

Original

Nursing care in post cesarean section due to preeclampsia.

Cuidados de enfermería en post cesareada por preeclampsia.

Yolanda S. Gutierrez-Prieto¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales Garcia¹.

¹Universidad de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

· **Citar como:** Gutierrez-Prieto YS, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing care in post cesarean section due to preeclampsia. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:200

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 18-12-2023

Aceptado: 20-12-2023

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Cesarean section is the surgical procedure that consists of the removal of the fetus in a rapid and timely manner that is given as a treatment to the patient with mild pre-eclampsia, to avoid complications such as maternal fetal morbidity and mortality, seizures, postpartum eclampsia, pulmonary edema, cerebrovascular accident, HELLP syndrome, among others. So a human care with quality and warmth was applied contemplating scientific knowledge.

The objective is to administer a process of care intervention for a post-cesarean patient due to preeclampsia in the post-anesthetic recovery unit.

The study is qualitative, unique clinical case type, which includes a 35-year-old patient, for which the Nursing Care Process was used in its five stages: assessment, diagnosis, planning. Execution and evaluation of the results was done according to the difference of the final and baseline scores respectively.

8 altered patterns were identified and three were prioritized: pattern VI: cognitive-perceptual, pattern VII: self-perception-self-concept, pattern I: perception-health management, critical analysis allowed the identification of 8 diagnoses; being prioritized: acute pain, anxiety and risk of infection, according to the SSPFR format (signs and symptoms, problem and related factor) the evaluation was made according to the difference in final and baseline scores corresponding to +2, +3, +2 .

We conclude that according to the problems identified, the nursing care program was administered in its five stages, however, it should be noted that the success of the nursing treatment depends on the timely identification of the problems and adequate treatment.

Keywords: nursing care, post-cesarean delivery, pre-eclampsia.

RESUMEN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto en forma rápida y oportuna que se da como tratamiento a la paciente con preeclampsia leve, para evitar complicaciones

como morbilidad materno fetal, convulsiones, eclampsia posparto, edema pulmonar, accidente cerebro vascular, síndrome de HELLP, entre otros. Por lo que se aplicó un cuidado humano con calidad y calidez contemplando el conocimiento científico.

El objetivo es administrar un proceso de intervención de cuidado a paciente post cesareada por preeclampsia en la unidad de recuperación posanestésica.

El estudio es cualitativo, tipo caso clínico único, que incluye a paciente de 35 años, por lo cual se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas: valoración, elaboración de diagnóstico, planificación. Ejecución y evaluación de los resultados se hizo de acuerdo con la diferencia de las puntuaciones final y basal respectivamente.

Se identificaron 8 patrones alterados y se priorizaron tres: patrón VI: Cognitivo-perceptivo, patrón VII: autopercepción-Autoconcepto, patrón I: percepción-Manejo de la salud, el análisis crítico permitió la identificación de 8 diagnósticos; siendo priorizados: dolor agudo, ansiedad y riesgo de infección, de acuerdo con el formato SSPFR (signos y síntomas, problema y factor relacionado) la evaluación se hizo de acuerdo con la diferencia de puntuaciones final y basal correspondiendo +2, +3, +2.

Concluimos que conforme a los problemas identificados se administró el pro de atención de enfermería en sus cinco etapas, sin embargo, se debe resaltar que el éxito del tratamiento de enfermería depende de la identificación oportuna de los problemas y tratamiento adecuado.

Palabras clave: cuidado de enfermería, post cesareada, preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

Define a la cesárea como una intervención quirúrgica en donde se realiza una incisión en el útero para poder sacar el feto. teniendo como objetivo fundamental asegurar la vida del recién nacido. De acuerdo Barboza, Capcha, Puza y Simeón (2017), la preclampsia es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico en del embarazo y se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este y se realiza la cesárea como tratamiento.

La incidencia de partos por cesárea ha aumentado considerablemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando cifras del 30,0% de los nacimientos en comparación a un 5,0% en los años 60. El boletín de la organización Mundial de la Salud (OMS) remarca que todos los países tienen una tasa mayor al 30,0%; Ecuador y Paraguay rebasan el 40,0%; México con 37,8%. (Bernal & Escobedo, 2018). Además, ENDES en el 2016 afirmó que se incrementó la prevalencia de cesárea en el Perú de en un 22,9% a 31,6% entre los años 2012 y 2016; asimismo, en el año 2015 en un estudio observacional que se realizó en Lima-Perú se encontró que la frecuencia de cesáreas es de 35,5% (Ubillús & Jimenez, 2017).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico utilizado por el personal de enfermería, en forma precisa y sistemática; para poder dar solución a los problemas de salud y lograr la satisfacción del paciente; la misma que se realiza mediante un plan de cuidados y categoriza a la enfermería como ciencia. Martell (2017)

El profesional especialista en RPA es aquel que está dispuesto a verter todos sus conocimientos para proporcionar cuidados integrales ya que se encuentra capacitado de acorde con los avances tecnológicos y científicos con formación académica fundada en valores humanos, éticos, morales capaces de actuar con eficiencia y acciones específicas de acuerdo con el área.

Sanchez (2018) define a la preclampsia como un síndrome multisistémico de severidad variable la cual es una de las complicaciones más frecuentes y serias de la gestación". Se da en gestantes con embarazo mayor a las 20 semanas o hasta las dos semanas post parto, Se caracteriza por PA mayor o igual a 140/90mmhg, proteinuria mayor a 300mg/24h, creatinina sérica mayor a 30mg/mmol. Se clasifica en:

preclamsia sin signos de gravedad la cual se caracteriza por hipertensión mayor o igual a 140/90mmhg, se asocia a proteinuria, no afecta a órganos blancos, mientras que la Preclamsia con signos de gravedad se caracteriza por hipertensión arterial igual o mayor 160/110mmhg con o sin proteinuria y afecta a órganos blancos (Rojas & Villagomez., 2019). Según la Organización Mundial de Salud (OMS) se estima que las muertes maternas anuales son 70 000 y 500 000 muertes infantiles a causa de la preclamsia a nivel mundial (Sanchez, 2018).

La etiología de la preeclampsia existe diferentes factores entre genéticos, alimentarios, neurológicos o vasculares. El riesgo de padecer preeclampsia es mayor en mujeres que podría presentar alguna de las siguientes situaciones: embarazos múltiples, adolescentes, mayores de 40 años, hipertensión crónica y enfermedades renales. (Suarez, Veitia, Gutierrez, & et al, 2017)

La fisiopatología de la preeclampsia muestra una alteración en la expresión molecular de algunas citosinas y alteración en el complejo de histocompatibilidad HLA-G. en cuanto a la vasculatura de la placenta se presenta una serie de eventos que explica el desarrollo de esta patología, la presencia del tejido placentario es un trastorno propio del embarazo y en la mayoría de los casos se resuelve en los primeros días o semanas después de la expulsión de la placenta.

Cuando hay isquemia placentaria suele presentarse: cefalea, riesgo de convulsiones, alteraciones visuales, epigastralgia y restricción del crecimiento intrauterino. A la vez hay condiciones obstétricas que están asociadas con un desarrollo anormal placentario lo que predispone a la disminución de la irrigación placentaria por lo que aumenta el riesgo de preeclampsia. La enfermedad trofoblástica gestacional y embarazos múltiples son causas frecuentes para desarrollar esta patología (Pereira, Pereira, & Quirós, 2020)

El manejo de la preeclampsia sin criterios de severidad es cuando presentan la hipertensión de 140/90mmhg o menor de 160/110mmhg, Siendo el tratamiento definitivo la cesárea.

El manejo de la preeclampsia con criterios de severidad es cuando evoluciona hacia complicaciones graves tales como edema de pulmón, falla renal, encefalopatías hipertensivas con hemorragia cerebral, síndrome HELLP, los cuales pueden llevar a la muerte materno- fetal. Se debe administrar cristaloides y controlar la diuresis con sonda Foley y bolsa colectora, monitorización de la presión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria cada 15 minutos. Luego administrar sulfato de magnesio para prevenir convulsiones, se inicia con la dosis de ataque para posteriormente continuar con la dosis de mantenimiento en 24 horas post parto. La administración del sulfato de magnesio se suspenderá cuando depresión respiratoria, ventilación superficial o lenta, alteración del estado de conciencia y en este caso se administrará gluconato de calcio. En la administración de antihipertensivos se recomienda: Labetalol 20mg EV, Metildopa 500mg a 1000 mg VO. El Nifedipino 10 mg VO el cual no se recomienda por vía sublingual. (Lacunza & Santis, 2017)

La Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) es una unidad especializada en la recepción de pacientes que se encuentran en el postoperatorio inmediato con el fin de brindar cuidados de enfermería en forma integral, eficaz y segura, los que están orientados a prevenir complicaciones derivadas del acto quirúrgico hasta la recuperación de los efectos de la anestesia. La URPA está caracterizada por la atención a pacientes con alta complejidad. (Souza, Souza, Pereira, & et al, 2020).

METODOLOGIA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la herramienta que se utiliza para la gestión del cuidado del paciente; metodología que se emplea a través de sus 5 etapas para la administración de los cuidados. Utiliza un marco de valoración integral, que para el presente estudio utilizo el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon; para la formulación de los diagnósticos de enfermería hasta la evaluación utiliza la taxonomía NANDA I, NOC y NIC.

El estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el sujeto de estudio corresponde a paciente de 35 años, post cesareada por preeclampsia severa seleccionada a conveniencia de la investigadora. Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas, iniciando con la valoración donde se recolectaron los datos, luego del análisis crítico de los datos significativos se procedió con la formulación de los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II de NANDA I, para la planificación de los cuidados se utilizó la taxonomía NOC y NIC; luego de la ejecución de los cuidados de enfermería se pasó a la evaluación que se obtuvo por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

1. Datos generales

Nombre : S.Y.R.R
 Sexo : Femenino
 Edad : 35 años
 Días de atención de enfermería : un turno

Motivo de ingreso y diagnostico medico

Paciente mujer con iniciales SYRR, de 35 años ingresa por emergencia acompañada de su esposo, la Sra. Refiere presentar dolor de cabeza y dolor abdominal, a la evaluación médica presenta aumento de la presión arterial 145/90mmhg, movimientos fetales presentes, primer embarazo, por lo cual se realizan los exámenes prequirúrgicos para poder ser operada por emergencia. con Dx medico preoperatorio: Gestante de 38.5 semanas /trabajo de parto en fase aguda / Trastorno Hipertensivo del Embarazo: D/C de Preeclampsia.

F.V: PA: 145/90mmhg FC: 86 x min. FR: 17 x min. SAT O2: 98% T: 36.2 °C

2. Descripción de los patrones funcionales de salud

Patrón I: Percepción - Manejo de la Salud.

Paciente post operada inmediata por preeclampsia, debido a ello tiene indicación de mantener la sonda vesical permanente además de presentar vía periférica en ambos miembros superiores para su tratamiento respectivo, refiere que es su primer bebé, niega antecedentes de alguna enfermedad y alergias.

Patrón II: Nutrición - Metabólico

Paciente post cesareada con NPO por 6 horas, con piel y mucosas pálidas e hidratadas, T: 36.2 °C, Hb: 11.5 g/dl, abdomen blando depresible con herida operatoria en la zona supra púbica, cubierta con apósitos limpios y secos, presenta vía periférica permeable en ambos miembros superiores, en el miembro superior derecho está pasando ClNa 0.9% x 1000 + 20UI de oxitocina y vía salinizada en el miembro superior izquierdo, peso 73 kg, talla 1.55 cm, IMC: 30.4 (obesa).

Patrón III: Eliminación

Paciente post operada inmediata presenta escasos loquios sin mal olor, sonda Foley permeable con orina clara, diuresis de 150 cc y loquios 70cc en 4 horas.

Patrón IV: Actividad - Ejercicio

Paciente post operada inmediata se encuentra en cama con ausencia de movilidad de los miembros inferiores por efectos de la anestesia raquídea, con FC: 86 x minuto, PA: 145/90mmhg, FR: 17 x minuto, saturación de oxígeno 98%.

Patrón V: Sueño - Descanso

Paciente adulta joven post cesárea, se le observa intranquila por la falta de movilidad de los miembros inferiores, refiere estar cansada y tener mucho sueño.

Patrón VI: Cognitivo - Perceptivo

Paciente post operada se encuentra lucida, orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow 15 puntos, expresión facial de dolor, refiere “me duele mi herida” EVA 7/10. Se administra analgésicos según indicación médica el tramadol 100mg EV.

Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto

Paciente post operada se le observa inquieta por su salud, pregunta constantemente ¿señorita mi presión ya bajo?, ¿a qué hora veré a mi bebe?, refiere “no puedo mover mis piernas”, “estoy cansada, tengo mucho sueño”

Patrón VIII: Rol - Relaciones

Paciente es ama de casa, refiere estar casada y tener buena relación con su esposo.

Patrón IX: Sexualidad - Reproducción

Paciente post cesareada, refiere que es su primer bebe y no ha tenido abortos, refiere que su primera menstruación fue a los 15 años, antes de salir embarazada usaba métodos anticonceptivos.

Patrón X: Tolerancia al estrés

Paciente post operada sabe que su presión arterial esta aumentada por lo que se le observa inquieta por su salud, pregunta constantemente ¿señorita mi presión ya bajo?, está ansiosa por ver a su bebe, refiere estar cansada y tener sueño.

Patrón XI: Valores - Creencias

La paciente refiere ser católica.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnostica: NANDA (00132) Dolor agudo.

Dominio 12. Confort

Clase 1. Confort físico

Características definitorias: “me duele mi herida” EVA 7/10 y expresión facial de dolor.

Factor relacionado: agente lesivo físico.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico manifestado por “me duele mi herida” EVA 7/10 y expresión facial de dolor.

Segundo diagnostico

Etiqueta diagnostica: NANDA (00146) Ansiedad.

Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2. Respuestas de afrontamiento

Características definitorias: manifestado por “señorita no puedo mover mis piernas” ¿señorita mi presión ya bajo? ¿a qué hora veré a mi bebe?, “estoy cansada, tengo mucho sueño”

Factor relacionado: El estado de salud

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con el estado de salud manifestado por “señorita no puedo mover mis piernas” ¿señorita mi presión ya bajo? ¿a qué hora veré a mi bebe?, “estoy cansada, tengo mucho sueño”.

Tercer diagnostico

Etiqueta diagnostica: NANDA (00004) Riesgo de infección

Dominio 11. Seguridad / protección

Clase 1. Infección

Características definitorias: No tiene

Factor relacionado: Procedimientos invasivos: herida quirúrgica, sonda Foley, vía periférica en ambos miembros superiores.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección según lo evidenciado por alteración de la integridad cutánea por herida quirúrgica. Asociado a procedimientos invasivos: sonda Foley, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores

Planificación

Primer diagnóstico:

(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico manifestado por “me duele mi herida” EVA 7/10 y expresión facial de dolor.

Resultados esperados

NOC: (2102) Nivel del dolor

Indicadores:

210201 dolor referido

210206 expresiones faciales de dolor

210204 duración de los episodios del dolor

Intervenciones de enfermería:

NIC: (1400) Manejo del dolor

Actividades:

140001 realizar una valoración exhaustiva de dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad e intensidad.

140002 asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

140003 evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

140004 fomentar periodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor.

140005 disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, y falta de conocimientos)

140006 avisar al médico si las medidas no tienen éxito.

Segundo diagnóstico:

(00146) Ansiedad relacionado con el estado de salud manifestado por “señorita no puedo mover mis piernas” ¿señorita mi presión ya bajo? ¿a qué hora veré a mi bebe?, “estoy cansada, tengo mucho sueño”.

Resultados esperados

NOC: (1402) Autocontrol de la ansiedad

Indicadores:

140204 busca información para reducir la ansiedad

140216 ausencia de las manifestaciones de conducta de ansiedad.

140217 controla la respuesta de ansiedad.

Intervenciones de enfermería:

NIC: (5820) Disminución de la ansiedad

Actividades:

582001 animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

582002 hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro

582003 proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

582004 escuchar con atención

582005 identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Tercer diagnóstico:

(00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por alteración de la integridad cutánea por herida quirúrgica. Asociado a procedimientos invasivos: sonda Foley, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores.

Resultados esperados

NOC: (1924) Control del riesgo: Proceso infeccioso

Indicadores:

192426 identifica los factores de riesgo de infección

192402 reconoce las consecuencias asociadas a la infección

192405 identifica signos y síntomas de infección

190219 utiliza medidas de alivio

192414 utiliza precauciones universales

Intervenciones de enfermería:

NIC: (6540) Control de infecciones

Actividades:

654001 lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados.

654002 poner en práctica las precauciones universales.

654003 usar guantes estériles, si procede.

654004 asegurar una técnica adecuada para el cuidado de heridas.

Evaluación:

Referente a la evaluación se lograron resultados favorables en la paciente, como se menciona a continuación:

Dx 1: (00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico manifestado por “me duele mi herida” EVA 7/10 y expresión facial de dolor.

NOC: Nivel del dolor (2102). Puntuación de cambio: +2. Al evaluar se observó cambios en los indicadores, así tenemos:

210201 Dolor referido: se encontraba en sustancial, luego de las actividades realizadas se encontró en leve, obteniendo una puntuación de cambio de +2.

210206 expresiones faciales de dolor: se ubicaba en sustancial y al realizar las intervenciones de enfermería se encontró en leve, logrando una puntuación de cambio de +2.

210204 duración de los episodios de dolor: inicialmente se encontraba en sustancial y posteriormente de realizadas las actividades cambió a leve, consiguiendo una puntuación de cambio de +2.

Dx 2: (00146) Ansiedad relacionado con el estado de salud manifestado por “señorita no puedo mover mis piernas” ¿señorita mi presión ya bajo? ¿a qué hora veré a mi bebe?, “estoy cansada, tengo mucho sueño”.

NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402). Puntuación de cambio: +3. Al evaluar se observó cambios en los indicadores, así tenemos:

140204 busca información para reducir la ansiedad: se localizaba en un inicio en nunca demostrado y luego de las intervenciones de enfermería cambio a frecuentemente demostrado, obteniendo como puntuación de cambio de +3.

140216 ausencia de las manifestaciones de conducta de ansiedad. Se localizaba al principio en raramente demostrado y luego de los cuidados realizados cambio a frecuentemente demostrado, logrando una puntuación de cambio de +3.

140217 controla la respuesta de ansiedad. se localizaba en raramente demostrado y luego de las actividades administradas se encontró en frecuentemente demostrado, consiguiendo así una puntuación de cambio de +3.

Dx 3: (00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por alteración de la integridad cutánea por herida quirúrgica. Asociado a procedimientos invasivos: sonda Foley, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores

NOC: Control del riesgo: proceso infeccioso (1924). Puntuación de cambio: +2. Al evaluar se observó cambios en los indicadores, así tenemos:

192426 identifica los factores de riesgo de infección: se encontró inicialmente en raramente demostrado y luego de la administración de las actividades cambio a frecuentemente demostrado, obteniendo una puntuación de cambio de +2

192402 reconoce las consecuencias asociadas a la infección: se encontraba en raramente demostrado y luego de las actividades administradas se encontró en frecuentemente demostrado, logrando una puntuación de cambio de +2

192405 identifica signos y síntomas de infección: se encontró en nunca demostrado y posterior a las actividades de enfermería cambio en a veces demostrado, cambiando a una puntuación de cambio de +2

192414 utiliza precauciones universales: se encontraba en la a veces demostrado y luego de las actividades administradas se encontró en siempre demostrado, alcanzando una puntuación de cambio de +2.

RESULTADOS

Después de la recolección de datos, se identificaron 8 patrones alterados: Percepción manejo de la salud, Nutrición metabólico, Eliminación, Actividad ejercicio, Sueño descanso, Cognitivo perceptivo, Auto percepción autoconcepto y Tolerancia al estrés, de estos se priorizaron 3. Seguidamente del análisis crítico de los datos recolectados se formularon 8 diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II de NANDA Internacional, siendo priorizados los 3 primeros diagnósticos según riesgo de vida: Dolor agudo, Ansiedad y Riesgo de infección, seguidamente se pasó a la planificación de las intervenciones de enfermería con sus actividades respectivas; para ello se utilizó las taxonomías NOC y NIC. Después de la ejecución de las actividades se realizó la evaluación cualitativa de los indicadores, así como la diferencia de puntuaciones logrando como puntuación global para cada resultado +2, +3 y +2.

DISCUSION

1er diagnostico:

1.Dolor agudo

El dolor agudo es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a daño tisular que puede ser real o potencial cuyo inicio puede ser de forma repentina o lento con intensidad variable y cuya duración es hasta 3 meses. (herdman, 2018-2020)

A la vez, (Espinoza, 2019) refiere que la Organización Mundial (OMS,2007) reconoce el dolor, como un importante problema pública mundial. En 2007, la OMS identifico la necesidad de un tratamiento mejorado y estandarizado del dolor agudo. Debe señalarse que el dolor es más que simplemente un síntoma. Es una comorbilidad grave que afecta e influye en las respuestas de los pacientes al tratamiento médico y quirúrgico, con consecuencias tanto sobre la evolución clínica como sobre la calidad de vida.

El dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable, cuya causa del dolor agudo se puede determinar rápidamente y con el tratamiento de analgésicos, se alivia. La duración del dolor agudo es de segundos, minutos, días o algunas semanas, desapareciendo cuando la afección que lo originó cumple su período normal de sanación. (Perez, Aragon, & Torres, 2017)

Asimismo, el manejo del dolor en una paciente post operada de cesárea es importante ya que no solo disminuirá el dolor sino también el riesgo de complicaciones (Domke, Contreras, Contreras, & et al, 2018)

La paciente en estudio presenta dolor agudo debido a la intervención que se le realizó como fue la cesárea. La herida operatoria es la causante de la liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes. Así mismo son las responsables de la estimulación de los meca nociceptores, liberando sustancias responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio. Esta liberación de sustancias activa a los mecanismos de sensibilización periférica y central, por lo que da respuestas sensitivas.

El manejo inadecuado del dolor post cesárea puede afectar de forma relevante al bienestar de la madre; esto es debido a que la existencia de dolor puede ocasionar efectos negativos en diferentes sistemas del organismo, como el cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, asimismo de efectos sobre el sistema nervioso central

En el estudio realizado por (Menacho, 2020) titulado “Cuidado de enfermería en pacientes prosperados de cesárea con preeclampsia en la Unidad de Recuperación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2020”, encontró diez diagnósticos de enfermería el cual priorizo déficit de volumen de líquido R/C perdida activa de volumen de líquido. Sin embargo, el dolor agudo fue el tercer diagnostico identificado q se dio atención paralela a los cuidados sugeridos al primer diagnóstico.

A diferencia de (Nolasco, 2019) en el estudio titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por preeclampsia en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018”, menciona que, la cesárea es una experiencia que genera dolor, encontrando dentro de sus diez diagnósticos como primero al dolor agudo.

Por otro lado, (Anaya, 2019) en su trabajo titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018” Encontró cinco diagnósticos de enfermería dando prioridad al dolor agudo.

Así mismo, (Pezantes, 2018) refiere que priorizo al dolor agudo dentro de sus doce diagnósticos encontrados en su trabajo titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesareada por preeclampsia severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima,2018”.

Según la taxonomía II de NANDA I, el dolor agudo tiene como factores relacionados: Agentes biológico, agentes químicos, agentes físicos y agentes psicológicos. En caso de la paciente el factor relacionado es el agente físico dado por la herida operatoria reciente la que ocasiona el dolor agudo. El cual es una respuesta fisiológica normal y es consecuencia del traumatismo quirúrgico lo que es detectado por los receptores sensoriales o los nociceptores que son las terminaciones nerviosas lo que responden al estímulo desarrollando el dolor después de una injuria aguda (Zegarra, 2017)

En el caso de la paciente en estudio el factor relacionado es la herida operatoria reciente; como es conocido cuando existe una injuria tisular da como consecuencia al dolor agudo que resulta de la activación de los estímulos nociceptores el cual es convertido en señal eléctrica y responden a diferentes noxas. Los neurotransmisores permiten cambios periféricos que son reconocidos como dolor.

Para el problema del dolor agudo se consideró la intervención Manejo del dolor, resaltando las siguientes actividades:

- Se realizó la valoración exhaustiva del dolor que incluyo la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad e intensidad. Así mismo Según (Delgado, Ramirez, & Capdevilla., 2018) La

valoración del dolor es la técnica mediante el cual se busca conocer la causa, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente para el alivio o disminución a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente. Lo que se realiza con la finalidad de obtener información subjetiva por parte del paciente, con manifestaciones verbales o escritas. Obteniendo información objetiva mediante la observación de la conducta de la paciente con dolor, también se usa instrumentos para medir el dolor como la escala visual analógica del dolor (EVA). Para luego administrar la terapia farmacológica y/o no farmacológica. Dicha actividad se realizó con la paciente en estudio con el fin de identificar el nivel de dolor para poder dar el tratamiento respectivo. La paciente refería que le duele la herida, con una puntuación según EVA 7/10, además de expresión facial de dolor. Por lo que se procedió a la administración de su analgésico prescrito para luego valorar si disminuyó la intensidad del dolor.

- La paciente recibió los cuidados analgésicos correspondientes. Según (Salazar, Torres, Siles de la Portilla, & et al, 2015) El uso racional de medicamentos corresponde a la administración adecuada de la medicación según las necesidades clínicas de los pacientes, es decir, durante un periodo apropiado, en dosis adecuadas y al menor costo posible. En caso de la paciente de estudio se administró el tramadol que es un analgésico de acción central que se utiliza con mucha frecuencia en pacientes post operados, como es el caso de la paciente que es post cesareada.

- Se evaluó la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa, se realizó mediante la valoración de la Escala visual analógica del dolor. (Vicente, Delgado, Bandres, & et al, 2017) refiere que esta escala nos permite medir la intensidad del dolor que radica en una línea horizontal de 10 centímetros y en los extremos se encuentran las expresiones de dolor que van desde ausencia de dolor a muy intenso, ubicándose al lado izquierdo la ausencia o menor intensidad y al lado derecho la mayor intensidad. Donde se solicita al paciente que indique la intensidad del dolor que presenta y la valoración es: dolor leve cuando el dolor puntúa menos de 3, dolor moderado cuando la puntuación esta entre 4 y 7 finalmente el dolor es severo cuando la puntuación es superior a 8.

La paciente refirió disminución de dolor luego de la administración del analgésico según EVA 1/10.

- Se Fomentó periodos de descanso/sueños adecuados para facilitar el alivio del dolor. Ya que según (Acosta, 2019) hace referencia que el dormir contribuye a la liberación de sustancias propias de la fase de anabolismo tisular, las cuales promueven a la segregación de analgésicos endógenos, que conocemos como endorfinas. Al seguir estas recomendaciones, le estamos mandando una señal a nuestro cerebro de que debe descansar y predominan los sistemas de regeneración tisular, por lo que el sueño tendrá un efecto de alivio del dolor en el organismo y ayudará a mejorar el dolor.

- Se disminuyó los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor como el miedo, fatiga, y falta de conocimientos. Según (Perez, Villalobos, Aguayo, & Guerrero, 2006) las intervenciones no analgésicas como las intervenciones ambientales tienen amplia aplicación en el tratamiento del dolor disminuyendo los estímulos nociceptivos por activación de sistemas de modulación descendentes del dolor. dichas estrategias conductuales proporcionan la estimulación de fibras sensoriales largas, no transmisoras del dolor, para bloquear el impulso nociceptivo a lo largo de las fibras ascendentes o activando las vías opioides y no opioides, para disminuir la transmisión del dolor. esta intervención además puede activar sistemas de atención y estimulación que a su vez modulan el dolor. las intervenciones ambientales o conductuales también modifican las reacciones del dolor al impedir la hiperalgesia inducida por el temor, la ansiedad o el efecto negativo. el propósito de esta estrategia no farmacológica fue incrementar la comodidad y disminución del dolor.

- Se comunicó al médico sobre las medidas aplicadas para la disminución del dolor. Esta actividad se realizó con el propósito de indicar la acción del tratamiento farmacológico utilizado para disminuir el dolor de la paciente en forma eficaz y eficiente, puesto que la acción fue efectiva.

2. Ansiedad

La ansiedad es el sentimiento de miedos o preocupaciones a situaciones desconocidas e inespecíficos, además de ser una señal de alerta que anticipa un peligro inminente lo que hace que la persona tome medidas para afrontar la amenaza. (herdman, 2018-2020)

Define a la ansiedad como la respuesta automática frente a la sensación de amenaza cuyo origen no es conocido por la persona (Alayo, 2019).

También refiere que la Ansiedad es un estado a una reacción de nuestro cuerpo y estos presentan pensamientos perturbadores, molestos y preocupaciones, aumentando la actividad del sistema nervioso autónomo; por otro lado, la Ansiedad se da como respuesta a situaciones amenazantes y muchas veces logrando ser perennes en la persona (Aristondo, 2018).

La paciente de estudio presenta ansiedad la cual es una reacción emocional que exteriorizando preocupación de su estado de salud por lo que pregunta constantemente si su presión ya bajo, debido a que le realizaron la cesárea por presentar preeclampsia. También pregunta continuamente sobre su bebe y a qué hora podrá verlo. Ambas situaciones hacen que presente ansiedad en donde hay un mecanismo de activación del cuerpo humano, el que está encargada de dicha función es el Sistema Nervioso Autónomo el cual transportan información a través de las neuronas sensitivas y las neuronas motoras que conducen impulsos nerviosos desde el Sistema Nervioso Central hacia el musculo liso, el musculo cardiaco y glándulas. El Sistema Nervioso Autónomo se divide en Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático, el Sistema Nervioso simpático es el que se encarga de activar al cuerpo para una acción y produce la energía que es necesaria, liberando adrenalina y noradrenalina las que producen una respuesta y así experimentando ansiedad.

En el estudio realizado por (Menacho, 2020) titulado “Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de cesárea con preeclampsia en la unidad de recuperación del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2020”, encontró diez diagnósticos de enfermería el cual tuvo en tercer lugar al diagnóstico de riesgo de ansiedad.

Por otro lado, en el estudio realizado por (Anaya, 2019) titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018”, encontró diez diagnósticos de enfermería el cual tuvo como cuarto diagnostico a la ansiedad.

En el estudio realizado por (Camones, 2018) titulado “Cuidado de enfermería en: Pacientes con Preeclampsia”, encontró seis diagnósticos de enfermería el cual tuvo como último diagnostico a la ansiedad.

Además, en el estudio realizado por (Pezantes, 2018) titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente postoperada por preeclampsia severa de la Unidad de recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018”, encontró doce diagnósticos de enfermería el cual considero como tercer diagnostico a la ansiedad.

En la taxonomía II de NANDA I, la ansiedad considera como factores relacionados a.:

Amenaza de muerte, al concepto de sí mismo, para el estado de salud, para el estado socioeconómico, de cambio de rol, al medio ambiente, cambio de los patrones, crisis situacionales o de maduración, transmisión y contagio interpersonal, necesidades no cubiertas.

Cambios en: la situación económica, el entorno, el estado de salud, las funciones del rol, amenaza de la muerte, crisis situacionales y estrés.

En el caso de la paciente en estudio el diagnóstico es ansiedad y su factor relacionado es el estado de salud. Debido a que la paciente sabe que le realizaron la cesárea por presentar preeclampsia que es una complicación del embarazo y se caracteriza por aumento de la presión arterial y si no se controla puede causar daño a otros órganos como es el hígado, los riñones y desencadenar en complicaciones graves e incluso mortales. Debido a que le preocupa su estado de salud es lo que le conlleva presentar ansiedad.

Para lograr Intervenciones de enfermería que es Disminución de la ansiedad, se realizaron las siguientes actividades.

- Al paciente en estudio se le animo a manifestar sus sentimientos o miedos que presentaba para poder ayudarla dándole información sobre lo que no sabe y lo que le ocasiona ansiedad, de esa manera logramos disminuir la ansiedad. Adicionalmente, esta actividad ayuda mucho a combatir la ansiedad ya que, tal como agrega (Sanchez & Mejia, 2020), Cuando las personas son sometidas a estados de incertidumbre se requiere saber lo que puede pasar, tener claro el futuro para saber qué hacer y cómo enfrentarlo y de esa forma anticiparnos a lo que puede ocurrir, la presencia de la muerte obliga a las personas a reaccionar de diversas maneras, pero con mucha más fuerza genera ansiedad.

- Al acercarnos amablemente a la paciente logramos que nos tenga más confianza y pueda manifestarnos todas las dudas que tenga. Según él (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018) es una técnica psicológica para reducir la sintomatología ansiosa del paciente, se recomiendan: Técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva, de terapia interpersonal y un sutil acercamiento profesional.

- Escuchamos con atención, Según el Instituto de lingüística, 2012 citado por (Pezantes, 2018), Hace referencia que al escuchar activamente nos va a permite desarrollar un ambiente de confianza y libertad para sentirse comprendidos y afirmados. Adicionalmente, (Vilchez, 2019) agrega que las frases de escucha ya emiten en el inicio y es el paciente el que se explaya, debemos escuchar el tiempo necesario según lo que tenemos para dar y saber interrumpir según lo adecuado para direccionar la entrevista. Los pacientes a veces se mejoran solo al ser escuchados.

- Identificamos los cambios en el nivel de ansiedad. Para poder evaluar la intensidad o el nivel de ansiedad se usó la escala de Hamilton el cual presenta 14 ítems que es de 0-5 no ansiedad, de 6-14 es ansiedad leve y mayor a 15 e ansiedad moderada a grave. Nuestra paciente en estudio presento ansiedad leve. Por ello, (Hamilton, 2019) nos dice que la Escala de Hamilton para la Ansiedad, es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Por lo que, no es un instrumento diagnóstico, sino que valora los momentos de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados como ansiosos.

3. Riesgo de infección

Es cuando la persona está susceptible a la presencia y multiplicación de los gérmenes que pueden ser bacterias, virus, hongos u otros microorganismos los cuales pueden comprometer la salud. (herdman, 2018-2020)

(Espinoza, 2019) define al riesgo de infección, como el estado en que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogénico (virus, hongos, bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas.

El riesgo de infección se presenta cuando se rompen las barreras defensivas de la piel, por lo que se deben tomar las medidas preventivas para evitar las infecciones (Alayo, 2019).

Además, el riesgo de infección en pacientes post cesárea es mayor en comparación a partos por vía vaginal en relación de 5 a 10 veces mayor, a pesar del avance de la ciencia donde los medicamentos son más potentes sigue siendo la infección la causa principal de morbilidad en estos pacientes (Frias, Dalmau, Rodriguez, Frias Leyva, & Leyva, 2016).

Hay Riesgo de infección ya que la paciente en estudio se encuentra propensa a desarrollar infección debido a la herida quirúrgica y a los procedimientos invasivos que se le realizaron tales como la colocación de sonda Foley y el catéter periférico, por lo que es susceptible a ser invadida por microorganismos a través de dichos dispositivos médicos o por la herida quirúrgica. En consecuencia, una buena práctica en los cuidados de enfermería es esencial para la disminución de las infecciones, adecuando los cuidados a las características individuales de los pacientes a fin de garantizar la mejor práctica, minimizando los riesgos que de toda técnica invasiva. Esta buena práctica debe incluir la necesaria educación sanitaria que debe realizar el profesional de enfermería a los pacientes portadores de sonda vesical, catéter periférico o herida operatoria a fin de evitar los factores de riesgo y mejorar las condiciones de vida y salud.

En el estudio realizado por (Menacho, 2020) titulado “Cuidados de enfermería en pacientes post operados de cesárea con preeclampsia en la unidad de recuperación del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2020”, encontró diez diagnósticos de enfermería el cual tuvo en séptimo lugar al diagnóstico de riesgo de infección.

(Espinoza, 2019) en su tesis titulado “Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente con cesárea por pelvis estrecha en el servicio de gineco obstetricia de un hospital de huacho, 2018”, encontró siete diagnósticos de enfermería el cual tuvo tercer diagnostico a riesgo de infección.

En la tesis titulado “Cuidado de enfermería en paciente con preeclamsia”, encontró seis diagnósticos de enfermería el cual tuvo como cuarto diagnostico al riesgo de infección. (Camones, 2018)

En la taxonomía II de NANDA I, se considera al riesgo de infección a los siguientes factores de riesgo: Defensas primarias inadecuadas (lesiones en la piel, tejido traumatizado, disminución de la acción ciliar, éxtasis de líquidos corporales), Defensas secundarias inadecuadas (disminución del nivel de hemoglobina, leucopenia, inmunosupresión), Inmunidad adquirida inadecuada, Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

Enfermedad crónica, Procedimientos invasivos, Agentes farmacológicos y traumatismos, Rotura de membrana amniótica, Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.

En el caso de la paciente como factores de riesgo presento alteración de la integridad cutánea por herida quirúrgica. Asociado a procedimientos invasivos: sonda Foley, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores

En caso de la paciente en estudio los factores de riesgo son alteración de la integridad cutánea por herida quirúrgica. Asociado a procedimientos invasivos: sonda Foley, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores. Los que ocasionan un potencial riesgo de infección. según (Garay, 2017) refiere que el origen de infecciones consiste en gérmenes que colonizan e invaden al organismo por diferentes vías tales como: catéteres vasculares, sondas, cánulas, drenajes, heridas quirúrgicas, procedimientos endoscópicos, sonda urinaria y otros. Los métodos invasivos como la inserción de catéteres vasculares y sondas urinarias han sido asociados al desarrollo de bacteriemias. La vigilancia es una de las herramientas para la prevención de infecciones asociadas a la atención en Salud.

Asimismo (Montenegro & Diaz, 2016) las infecciones del tracto urinario representan el 92% en pacientes cateterizados, estableciendo así la segunda o tercera causa de infecciones nosocomiales, ocasionando un importante impacto sobre la morbimortalidad asociados al proceso de atención.

Para la realización de las intervenciones de enfermería: Control de infecciones se realizaron las siguientes Actividades:

- Se realizó el lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados. Debido a que según (Hurtado & Sánchez., 2020) refiere que el lavado de manos es muy importante para disminuir la transmisión de infecciones tanto por parte del personal médico como de enfermería. Por tal motivo el lavarse las manos pone de barrera a la diseminación bacteriana y así se previene las infecciones de los pacientes. En el caso de nuestra paciente se realizó el lavado de manos durante los cinco momentos: antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente. Adicionalmente, (Villalobos, 2020) nos dice que el lavado de manos previene además la contaminación cruzada y propagación de patógenos a través de estos.

- Se puso en práctica las precauciones universales. Según Vera (2020), las precauciones universales los cuales son universalidad, uso de barreras y medidas de eliminación de material contaminado, todo ello son procedimientos destinados a disminuir el riesgo de la transmisión de enfermedades infectocontagiosas al equipo de salud multidisciplinario. También, (Childcare Healthline, 2018) refiere que las precauciones universales es el término utilizado en los lineamientos redactados por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades en la década de los años 80 para reducir el contagio de infecciones a los profesionales de la salud y los pacientes en centros de atención médica.

- Se uso guantes estériles, según (Bellido, 2018) refiere que obtuvieron como resultados que la utilización de guantes disminuye de manera importante el riesgo de infecciones cruzadas entre el personal de salud y el paciente. Además, (Servicio de salud, 2018) refiere que se debe quitar los guantes inmediatamente después del uso, antes de tocar material no contaminado y superficies ambientales y antes de atender a otro paciente. Lavarse las manos inmediatamente para evitar transmitir microorganismos a otros pacientes o al entorno.

- Se logro asegurar una técnica adecuada para el cuidado de heridas. Para (Muñoz, Ballesteros, Escanciano, & et al, 2016) el primer paso es la limpieza de las heridas el cual es el más importante, por lo que la limpieza se debe realizar siempre antes de cada curación, con suero salino a una presión suficiente para arrastrar restos de la curación anterior, tejidos necróticos, etc. Pero, que no produzca daño en la herida. Después de la limpieza, la herida se tiene que secar con mucho cuidado y siempre por presión.

CONCLUSIONES

Se concluye que el objetivo de administrar un proceso de intervención de cuidado a paciente post cesareada por preclamsia en la unidad de recuperación posanestésica se logró realizar satisfactoriamente.

Después de las intervenciones realizadas se obtuvo como resultado una puntuación de cambio de +2, +3 y +2.

El empoderamiento del especialista de la Unidad de Recuperación Posanestésica es importante ya que fortalece sus capacidades para atender la condición del paciente que requiere vigilancia continua por parte del profesional especialista.

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas, iniciando con la valoración donde se recolectaron datos, luego del análisis crítico de los datos significativos se procedió con la formulación de los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II de NANDA I, para la planificación de los cuidados se utilizó la taxonomía NOC y NIC.

REFERENCIAS

1. Acosta. (2019). SUEÑO, MEMORIA Y APRENDIZAJE. National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health, Bethesda, USA, 79(29-32). doi:<https://www.medicinabuenaosaires.com> > s3-Acosta
2. Alayo, H. (2019). Efecto del Programa: cuidando mi salud en el nivel de información y ansiedad en gestantes programadas para cesárea. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
3. Anaya, P. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018. Huacho: Universidad Peruana Unión.
4. Aristondo, J. (2018). Niveles de ansiedad en los alumnos de arquitectura de una universidad privada. Lima: Universidad Ricardo Palma.
5. Bellido, J. (2018). Efectividad del uso de guantes dobles comparado al uso de guantes simples en hospitales para disminuir lesiones percutáneas e infecciones cruzadas en el personal de salud. Lima: Universidad Norbert Wiener.
6. Bernal, C., & Escobedo, C. (2018). Cesárea: Situación actual y factores asociados en México. *Salud Quintana Roo*, 28-33.
7. Bernal-García, C. (2018). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *salud quintana roo*, 11, 28-33.
8. Camones, J. (2018). Cuidados de enfermería en: "Pacientes con preeclampsia". Lima: Universidad Inca Garcilazo de las Vegas.
9. Carvalho, C. F. (2020). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*, 16, 48.
10. Childcare Healthline, (18 de Julio de 2018). CCHP. Obtenido de https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/StandardPrecSP_071807_adr.pdf
11. Delgado, V., Ramírez, B., & Capdevilla. (2018). Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas. *Revista Peruana de Psicología*, 25(4). doi:10.20986/resed.2018.3632/2017
12. Domke, R., Contreras, V., Contreras, F., & et al, (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista Children Obstetrice Gynecology*, 635 - 642.
13. Enrique Guevara Ríos, L. M. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 385-393.
14. Espinoza, A. (2019). Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente con cesárea por pelvis estrecha en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018. Lima: Universidad Peruana Unión.

15. Frias, N., Dalmau, N., Rodriguez, L., Frias Leyva, N., & Leyva, L. (2016). Infección del sitio quirúrgico poscesárea. *MEDISAN*, 20, 596-603.
16. Garay, Z. (2017). Infecciones asociadas a procedimientos invasivos. Hospital de alta complejidad, Paraguay en el 2015. *Rev. cient. estud. investi*, 6(1). doi:<https://doi.org/10.26885/rcei.6.1.7>
17. Gonzales, I. (2013). La cesárea. *Revista Digital de Iconografía Medieval*, 5(10), 1-15. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/621-2013-12-14-03>
18. Hamilton, M. (2019). Escala para la ansiedad. *Br J Med Psychol, Gestalt.CI*. Obtenido de <https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/Hamilton-instructivo.pdf>
19. Hurtado, & Sanchez. (2020). Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones. *MediSur*, 18(3). doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300492&lng=es&tlng=es.
20. Lacunza, R., & Santis, F. (2017). Sulfato de magnesio y el cerebro en la preeclampsia. *Revista Peruana Ginecologica Obstetra*, 235-241.
21. Martell, L. (2017). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.*, 35(4).
22. Martorell, L. d. (2019). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2019;35(4): a_1054, 1054.
23. Menacho, J. (2020). Cuidados de enfermería en pacientes posoperados de cesárea con pre-eclampsia en la unidad de recuperación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2020. Callao: Universidad Nacional Alcides Carrion.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo, (08 de Octubre de 2018). Guia salud. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
25. Montenegro, T., & Diaz, F. (2016). Infecciones intrahospitalarias del tracto urinario en servicios críticos de un hospital público de Chiclayo, Perú (2009-2014). *Acta Médica Peruana*, 33(3). doi: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300004&lng=es&tlng=es.
26. Muñoz, A., Ballesteros, M., Escanciano, I., & et al, (2016). Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. Madrid: Comunidad de Madrid.
27. Nolasco, M. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por preeclampsia en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018. Lima: Universidad Peruana Union.
28. Pereira, J., Pereira, Y., & Quirós, F. (2020). Actualizacion en Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), 340.
29. Perez, A., Aragon, N., & Torres, L. (2017). Dolor postoperatorio: ¿Hacia dónde vamos? *Revista Soc Esp Dolor*, 1-3.
30. Perez, R., Villalobos, E., Aguayo, K., & Guerrero, M. (2006). Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Revista Cubana de Pediatría*, 78(3). doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000300008&lng=es&tlng=es.
31. Pezantes, E. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente poscesareada por preeclampsia severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. Lima: Universidad Peruana Union.
32. Rojas, & Villagomez. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Eugenio Espejo*, 13(2), 79-91.

33. Salazar, A., Torres, L., Siles de la Portilla, A., & et al, (2015). Efecto analgésico y sobre la neuroconducta de la interacción entre tramadol y diclofenaco en dosis escalonada en ratones. *Acta Médica Peruana*, 32(2). doi: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000200004&lng=es&tlng=es.
34. Sánchez, H., & Mejia, K. (2020). Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el Covid - 19. Lima: Universidad Ricardo Palma.
35. Sánchez, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3, 8-12.
36. Servicio de salud, (03 de Enero de 2018). Huca. Obtenido de <http://www.hca.es/huca/web/documentos/pue.pdf>
37. Souza, J., Souza, G., Pereira, I., & et al, (2020). Análise do grau de dependência de cuidados de enfermagem em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 89-102.
38. Suares, Veitia, Gutiérrez, & et al, (2017). Condiciones maternas y resultados perinatales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43, 1-12.
39. Ubillús, B., & Jiménez, L. (2017). Entorno a las cesáreas en el Perú: ¿Solo son un problema de cifras? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 659 - 660.
40. Ubillus, L. E. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63, 659-660.
41. Vicente, M., Delgado, S., Bandres, F., & et al, (2017). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228 - 236. doi:10.20986/resed.2018.3632/2017
42. Vilchez, S. (2019). Abordaje del paciente y sus familiares: Algo más que la relación médico - paciente. *Revista Social Peru Medicina Interna*, 1 - 4.
43. Villalobos, M. (2020). Covid 19: La importancia del lavado de manos y otras prácticas para la manipulacion de alimentos. *Revista Hispana Ciencia de la Salud*, 233 - 235.
44. Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peruana*, 24(2). doi: <http://www.scielo.org.pe> > scielo

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.