flores, J., Montenegro M., E., & Masias Gaytan, A. (Abril de 2023). Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. *Mortalidad. Crecimundo*, 7 (2). [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.49-62](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.49-62)
- De la Herrán Gastón, A., Hurtado Fernandez, M., & Garcia Sempere, P. (2018). *Educación prenatal y pedagogía prenatal* (1ra ed.). Red Iberoamericana de Pedagogía.
- Díaz, F. P. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)*, 0378-4835.
- Domke P., R. C.-D.-T.-B. (2018). *Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea.. Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 635-642. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600635>.
- Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista médica sinergia*, 5 (6).
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>
- Duarte, D., Benavent, G., Roldán, J., Monzón, A., Escobar, Y., Raimond, N., & Plano, F. (2020). Monitoreo de la perfusión tisular en pacientes con shock séptico. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37 (2). <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/567>

- Duhig K, Vandermolen B and Shennan A. (2018). Recent advances in the diagnosis and management of pre-eclampsia [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research*.
<https://f1000research.com/articles/7-242/v1>
- Dulay, A. T. (Octubre de 2022). Preclampsia y eclampsia. *Manual MSD Version para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preclampsia-y-eclampsia>
- Durán Rodríguez, R., Arce García, G., Martínez Alpajón, M., & Oslé Matos, A. (2020). Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(4). <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/60>
- ELSEVIER. (2019). *Clasificación del shock: sus cinco tipos y las causas subyacentes*. Obtenido de:
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/clasificacion-del-shock-sus-cinco-tipos-y-las-causas-subyacentes>
- Espino Serveleon, Y. A. (2019). *Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en gestantes atendidas en el hospital Rezola de Cañete periodo 2017 [Tesis de bachiller, Universidad Privada Sergio Bernales, Cañete]*.
- Espíritu Gozar, N., & Heredia Garay, F. (2022). Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021 [Trabajo académico de licenciatura]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5830>
- Esteve-Pérez, N., Sansaloni-Perelló, C., Verd-Rodríguez, M., Ribera-Leclerc, H., & Mora-Fernández, C.. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(3), 132-139. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3542/2016>
- F. Díez Burón, M. V. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 58 (5), 279-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70062-7](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70062-7)
- López CF, Pérez RBGR, Tapia, I.E.X., Paz, C.D.C., Ochoa, M.X., Cano, E.A.A., Sánchez, C.A., Montiel, F.H.M. (2018). Choque hipovolémico. *Análes médicos*, 63 (1). 48-54. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78314>
- Fernández-Llombar J, Elias-Sierra R, Elias-Armas K, Bayard-Joseff I. (2019). La hemorragia posparto. *Revista Cubana Anestesiología y Reanimación*, 18 (2).
<https://revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/245/768>
- Fernández-Alonso, A.M., Vizcaíno, A., Rodríguez-García, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia*, 89-132. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.06.002>
- Briceño Fernandez, D. A. (2019). *Perfil clínico epidemiológico de la preeclampsia Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008 – 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]*. Repositorio institucional. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/34713>
- Figo, F. I. (22 de mayo de 2019). Predicting and preventing preclampsia: The challenge.
<https://www.figo.org/es/figo-lanza-nuevas-pautas-para-combatir-la-preeclampsia>
- Medicine Sans Frontieres (2023). *Clinical guidelines - Diagnosis and treatment manual: Shock*. Medicine Sans Frontieres.
- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP:

- un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 27 (4).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8017390>
- Basterrechea Davo, B. (25 de mayo del 2020). *escala de EVA ¿que es y como se emplea?* Obtenido de:
<https://www.fundacionrenewinton.org/blog/escala-eva-que-es-y-como-se-emplea/>
- Gaona Castillo, J. A. (marzo de 2021). Manejo de enfermería en pacientes con preeclampsia: revisión sistemática. *Revista Ocronos*, 4 (6). <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>
- García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.
- García-Figueruelo, J. Urbano, M. Botrán, R. González-Cortés, M.J. Solana, J. López-González, & J. López-Herce. (13 de junio de 2019). Evaluación de la perfusión tisular periférica mediante láser Doppler en niños en estado crítico *Anales de pediatría*, 78 (6). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.019>
- Gaus, D., Guevara, A. & Herrera, D. (2019). Preeclampsia / Eclampsia. *Práctica Familiar Rural*, 4 (1).
<https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/105>
- Gómez Carbajal, L.M. (2014). *Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia*. *Rev. peruANA ginecología obstetrica*, 60 (4). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400008
- Gonzales rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *REVISTA Médica De Costa Rica y Centroamérica*, 68(599), 495-498. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114s.pdf>
- González-Azpeitia, D., Castaldi-Bermúdez, L., Bravo Santivañez, E., & Acuña-Gonzalez, R. (01 de Diciembre de 2022). Marcadores hematológicos predictores de preeclampsia con datos de severidad. *Perinatología y reproducción humana*, 36(2). <https://doi.org/10.24875/per.22000010>
- Guevara Ríos, E. P. (2019). Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80 (4). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16422>
- Tavara Orozco, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Simposio Preeclampsia, viejo problema aún no resuelto: Conceptos actuales. *Revista peruana de ginecología y obstetrica*, 60 (4). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400006
- Gutiérrez Ramírez, J.A., Díaz Montiel, J.C., Santamaría Benhumea, A.M., Sil Jaimes, P.A., Mendieta Zerón, H. & Herrera Villalobos, J.E. (2016). Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 8(1), 33-42.
<https://doi.org/10.18004/rdn2016.0008.01.033-042>
- HCH (2022). Guía de procedimientos sistenciales de enfermería - Hospital Cayetano Heredia. RD N° 351-2022-HCH/DG. *Plataforma única del estado peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/hnch/normas-legales/4624414-351-2022-hch-dg>.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2021). *Diagnosticos enfermeros:Definiciones y clasificación* (12da ed.). ELSEVIER.
- Larry Jameson, J. Larry Jameson, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, & Joseph Loscalzo. (2018). Harrison. Manual de Medicina (20da ed.). Mc Graw Hill.
- De Jesús-García A, Jimenez-Baez M.V., González-Ortiz, D.G., De la Cruz-Toledo, P., Sandoval-Jurado, L. & Kuc-Peña L.M. (2018). Características Clínicas, epidemiológicas y riesgo Obstetrico en pacientes con preeclampsia y de riesgo Obstetrico de pacientes con Preeclampsia/Eclampsia. *Revista de*

- Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26 (4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85061>
- Jorge, G. A. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29 (supl 1). <https://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
- Kably, A. (2019). Progesterona y amenaza de aborto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87 (7), 496-498. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom197k.pdf>
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sisema. Sanitario de Navarra*, 32 (supl 1), 159-167. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- Lafaurie Villamil, M. M. (Junio de 2020). Tención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 38. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>
- Levi D. Proter, M. V. (Junio de 2022). Reanimación con líquidos intravenosos. *Manual MSD-version para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos/reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos-intravenosos>
- Loayza Rojas, G. (2017). *Amenaza de aborto*. Abancay - Perú [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Tecnológica de Los Andes]. Repositorio institucional. <https://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/53>
- Luissi, D. P. (2018). Protocolo del manejo de hemorragia post parto y código rojo.
- Luna, S. D., & Martinovic, T. (enero-febrero de 2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.01.006>
- Macías Caballero, S., Gil Lora, M., & Periañez Cordero, M. (21 de abril de 2018). Cuidados de enfermería en el aborto con legrado. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-aborto-con-legrado/>
- Malvino, E. (2010). *Shock Hemorrágico en Obstetricia* (Vol. Tomo II). Biblioteca de Obstetricia crítica. Obtenido de: www.obstetriciacritica.com.ar
- Huayanay Bernabe, M., Moreno Gonzales, A.R. (2022). Manejo del dolor postoperatorio de cesárea: estudio observacional en el instituto nacional materno perinatal 2021. *Revista Peruana de Investigación Materna Perinatal*, 11 (3), 21-26. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/299>
- Fernandiz Mach, M. (2016). *Fisiopatología del dolor*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <https://www.scartd.org/arxiu/fisiodolor06.pdf>
- Mauricio, Kimberley, Huamán, Rubén, & Espinoza, Rubén. (2023). Factores asociados a complicaciones post parto según la encuesta demográfica y de salud familiar en Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23 (1). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.4772>
- Mejía, N.L. & Miranda Baquedano, V.M. (2018). Cuidados de Enfermería en preeclampsia leve en el hospital Mario Catarino Rivas, I Semestre. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 5 (2). <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS5-2-2018-6.pdf>
- MELO, S. A. (2010). El proceso de formación del profesional de enfermería: una mirada a la dimensión emocional desde la teoría de Jean Watson [Trabajo académico de maestría, Universidad E Bosque].

- Repositorio institucional. <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/a4163d18-35a3-4442-a318-dbc93f9b29f8>
- Taype-Rondan, A. & Merino-Garcia, N. (07 de Setiembre de 2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4). <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2573>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Clasificación Estadística Internacional De Enfermedades y Problemas relacionados con la salud* (10ma ed.). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- MINSA (2018). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
- MINSA. (2020). *Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal RD N° 024-2016-EF/50.01. Diario oficial El Peruano*. <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9867/por-instrumento/directivas/26583-resolucion-directoral-n-0030-2020-ef-50-01-3/file>
- MINSA (2021). *Programa presupuestal 002 Salud materno Neonatal*. RM 024-2016-EF/50.01. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf
- Moldenhauer, J. S. (2020). Distocia fetal. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal>
- Mondalgo Ccoicca, R. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1419>
- Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*, 13 (1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- Moorhead Sue, E. S. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (6ta ed.)*. ELSEVIER.
- Tingal Morales, M. D. P. (2020). *Perfil clínico epidemiológico de pacientes con preeclampsia. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2019* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca].
- Estévez Muguercia, R., Durán Rodríguez R., Orama Requejo V., Delgado Romero, Y., Estévez Matos, R. (2021). Diagnóstico y tratamiento del paciente con shock. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 20 (2). <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/838>
- Franco Coffre, J. A., Calderon Intriago, L. G., Cujilan Alvarado, M. C., & Salazar Menéndez, J. P. (2018). Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz”. *RECIMUNDO*, 2(1), 716-736. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/157>
- Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- OMS (28 de septiembre de 2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

- OMS. (25 de setiembre de 2020). Prevención del aborto peligroso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- OPS (2019). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas* (Segunda edición ed.). OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>
- OPS (2020). Calidad de la atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Orrego Rojas, R. P. (2019). *Edad materna avanzada como factor de riesgo de aborto recurrente en el Hospital Belén de Trujillo entre el año 2013 - 2018 [Tesis de bachiller, Universidad Privada Antenor Orrego]*. ALICIA. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_104098f48807da3db1f8c37307e17243
- Lázaro Ovalle, M.P. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/62843>
- Pacheco-Romero, J., Acosta Conchucos, O., Huerta Canales, D., Cabrera Ramos, S., Vargas Chávez, M., Mascaro Sánchez, P., Huamán Guerrero, M., Sandoval Paredes, J., López Gabriel, R., Mateus, J., Gil Guevara, E., Guevara Ríos, E., Butrica Ferré, N., Catari Soto, D., Bellido Yarlequé, D., Custodio Gonzales, G., & Naranjo Andonaire, A. (26 de febrero de 2021). Marcadores genéticos de preeclampsia en mujeres peruanas. *Colombia médica*, 25 (1). <https://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4437>
- Parra, M. (2011). Shock hemorrágico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (3). [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70424-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70424-2)
- Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y. & Quirós Figueroa L. Actualización en preeclampsia. *Revista médica sinergia*, 5 (1). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>
- Pesut, D. J. & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art & science of critical & creative thinking*. Delmar.
- Vidal Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Perichart-Perera, O., Rodríguez-Cano, A., & Gutiérrez-Castrellón, P. (Diciembre de 2020). Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. *Gaceta Médica de México*, 156(3). <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000434>
- Instituto Nacional Materno Perinatal (Junio de 2023). *Boletín Epidemiológico*. Obtenido de: https://www.inmp.gob.pe/uploads/BOLET%C3%8DN_SEMESTRAL_I_Semestre_20233.pdf
- Pezantes Lazo, E. J. (17 de setiembre de 2018). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a pacesintes post cesareadas por preeclampsia severa de la uniad de recuperacion postanestesia de un hospital de Lima [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1421>
- Potter P.A. y Perry, A. (24 de enero de 2020). Dolor: escalas, fisiología y clasificación según su localización. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-dolor-escalas-fisiologia-y-clasificacion>.
- Puig, R. P. (29 de Marzo de 2021). *Anatonia Y Fisiologia de Atonia Uterina*. Obtenido de

- Rafael Estevez Muguercia, R. D. (2021). Diagnostico y tratamiento del paciente con shock. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 20(2).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2021/cie212f.pdf>
- Rascón-Martínez, D., & Rojas-Vera, A. (2019). Analgesia preventiva en el dolor postoperatorio. *Revista mexicana de anestesiología*, 42(3).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000300221
- Reyes-Ríos, L. Á. (2017). *Hemorragias de primer, segundo y tercer trimestre de gestación*. Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de: <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/2a06100d-a330-430e-85e4-9c5d62e0756d>
- Rivero-Morey R.J., Rivero-Morey J. & Falcón-Hernández A. (2019). Actualización en el diagnóstico y manejo del paciente en choque. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3):418-428.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92182>
- Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 70 (3), 293-297. <https://doi.org/10.1093/bja/70.3.293>
- Martínez Rivera, A. C. (2016). *Fundamentación y Cuidados del Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de Shock” conforme a los factores de riesgo hipovolemia e hipotensión en pacientes con hemorragia obstétrica* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí]. Repositorio institucional. <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4566>
- Guevara Ríos, Enrique, & Meza Santibáñez, Luis. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 385-394.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&tlng=es
- Soza Diaz, C. D. (2020). Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Revista de Enfermería*, 14 (1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería NOC* (6ta ed.). Elsevier.
- Urquiaga-Melquiades, T., Pinillos-Vilca, L., Jhony-Tacilla Castrejón, Albán Olaya, M., Bueno Ordoñez, S., & Medina-Rodríguez, C. (2021). Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, años 2012 a 2018. *Revista Médica de Trujillo*, 16 (3), 166-177.
<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3947/4489>
- Valdés, G. (2019). Preeclampsia y enfermedad cardiovascular: un enfoque integral para detectar las fases subclínicas de complicaciones obstétricas y cardiovasculares. *Revista chilena de cardiología*, 38 (2), 132-145. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602019000200132>
- Vargas Castillo, S. D. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por preeclampsia leve, macrosomía fetal, hipotonía uterina + ARO: adolescente del Servicio de Gineco -Obstetricia de un hospital de Lima, 2018 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2015>
- Velumani, V. D. (03 de Febrero de 2022). *Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal*. *Revista de la Facultad de Medicina de México*, 64 (5). <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>

- Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., & Capdevila-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Vigil-De Gracia, P. (Abril-junio de 2019). Evidencias del Ácido Acetilsalicílico (Aspirina) en la prevención de la preeclampsia: revisión narrativa. *Scielo*, 80(2). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2453>
- Villalobos Bocanegra, J. (2019). *Inteligencia emocional y calidad de cuidado enfermero brindado a los pacientes del Hospital regional docente Las Mercedes 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5651>
- Villota Luna, D. (2022). *Los patrones funcionales de Marjory Gordon y su aplicación en el contexto clínico desde el enfoque de enfermería*. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/5cb3d90c-7b43-44b7-bdaa-fd3916ac05ee>
- Viton Castillo, A., Rego Ávila, H., & Mena Hernández, V. (2021). Monitoreo hemodinámico en el paciente crítico. *Revista de Enfermedades Cardiovasculares*, 13(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106774>
- Watson, J. (Junio de 2022). Tratamiento del dolor. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurologicos/dolor/tratamiento-del-dolor>
- Zapata Díaz, B., & Ramírez Cabrera, J. (Enro-Marzo de 2020). Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2233>

Anexos

Apéndice A. Valoración de enfermería al ingreso

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE GINECOLOGÍA

DATOS GENERALES			
Seguro: SIS	SOAT	PARTICULAR	Historia Clínica: _____
Nombre del usuario: _____		Fecha nacimiento: ___/___/___	Edad: _____
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Centro de referencia: _____	Telf. _____
Procedencia: Consulta Externa _____		Emergencia _____	URPA _____
Forma de llegada: Ambulatorio _____		Silla de ruedas _____	Camilla _____
Fuente de Información: Paciente _____		Familiar/amigo _____	Otro _____
Alergias a medicamento y/o alimento _____		N° Celular _____	
Motivo de ingreso: _____		Dx. Médico: _____	
Familiar responsable _____		telefono _____	
Funciones vitales: P/a _____		P: _____	R: _____
Fecha de valoración _____		T° _____	SAT O": _____
_____ y Hora _____		: _____	

VALORACIÓN SEGUN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON I: PERCEPCION y CONTROL DE LA SALUD

Describe su estado de salud

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Da importancia a su salud: Si _____ No _____

Acepta su estado de salud: Si _____ No _____

Sigue el plan terapéutico: Si _____ No _____

Motivo: _____

Antecedentes familiares _____

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

HTA _____ DM _____ Gastritis/úlceras _____ TBC _____ Asma _____

VIH _____ ITS _____

Covid-19 _____

Otros _____ Sin problemas importantes _____

Cesárea _____ Fecha _____

Ox _____ Fecha _____

Ox _____ Fecha _____

Alergias y otras reacciones

Fármacos: _____

Alimentos: _____

Signos-sintomas: _____

Otros _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco No _____ Si _____

Consumo de alcohol No _____ Si _____

Consumo de drogas No _____ Si _____

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

Estado de higiene

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Estado de Vacunación

Tipo de vacuna _____ Dosis/Frec. _____

Antitetánica _____

Anti influenza _____

Covid-19 _____

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

PATRON II:

NUTRICIONAL - METABOLICO

T°: _____ Peso: _____ Talla: _____

Cambio de peso durante los últimos meses o días:

Si _____ No _____

Especificar: _____

IMC = _____

Diagnóstico nutricional (IMC)	ESCALA	EVALUADO
Delgadez severa	< 16	
Delgadez Moderada	16.00 – 16.99	
Delgadez Aceptable	17.00 – 18.49	
Normal	18.50 – 24.99	
Pre-obeso (riesgo)	>25.00-29.99	
Obeso Tipo I (riesgo moderado)	30 – 34.99	
Obeso Tipo II (riesgo severo)	35.00 – 35.99	
Obeso Tipo III (riesgo muy severo)	> 40.00	

Piel:

Coloración: Normal _____ Pálida _____ Cianótica _____
Ictérica _____
Hidratación: Turgente _____ Sg de deshidratación: _____

Integridad: Intacta _____ Lesiones _____
Herida quirúrgica: Apósitos: _____ seco _____ limpio _____
Secreción serosa _____ sec. Serohemática _____
Purulenta _____ Dehiscencia de herida _____
Problemas de cicatrización: _____
Especificar: _____

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa _____ Incompleta _____
ausente _____ Prótesis _____ Sup. _____ Inf. _____
Mucosa oral: Intacta _____ Lesiones _____

Hidratación: Si _____ No _____
Estado de higiene bucal: Mala _____ Regular _____ Buena _____

Apetito:

Normal _____ Anorexia _____ Bulimia _____
Dificultad para deglutir: Si _____ No _____
Nauseas _____ Pirosis _____ Vómitos _____ Cantidad: _____
SNG: No _____ Si _____ Alimentación _____ Drenaje _____
Número de comidas al día _____, Dieta: _____
Menú típico: (especificar tipo y cantidad)
Desayuno: _____ Hora _____
Almuerzo: _____ Hora _____
Cena: _____ Hora _____
Alimentos que le desagradan: _____

Abdomen: Blando _____ Distendido _____ Doloroso _____
Ruidos hidroaéreos: Aumentados _____ Normales _____
Disminuidos _____ Ausentes _____
Dolor abdominal: no _____ sí _____ distensión _____ otras
(especifique) _____

Drenajes: No _____ Si _____ Especificar: _____

Comentarios adicionales: _____
laboratorio

PATRÓN III: ELIMINACIÓN**Hábitos intestinales**

Nº de deposiciones/día: _____ Normal _____
Características: _____
Estreñimiento _____ Diarrea _____ Incontinencia _____

Hábitos vesicales

Frecuencia: _____ / día
Oliguria: _____ Anuria _____
Características: _____
Otros: _____

Sondaje: _____ motivo _____
Fecha de colocación: _____
Pañal _____

Menstruación: SI NO
Comentarios adicionales: _____

Valoración de la continencia urinaria:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO - MUJERES		
a. ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	Si	No
b. ¿Al subir y bajar escaleras se le escapa la orina?	Si	No
c. ¿Cuándo ríe se le escapa la orina?	Si	No
d. ¿Si estornuda se le escapa la orina?	Si	No
e. ¿Al toser se le escapa la orina?	Si	No

VALORACION: Al menos 4 preguntas afirmativas tienen valor predictivo del 77% para incontinencia urinaria de esfuerzo

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA - MUJERES		
a. Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿Entra a un baño público, si está ocupado, se le escapa la orina?	Si	No
b. Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio, y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
c. Si tiene ganas de orinar ¿Tiene sensación que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
d. Cuando sale del ascensor, sube o baja escaleras ¿tiene que ir a prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No

VALORACION: Al menos 3 preguntas afirmativas tienen valor predictivo del 58% para incontinencia urinaria de urgencia.

PATRÓN IV: ACTIVIDAD – EJERCICIO**Actividad Respiratoria**

FR _____ Sat O₂: _____
Respiración: superficial _____ profunda _____
Disnea: en reposo _____ al ejercicio _____
Se cansa con facilidad: No _____ Si _____
Ruidos respiratorios: _____
Tos ineficaz: _____ Eficaz _____
Reflejo de la tos: presente _____ disminuido _____ ausente _____
Secreciones: No _____ Si _____
Características: _____
Oxigenoterapia: No _____ Si _____
Dispositivo: _____ a _____ l/min/FiO₂: _____
Traqueotomía: _____ desde: _____

Actividad Circulatoria

Pulso: _____ Regular _____ Irregular _____
Pulso periférico: normal _____ disminuido _____ ausente _____
P/A _____ / _____ mmHg
Edema: No _____ Si _____ Localización: _____
+ (0-0.65cm) ++ (0.65-1.25cm) +++ (1.25-2.50cm)
Anasarca ()
Equimosis No Si localización _____
Riego periférico:
MI I _____ Tibia _____ Fria _____ Caliente _____
MID _____ Tibia _____ Fria _____ Caliente _____
MSI _____ Tibia _____ Fria _____ Caliente _____
MSD _____ Tibia _____ Fria _____ Caliente _____

Presencia de líneas invasivas:
 Cateter periférico: _____ Fecha _____
 Cateter venoso central: _____ Fecha _____

Ejercicio: Capacidad de Autocuidado

1= Independiente
 2= Parcialmente dependiente
 3= Totalmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno ___ muletas ___ andador
 Bastón ___ S. ruedas ___ Otros _____
 Movilidad de miembros _____:
 Conservada ___ Flacidez ___ Contracturas ___ Parálisis ___
 Fuerza muscular: Conservada ___ Disminuida ___
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN V: SUEÑO - DESCANSO

Horas de sueño: _____ Se levanta:
 descansado ___ Somnoliento ___ durante el día
 Problemas para dormir: Si ___ No ___
 Especificar: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir? No ___ Si ___
 Especificar: _____

PATRÓN VI: COGNITIVO - PERCEPTIVO

Despierto ___ Somnoliento ___ Soporoso ___ inconsciente ___
 Orientado: Tiempo ___ Espacio ___ Persona ___
 Desorientada ___ confusa ___ agitada ___ convulsiona ___
 estado de estupor ___ coma ___ letárgico ___
 Comunicativa ___ poco comunicativa ___
 Presencia de anomalías en:
 Audición: _____
 Visión: _____
 Habla/lenguaje: _____
 Otro: _____
 Cefalea ___ Dinámica Uterina _____
 Dolor: No ___ Si ___ Localización: _____

Escala Visual Analógica (EVA)



Descripción: _____

Escala de coma de Glasgow: Puntaje total: _____

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece órdenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza el dolor
2 Al dolor	3 Palabras inapropiadas	4 Sólo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Pupilas: Isocóricas OD ___ OI ___
 Anisocorias OD ___ OI ___
 Reactivas OD ___ OI ___
 No reactivas OD ___ OI ___
 Tamaño de pupilas: OD ___ mm OI ___ mm.
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN VII: AUTO PERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado emocional:
 Tranquilo ___ ansioso ___ Negativo ___
 Temeroso ___ Irritable ___ Indiferente ___
 Signos de ansiedad: temor ___ Nerviosismo ___
 Cefalea ___ Tensión muscular ___ Mareos ___
 Movimientos inquietos ___ Insomnio ___
 Somnolencia ___ Cansancio ___
 ¿Qué opina sobre su enfermedad?

PATRÓN VIII: ROL/RELACIONES (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: _____
 Estado civil: Soltero ___ Casado/a ___
 Conviviente ___ Divorciado/a ___ Otro ___
 ¿Con quién vive?
 Esposo ___ Solo ___ Con su familia ___ Otros ___
 Fuentes de apoyo: Familia ___ Amigos ___ Otros ___
 Comentarios adicionales: _____

 Ambiente laboral

PATRÓN IX: SEXUALIDAD y REPRODUCCION

Datos ginecológicos:
 N° Gestaciones _____ N° hijos _____
 N° abortos ___ Motivo _____
 Semanas de embarazo _____ FPP _____
 FUR _____
 Menarquia: (edad) _____ días/ciclo _____
 ciclo menstrual: regular ___ irregular ___
 Dismenorrea ___ Menorragia ___ Metrorragia ___
 Sangrado vaginal no menstrual (fecha y cantidad):

 Inicio de vida sexual: ___ N° parejas sexuales: _____
 Uso de algún método de planificación familiar: no ___
 si ___ especificar _____
 tipo y tiempo de uso _____

Fecha y Resultados de:
 PAP _____
 Colposcopia _____
 Histerosonografía _____

Mamas:

Mama Derecha: presente _____ Ausente _____
 mama Izquierda: presente _____ Ausente _____
 Blanda _____ turgente _____ congestiva _____ dolorosa _____
 sensibles _____ No sensible _____ blanda _____ duras _____
 secretantes _____ no secretantes _____ masa dura _____
 absceso _____ Lugar _____ curación _____ vendaje _____
 color de secreción _____
 piel: congestiva _____ flogótica _____ equimosis _____
Pezones:
 Formados _____ planos _____ invertidos _____ agrietados _____
 Antecedentes de lactancia materna: Exitosa _____ Fallida _____
 Motivos _____ No procede _____
 Prácticas de autoexamen mamario mensual: si _____ no _____
 Motivo: _____
 Mamografías o ultrasonido mamario: si _____ no _____
 Motivo: _____ fecha ultima _____
 Resultados _____ No aplica _____

CUADRANTE Y HORARIOS MAMARIOS



Útero:

Grávido _____ semanas _____ No grávido _____
 grávido _____ contraído _____
 Altura Uterina _____ Tono _____ Intensidad _____
 Movimientos Fetales Presentes: Si _____ No _____

Genitales:

Normal _____ edema _____ hematoma _____
 lesiones _____ otros _____
 Presencia de flujos: no _____ si _____ características: blanco _____
 amarillo _____ verde _____ maloliente _____
 Volumen sangrado vaginal (Nº de toallas):
 M: _____ T: _____ N: _____
 Tapón vaginal: Si _____ No _____ Nº de gasas: _____
 Líquido amniótico: _____ cant: _____ color: _____
 color: _____
 Sangrado vaginal: _____ cant: _____
 color: _____ olor: _____
 Otras molestias: _____
 Comentarios adicionales: _____

Observaciones:

PATRÓN X: AFRONTAMIENTO y TOLERANCIA AL ESTRES

Preocupaciones fundamentales en relación con:
 Hospitalización y/o enfermedad _____
 Económicas _____ De autocuidado _____ De empleo _____
 Apetito disminuido _____
 Usa tranquilizantes prescritos: _____
 Imagen corporal _____ Especificar: _____

¿Te sientes satisfecha consigo misma?

PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS

Religión: _____
 Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería:
 si _____ no _____ ¿cuáles? _____

Solicita visita de capellán: _____
 Comentarios adicionales: _____

Exámenes Auxiliares

Prueba Covid-19 _____ ()
 Grupo sanguíneo y Factor RH _____
 Hemoglobina _____ Fecha _____
 Hemoglobina _____ Fecha _____
 Hemoglobina _____ Fecha _____
 Hemoglobina _____ Fecha _____

Hematocrito _____ Fecha _____
 Plaquetas _____ Fecha _____
 Glucosa _____ Fecha _____

Resultado de ecografía:

De: _____ Fecha _____
 Resultado _____
 De: _____ Fecha _____
 Resultado _____



Nombre del enfermero:

CEP: _____
 FECHA: _____

Apéndice B. Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de posgrado
UPG de Ciencias de la Salud

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa del servicio de ginecobstetricia del hospital nacional de Cajamarca 2023”. El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales OIAF. El presente trabajo académico está siendo ejecutado por las licenciadas: Eresvita Cotrina Celiz y Maritza Mercedes Villanueva Julcamoro, bajo la asesoría de la Dra. Sofia Dora Vivanco Hilario. La información brindada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico son de carácter confidencial y solo serán utilizarán para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no existe ningún riesgo físico, químico, biológico y/o psicológico asociado con el presente estudio académico. Sin embargo, debido a que obtendrán información personal, existe la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Por lo tanto, se tomarán precauciones como la identificación por código, de esta forma minimizar esta eventualidad.

Beneficios del estudio

No existe compensación monetaria alguna por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha informado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y que como consecuencia tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado no existiendo ningún tipo de penalización. Lo mismo aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, a continuación, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: O.I.A.F.

DNI: 200XXXXX

Fecha: 05-06-20223

Firma.

Apéndice C. Escalas de valoración

Figura C. 1. Escala visual analógica para medir el dolor

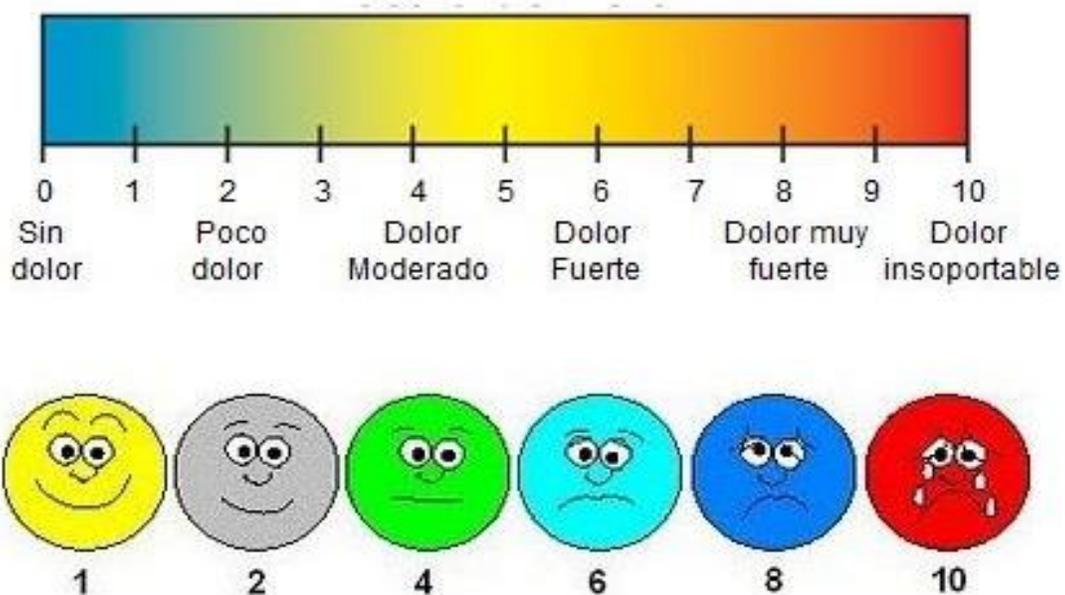


Figura C.2. Norma técnica de salud para el majo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas

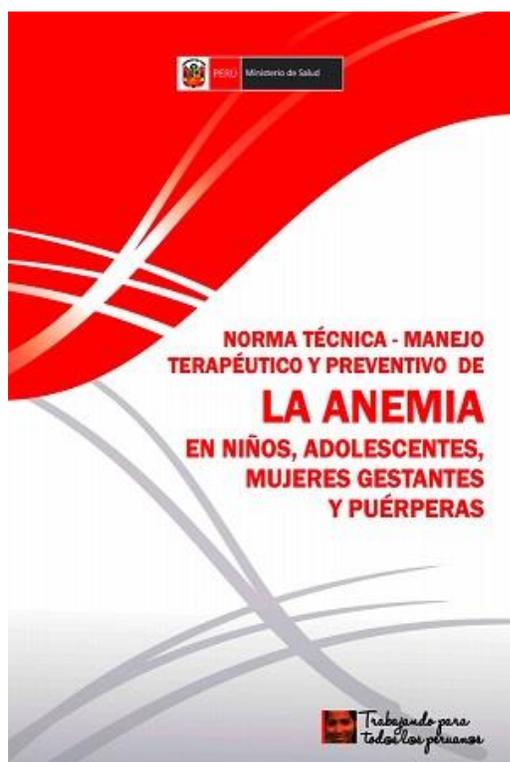


Figura C.3. Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE GLASGOW						
OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decortización)	(rigidez de decerebración)	

Tabla de valoración nutricional según Índice de masa corporal en gestantes.

IMC antes del embarazo	Aumento recomendable de peso en la gestación
< 18,5	12,5 - 18 kilos
18,5 - 24,9	11,5 - 16 kilos
25 - 29,9	7 - 11,5 kilos
> 30	5 - 9 kilos



1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
+ 0-2 kilos	+ 6-6,5 kilos	+ 5-6 kilos



Tratamiento farmacológico de preeclampsia sin datos de severidad y con datos de severidad¹²

	Preeclampsia sin datos de severidad (dosis)	Preeclampsia sin datos de severidad (dosis)	Contraindicaciones	Efectos adversos
Metildopa (tratamiento de primera línea)	250 a 500 mg /día hasta 2 g al día.	No se recomienda.	Enfermedad hepática activa, bajo terapia con inhibidores de la monoaminooxidasa.	Sedación, mareos, aturdimiento, síntomas de insuficiencia cerebrovascular, hipotensión ortostática, edema, náuseas, fatiga, disminución de libido, sequedad de boca.
Hidralazina (se usa principalmente en emergencia ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado)	60 a 200 mg /día.	Bolo inicial de 5 mg IV con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30 mg.	Taquicardia, enf. reumática de válvula mitral, enf. arterial coronaria, aneurisma aórtico disecante, insuf. cardíaca con gasto alto (tirotoxicosis), insuf. cardíaca derecha aislada (cor pulmonale), insuf. miocárdica debida a obstrucción mecánica, lupus eritematoso sistémico idiopático y desórdenes relacionados, porfiria, antecedentes de enf. coronaria, primer y segundo trimestre del embarazo.	Cefalea; palpitaciones, taquicardia; acaloramiento; anorexia, náuseas, vómitos, diarrea; espasmos musculares, similar al lupus eritematoso sistémico.
Labetelol (debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardíaca y en mujeres en labor de parto ya que	Dosis de 100 a 400 mg pero con dosis inclusive de hasta 1200 mg al día.	20 mg IV seguido de 40 a 80 mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg.	Bloqueo A-V de 2° o 3er grado, shock cardiogénico y otros estados asociados a hipotensión prolongada y grave o bradicardia grave, asma o historia de obstrucción de vías respiratorias,	Dolor de cabeza; cansancio; vértigo; depresión y letargia; congestión nasal; sudoración; hipotensión postural a dosis muy altas o inicial demasiado alta o si se

	Preeclampsia sin datos de severidad (dosis)	Preeclampsia sin datos de severidad (dosis)	Contraindicaciones	Efectos adversos
			hipersensibilidad a labetalol; control de episodios hipertensivos tras IAM, con vasoconstricción periférica.	incrementan las dosis demasiado rápidamente; temblores; retención aguda de orina; dificultad en la micción; fracaso eyaculatorio; dolor epigástrico; náuseas y vómitos. IV: hipotensión postural, congestión nasal.
Nifedipino	Dosis de 10 a 20 mg hasta 180 mg al día.	10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg.	Contraindicaciones: shock cardiovascular; concomitante con rifampicina. Nifedipino de liberación rápida está contraindicado en la angina inestable y en caso de haber sufrido un infarto de miocardio en las últimas 4 semanas.	Cefalea, mareo; edema, vasodilatación; estreñimiento; sensación de malestar.

Apéndice D. Planes de cuidados
Plan de cuidados basado en el Modelo AREA

Modelo AREA
(Modificado)

MARCO

Reflexión Profesional: Luego de haber realizado una adecuada atención de enfermería durante la estadía de la paciente en hospitalización de ginecoobstetricia se ha alivido el nivel de dolor en una puntuación de cambio de +1, debido a la eficacia de la administración de analgésicos por vía intravenosa, al apoyo emocional y a la aplicación de la escala de valoración del dolor EVA.

Persona VALORACION:
 Paciente femenina de 27 años, procedente del servicio de URPA en camillapresión arterial (140/90mmhg), taquicárdica (104 por minuto), abdomen blando, valoración de dolor EVA de 6/10 (dolor grave), herida operatoria de corte transversa suprapúbico con sello quirúrgico limpio y seco, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, portadora de sonda Foley N.º 14 permeable, orina colúrica, se observa loquios hemáticos en poca cantidad, con diagnóstico de preclamsia severa, más sutura de B-Lynch por hemorragia post parto

Persona ENFERMERÍA
 (00132) Dolor agudo relacionado con lesiones por agente físico manifestado por expresión facial de dolor y conducta expresiva, EVA 6/10.

PLAN DE CUIDADOS			NOCp	PI	PD	Tiempo	PA –Evaluación -
NOCp	Estado/Conducta/ Percepción	Estándar de normalidad					
(2102) Nivel del dolor	Aplicación de la escala de EVA, con resultado de 6/10	Apoyo emocional. Orientación sobre el control de la respiración y la administración de analgésicos.	(2102) Nivel del dolor	3	5	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación de cambio de (+1)
Indicador (210201) Dolor referido	Manifestación verbal de la descripción del dolor	La paciente debe describir el lugar de dolor, la intensidad del dolor	Indicador (210201) Dolor referido	3	5	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación de cambio de (+1)
Indicador (210204) Duración de los episodios de dolor.	Paciente debe indicar el inicio del dolor	Llevar un registro de la hora y tiempo de duración del dolor	Indicador (210204) Duración de los episodios de dolor.	3	5	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación de cambio de (+1)
Indicador (210206) Expresión facial del dolor	Observación de la expresión facial y postural de la paciente	Gestos, muecas y posición normal	Indicador (210206) Expresión facial del dolor	3	5	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación de cambio de (+1)
Indicador (210215) Pérdida del apetito.	Ayudar en la alimentación fraccionada a causa del dolor	Apetito normal y termina la dieta	Indicador (210215) Pérdida del apetito.	3	5	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación de cambio de (+1)
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			Escala Likert 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.				

NIC (1410) Manejo del dolor agudo.
 (001321) Realizar la valoración exhaustiva del dolor, incluyendo localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
 (001323) Monitorizar el dolor utilizando medición válida o fiable apropiada a edad y a la capacidad de comunicación.
 (001326) Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía.
 (001328) Prevenir o controlar los efectos secundarios de los fármacos.
 (001329) Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

NIC (2870) Cuidados post anestesia.
 (28701) Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos.
 (28702) Vigilar diuresis.
 (28705) Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales, según corresponda.
 (28706) Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

NIC: (6750) Asistencia al parto por cesárea
 (67501) Monitorizar los signos vitales
 (67502) Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica y del apósito.
 (67503) Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna si es adecuado.
 (67504) Facilitar el vínculo y el apego minimizando la separación entre la madre y el lactante.

Plan de cuidados basado en el Modelo BIFOCAL

