

Original

Care of the postpartum patient after premature rupture of membranes.

Cuidados en paciente postcesareada por ruptura prematura de membranas.

Maruja Morales-Amao¹, Yaquilina Morales-Romaní¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales Garcia¹.

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

· Citar como: Morales-Amao M, Morales-Romaní Y, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Care of the postpartum patient after premature rupture of membranes. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovation. 2024;2:201.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 18-12-2023

Aceptado: 20-12-2023

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, premature rupture of membranes (PROM) represents between 8 and 10% of pregnancies, being common the conclusion of the same in a cesarean section, through which the fetus is extracted through the abdominal route, this can generate complications such as acute postoperative pain in the incision area. **Objective:** To expose the nursing care in a post-cesarean patient due to PROM. **Methodology:** Qualitative clinical case research, represented by a 31-year-old patient selected for convenience. The assessment method is the nursing care process and the data collection instrument is constituted by the 11 patterns of Marjory Gordon. **Results:** Eight nursing diagnoses were identified, of which acute pain R/C, physical injurious agent (surgical procedure) secondary to severe oligohydramnios and/or operative wound, gesture of pain, VAS 8 was selected as the main one. From the main diagnosis, nursing interventions were proposed taking into account the NOC and NIC taxonomy. Likewise, the main CR, uterine atony, still has no clear results, since the risk will continue in the following hours. **Conclusions:** Nursing care had a favorable effect on altered functional patterns, achieving an optimal score according to the NANDA, NIC and NOC taxonomy. However, the patient remains hospitalized to continue providing nursing care, favoring the recovery of her health. However, the outcome of the interventions in the main CR remains to be determined.

Key words: Nursing care process, post-cessation, premature rupture of membranes

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la ruptura prematura de membranas (RPM) representa entre el 8 y 10% de los embarazos, siendo común la conclusión de los mismo en una cesárea, mediante el cual se extrae al feto a través de la vía abdominal, esto puede generar complicaciones como el dolor agudo postoperatorio en la zona de incisión. **Objetivo:** Exponer los cuidados de enfermería en paciente postcesareada por RPM. **Metodología:** Investigación cualitativa de caso clínico, representado por paciente de 31 años seleccionada por conveniencia. El método de valoración es el proceso de atención de enfermería y el instrumento de recolección de datos está constituido por los 11 patrones de Marjory Gordon. **Resultados:** Se identificó ocho diagnósticos de enfermería, de estos se seleccionó como principal al dolor agudo R/C agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severo e/p herida operatoria, gesto de dolor, EVA 8. A partir del diagnóstico principal, se plantearon intervenciones de enfermería tomando en cuenta la taxonomía NOC y NIC. Asimismo, el RC principal, atonía uterina, aún se encuentra sin resultados claros, debido a que el riesgo continuará en las siguientes horas. **Conclusiones:** Los cuidados de enfermería tuvieron efecto favorable en los patrones funcionales alterados, logrando alcanzar una puntuación óptima de acuerdo con la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Sin embargo, la paciente queda hospitalizada para continuar la provisión de cuidados de enfermería, favoreciendo la recuperación de su salud. Sin embargo, aún queda por determinarse el resultado de las intervenciones en el RC principal.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, postcesareada, ruptura prematura de membranas.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 40% de los partos prematuros son antecedidos por la ruptura prematura de membranas. Pero, aunque es un problema frecuente, su importancia radica no tanto en la prevalencia sino en las complicaciones que conlleva para la madre y el recién nacido.

La ruptura prematura de membranas suele presentarse de forma espontánea previo al trabajo de parto. Se considera que el período de latencia transcurre desde la presentación de la ruptura hasta la culminación de la gestación. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo con la posibilidad o no de terminación del embarazo. (M Lugones Botell 2010).

En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13%. (Fajardo & Henríquez, 2020).

A nivel de Sudamérica, se registra que 1 de 8 nacimientos son catalogados como prematuros, teniendo como principal causa, a la ruptura prematura de membranas (Marquina, 2018). En el caso de Latinoamérica, se considera que los casos nuevos se presentan de 5.7 a 8.9%, aunque en el Perú, esta cifra puede alcanzar el 13.6%. Sin embargo, la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Perú señala que los casos nuevos anuales oscilan de 2 a 4%. Aproximadamente 30 a 40% de partos prematuros se relacionan con RPM.

A nivel del Hospital Edgardo Rebagliati EsSalud se reporta anualmente un 7% de partos prematuros; el Hospital María Auxiliadora de Lima identificó una incidencia de 15.7% de RPM en un total de 1523 partos atendidos. En el Instituto Especializado Materno Perinatal se registró 10.1% de casos de RPM; mientras que, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la cifra alcanzó el 62.4%, hallándose como principales factores de riesgo a la infección cervicovaginal (42.2%) e infección urinaria (31.2%). Finalmente, en el Hospital Guillermo Almenara, la ruptura prematura de membranas constituye la segunda complicación más frecuente del embarazo, con una incidencia de 11.2% (Ramos, 2020).

Por otro lado, en una investigación realizada a nivel del Hospital Regional de Ayacucho se calculó que la RPM se presentaba en el 2% de casos siendo los factores de riesgo asociados la infección al tracto urinario (77.8%) e infecciones cervicovaginales (58.3%).

Dentro de los principales factores de riesgo de la madre se encuentran la edad materna menor de 20 años, paridad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, infecciones de vías urinarias, control prenatal deficiente, antecedentes patológicos obstétricos (Mullisaca, 2018).

La ruptura originaria en las membranas fetales que se da en el parto ha desarrollado una debilidad generalizada por causas de las contracciones uterinas, por medio de un estudio microscópico de las membranas ovulares se pudo constatar una zona de morfología alterada extrema que se visualiza como un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular originando un tipo desorden del colágeno, edema y un enflaquecimiento de la capa trofoblástica y decidua, hay muchos agentes infecciosos que pueden provocar la activación de mecanismos que ocasionen la alteración asistiendo en la ruptura antes de que inicie el parto (Fajardo & Henríquez, 2020).

En los casos de embarazo a término y que presentan ruptura prematura de membranas, previo al inicio del trabajo de parto, se sugiere inducir el trabajo de parto tan pronto como sea posible, a menos que haya contraindicaciones para el parto o el parto vaginal, en cuyo caso el parto por cesárea se realiza tan pronto como sea posible. Estas acciones disminuyen el riesgo de complicaciones tales como la infección para la madre y el neonato u otros como el desprendimiento prematuro de placenta o prolapso de cordón que surgen en un tratamiento expectante.

La ruptura prematura de membranas no dispone de un tratamiento farmacológico, pero debe evaluarse el riesgo beneficio de posponer el parto con el fin de favorecer la maduración fetal. Si bien es cierto, no existe estrategia adecuada, cuando se percibe signos de infección se debe indicar el parto inmediatamente. En caso no fuera así, se puede posponer el parto hasta alcanzar la madurez pulmonar fetal o esperar el inicio espontáneo del parto. Es recomendable el proceso de inducción a partir de las 34 semanas de edad gestacional.

Si no se tiene claridad en el manejo, se procede a estudiar el líquido amniótico (obtenido mediante amniocentesis o vía vaginal) para evaluar la madurez pulmonar fetal y decir un adecuado plan terapéutico; sin embargo, el protocolo de medicamentos incluye antibioticoterapia para prevención de la infección tanto para madre niño, cuando los casos son severos la cesárea es el tratamiento quirúrgico de elección.

El Hospital Regional de Ayacucho es una institución especializada y comprometida en ofertar atención integral de salud con los valores de calidad, oportunidad, equidad y mejora tecnológica continua. Cuenta con la unidad del servicio de gineco obstetricia un servicio que cuenta con profesionales competentes con amplia experiencia, equipos y materiales necesarios para el apoyo del diagnóstico, ambientes adecuados para las pacientes. En este servicio se hizo la captación de la paciente para la realización de este trabajo. La enfermera especialista tiene un perfil caracterizado por liderazgo, habilidades comunicativas, organizacionales y de resolución de conflictos. Así como atención al detalle, paciencia y empatía. En este sentido el profesional de enfermería especialista en gineco obstetricia debe poseer las competencias y experticia en el manejo de eventos gineco obstétricos entre ellos la ruptura prematura de membranas como lo presenta la paciente en estudio.

OBJETIVOS

Objetivo general

Presentar los cuidados de enfermería en paciente postcesareada por ruptura prematura de membranas.

Objetivos específicos

Conocer el manejo de los diferentes niveles del dolor en paciente poscesareada por ruptura prematura de membranas.

Profundizar en las medidas preventivas de hemorragia en paciente poscesareada por ruptura prematura de membranas.

Describir el papel de enfermería en paciente postcesareada por ruptura prematura de membranas.

Elaborar un plan de cuidados basado en una paciente poscesareada por ruptura prematura de membranas mediante la taxonomía de NANDA Internacional, NOC, NIC y el manual de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Marco Teórico

Ruptura prematura de membranas (RPM)

Se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que deriva en salida espontánea del líquido amniótico previo al trabajo de que se presenta en cualquier etapa de la gestación a partir de la semana 22. La ruptura prematura de membranas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto y de las 37 semanas se denomina: ruptura prematura pretérmino de membranas (Orias, 2020).

Clasificación.

Mullisaca (2018) refiere que la ruptura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

Ruptura prematura de membranas a término: después de 37 semanas de gestación.

Ruptura prematura de membranas pretérmino, sucede antes de cumplirse las 37 semanas de edad gestacional. Se clasifica en:

RPM previsible, se presenta en embarazos de menos de 24 semanas.

RPM lejos de término, se presenta entre las 24 a 34 semanas de edad gestacional.

RPM cerca de término, se presenta entre las 34 a 37 semanas de edad gestacional.

Signos y síntomas.

Las madres gestantes presentan pérdida espontánea de líquido amniótico por la vía vaginal. La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, con mayor frecuencia si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis (López, 2021).

Factores de riesgo.

La ruptura prematura de membranas está relacionada a múltiples factores de riesgo, estos tienen similitud con los que se presentan en el parto prematuro. Entre ellos se puede mencionar a los siguientes:

Las gestantes con antecedente de RPM, tienen 3 veces mayor riesgo a presentar el mismo problema en los embarazos posteriores.

La presencia de infecciones urinarias o vaginales relacionadas a Gonorrea y Clamidia.

La incompetencia cervical representa una anomalía muy común en las RPM.

La presencia de hemorragia en el primer trimestre incrementa de 3 a 7 veces el riesgo de RPM.

Algunos procedimientos como la fetoscopia, amniocentesis, cirugía fetal, extracción de muestra sanguínea umbilical también se relacionan con RPM.

El consumo de tabaco eleva de 2 a 4 el riesgo, a comparación de las no fumadoras.

Los traumatismos agudos, alteración del volumen de líquido amniótico y embarazos múltiples también conllevan al RPM.

Fisiopatología.

Para la presentación del RPM deben conjugarse tres condiciones fundamentales: resistencia de las membranas amnióticas, presión intrauterina y el diámetro del orificio cervical. En condiciones normales, la presión intrauterina es perfectamente compensada por las paredes del útero, a excepción de la zona inferior donde se encuentra el orificio cervical. Cuando este equilibrio se altera, los mecanismos de compensación no son suficientes, por lo que la presión se eleva y se suscita la ruptura, comúnmente a nivel del orificio cervical; si bien es cierto la ruptura puede presentarse en otras zonas cuando la presión intrauterina es muy elevada. La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría la resistencia y precipitaría la rotura de la bolsa amniótica (Algalobo, 2018).

Tratamiento.

Cuando el embarazo se encuentra en etapa a término y se presenta la RPM, se recomienda iniciar la inducción del parto a la brevedad; sin embargo, si existiese contraindicación para el parto eutócico, se opta por el parto vía cesárea. Esta acción quirúrgica disminuye significativamente las posibles complicaciones que podrían presentarse tales como el desprendimiento prematuro de placenta, prolapso de cordón o cuadros de infección en la madre y neonato. En caso la paciente desista de un manejo inmediato, se debe evaluar los riesgos de la conducta expectante cuando se trata de una gestación a término. Los signos de infección u otras complicaciones del embarazo son una indicación para la terminación del manejo expectante y el parto por el método más apropiado para la situación clínica. (Middleton, 2017). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda inducción del parto para pacientes con ruptura de membranas en embarazos de $\geq 37 + 0$ semanas, pero también afirma que se puede ofrecer un corto período de manejo expectante idealmente no más de 24 horas (Puto y Rodríguez, 2019).

Complicaciones.

Todos los embarazos tienen riesgo de presentar RPM y comprometer la salud de la madre y el neonato, aunque se sabe que su aparición es de causa multifactorial, y es muy posible en pacientes pluripatológicas.

La RPM previo al parto puede presentarse después de las 37 semanas (a término) o antes del mismo (pretérmino).

Al suscitarse la RPM, es posible que en consecuencia se presente: cuadros infecciosos en la madre (producidas comúnmente por los estreptococos del grupo B y *Escherichia coli*), sepsis neonatal, presentación anormal del feto o desprendimiento prematuro de placenta. También pueden observarse problemas de hemorragia intraventricular en el neonato lo que puede derivar en trastornos del desarrollo neuronal (parálisis cerebral).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta el tiempo de latencia, es decir el período que se extiende desde la aparición del RPM hasta el inicio del trabajo de parto. Si este tiempo es prolongado (en caso de embarazos menores a 24 semanas), el riesgo de presentar deformidad de miembros e hipoplasia pulmonar es alto, debido a la pérdida de líquido amniótico. Si se trata de embarazos a término, en el 90% de mujeres, el trabajo de parto inicia antes de las 24 horas; si el embarazo es de 32 a 34 semanas, el parto puede presentarse a los 4 días.

Papel de enfermería en el cuidado de la paciente con RPM.

Desde nuestro punto de vista como profesional de enfermería la enfermera es la clave para el proceso de evaluación de este cuadro clínico, la cual juega un rol esencial. Los profesionales de enfermería tienen que ver el manejo adecuado del RPM como un asunto muy importante a tratar ya que ello contribuye a la prevención de complicaciones. Los profesionales de la salud establecen compromisos éticos en el ejercicio tales como la autonomía en el manejo terapéutico, no maleficiencia al evitar en todo momento deteriorar adrede la salud del paciente, beneficencia al enfocarse en el bienestar de la paciente y finalmente la justicia, que exige una atención en salud igualitaria Carvalho (2017). En nuestra profesión la función principal que nos caracteriza es el cuidado, somos los enfermeros quienes pasamos más tiempo con los pacientes ya sea realizándole intervenciones o simplemente hablando con ellos y preguntando por su estado de salud. Es muy importante también que conozcamos a nuestro paciente, nos tenemos que interesar por su situación y su salud y ponernos en el lugar de ellos o pensar que un familiar, observarlo muy bien, sus gestos, sus muecas, sus expresiones faciales de esta manera además de toda la información verbal que ella nos pueda proporcionar, estaremos aplicando también la comunicación no verbal, muy importante.

En conclusión nosotras como enfermeros tenemos cada día más claro que es una profesión de vocación, trabajamos con personas, seres humanos que sienten personas que realmente necesitan nuestra ayuda, muchas veces nos encontramos con pacientes estables que lo único que necesitaban es un apoyo emocional compañía poder conversar con ellos, aunque sea un momento, ya que ellos al estar hospitalizados están y tristes, por eso pienso que a veces solo nos centramos en realizarle las intervenciones, solo nos fijamos en cumplir con la medicación notas de enfermería y dejamos a un lado el aspecto psicosocial que a veces es el más importante, nuestra labor como enfermeros aparte de curar en la medida de lo posible, es cuidar aplicando nuestros principios éticos. Cada día nos sentimos más orgullosas de haber elegido esta profesión y el día de mañana cuando seamos enfermeras especialistas, queremos tratar a nuestros pacientes lo mejor que pueda en todos los ámbitos.

Dolor agudo

Anahuari (2017) refiere que el dolor agudo es una sensación que la persona experimenta debido a un problema de salud, el término agudo hace referencia a un dolor de corta duración, pero de lento inicio

que progresa e interfiere la vida del paciente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP 2017) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia al daño tisular reciente o potencial. Al respecto Fuentes (2020) coincide con las acepciones anteriores acotando que las posibles causas comunes son traumatismos, intervención quirúrgica, enfermedades agudas u otros procedimientos. Carvalho (2017) menciona que el dolor quirúrgico es producido por las manipulaciones propias del acto quirúrgico al liberarse de nuestro cuerpo sustancias alógenas que son las que producen dolor, al haber traumatismo se emite una señal hacia el sistema nervioso central por la medula espinal causando repercusiones a nivel cardiovascular, gastrointestinal, sistema nervioso como fue el caso de la paciente.

Características definitorias.

Según NANDA internacional Herdman y Kamitsuru (2018- 2020) refieren sobre las características definitorias o signos o síntomas del dolor agudo a: Conducta expresiva, desesperanza, diaforesis, dilatación pupilar, expresión facial de dolor, posturas para aliviar el dolor. De estos, la paciente en estudio presenta expresión facial de dolor que al evaluarse en la escala EVA, obtiene una puntuación de 8.

Factor relacionado.

Asu vez la taxonomía I de NANDA internacional considera como factores relacionados del dolor agudo los siguientes: agente lesivo químico, lesión por agentes de tipo biológico o físico. En la paciente, el factor relacionado principal es el procedimiento quirúrgico (cesárea); y como condición asociada tiene agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severo.

Fisiología del dolor.

Comúnmente, el dolor es el signo de una enfermedad y representa el principal motivo de consulta. Fisiológicamente, el dolor transcurre por cuatro etapas: transducción, transmisión, modulación y percepción. Inicialmente los nociceptores perciben los estímulos causantes de dolor, seguidamente este estímulo se traduce como señal eléctrica (transducción). Dichos estímulos nociceptivos son conducidos a la asta dorsal de la médula espinal (transmisión) derivando esto en la liberación de neurotransmisores como el glutamato, sustancia P (péptido vinculado al gen de calcitonina). A continuación, este estímulo avanza al lado contralateral de la médula espinal y avanza hacia el tálamo y corteza cerebral. Seguidamente se suscita la fase de modulación, en ella, los estímulos nociceptivos presentes en la asta dorsal pueden inhibirse o modificarse por los centros superiores del dolor. En este proceso participan los opioides endógenos y exógenos, los cuales bloquean indirectamente los canales de calcio, abren los canales de potasio, producen hiperpolarización celular e inhibición de la liberación de mediadores de dolor. Al activarse el sistema neural descendente, se libera las endorfinas, encefalinas, dinorfinas, las cuales alivian el dolor. García-Andreu (2017).

Escalas de evaluación del dolor.

Estos instrumentos representan las formas clásicas para medir la intensidad del dolor, con ellos se intenta dar un valor cuantitativo a la percepción propia del dolor en la paciente y en base a ello, decidir el tratamiento analgésico pertinente. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud refiere tomar en

cuenta el uso escalonado de la analgesia en las pacientes, pero si la persona presenta dolor severo se opta por avanzar hacia el tercer escalón sin necesidad de avanzar por los primeros dos.

Escala analógica visual – EVA.

Es un instrumento de alta fiabilidad que permite valorar la intensidad de dolor en una línea horizontal de 10 centímetros, que en un extremo contiene los valores de ausencia o poca intensidad de dolor (a la izquierda) y en la otra, la mayor intensidad de dolor (a la derecha).

Escala Numérica (EN).

Es un instrumento bastante sencillo y muy usado, consiste en diseñar una escala con números de 0 hasta el 10, siendo el 0 entendido como ausencia del dolor y 10, como dolor muy intenso.

Escala categórica (EC).

Es usado cuando la paciente presenta dificultades para cuantificar el dolor, por lo que se acude a las categorías, para que la paciente identifique a cuál de ellas pertenece el dolor actual. Estas categorías pueden tener un equivalente numérico.

Escala visual analógica de mejora.

Es un instrumento con una línea que a la izquierda describe una situación de no mejora y a la derecha, mejora total.

Escala SPMSQ de Pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire)

Representa un instrumento elaborado por Pfeiffer que se compone de diez ítems que permiten valorar los siguientes rubros: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de ser bastante corta es muy aceptada por su capacidad discriminativa.

La paciente fue evaluada con la escala analógica visual- eva, siendo el resultado 8 puntos.

Tratamiento.

Farmacológico.

Para instaurar tratamientos farmacológicos, especialmente en los casos de dolor, se sugiere tomar en cuenta el manejo por niveles de dolor de la Organización Mundial de la Salud, en el que se valora principalmente la intensidad de este síntoma.

Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Los medicamentos para el dolor (analgésicos) como el paracetamol y metamizol no poseen efectos antiinflamatorios a diferencia de los AINES que si tienen acción contra la inflamación. Tanto los analgésicos como los AINES pueden ser usados en el tratamiento inicial del dolor leve dada su efectividad. Pueden adquirirse por venta libre y usarse combinados con opioides para repotenciar su intensidad.

Paracetamol. Es un medicamento con buen efecto analgésico pero débil acción antiinflamatoria, sin embargo, comparte características farmacológicas con los AINES. Su principal fortaleza es que no altera las funciones de las plaquetas, por lo que puede usarse en pacientes con trombocitopenia.

Metamizol. Es un medicamento que a concentraciones altas (2 gramos) puede comprometer la mucosa gástrica, producir hipotensión, decaimiento, aturdimiento y colapso cardiovascular. Asimismo, si se usa indebidamente puede conllevar a agranulocitosis.

AINES. Su principal acción es reducir la concentración de mediadores antiinflamatorios producidas en la lesión tisular. Esto es porque interfieren y bloquean la ciclooxigenasa, responsable de catalizar el ácido araquidónico en prostaglandina y leucotrienos. Dichos mediadores son los que producen los impulsos dolorosos que se transmiten por los nervios. Sin embargo, los AINES no tienen una acción directa sobre el sistema nervioso central, dado que no participan en la activación de receptores opioides, por lo que la acción analgésica se realiza por otros mecanismos.

Opioides neuroaxiales. Son medicamentos que suelen usarse con frecuencia en pacientes postoperatorias a concentraciones bajas con el fin de obtener mayores riesgos que beneficios. El uso de estos fármacos en pacientes quirúrgicas es recomendable dado los pocos efectos adversos a comparación de la administración intratecal. La analgesia multimodal ha demostrado ser efectiva para el control del dolor postoperatorio de cesárea, disminuyendo significativamente el consumo de opioides y los efectos adversos asociados. ([James c. Watson](#) 2020).

No farmacológico.

Medidas ambientales y organizativas.

Encaminadas a que el paciente aumente la tolerancia al dolor, algunas están dirigidas a propiciar la relajación y descanso (reduce la fatiga), mejorar la alimentación (adaptada y personalizada a la situación de cada paciente). Se debe fomentar la alimentación en cantidades pequeñas y en momentos en que el dolor disminuye. Asimismo, se debe favorecer la participación de la familia, lo cual reduce la angustia, y la integración del personal de salud en el cuidado, mediante un trato adecuado.

Medidas físicas.

Tienen el propósito de calmar el dolor a través de la cercanía entre el cuidador y la paciente, esto reduce la ansiedad. Asimismo, se puede optar por medidas para la relajación del cuerpo.

Medidas psicológicas.

Se opta por estas medidas dado que favorecen la liberación de tensión a nivel muscular, por lo que es más fácil tener un control consciente sobre el cuerpo. De esta forma contribuye a la disminución de dolor.

Distracción. Está referido a dirigir la concentración de la paciente hacia otros estímulos, más no al dolor. De esta forma, el estímulo doloroso pasa a la periferia de la conciencia; este efecto dura mientras la paciente se enfoque en otros estímulos, cuando estos desaparecen, el dolor reaparece a veces con mayor intensidad generando fatiga e irritabilidad en la paciente.

Relajación. Esta técnica está enfocada a alcanzar un nivel basal de funcionamiento del organismo, manifestado por la reducción del consumo de oxígeno, frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial y tensión muscular. Se recomienda su uso para prevenir el dolor o cuando está presente de forma leve.

Visualización. Se refiere a favorecer en la paciente la recreación de imágenes sensoriales que propicien el alivio del dolor. Puede evocarse momentos felices, lugares favoritos, entre otros. Ello contribuye a mejorar

la autoconfianza y la habilidad para controlar el dolor, logrando niveles de dolor leve o tolerables. Cuando es dirigido por un especialista se denomina visualización terapéutica dirigida. López, Eulalia (Junio 2000).

Papel de enfermería en el manejo del dolor.

Desde el punto de vista de las autoras, los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la evaluación y el manejo de dolor. Esto, entendiéndose que las personas requieren atención inmediata para el dolor, como parte del respeto a sus derechos humanos. Es responsabilidad de todos los profesionales disponer de las medidas necesarias para calmar este estímulo doloroso. Los profesionales de la salud establecen compromisos éticos en el ejercicio tales como la autonomía en el manejo terapéutico, no maleficencia al evitar en todo momento deteriorar adrede la salud del paciente, beneficencia al enfocarse en el bienestar de la paciente y finalmente la justicia, que exige una atención en salud igualitaria Carvalho (2017).

Atonía uterina

Se define como la falta de capacidad del útero en contraerse luego del parto, ello implica la ausencia de hemostasia a nivel del lecho placentario lo que provoca un sangrado mayor a lo esperado (500ml para parto vaginal y 1000ml para parto por cesárea). Aunque según fines clínicos consideramos que toda paciente que presente inestabilidad hemodinámica después del parto es una hemorragia post parto porque no podemos cuantificar la cantidad exacta del sangrado (Bustamante & Murillo, 2018).

Signos y síntomas.

Cuando la paciente presenta atonía uterina se manifiesta por la presencia de sangrado abundante de color rojo vivo con presencia o no de coágulos. Asimismo, a la palpación del útero, este se percibe de tamaño alto, pudiendo sobrepasar la cicatriz umbilical aun después de la salida del feto. Al estimularlo manualmente se contrae y disminuye su tamaño, incrementa su consistencia y pronto vuelve a su estado normal (Bustamante & Murillo, 2018).

Fisiopatología.

La capa muscular del útero, conocida como miometrio, genera contracciones continuas y coordinadas destinadas a comprimir las venas y arterias del lecho placentario con el fin de controlar el sangrado luego del alumbramiento. En condiciones normales, forman el coágulo retroplacentario que bloquea la salida de sangre y contribuye a la recuperación de la paciente. Si este proceso no se desarrolla, el útero no logra contraerse, por lo que la atonía se presenta y el sangrado es abundante. Ello se manifiesta con la taquicardia, presente en sangrados equivalentes al 30 a 40% del gasto cardíaco, seguidamente se desarrolla cuadros de hipotensión y vasoconstricción periférica. Las arterias uterinas y ováricas irrigan la unidad útero placentaria (Gámez, 2017).

Etiología.

La etiología de la atonía uterina es importante de tener en cuenta ya que nos permite la evaluación y manejo del caso, en muchas oportunidades antes del parto se puede prever la probabilidad que ocurra un evento como este y se puede tener las mejores medidas de prevención y estar preparados en caso que ocurra, entre las principales causas se encuentra (De La Cruz, 2018):

Sobredistensión exagerada de la musculatura uterina durante el embarazo, ocasionado por fetos grandes, embarazos múltiples, polihidramnios, en estos casos es probable que se presente una atonía uterina.

Actividad uterina muy intensa y poco eficaz para la evolución del parto, esto sucede en problemas de pelvis estrecha, distocias de presentación, trabajo de parto prolongado, entre otros. Estas situaciones generan un arduo trabajo uterino y posterior agotamiento, por lo que la probabilidad de presentarse una hemorragia es alta.

La multiparidad es otro factor de riesgo presente, dado que compromete las zonas cicatrizadas en el endometrio.

Otros factores son las infecciones intraamnióticas, uso excesivo de anestésicos, edades extremas, antecedentes de hemorragia postparto, etc.

Tratamiento.

Cuando se presenta el sangrado se debe verificar la integridad de la placenta, es posible que la hemorragia se asocie a retención de restos placentarios. Si no fuera así, continuar evaluando otros aspectos como el perfil de coagulación. Si la paciente no logra formar un coágulo a los 7 minutos o es muy blando y se deshace con facilidad se puede presumir la existencia de una coagulopatía. Se debe continuar con la compresión bimanual del útero, el cual es un método efectivo. No se recomienda el uso de gasas intrauterinas dado que implica riesgo y retrasa otras acciones terapéuticas. El uso de gasas para taponaje no cuenta con evidencia científica que la sustente. Si el sangrado continúa, traslade la paciente a quirófano, realice laparotomía exploradora (Incisión mediana infraumbilical). (Galarza 2019).

Complicaciones.

Si la atonía uterina continua, la hemorragia masiva puede generar un desequilibrio hemodinámico en la paciente que no puede ser compensado por la reposición hidroelectrolítica o administración de hemoderivados. Ello derivaría en shock hipovolémico con falla multiorgánica manifestado por disminución de la presión arterial e incapacidad cardíaca. Si no se compensa a tiempo, esta situación puede conllevar a la muerte de la paciente. A posterior puede determinarse el papel de las coagulopatías en este tipo de eventos. Asensio Díaz, (2015).

Papel de enfermería.

La enfermera debe diseñar un plan de cuidados para las pacientes que presentan atonía uterina, según sus competencias en el equipo de salud, sobretodo en aquellas que presentan factores de riesgo predisponentes en el puerperio inmediato.

Los cuidados de enfermería buscan mejorar la calidad de vida de la paciente, reconociendo los riesgos a tiempo y previniendo complicaciones durante su recuperación. Las enfermeras permanecen junto a la paciente en las primeras horas de alumbramiento, observando precozmente los signos de atonía uterina e iniciando el proceso de intervención conjuntamente con el equipo de salud.

En caso, la hemorragia uterina se encuentre en curso, los profesionales de enfermería se enfocan al monitoreo de las funciones vitales (pulso, respiración, presión arterial y saturación de oxígeno principalmente), administración de medicamentos uterotónicos según protocolos establecidos,

compresión bimanual del útero, administración de hemoderivados según sea el caso y la observación continua de la paciente hasta la recuperación total de la salud, aunque en algunos casos será necesario preparar a la paciente para la intervención quirúrgica. López (2017), Narváez, Flores, apolo, Ramos (2019).

Por ello, las intervenciones de enfermería plasmadas en el plan de cuidados son esenciales para mejorar la calidad de salud en las pacientes con atonía uterina del servicio de Gineco Obstetricia.

Prevención.

La atonía uterina representa una importancia situación de emergencia en la paciente que provoca hipovolemia, desequilibrio hemodinámico y shock. Se considera que la principal causa de muerte materna en el mundo es la hemorragia postparto por lo que la prevención es esencial.

Teoría de enfermería

De acuerdo a la teoría de Henderson, la cual tiene un uso extendido a la fecha, la enfermera tiene la función de intervenir en el cuidado de la persona, ya sea elevando, completando o sustituyendo los conocimientos y fuerzas de la persona, con el fin de que esta alcance la mayor independencia posible. Cuando la persona presente movilidad limitada de forma irreversible, los profesionales de enfermería desarrollan cuidados para favorecer la autonomía asistida para satisfacer sus propias necesidades y prevenir los problemas derivados por la falta de movilidad.

Por otro lado, según Jean Watson, en su teoría sobre el cuidado humano, indica que los cuidados de enfermería deben englobar los aspectos de cuerpo, mente y alma. Esto se logra mediante un vínculo de ayuda y confianza entre la enfermera y su paciente. Se trata de una filosofía de vida, ya que las pacientes post operadas de cesárea están hospitalizadas durante tres días consecutivos sin considerar las complicaciones que aumentarían su estancia y la enfermera cumple un rol importante en el cuidado del cuerpo mente y alma de la paciente.

METODOLOGIA

Diseño del estudio

Es una investigación con enfoque cualitativo, tipo caso clínico único para responder a los objetivos formulados en el estudio acerca del dolor agudo y el riesgo de complicación de atonía uterina en una paciente postcesareada por ruptura prematura de membranas.

Sujeto de estudio

Mujer de 31 años seleccionada por conveniencia, diagnosticada como postcesareada por ruptura prematura de membranas. Según su estado de vulnerabilidad que se encontró se observó manifestaciones de dolor agudo y sensible a presentar atonía uterina.

Ámbito y período de estudio

La investigación se llevó a cabo en el servicio de Gineco Obstetricia de un Hospital Nacional de Ayacucho. El período de estudio se extendió desde el 10 de abril del 2021 al 02 de mayo del 2021.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información.

Para obtener la información se acudió a las técnicas de observación, entrevista y análisis documental. Como instrumento se usó el Marco de valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Dicho instrumento ha sido validado por profesionales expertos en el área. Para realizar la recolección de la información se acudió a las siguientes fuentes: datos de la paciente obtenidos por la entrevista, observación durante la hospitalización, historia clínica de la paciente, valoración integral de enfermería y la búsqueda de bibliografía científica.

La base científica se obtuvo a partir de los siguientes buscadores: Scisearch, Elsevier, Medline, Scielo. Asimismo, se realizó la revisión de documentos normativos de instituciones en salud reconocidas a nivel nacional y mundial.

Técnica de recolección de datos

Entrevista y observación.

Procedimiento de información.

Para realizar la recolección de datos, se solicitó inicialmente el consentimiento informado de la paciente, así como la autorización de la responsable del servicio. Con estos procedimientos se garantiza la protección de la identidad de la paciente y el trato de la información con confidencialidad sin exponer en ningún momento la identidad de la paciente.

La recolección de información se realizó en 4 fases:

En primer lugar, se realizó una exhaustiva revisión de la historia clínica para recoger información acerca del motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, resultados de las pruebas de diagnóstico, diagnóstico médico principal, evolución médica, clínica y de los cuidados de enfermería.

En la segunda fase se realizó la valoración de enfermería mediante entrevista personal a la paciente, registrándose los hallazgos en el formato de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, con ello se identificó los principales diagnósticos de enfermería, elaborándose un plan de cuidados en base a ello y centrado en el estudio.

En la tercera fase, se realizó los tres seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma.

Finalmente, en la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2017 hasta la actualidad. Se usaron base de datos: science direct, scielo, Elsevier, google académico, y usando palabras clave como: postcesareada, ruptura prematura de membranas, cuidados de enfermería disponibles en artículos científicos debidamente aprobados por la comunidad científica.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología de enfermería. Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “modelo área” gestado por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del DXEp se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado de la paciente.

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.

CONCLUSIONES

Descripción del caso

Paciente adulta de 31 años de edad, intervenida quirúrgicamente de cesárea, con diagnóstico post operada inmediata de cesárea por Ruptura Prematura de Membranas, oligohidramnios severo +3ra Fertilización in vitro. A la valoración paciente lúcida orientada en tiempo, espacio persona (LOTEP), en aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado nutricional (AREN), aparente regular estado de higiene (AREH), Glasgow 15/15, ventilando espontáneamente, Piel y mucosas pálida, ligeramente semihidratadas, dentadura completa con prótesis con buen estado de higiene, con sensación nauseosa no vómitos, apetito disminuido. con expresión facial de dolor, con una presión arterial de 128/78 mmhg, frecuencia cardiaca de 100x', frecuencia respiratoria de 22 x', con ruidos respiratorios normales, no presenta tos ni secreciones, saturación de oxígeno 95 %, afebril, mamas turgentes con dolor, con pezones formados y secreción láctea escasa, presencia de calostro, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación refiere dolor en zona operatoria del 1 al 10 (8) según EVA: útero contraído +- 2 dedos de la cicatriz umbilical, piel ligeramente pálida, turgente; se observa edema en miembros superiores (manos) y miembros inferiores, con fovea (+/+++), actividad de auto cuidado; con grado de dependencia III, ya que es una paciente post operada inmediata con movilidad de miembros conservados y fuerza muscular disminuida, inestabilidad postural al inicio de la deambulacion. Presenta vía periférica permeable en miembro superior izquierdo infundiendo CLNA 9% x 1000 cc + oxitocina 10 UI - XXX gts x' por pasar 600cc, el cual presenta signos de infiltración, enrojecimiento, presencia de herida operatoria supra púlica cubierta con apósitos secos, genitales externos normales, portadora de sonda Foley permeable con fecha 04/04/2021 para el control de diuresis, presenta orina con aspecto amarillo claro buen flujo urinario de 645 ml bajo control estricto a horario durante 6 horas, loquios hemáticos 40cc con características normales. Estado emocional ansiosa, tensa, quejumbrosa, preocupada por su estado de salud y la salud de su bebe, con miedo a perder a su recién nacido. Manifiesta tener dificultad para conciliar el sueño por la preocupación ya que el bebe tiene dificultades para lactar por ser madre primeriza y tener dolor.

Antecedentes personales. Paciente con antecedentes de padecer gastritis, niega antecedentes de intervenciones quirúrgicas, con grupo sanguíneo "O" y factor RH "Positivo," Fecha última de menstruación: 17/7/20, refiere tener antecedentes de dos abortos en el 2019 y otro en 28/02/2020 por embarazo in vitro motivo por el cual no tiene hijos vivos. Niega reacciones alérgicas a fármacos y alimentos, no consume tabaco, alcohol ni drogas, control prenatal del actual embarazo seis de doce, recibió 2 dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo sin reacciones adversas, estuvo consumiendo sulfato ferroso de 300 mg y vitaminas con indicación médica hasta antes de la operación, una sola pareja sexual, último Papanicolaou junio de 2019. Alimentación balanceada, poca sal, consume uno a dos litros de agua diario; regular estado de higiene. Prueba antigénica de COVID 19, negativo con fecha 04/04/21.

Proceso de atención de enfermería

Valoración.

Para la valoración se utilizó los 11 patrones de Margory Gordon.

Patrón funcional 1: percepción manejo de la salud. (Patrón Eficaz).

Paciente adulta de 31 años post operada inmediata de cesárea por Ruptura Prematura de Membranas, oligohidramnios severo, 3ra Fertilización in vitro, Paciente con antecedentes de padecer gastritis, niega antecedentes de intervenciones quirúrgicas, con grupo sanguíneo "O" y factor RH "Positivo," fecha ultima

de menstruación: 17/7/20, refiere tener antecedentes de dos abortos en el 2019 y otro en 28/02/2020 por embarazo in vitro motivo por el cual no tiene hijos vivos. No reacciones alérgicas a fármacos ni alimentos, no consume tabaco, alcohol ni drogas, control prenatal del actual embarazo seis de doce recibió 2 dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo sin reacciones adversas, estuvo consumiendo sulfato ferroso de 300 mg y vitaminas con indicación médica hasta antes de la operación, una sola pareja sexual, último Papanicolaou, junio de 2019. Alimentación balanceada, poca sal, consume uno a dos litros de agua diario; regular estado de higiene. Prueba antigénica de COVID 19, negativo con fecha 04/04/21.

Patrón funcional 2: nutricional metabólico (Patrón alterado).

Paciente con: Peso 75 kg, talla 1.60 cm, índice de masa corporal 27.3, hemoglobina de control en el post operatorio 13.1 mm/dl, hematocrito 39.9%, temperatura 36°.8C, glucosa 134mg/dl. Piel y mucosas pálida, ligeramente semihidratadas, dentadura completa con prótesis con buen estado de higiene, con sensación nauseosa no vómitos, apetito disminuido. Abdomen distendido, ruidos hidroaéreos (+). Presencia de herida operatoria en zona supra púbica, cubierta con apósitos secos.

Patrón funcional 3: eliminación (Patrón alterado).

Paciente portadora de sonda Foley, permeable, con fecha 04/04/2021 para el control de diuresis, presenta orina con aspecto amarillo claro buen flujo urinario de 645 ml bajo control estricto a horario durante 6 horas. Además, paciente refiere “no realizo deposiciones hace 2 días”, refiere malestar, menciona que ella en casa evacuaba todos los días.

Patrón funcional 4 actividad y ejercicio (Patrón alterado).

Paciente presenta una frecuencia respiratoria de 22 x', con ruidos respiratorios normales, no presenta tos ni secreciones, saturación de oxígeno 95 %, frecuencia cardiaca 100 x', presión arterial 128/78 mm/Hg, llenado capilar menor de 2 segundos, se observa edema en miembros superiores (manos) y miembros inferiores, con fóvea (+/+++), Presenta vía periférica permeable en miembro superior izquierdo el cual presenta signos de infiltración, enrojecimiento. Actividad de auto cuidado. Con grado de dependencia III, ya que es una paciente post operada inmediata con movilidad de miembros conservados y fuerza muscular disminuida, inestabilidad postural al inicio de la deambulación.

Patrón funcional 5: descanso y sueño (Patrón alterado).

paciente refiere tener dificultad para conciliar el sueño por la preocupación por la salud de su bebe ya que el bebe que tiene dificultades para lactar por ser madre primeriza; refiere: “Tengo sueño, aquí en el hospital me despiertan a cada rato para evaluarme, no descanso, me incomoda la luz, los ruidos, descanso a intervalos durante todo el día debido al dolor de mi herida quirúrgica”.

Patrón funcional 6: cognitivo perceptivo (Patrón alterado).

Paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos, ansiosa, preocupada por su estado de salud y la de su bebe; Con grado de instrucción superior completa. Sin problemas de audición y visión, no tiene dificultad para comunicarse ya que habla castellano. Dolor a la palpación (útero contraído a 2cm encima cicatriz umbilical), refiere “me duele la herida”, escala visual análoga EVA: 8/10.

Patrón funcional 7: autopercepción - autoconcepto (Patrón Eficaz).

Paciente preocupada refiere, “¿qué me va a pasar?”

Patrón funcional 8: rol - relaciones (Patrón Eficaz).

Paciente refiere que es ingeniera ambiental, casada vive con su esposo y cuenta con apoyo familiar.

Patrón funcional 9: sexualidad - reproducción (Patrón Eficaz).

Paciente refiere que tuvo 02 parejas sexuales, multigesta 04, aborto (03), fecha de última menstruación 17/07/20, fecha probable de parto 26/04/21, Papanicolaou junio de 2019, menarquia a los 15 años, menstruación regular cada 30 días duración (04 días) , autoexamen de mama no se realizaba por desconocimiento ,a la evaluación se observa mamas con presencia de calostro, con pezones formados, útero contraído +- 2 dedos de la cicatriz umbilical. Loquios hemáticos 40cc con características normales.

Patrón funcional 10: adaptación tolerancia al estrés (Patrón alterado).

Paciente se encuentra temerosa, tensa, con facie de angustia debido a los abortos anteriores por embarazo con Fertilización In Vitro. Paciente refiere “tengo miedo que se pueda morir mi bebe”, ansiosa preocupada por su estado de salud y la salud de su bebe paciente colabora y acepta los procedimientos hospitalarios. Signos de depresión post parto ausente.

Patrón funcional 11: valores y creencias (Patrón Eficaz).

Paciente manifiesta ser católica que cree en Dios como ser supremo, sin restricciones religiosas para procedimientos clínicos y de enfermería.

Plan de cuidados

Diagnóstico.

Los Diagnósticos de Enfermería (DxE) se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la Taxonomía NANDA (2018-2020).

Patrón II: Nutricional metabólico: (Patrón alterado).

(00044) Deterioro de la integridad tisular asociado con Procedimiento quirúrgico manifestado por herida operatoria.

Dominio: 0011 seguridad protección.

Clase: 0002 lesión física.

Definición:

Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema Inter tegumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula de la articulación y/o ligamento. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.418).

Patrón III: Eliminación: (Patrón alterado).

(00011) Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal manifestado por “no realizo deposiciones hace 2 días”.

Dominio: 0003 Eliminación e intercambio.

Clase: 0002 Función gastrointestinal.

Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.215).

Patrón IV: Actividad-Ejercicio: (Patrón alterado).

(00108) Déficit de auto cuidado: baño relacionado con dolor secundario a intervención quirúrgica evidenciado por deterioro para acceder al baño (ducha) y lavar el cuerpo.

Dominio: 0004 actividad reposo.

Clase: 0005 autocuidado.

Definición:

Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de higiene. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.260).

(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular secundario a post operatorio inmediato (cesárea) evidenciado por inestabilidad postural.

Dominio: 0004 actividad reposo.

Clase: 0002 actividad ejercicio.

Definición:

Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.” (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.239).

(00004) Riesgo de infección asociada a procedimientos invasivos (vía periférica, sonda Foley).

Dominio: 0011 seguridad /protección.

Clase: 0001 Infección.

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.404).

Patrón V: Descanso - sueño: (Patrón alterado).

(00198) Patrón de sueño alterado relacionado con barreras ambientales: luz, ruidos y manifestado por “me despiertan a cada rato para evaluarme”, “me molesta la luz, los ruidos”, “tengo sueño”.

Dominio: 0004 actividad reposo.

Clase: 0001 sueño reposo.

Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.230).

Patrón N° VI: Cognitivo- Perceptivo: (Patrón alterado).

(00132) Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severa evidenciada por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 08 puntos.

Dominio: 0012 confort.

Clase: 0001 confort físico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos (International Association for the Study of Pain) de dicho daño de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 3 meses. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.468).

Patrón X: Adaptación - tolerancia a la situación y al estrés: (Patrón alterado).

(00146) Ansiedad relacionada con crisis situacional y proceso de hospitalización manifestado por “me preocupa mi salud y la salud de mi bebe”, evidenciada por facie de angustia y preocupación.

Dominio: 0009 afrontamiento /tolerancia al estrés.

Clase: 0002 respuestas al afrontamiento.

Definición:

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.352).

RED DE RAZONAMIENTO CRITICO BASADO EN EL MODELO AREA

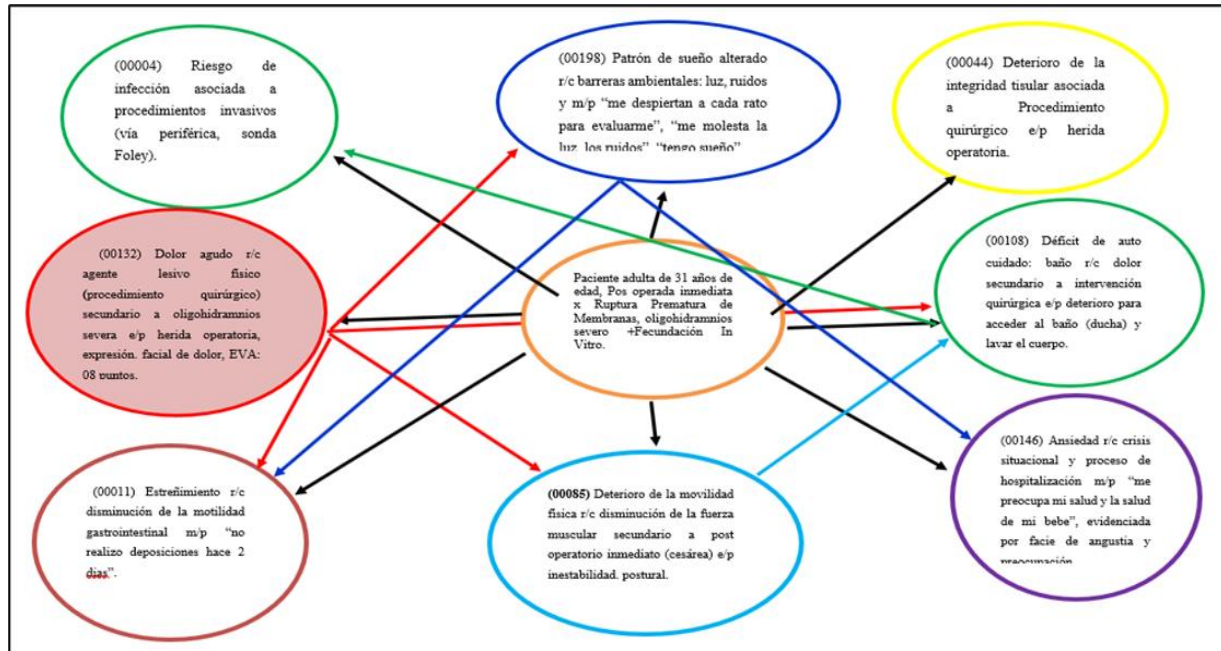


Figura N° 1.

Figura 1. Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA.

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo AREA (Análisis de resultados del estado de salud) (Pesut & Herman, 1999).

Diagnóstico de enfermería principal.

Tal como se observa en la red de razonamiento (figura N° 1), el diagnóstico enfermero principal es: (00132) Dolor agudo. Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severa evidenciada por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 08 puntos.

Definición.

“Experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad, con una duración menor de tres meses”. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.468).

Dominio: 0012. Confort.

Clase: 0001. Concepto: Dolor.

Justificación del DxE principal

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica y basándose en las evidencias científicas de los siguientes artículos, se ha obtenido como diagnóstico principal:

(00132) Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severo evidenciado por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA 8.

La cesárea es una intervención quirúrgica realizada con el fin de extraer al feto a través de la pared abdominal. Para esto se practica una incisión a nivel del abdomen que alcanza el útero, de esta manera se puede extraer el feto. La decisión de la cesárea puede ser de naturaleza electiva (antes del inicio de parto) o de emergencia (cuando el parto está en curso).

La incisión de cesárea puede realizarse en sentido vertical (indicado en casos como placenta previa) y sentido horizontal (la más común, menor sangrado y fácil acceso hacia el feto). También puede distinguirse la cesárea en forma de T (un corte horizontal y otro vertical) recomendado en fetos macrosómicos, distocia de presentación nalgas o parto prematuro.

La cesárea es una cirugía que como en cualquier otra intervención puede tener complicaciones y riesgo a corto, mediano y largo plazo, en este caso podemos identificar que ha sido corto plazo, debido a que la paciente ingresó por el servicio de emergencia con una ruptura prematura de membrana y tenía que ser intervenida rápidamente, por las complicaciones y secuelas que podía acarrear, tanto como a la madre como al feto. Para concluir, el dolor agudo post-operatorio es con frecuencia el punto de partida a corto plazo del problema que adicionalmente presenta la paciente en la zona de la incisión por ese motivo elegimos como Dx principal el dolor agudo. (García 2017).

Problemas de Colaboración (PC) y sus riesgos de Complicación (RC).

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración (PC) así como los riesgos de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el manual de diagnóstico enfermeros.

Problema de colaboración 1 (PC): Periodo Posparto.

RC 1.1 Atonía uterina

RC1.2 Hemorragia

RC 1.3 Retención de fragmentos placentarios

RC 1.4 Hematomas

RC 1.5 Laceraciones

Problema de colaboración 2 (PC): Periodo Postoperatorio

RC 2.1 Retención urinaria

RC2.2 Hipovolemia /shock

RC 2.3 Peritonitis

RC 2.4 Ilioparalítico

RC 2.5 Evisceración

RC 2.6 Dehiscencia

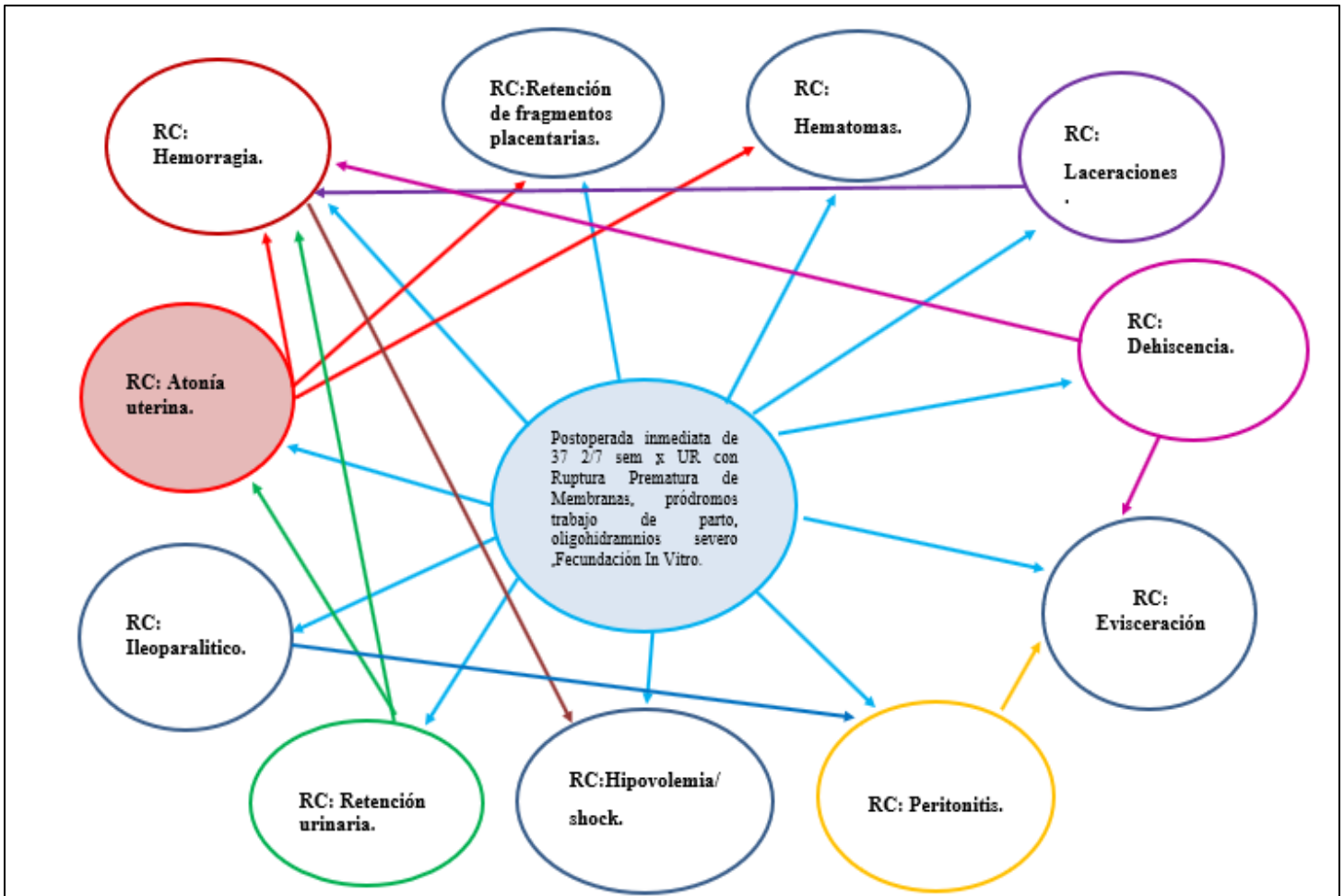


Figura N°2. Red de razonamiento clínico basado en el modelo AREA para la priorización del riesgo de complicación principal. Fuente: Elaboración propia a partir del modelo AREA (Análisis de resultados del estado de salud) (Pesut & Herman, 1999).

PLANIFICACION

Planificación del Diagnóstico Enfermero principal (DxEp)

En el trabajo se ha identificado el DxE principal, siendo este del que más flechas salen y por lo tanto el que más relación tiene con el demás diagnóstico, tal como se puede observar en la red de razonamiento (Figura N°1). Asimismo para prevenir y minimizar los problemas encontrados en la paciente se determinó los resultados y se eligieron las intervenciones respectivas que formaron parte del plan de cuidados. Se utilizó la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Resultados NOC del DxE. Principal.

DxE Principal.

Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios severa evidenciada por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA:08 puntos.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad, con una duración menor de tres meses”. (T Heather, H. y Shigemi, K.2020, pág.468).

Dominio: 0012. Confort

Clase: 0001. Concepto: Dolor.

Resultado NOC del Diagnóstico Enfermero principal.

La taxonomía NOC dio respuesta a los resultados planificados en la paciente, donde se utiliza un código de cuatro dígitos para NOC y seis dígitos para los indicadores. Para el diagnóstico enfermero (00132) dolor agudo le corresponde los siguientes NOC:

(2102) Nivel del dolor.

(1605) control de dolor

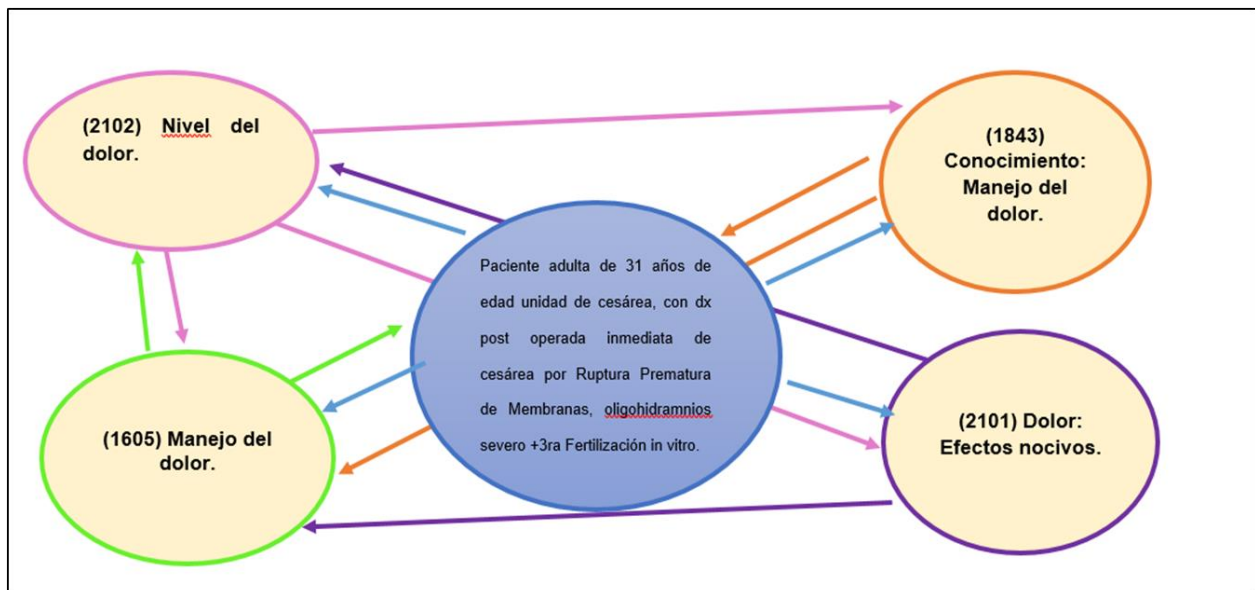
(1843) conocimiento: manejo del dolor

(2101): Dolor: efectos nocivos

Priorización del NOC del DxE Principal.

Se realizó el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la Figura No 3.

Figura N° 3. Priorización del NOC del DxE Principal mediante Red de Razonamiento Critico basado en el modelo AREA



Fuente: Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut&Herman, 1999).

Justificación del NOC principal del Dx Principal

De acuerdo con la figura N° 3 se puede observar que según la Red de Razonamiento Critico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

Noc Priorizado del DxE Principal.

(2102) Nivel de dolor.

Dominio: V. Salud percibida.

Clase: V. Sintomatología

Definición: "Intensidad del dolor referido o manifestado". (Moorhead et al., 2020, pag. 466).

La clasificación de resultados de enfermería (NOC) agrega una terminología y diversos criterios estandarizado para caracterizar y obtener resultados producto de la ejecución de intervenciones. Estos resultados representan los objetivos que se formaron antes de realizar dichas intervenciones. Como se observa en la figura N°3 según la Red de Razonamiento Critico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC: nivel de dolor el cual se relaciona directamente con la paciente

postoperada con un dolor agudo el cual mediante el NOC priorizado se va lograr disminuir el dolor de la paciente mediante la evaluación de sus indicadores.

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el DxE principal, según Escala Likert.

| NOC | Puntuación inicial | Puntuación | Tiempo |
|-------------------------|--------------------|------------|----------|
| (2102). Nivel del dolor | 3 | 5 | 24 horas |

Escala Likert: 1-Grave, 2-sustancial. 3-Moderado. 4-Leve, 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC Principal, según Escala Likert.

| Indicadores | Puntuación inicial | Puntuación Diana | Tiempo |
|---|--------------------|------------------|-----------|
| (210201) Dolor referido. | 3 | 5 | 24 horas |
| (210206). Expresión facial de dolor. | 2 | 5 | 24 horas |
| (210204). Duración de los episodios de dolor. | 2 | 5 | 24 horas |
| (210208). Inquietud. | 3 | 1 | 24 horas. |

Escala Likert: 1-Grave, 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultado de Enfermería.

NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).

Intervenciones (NIC) del diagnóstico enfermero principal.

Para obtener el resultado priorizado, se hizo uso de la taxonomía clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

(1410) Manejo del dolor (Butcher et al., 2020, pag 306).

Dominio1: Fisiológico básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: “Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumático, cirugía o lesión”. (Butcher et al., 2020, pág. 306).

Actividades.

Realizar una valoración exhaustiva de dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

Identificar la intensidad de dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (deambulación, respiración profunda).

Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.

Administrar analgésico 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.

Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

(2210) Administración de analgésicos (Butcher et al., 2020, pag.51).

Dominio 2: Fisiológico complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Definición: “Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor”. (Butcher et al., 2020, pág. 51).

Actividades.

Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.

Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.

Asegurar que se mantenga la dosis precisa las 24 horas.

Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar pico y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda.

Poner en práctica medidas para reducir los efectos adversos de los analgésicos.

(5270) Apoyo emocional (Butcher et al., 2020, pag 74)

Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

Definición: "Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión". (Butcher et al., 2020, pag 74)

.

Actividades.

Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.

Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Comentar la experiencia emocional con el paciente.

Patrón funcional 6: Cognitivo Perceptivo.

El objetivo fue conseguir una puntuación de 5 en la tabla, tras partir de 2 a 3 puntos en un periodo de 24 horas. En los 4 indicadores se planifico una puntuación Diana de 5, con el propósito de alcanzar el NOC elegido. Asimismo, se consideró, que con estas intervenciones se lograran solucionar los problemas identificados en los patrones funcionales; 3, 4, 5 en el proceso de resolución del dolor agudo.

Finalmente, con el plan de cuidados de continuidad, se valoró la evolución y el riesgo de presentar atonía uterina, logrando así el mayor beneficio posible.

Planificación del riesgo de complicación Principal (RCp) Atonía Uterina

NOC.

Para determinar los cambios en el estado de la paciente, se utilizaron los manuales de clasificación de resultados en salud, a través de los objetivos NOC (autor y año) y para mejorar la calidad de la vida de la paciente se empleó la clasificación de intervenciones NIC.

Como se observó líneas arriba el riesgo de complicación principal es atonía uterina.

Resultados NOC del riesgo de complicación principal.

La taxonomía NOC dio respuesta a los resultados planificados en la paciente considerando un código de cuatro dígitos para NOC y seis dígitos para NIC. Para la RC atonía uterina le corresponde los siguientes NOC.

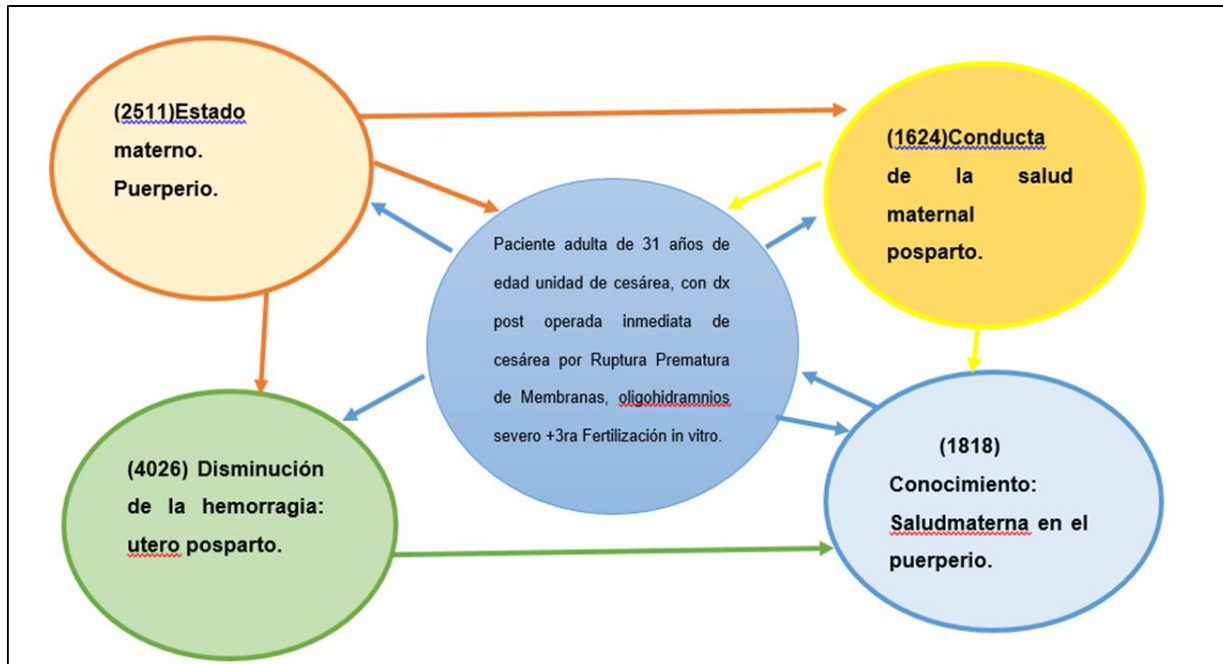
(2511) Estado materno Puerperio.

(4026) Disminución de la hemorragia: utero posparto.

(1624) Conducta de la salud maternal posparto.

(1818) Conocimiento: Saludmaterna en el puerperio.

Figura N° 4. Priorización el NOC del RC Principal mediante Red e Razonamiento Critico basado en el modelo AREA.



Fuente: Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut&Herman, 1999).

Justificación del NOC Principal del RC Principal.

Se ha identificado como RC principal a la “Atonía Uterina” durante el puerperio, actualmente está catalogado como una de las causas de la mortalidad materna. Además, tiene como efecto posparto la hemorragia vaginal y conllevar al shock hipovolémico y la muerte, asimismo se debe tener en consideración que el sangrado vaginal en el parto vaginal es 500ml en promedio por cesárea 100 ml. Por otro lado debemos recordar que la atonía uterina se caracteriza por la pérdida del tono de la musculatura uterina ocasionando que el útero no puede contraerse para formar el globo de seguridad de pinard y por ende no se lleva a cabo la vasoconstricción de los vasos sanguíneos que rodean al miometrio y endometrio. Al respecto al intervenciones de enfermería deben están encaminados a garantizar el acceso y permeabilidad venosa a través de un catéter venoso periférico de grueso calibre para la administración de soluciones endovenosos y la transfusión sanguínea.

Por lo tanto, el personal de enfermería es un profesional que gestiona el cuidado de manera holística, siendo indispensable poseer las competencias conceptual, procedimental y actitudinal para brindar una atención con calidad y calidez al paciente.

NOC Priorizado del RC atonía uterina.

(2511) Estado materno Puerperio pág. 391. (Moorhead et al., 2020, pág. 391).

Dominio 6: Salud familiar.

Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia.

Definición: “Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el alumbramiento de la placenta hasta completar la involución uterina”. (Moorhead et al., 2020, pag. 391).
Tabla 3.

Puntuación del NOC principal del RC atonía uterina, según Escala Likert.

| NOC | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|----------------------------------|--------------------|------------------|----------|
| (2511) Estado materno: puerperio | 5 | 5 | 24 horas |

Escala Likert: 1-Desviación grave del rango normal, 2-Desviación sustancial del rango normal, 3-Desviación moderada del rango normal, 4-Desviación leve del rango normal, 5-Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 4.

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC atonía uterina, según escala Likert.

| Indicadores | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|----------|
| (251103) Presión arterial. | 5 | 5 | 24 horas |
| (251106) Altura de fondo uterino. | 5 | 5 | 24 horas |
| (251107) Cantidad de loquios. | 5 | 5 | 24 horas |
| (251112) Temperatura corporal. | 5 | 5 | 24 horas |
| (251114) Eliminación urinaria. | 5 | 5 | 24 horas |

Escala Likert: 1- Desviación grave del rango normal. 2-Desviación sustancial del rango normal. 3- Desviación moderada del rango normal.4- Desviación leve del rango normal. 5- Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

NIC.

Intervenciones (NIC) para el RCp.

En relación con la conducta de cuidados a seguir durante la estancia de la paciente en la unidad, es necesario realizar actividades intrahospitalarias y consejería que luego deberán ser realizadas por la paciente al alta. Para conseguir el resultado priorizado se hizo uso de la taxonomía clasificación de intervenciones enfermería (NIC)

Riesgo de complicación principal (RCp). Atonía uterina.

(4026) Disminución de la hemorragia: útero post parto. (Butcher et al., 2020, pag.168).

Definición: "Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto". (Butcher et al., 2020, pag.168).

Dominio 2: Fisiológico complejo.

Clase N: Control de la perfusión tisular.

Actividades:

Revisar la historia obstétrica y el registro de parto para determinar los factores de riesgo de hemorragia post parto.

Realizar un masaje del fondo uterino para asegurar una consistencia firme.

Aumentar la frecuencia del masaje del fondo uterino hasta que el útero se vuelva firme.

Observar las características de los loquios (color, coágulos y volumen)

Cuantificar la cantidad de sangre perdida

Notificar al médico responsable en caso de pérdida excesiva de sangre

Administrar un fármaco oxiótico por vía IV o IM según protocolos.

Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos

Comentar la situación con el equipo de enfermería para proporcionar una vigilancia post parto adecuada del estado de la madre.

(6750) Asistencia al parto por cesárea. (Butcher et al., 2020, pag.87).

Definición: “Proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produzca a través de una incisión abdominal hasta el útero” . (Butcher et al., 2020, pag.87).

Dominio 5: Familia

Clase W: Cuidado de un nuevo bebe.

Actividades:

Monitorizar los signos vitales.

Administrar las medicaciones

Monitorizar los aspectos fisiológicos de la recuperación (dolor, cambios uterinos, permeabilidad de vía respiratoria y loquios)

Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica y del apósito.

Proporcionar información sobre el bebe

Alentar a la madre a dar lactancia materna, si es adecuado.

Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna si es adecuado (es decir enseñar las adaptaciones de colocación del lactante según las limitaciones de movilidad)

(6930) Cuidados post parto. (Butcher et al., 2020, pag.155).

Definición: “Proporcionar cuidados a la mujer durante el periodo de 6 semanas que comienza justo después del parto”. (Butcher et al., 2020, pag.155).

Dominio 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebe

Actividades:

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.

Fomentar un deambulacion precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.

Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios ayudándola cuando sea necesario.

Controlar el dolor de la paciente

Administrar analgésicos a demanda

Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias

Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones.

Monitorizar la función intestinal (fecha y hora de la última defecación, ruidos intestinales, presencia de flatos).

Comentar las necesidades de actividad y descanso.

En conclusión en este capítulo se ha realizado la planificación del diagnóstico principal que es el Dolor Agudo siendo su NOC (2102) Nivel del dolor con sus respectivos indicadores, las intervenciones de enfermería con sus actividades correspondientes, así como también la planificación de riesgo de complicación siendo; el riesgo de complicación principal atonía uterina con su NOC (2511) Estado materno Puerperio con sus respectivos indicadores, las intervenciones de enfermería con sus actividades correspondientes; aunque este último se ha realizado aunque la paciente no lo presente, así como tampoco presenta hemorragia, ya que son dos de los más graves problemas que se busca evitar en la paciente post operada. Así mismo las actividades a realizar han sido seleccionadas conforme a la situación actual de la paciente, no necesariamente tratándose de la hemorragia.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería planificadas según el tiempo programado para los cuidados, este fue organizado en tres turnos. De 6 horas turno mañana, 6 horas turno tarde y 12 horas turno noche, se utilizó el manual de intervenciones de enfermería (NIC).

Tabla 5.

Cronograma de Intervenciones / Actividades de enfermería en atonía uterina.

| Fecha | Intervenciones / actividades | Turnos | | |
|-------------|--|--------|---|----|
| | | M | T | N |
| 14 de mayo. | Diagnostico de enfermería principal. | | | |
| | (1410) Manejo del dolor. | | | |
| | - Realizar una valoración exhaustiva de dolor. | 8 | 6 | 10 |
| | - Identificar la intensidad de dolor. | 8 | 6 | 10 |
| | - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición. | 8 | | 6 |
| | - Administrar analgésico las 24 horas del día. | 10 | 6 | 2 |
| | - Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. | 10 | 6 | 2 |
| | - Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. | 10 | 6 | 2 |
| | (2210) Administración de analgésicos. | 10 | 6 | 2 |
| | - Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento. | 10 | 6 | 2 |
| | - Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados. | 10 | 6 | 2 |
| | - Asegurar que se mantenga la dosis precisa. | 10 | 6 | 2 |
| | - Controlar los signos vitales antes y después de la administración. | | | |

| | | | |
|--|----|----|----|
| - Administrar los analgésicos a la hora adecuada. | 11 | 5 | |
| (5270) Apoyo emocional. | | | |
| - Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo. | 11 | 5 | |
| - Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad. | 11 | 5 | |
| - Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. | | | |
| Riesgo de complicación principal. | | | |
| (4026) Disminución de la hemorragia: útero post parto. | 11 | 5 | |
| | 11 | 6 | |
| - Realizar un masaje del fondo uterino. | 11 | 5 | |
| - Aumentar la frecuencia del masaje del fondo uterino hasta que el útero se vuelva firme. | 10 | 5 | |
| - Observar las características de los loquios (color, coágulos y volumen). | 11 | | |
| | 8 | 10 | 12 |
| - Cuantificar la cantidad de sangre perdida. | | | |
| - Administrar un fármaco oxitócico. | | | |
| - Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos. | 8 | 2 | 6 |
| | 12 | 6 | |
| | 12 | | |
| (6750) Asistencia al parto por cesárea. | | | |
| - Monitorizar los signos vitales. | 8 | 2 | 6 |
| - Monitorizar los aspectos fisiológicos de la recuperación (dolor, cambios uterinos, permeabilidad de vía respiratoria y loquios). | 10 | | |
| - Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica | | | |

| | | | | |
|--|--|----|---|---|
| | y del apósito. | 8 | 2 | 6 |
| | - Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna. | 8 | 2 | 6 |
| | (6930) Cuidados post parto. | 8 | 3 | |
| | - Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. | 10 | | |
| | - Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino. | 8 | | |
| | - Fomentar una deambulación. | 8 | 2 | 6 |
| | - Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección. | | | |
| | - Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. | | | |
| | - Monitorizar la función intestinal (fecha y hora de la última defecación, ruidos intestinales, presencia de flato). | | | |

Tabla 5. Cronograma de Intervenciones / Actividades de enfermería en atonía uterina.
Cronograma de Intervenciones / Actividades de enfermería en atonía uterina.

EVALUACION

Este es el último capítulo y el paso final del trabajo académico. Se estableció un periodo de seguimiento un periodo de 24 horas. La evaluación se realizó en función a la puntuación alcanzada de la puntuación inicial. El objetivo del plan de atención se alcanzó, se resolvió el problema del dolor agudo y se evitó el riesgo de complicación de atonía uterina. Se evaluaron las actividades de enfermería comparando el estado de la salud de la paciente y la efectividad de las intervenciones de enfermería respecto a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del diagnóstico principal

Tabla 6.

Evaluación del NOC Principal del Diagnóstico Principial. (Escala Likert)

| NOC | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|-----|--------------------|------------------|----------------------|--------|
|-----|--------------------|------------------|----------------------|--------|

| | | | | |
|-------------------------|---|---|---|----------|
| (2102) Nivel del dolor. | 3 | 5 | 5 | 24 horas |
|-------------------------|---|---|---|----------|

Escala Likert: 1-Grave, 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.

Fuente: Elaboracion en base a Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 7

evaluación de los indicadores del diagnostico Principal. (Escala Likert).

| Indicadores | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|---|--------------------|------------------|----------------------|----------|
| (210101). Dolor referido | 3 | 5 | 5 | 24 horas |
| (210206). Expresión facial de dolor. | 2 | 5 | 5 | 24 horas |
| (210204). Duración de los episodios de dolor. | 2 | 5 | 5 | 24 horas |
| (210208). Inquietud. | 3 | 4 | 4 | 24 horas |

Escala de Likert: 1-Gravem 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración en base a Palomar-Aumatell (2017)

Analizando los objetivos obtenidos.

Como podemos observar en la tabla 6 se presenta los resultados del logro obtenido considerando el bienestar de la paciente libre de manifestaciones clínicas que indican dolor frente al problema del postoperatorio mediato por RPM. Satisfactoriamente se puede mencionar que en el periodo de 24 horas se alcanzó la puntuación diana propuesta solucionando el problema del dolor agudo en la paciente.

En relación al (210201) dolor referido, podemos afirmar que nuestra paciente comenzó con una puntuación de 3 siendo la puntuación propuesta 5, después de salir del quirófano es trasladada a sala de recuperación y finalmente es trasladada al servicio de ginecología muy dolorida ya que no solamente le dolía la incisión y alrededores si no que estaba muy incómoda con cualquier tipo de movimiento, pasado las 24 horas nuestra paciente alcanza una puntuación 5 tal cual nos hemos propuesto.

Respecto a (210206) Expresión facial de dolor podemos inferir lo mismo que el anterior, se ha logrado conseguir que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, a través de las distintas intervenciones que hemos realizado gracias a las terapias y técnicas de relajación, quedando con un rostro relajado libre de expresión de dolor.

En referencia (210204) Duración de los episodios del dolor, podemos decir lo mismo que el anterior, se ha alcanzado exitosamente la puntuación propuesta al inicio en un tiempo de 24 horas ya que al reducir el nivel del dolor y el dolor referido se logró disminuir también la duración del dolor.

Por último, en referencia a (210208) inquietud, provocada por el dolor agudo que tenía la paciente se ha logrado también con éxito una puntuación de 5, a través de las distintas intervenciones que se ha realizado para disminuir el dolor. De igual manera se resolvieron sus dudas que surgían como consecuencia de la intensidad del dolor en la paciente; también se le proporcionó toda la información acerca de su estado de salud, de esa manera desapareció esa inquietud que presentaba al inicio y también con las intervenciones del apoyo emocional.

Como se ha comentado antes, se redujo el nivel del dolor, también la duración y la inquietud que es común en estos casos, estas situaciones influyeron para resolver la máscara facial de dolor.

La paciente al salir de sala de operaciones e ingresar al servicio de ginecología, su principal problema que presentaba era el dolor agudo en la zona de incisión siendo este 8 según EVA. por lo que presentaba un nivel de dolor bastante alto acompañado de una duración de los episodios de dolor, lo que le provocaba inquietud e incomodidad, pese a que la paciente nos refería su dolor, el personal de salud encargado del cuidado podía corroborar, puesto que se pudo observar expresiones faciales de dolor. Tras evaluarla y administrar las intervenciones exclusivas para el manejo del dolor.

Las intervenciones de enfermería, tales como el manejo del dolor, administración de analgésicos, apoyo emocional, las técnicas de relajación entre otras, se pudo confirmar que la paciente al final de su estancia hospitalaria se fue a la alta con un nivel de dolor de 0/10 según EVA. También se hace mención que tanto el NOC, así como los indicadores han alcanzado la puntuación de 5, por lo que a partir de las intervenciones planteadas se logro los objetivos en la paciente.

Evaluación del resultado del RC principal.

La evaluación se realizó relacionando y comparando el estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las intervenciones planteadas, asimismo los resultados propuestos en la planificación.

Tabla 8

Evaluación de la puntuación del NOC del RC principal (Escala Likert).

| NOC | Puntuación Inicial | Puntuación Diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|----------|
| (2511) Estado materno: puerperio. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |

Escala Likert: 1- Desviación grave del rango normal. 2-Desviación sustancial del rango normal. 3- Desviación moderada del rango normal. 4- Desviación leve del rango normal. 5- Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración en base a Palomar - Aumatell (2017).

Tabla 9

Evaluación de los indicadores del RC principal (Escala Likert).

Fuente: Elaboración en base a Palomar - Aumatell (2017).

| INDICADORES | Puntuación inicial | Puntuación Diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|----------|
| (251103) Presión arterial. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |
| (251106) Altura de fondo uterino. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |
| (251107) Cantidad de loquios. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |
| (251112) Temperatura corporal. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |
| (251114) Eliminación urinaria. | 5 | 5 | 5 | 24 horas |

Escala Likert: 1- Desviación grave del rango normal. 2-Desviación sustancial del rango normal. 3- Desviación moderada del rango normal. 4- Desviación leve del rango normal. 5- Sin desviación del rango normal.

Interpretación:

En la tabla 8 se puede comprobar que se logro mantener a la paciente estable libre de presencia y complicaciones de atonia uterina. Este riesgo de complicación se ha supervisado mediante el NOC (2511) estado materno puerperio, que como se puede observar a la paciente esta se ha mantenido desde el primer momento en la puntuación máxima, 5. El monitoreo permanente se realizó considerando los siguientes indicadores:

En primer lugar, (251103) presión arterial, es indispensable desarrollar la medición de la presión arterial porque permite el estado fisiológicos de los órganos y los cambios que se producen en el mismo, en tal sentido, la medición de la presión arterial de manera estricta y adecuada permite detectar de manera oportuna alguna alterna y evitar posibles complicaciones, entonces podemos afirmar que la paciente inicialmente presento una presión arterial 128/78 mmHg, que fue cambiando hasta 100/60mmHg manteniéndose normotensa.

Con respecto a la (251106) Altura del fondo uterino, se mantuvo bajo vigilancia permanente y ejecuto actividades tales como el masaje utero por un plato de 5 minutos, acompañado de las compresión por debajo del ombligo, palpación uterina para comprobar si estaba al nivel deseado, contraído y con bordes definidos. Se logró mantener el etero a la altura del ombligo disminuyendo un dedo cada dia hasta lograr la estabilidad deseada, logrando la puntuación de 5.

Referente a (251107) Cantidad de loquios. En este indicador se controló el sangrado vaginal, del mismo modo que los entuertos, se logró estabilizar de manera estricta la cantidad, el color y olor, siendo un total de 40 cc de loquios con color normal, eventos que mantuvieron a este indicador en una puntuación de 5.

Seguidamente (251112) Temperatura corporal, es importante controlar la temperatura, ya que la hipotermia se asocia hasta seis veces el riesgo de infección de heridas en cirugías limpias por la vasoconstricción que causa la hipotermia que disminuye el flujo sanguíneo al tejido celular subcutáneo. La paciente mantuvo una temperatura de 36.8°C manteniéndose dentro de parametros normales en un periodo de 24 horas, que mantuvieron a este indicador en una puntuación de 5.

Por último, (251114) Eliminación urinaria, este indicador se vigiló en todo momento de manera permanente porque permite comparar el ingreso y egreso de volumen que tuvo la paciente y así poder realizar el balance hidroelectrolitico durante 24 horas, asimismo se realizo el control de la diuresis cada hora de manera estricta y así evitar posibles complicaciones, la paciente presento un balance hidroelectrolitico positivo en 6 horas, obteniendo una puntuación de 5.

De esta manera se concluye que las diferentes intervenciones realizadas a la paciente han permitido alcanzar los objetivos y reducir la presencia de complicación tales como atenoia uterina, manteniendo a la paciente hemodinamicamente estable.

DISCUSIÓN

La paciente en estudio ingresó al servicio de ginecología luego de ser atendida en la Unidad de Recuperación Pos anestésica. Presentó dolor agudo como consecuencia de haber sido cesareada por ruptura prematura de membranas y riesgo de complicación de atonía uterina como consecuencia del puerperio inmediato en la que se encuentra su estado clínico de base.

Tras la revisión bibliográfica se ha obtenido numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes poscesareada debido a la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) durante el puerperio mediato e inmediato.

Al respecto Jiménez (2016), realizo un proceso de atención de enfermería titulado “Calidad de atención de enfermería en pacientes post quirúrgicas”, en el Ecuador; proceso similar al presente estudio donde

identificó varios diagnósticos, siento el primer diagnóstico dolor agudo similar al estudio en mención. Aquí el autor indica que el dolor postoperatorio debe ser abordado mediante una valoración del aposito de la herida, cuantificación de la sangre, valoración de la formación del globo de seguridad de pinard, asimismo el profesional de enfermería debe realizar de manera constante el masaje uterino y la administración de medicamentos prescrito para aliviar el dolor. Por otro lado, Pacheco (2015), en el proceso "Atención de Enfermería en el Periodo Post Cesárea Inmediato". En el Ecuador, identificó como primer diagnóstico dolor agudo. Donde menciona que el dolor es uno de los problemas principales en los pacientes post operado por cesarea. Por otro lado, el profesional de enfermería a través de la valoración atribuye una asignación cualitativa o cuantitativa al dolor y posteriormente administrar analgésicos prescrito en el karder de enfermería y poder controlar el dolor.

El Plan de Atención de Enfermería (PAE) es la herramienta propia del profesional de enfermería otorgándole autonomía para recopilar información de la paciente y ejecutar una serie de actividades que refuercen las debilidades o malestares en los diferentes niveles físicos, emocionales, espirituales y sociales. Por lo que se personaliza la asistencia haciendo mayor relevancia en aquellos aspectos más importantes que se pueden abordar desde enfermería.

Dentro de las intervenciones consideradas en el cuidado a la paciente resaltamos la importancia de la educación respecto a los cuidados postoperatorios para contribuir a la pronta recuperación; dentro de estos cuidados se considero: NPO durante las primeras doce horas con el propósito de permite acelerar la recuperación intestinal. Es importante, porque disminuye el retorno y vaceado del contenido gástrico así como los ruidos intestinales y la estancia hospitalaria, lo cual es rentable y da mayor satisfacción a la paciente. Luego se inicio la tolerancia oral para lograr que la paciente postoperada logre tolerar los alimentos en forma gradual en cantidades que habitualmente los ingería antes de la cirugía cambiando su régimen dietético. Posteriormente los cuidados de la herida operatoria con el propósito de prevenir las infecciones de la zona operatoria y reducir el riesgo de las complicaciones, el control de la diuresis por sonda vesical para prevenir la retención urinaria y reducir los espasmos a nivel del esfínter vesical, la valoración del dolor postoperatorio es indispensable para gestionar cuidados acordes, teniendo en cuenta que el dolor tiene mayor intensidad durante las primeras 32 horas post cirugía.

Las pacientes en estado de gestación son emocionalmente lábiles y necesitan de un trato humano que las haga sentir que son valiosas y que tienen un equipo de profesionales de la salud atentos de su estancia clínica y a la resolución de afección en salud.

Al respecto, consideramos que el profesional de enfermería tiene que valorar el dolor como un asunto primordial para brindar cuidado adecuados y oportunos, además de acuerdo a los principios éticos, el paciente tiene una autonomía en su plan terapéutica, beneficencia porque todo paciente debe recibir un cuidado oportuno y la no maleficencia, que consiste en los riesgos y beneficios de los AINES y su respectiva aplicación, finalmente el principio de la justicia para brindar cuidados equitativos e igualitarios en el manejo del dolor. de igual manera, Carvalho (2017). Menciona que nuestra profesión la función principal que nos caracteriza es el cuidado, somos los enfermeros quienes pasamos más tiempo con los pacientes ya sea realizándole intervenciones o simplemente hablando con ellos y preguntando por su estado de salud. Consideramos que, aunque el dolor se evalúe de forma subjetiva por la paciente y le realicemos por ejemplo escalas de dolor, es muy importante también que conozcamos a nuestro paciente, nos tenemos que interesar por su dolor y su estado de salud y ponernos en el lugar de ellos o pensar que es un familiar, observarlo muy bien, sus gestos, sus muecas, sus expresiones faciales de esta manera además de toda la información verbal que ella nos pueda proporcionar, estaremos aplicando también la comunicación no verbal, muy importante.

Así mismo, se considera a la familia de la paciente como otro de los componentes en la atención holística que se brinda, la intervención de enfermería debe estar dirigida a la pareja y familia quienes también son partícipes indirectos del problema de salud de la paciente.

El respaldo teórico del profesional de enfermería es el PAE, su aplicación permite brindar cuidados integrales con calidad y calidez, garantizando la permanencia del cuidado durante su estancia hospitalaria, a través de la gestión del cuidado se garantiza la atención en el posparto. Asimismo los cuidados durante el posparto en una cesarea son más prolongados que un parto normal.

La gestión de los cuidados de enfermería se basaron en la teoría de Virginia Henderson, modelo más empleado en nuestro entorno, los cuidados que brinda el profesional de enfermería están encaminados en reemplazar la fuerza, conocimiento y voluntad del paciente y la familia con el propósito que alcance en el menor tiempo su autocuidado e independencia. Por otro lado, en aquellos pacientes donde la movilidad estuviera deteriorada se brindara cuidados necesarios en el paciente y educación para el autocuidado en algún familiar para contribuir a su autocuidado a largo plazo.

Watson en la teoría del cuidado humano, refiere que el cuidado al paciente es a través del cuerpo, mente y alma mediante una relación de confianza y soporte entre la enfermera y el paciente. Es en realidad también una filosofía de vida, ya que las pacientes post operadas de cesárea están hospitalizadas durante tres días consecutivos sin considerar las complicaciones que aumentarían su estancia y la enfermera cumple un rol importante en el cuidado del cuerpo mente y alma de la paciente. (Morales 2017).

García (2017), refiere que el dolor agudo se presenta como consecuencia de haber sido cesareada por ruptura prematura de membranas y ser una puerpera inmediata. Es aquí donde el profesional de enfermería gestiona los cuidados oportunos para el manejo del dolor a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Hernández (2017), en relación al riesgo de complicación de atonía uterina, comenta que podría presentarse si se produce un defecto de la contracción de las fibras musculares que forman parte de la pared del útero. Esto genera que la vascularización a nivel uterino continúe con la salida de sangre posterior al parto debido a la falta de presión por los músculos uterinos, siendo evidenciado por una salida de sangre a través de la vagina. Ante esta situación, las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y evitar que este problema se instale.

Álvarez y López (2017), sobre la hemorragia postparto indica que es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Siendo la más grave la hemorragia post parto precoz debido a la ocurrencia en las primeras 24 horas posterior al parto. Muñoz (2019), en relación a la hemorragia post parto menciona que es uno de los riesgos inmediatos que se presenta como complicación en las primeras dos horas post parto y puede llegar a ser grave y suponer la muerte por disminución del volumen circulante de sangre, no debe confundirse con loquios que es normal, en la cesárea se pierde en promedio 1000 ml. Por otro lado la causa más frecuente es la atonía uterina ocasionando que el útero no pueda involucionar y formar el globo de seguridad de Pinard, con ello los vasos sanguíneos ubicados en el útero no logran sellarse y genera la hemorragia uterina.

Además Karlsson y Pérez (2017), refieren que sobre uno de los factores causales de la hemorragia postparto es la atonía uterina, situación patológica que se presenta posterior a la fase expulsiva y alumbramiento del parto, esta patología se caracteriza por una ausencia en la contracción de la musculatura uterina, con ello la salida de sangre desde el útero hasta la vagina, denominada como hemorragia obstétrica.

Karlsson (2017), referente a la atonía uterina indica que es la causa más frecuente de hemorragia tras el alumbramiento, actualmente tiene una incidencia del 5% de total de partos, asimismo, es considerado de prioridad por la gravedad y se debe actuar de manera inmediata de acuerdo a la normativa vigente..

Para concluir, como profesionales de la salud se debe hacer una buena valoración y evitar que se presente algún riesgo de complicación para no agravar la situación ya existentes en la paciente. Debido a los cuidados que se le ha proporcionado a la paciente, se observa una evolución positiva, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

LIMITACIONES

Las limitaciones identificadas durante la redacción del estudio fueron:

Limitado tiempo para realizar el seguimiento del estudio debido a la estancia de la paciente fue corta, considerando que este trabajo requiere de mayor tiempo para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo. Por ello, continuará con un plan de cuidado a largo plazo

Condiciones limitadas al acceso de información por parte de la familia de la paciente por que no se admitieron con facilidad las visitas por pandemia covid 19.

CONCLUSIONES

Se resalta la importancia del manejo de patologías mas relevantes que se reportan en la unidad de gineco obstetricia, especialmente los casos de cesarea por ruptura prematura de membrana donde los riesgos y /o complicaciones por mala praxis pueden prevenirse.

El profesional de enfermería debe tener un conocimiento pleno de la fisiología del dolor para gestionar cuidado mas acordes a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico y contribuir a la comodidad y confort del paciente.

Las hemorragias puerperales son causales de la morbimotalidad materna a nivel nacional, haciéndose imperiosa gestionar los cuidados preventivos una vez producido el alumbramiento.

El papel de enfermería en la atención de una paciente post cesareada como consecuencia de una ruptura prematura de membrana, coloca al profesionalde enfermería especialista en gineco obstetricia en el entrenamiento y preparación de vanguardia para contribuir en el cuidado oportuno y recuperación pronta de la paciente que presentan este tipo de eventos.

Se concluye que para el manejo del cuidado universal es necesario mantener un lenguaje acorde y estandarizado mediante el empleo de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, asi como los problemas de colaboración planteados por Lynda Juali Carpenito, con el propósito de brindar una atención optima, oportuna y especifica de los problemas y riesgos de complicación que se pueden presentar en eventos gineco obstétricos como es el caso de una cesarea.

REFERENCIAS

1. Álvarez Echeverri T. Teorías sobre el dolor: proceso de enfermería en las personas con dolor. 2000. pag. 1-12.
2. Anahuari, A., (2017). Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente post operado de cirugías abdominal, lima, Perú.
3. Carvalho, N., y otros (2017). Dolor Postoperatorio en mujeres sometidas a cesáreas. Revista electrónica trimestral de enfermería Nro. 48. Brasil.
4. Carpenito, I. (2020). Manual de Diagnósticos Enfermeros. 15ª edición.
5. Cholz, M. (2017). Técnicas para el control de la actuación; relajación y respiración.
6. Formulario Nacional de Medicamentos esenciales, Ministerio de Salud. Dirección general de medicamentos, insumos y drogas, 2 da Ed. Lima Ministerio de Salud 2018.
7. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según de nivel de Capacidad Resolutiva: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -Lima:2007.

8. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal.
9. Guías de Atención de Enfermería en Ginecoobstetricia y Perinatología. San Salvador 2019.
10. Karlsson, H., y Pérez, C., Hemorragia post parto-SciELO, España, 2019. [http://.org/wiki/riego de infección](http://.org/wiki/riego_de_infeccion).
11. López, C., (2016). La hemorragia postparto: descripción, manejo y tratamiento, España.
12. Martínez, S. y Otros (2016). Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter, España.
13. Libro de Terapia de Relajación: Tipos y Aplicaciones Clínicas ,2016.
14. Manual Práctico para la Ansiedad y las Preocupaciones, La Solución Cognitiva Conductual 2da edición.
15. María Y. Ponce de León-Galarza Clínica Good Hope, Lima-Perú.
16. Muñoz J, Ibert C, Jiménez D, Barrera Y. Competencias en profesionales de enfermería: Triage obstétrico: Atención a la hemorragia postparto. Hospital Guevara. 2018. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. 2019.
17. NANDA Internacional. 2018-2020. Diagnósticos Enfermeros definición y clasificación. undécima edición.
18. NANDA internacional. (2015-2017) “diagnóstico de enfermería. Definición y clasificación”, Barcelona Elsevier.
19. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. NTS N° 105 - MINSA - DGSP .V.01.
20. Olalla Uriarte. (2016). 3 técnicas de respiracion para fomentar la relajación. Obtenido del mundo: <http://www.vivirmasymejor.elmundo.es/respira/3-tecnicas-de-respiracion-para-fomentar-la-relajacion>.
21. Pita, Rosa. (2015). Trastorno del patrón del sueño en unidades de cuidados críticos, España.
22. Rael, S. y López, M. (2016). Factores de Riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. Nro. 6, Vol. 19, España. Redacción Omega, 2017, Trastorno del sueño, diagnóstico.
23. Revista electrónica de Técnicas de Relajación y Autocontrol Emocional. Medisur, Vol.3, Num.3,2005, pp.55-70, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.
24. Revista de psicología Enfermería y Apoyo Emocional: La perspectiva de la parturienta, Vol.XV, num.1,2016, pp 57-73 Universidad de Chile.
25. Talombo, G.,2016.Shock Hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica Por inversión uterina en partos; Ecuador.

REFERENCIAS

1.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.