

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Post cesarean patient care for severe preeclampsia and Covid-19.

Cuidados en paciente pos cesareada por preeclampsia severa y Covid-19.

Nilda L. Chávez-Raraa¹, Katia M. Urrunaga Ochoa¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales-García¹

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

Citar como: Chávez-Raraa NL, Katia M. KM, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Post cesarean patient care for severe preeclampsia and Covid-19. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:210.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Cesarean section is a type of surgical procedure in which an incision is made in the mother's abdomen and uterus to remove one or more babies. Preeclampsia usually begins after 20 weeks of pregnancy in a woman with normal blood pressure. This work is the development of the nursing care process (PAE), as a tool to provide timely and effective care for the recovery of the patient. The objective of this study was to apply the Nursing Care Process to a post-cesarean section patient with severe pre-eclampsia, in light of the eleven functional patterns of Marjorie Gordon.

Qualitative study, single case type, which included a 36-year-old patient selected at the convenience of the researchers. The five stages of the nursing care process were considered, it began with the comprehensive assessment of the patient where a framework validated by experts in the area was used, formulation of diagnoses and care planning according to the taxonomy of NANDA, NOC and NIC. The evaluation was obtained through the difference in final and baseline scores. Eleven altered patterns were identified, three were prioritized: cognitive perceptual, tolerance to situations and stress and metabolic nutritional. Eight nursing diagnoses were identified; Three were prioritized: Acute pain, Anxiety and Fluid volume deficiency, based on the SSPFR format (signs and symptoms, problem and related factor); change score of +2, +1 and +1 with a tendency to improve with scheduled treatments. It is concluded that the PAE is the scientific tool that leads the nurse to carry out care plans directly and individually in the face of a specific situation in a rational, logical and systematic way, however, survival and treatment success lies in timely detection of problems and their treatment.

Keywords: Nursing process, post-caesarean section, severe pre-eclampsia.

RESUMEN

La cesárea es un tipo de intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más bebés y la preeclampsia suele comenzar después de las veinte semanas de embarazo en una mujer con presión arterial normal. Este trabajo es el desarrollo del proceso de atención de enfermería (PAE), como herramienta para brindar los cuidados oportunos y eficaces para la recuperación de la paciente. El objetivo del presente trabajo fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente pos cesárea con preeclampsia severa, a la luz de los once patrones funcionales de Maryorie Gordon. Estudio cualitativo, tipo caso único, que incluyó a paciente de 36 años de edad seleccionada a conveniencia de las investigadoras. Se considero las cinco etapas del proceso de atención de enfermería se inició con la valoración integral de la paciente donde se utilizó un marco validado por expertos del área, formulación de diagnósticos y planificación de los cuidados según la taxonomía de NANDA, NOC y NIC. La evaluación se obtuvo a través de la diferencia de puntuaciones final y basal. Se identificaron 11 patrones alterados, se priorizaron tres: perceptivo cognitivo, tolerancia a situación y al estrés y nutricional metabólico. Se identificaron ocho diagnósticos de enfermería; se priorizaron tres: Dolor agudo, Ansiedad y Déficit de volumen de líquidos, en base al formato SSPFR (signos y síntomas, problema y factor relacionado); puntuación de cambio de +2, +2 y +1 con tendencia a mejorar con los tratamientos programados. Se concluye que el PAE es la herramienta científica que conduce al enfermero a realizar planes de cuidados de forma directa e individualizada ante una situación concreta de forma racional, lógica y sistemática, sin embargo, la sobrevida y el éxito del tratamiento radica en la detección oportuna de los problemas y su tratamiento.

Palabras clave: Proceso de enfermería, pos cesárea, pre eclampsia severa.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en la apertura del útero para la extracción de un bebé. Por consiguiente, es una operación de parto de forma programada o en condiciones de emergencia. Se trata de una incisión que se realiza sobre la pelvis cuando el parto por vía vaginal acarrea un riesgo para el bebé y/o para la madre (RAE, 2018).

Los profesionales médicos a nivel mundial consideran que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea es más común en países desarrollados como en países en desarrollo.

A nivel mundial se ha evidenciado tasas de hasta 21% en países europeos. (Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia ,2020)

La prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016 (ENDES, 2016)

Mediante el proceso de atención de enfermería se ejecuta la aplicación del método científico en la práctica diaria del profesional de enfermería, con atenciones proporcionadas a la paciente cuya salud esta disminuida, la enfermera especialista en RPA dedica cuidados de forma integral y humanizados asegurando una eficiente y eficaz atención para una pronta recuperación pos anestésica. (Farias, Pérez 2016)

La infección por SARS-Cov19 afecta a gran cantidad de personas y entre ellas también a la gestante. (Carrasco,2020). En el caso de la paciente en estudio con COVID 19 no presento complicaciones respiratorias, pero si dolor muscular.

La preeclampsia es un trastorno neurohipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo después de las 20 semanas y el posparto, es una enfermedad de carácter irreversible que afecta múltiples órganos, es responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. (Rev. Peruana de Investigación Materno Perinatal 2019)

La hipertensión y la proteinuria por lo general se presentan en la segunda mitad del embarazo y generalmente están presentes en entre el 2 % y el 8 % de todos los embarazos, el inicio de un nuevo episodio de hipertensión durante el embarazo.

Según la Organización Mundial de la Salud, la preeclampsia es la segunda causa de muerte en el mundo con un 14%; y en el Perú en el I semestre del 2018 fue la primera causa de muerte materna con un 28,7%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2007 y el 2018 se produjeron 97 casos de muerte materna, y la preeclampsia fue la primera causa con un 44,3%. Así mismo, entre el 2012 y el 2018 se atendieron en el instituto un total de 1870 casos de morbilidad materna extrema, siendo la principal causa los transtornos hipertensivos del embarazo con el 56,6% (164 casos) entre preeclampsia con criterios de severidad, síndrome HELLP y eclampsia. (Rev. Peruana de Investigación Materno Perinatal, 2019)

La etiología de la preeclampsia se desconoce, se presenta predominantemente en mujeres con ciertos factores de riesgo, como son: pacientes con antecedentes de HTA así como la presencia de HIG, edades extremas, nuliparidad, falta de control prenatal, raza negra, obesidad, delgadez, embarazo múltiple y el antecedente de un embarazo complicado con preeclampsia y otros factores relacionados a la historia personal y familiar de la gestante. (Zúñiga Ramirez, 2017)

La fisiopatología de la preeclampsia y la eclampsia pueden relacionarse con cambios en la placentación al inicio del embarazo, arteriolas espiraladas uterino placentarias mal desarrolladas que disminuyen el flujo uteroplacentario durante la última etapa del embarazo lo que conlleva a la liberación de toxinas circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción e hipercoagulabilidad, lo que conlleva a hipertensión arterial. Lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia hemolisis, isquemia hepática, isquemia del SNC, una anomalía genética en el cromosoma 13, anomalías inmunitarias o infarto placentario. (Manual MSD, 2020)

El tratamiento para la preeclampsia es en general la hospitalización, tratamiento antihipertensivo, parto o cesárea, según factores como la edad gestacional y la gravedad de la preeclampsia, antihipertensivos como metildopa y/o nifedipino a veces sulfato de magnesio para prevenir o tratar nuevas convulsiones o para evitar que se repitan, control de funciones vitales, especialmente la presión arterial. (Manual MSD, 2020)

En la URPA se realiza todo el proceso de recuperación gradual de las funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden quedar anulados tras cualquier acto anestésico, sin embargo, la sobrevida y el éxito del tratamiento aplicado dependen de la toma de decisiones que respondan a la detección oportuna de los problemas y el tratamiento adecuado. (Zarate, 2016).

METODOLOGÍA

El proceso de atención de enfermería es la metodología aplicada a la práctica del cuidado, considerada una herramienta de tercera generación. El marco de valoración que se constituyó como instrumento para la recolección de los datos fueron los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon; para la etapa de valoración considera NANDA I, planificación interrelación NOC y NIC y evaluación a través del NOC. (NANDA, 2018 - 2020)

El estudio presenta un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, que corresponde a paciente de 34 años de edad pos caca reada por pre eclampsia severa seleccionada a conveniencia de las investigadoras. En la ruta de atención se siguieron las etapas del proceso de atención de enfermería,

iniciando por la valoración, para ello se utilizó el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon adaptado y validado por expertos del área. Luego del análisis crítico de los datos significativos se realizó el filtro respectivo, se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II de NANDA I, en la planificación de los cuidados se utilizó la interrelación de la taxonomía NOC y NIC. Seguidamente de la administración de los cuidados en la etapa de ejecución se realizó la evaluación de los resultados correspondiente a la diferencia de puntuaciones final y basal.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Valoración

Datos generales

Nombre: J.R.M

Sexo : Femenino

Edad : 34 años

Días de atención de enfermería: un día considerando tres turnos

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente adulta joven con iniciales J.R.M. de 34 años de edad ingresa al servicio de la unidad de recuperación pos anestésica del servicio de emergencia de un hospital nacional es trasladada por el anestesiólogo y enfermera circulante encargada de SOP por presentar aumento de la presión arterial de 145/100mmhg, el ginecologo de turno ordena que se le realice análisis clínicos (perfil de preclampsia) quedando hospitalizada con diagnóstico médico: pos operada inmediata cesárea segmentaria interactiva por preclampsia severa y covid 19 (-)

Descripción de los patrones funcionales de salud

Patrón I percepción- control de la salud.

Paciente tercigesta post cesárea (primaria), por pre eclampsia severa, hijos 2 vivos. La historia clínica revela que la paciente ha tenido sus controles pre natales completos.

Paciente orientada en tiempo lugar y espacio, presento hipertensión arterial durante el embarazo 145/100 mm hg. Presenta buen estado de higiene.

Paciente con IGG positivo a SARS covid 19.

Patrón II nutricional - metabólico.

Paciente presenta piel integra turgente fria a la palpación, de coloración pálida y diaforética con temperatura de 35.8°C, refiere escalofríos, mucosa oral seca, piezas dentales completas, se encuentra en nada por vía oral ya que es un pos operada inmediata. Paciente presenta dos vías periféricas permeables, en una de las vías está pasando paquete globular ya que la paciente presento atonía uterina y hemorragia en SOP, y en la otra vía está pasando haemaccel 500ml a chorro. Abdomen globuloso, ruidos hidro aéreos minimos. Presenta una herida operatoria en zona supra púbica (infra umbilical - pfannienstiel) de aproximadamente 8 cm cubierto con gasa más micropore limpio y seco. Sus medidas antropométricas son: Peso 60kg y talla 1.62 cm índice de masa corporal = 30.5, obesidad, con anemia severa, Hb: 7.2 mg/dl.

Patrón III eliminación.

Paciente ingresa al servicio de recuperación piel fría diaforética, sonda Foley N° 14 con bolsa colectora permeable, total de diuresis en recuperación 150 cc hematúrico ++.

En el reporte quirúrgico informan que tuvieron un balance negativo de 350cc. Al examen supra púbico, se palpa útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios escasos en pañal, con características color rojo oscuro sin coágulos. No realiza deposiciones hace 2 días, ruidos hidro aéreos disminuidos.

Patrón IV actividad ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente presenta una frecuencia respiratoria de 18 por minuto, respiración superficial, regular, tos ineficaz, Sat O₂: 95%, con oxígeno por cánula binasal a 3litros FiO₂ 32%, con murmullo vesicular normal sin ruidos sobre agregados.

Actividad cardíaca.

Paciente presenta frecuencia cardíaca 90 x´, presión arterial de 145/100 mmHg, durante su permanencia en el servicio de recuperación estas funciones fueron alternando presentado una frecuencia cardíaca de 123 x y una presión arterial de 167/95 mmHg, edema en miembros inferiores de dos cruces (++) , presenta dos vías periféricas en miembros superiores permeables pasando solución y agregados, un llenado capilar >5´, con vendaje miembros inferiores.

Actividad de autocuidado.

Paciente con un grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros superiores conservada, miembros inferiores limitados por efecto de anestesia epidural, al ingreso con Bromage 1 / 4, una escala de Morse riesgo de caída alta.

Patrón V sueño y descanso.

Paciente al ingreso despierta, no logra conciliar el sueño, refiere preocupación por su estado de salud y el de su bebe.

Patrón VI cognitivo - perceptivo.

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, entiende de su real estado de salud, con escala de Glasgow = 15 pts., no presenta ningún riesgo de autolesión, presenta escala EVA = 5 moderado, con una escala de Aldrette = 7 pts, intranquilidad y miedo. Paciente conoce situación de salud, y que está recibiendo paquetes globulares.

Patrón VII Autopercepción y auto concepto.

Paciente despierta, no presenta ningún riesgo de autolesión, se muestra intranquila y con miedo.

Paciente refiere: “señorita como se encuentra mi bebé”, “¿señorita estoy sangrando mucho?”

“señorita van a operarme de nuevo”, “señorita me están poniendo sangre porque estoy mal”.

Patrón VIII Relaciones - rol.

Paciente es administradora del hogar, es conviviente, vive con su familia su esposo e hijos, presenta una relación armoniosa con ellos.

Patrón IX Sexualidad Reproducción.

Paciente conviviente multigesta, presenta útero contraído, con restos de loquios, sangrado en sala de operaciones 1000, presenta sonda Foley permeable.

Durante la estancia de recuperación a la palpación y masajes uterinos, se observa útero se contrae por momentos, presenta sangrado activo rojo, no coágulos, paciente sangra 1250cc durante su permanencia en recuperación.

Patrón X Tolerancia al estrés.

Paciente reconoce el estado de salud, se muestra intranquila y con miedo, por la salud de su bebe, no quiere ingresar de nuevo a sala de operaciones, teme que le retiren útero. Paciente entra en crisis emocional por la situación.

Patrón XI valores y creencias.

Paciente es católica, esposo autorizo para recibir el paquete globular.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS

Primer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA (2102) Dolor agudo

Dominio 12

Clase 1

Características definitorias: Diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA = 5. Frecuencia cardiaca 123x.

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por diaforesis, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor calificado en intervalo 5 según EVA y expresión facial de dolor

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00146) Ansiedad

Dominio 9

Clase 2

Características definitorias: Angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación, inquietud, temor.

Factor relacionado: Grandes cambios en la salud, crisis situacional.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con grandes cambios en la salud, crisis situacional evidenciado por angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación.

Tercer Diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00027) Déficit de volumen de líquidos

Dominio 2

Clase 5

Características definitorias: Aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-237).

Factor relacionado: pérdida activa de volumen de líquidos.

Enunciado diagnóstico: Déficit de volumen de líquido relacionado con, pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

PLANIFICACIÓN

Primer diagnóstico. NANDA (00132) Dolor agudo experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado.

Resultados esperados.

NOC (2102) Nivel del dolor

Indicadores.

210201 Dolor referido

210206 Expresiones faciales de dolor

210212 Presión arterial

Intervenciones de enfermería

NIC. (2210) Administración de analgésicos

Actividades.

221001 Registrar el nivel del dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.

221002 Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda

221003 Comprobar el historial de alergias medicamentosas.

Segundo diagnóstico. NANDA (00146) Ansiedad sensación vaga intranquilizadora de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Resultados esperados:

NOC (1402) Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad

140219 Identifica factores desencadenantes de la ansiedad

140220 Obtiene información para reducir la ansiedad

140222 Comparte preocupaciones con otros

Intervenciones de enfermería

NIC (5820) Disminución de la ansiedad

Actividades

582001 Utilizar enfoque sereno que dé seguridad.

582002 Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

582003 Escuchar con atención.

Tercer diagnóstico. NANDA (00027) Déficit de volumen de líquidos disminución de líquido intravascular, intersticial y o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio.

Resultados Esperados:

NOC (0601) Equilibrio hídrico

Indicadores:

060101 Presión arterial

060125 Frecuencia respiratoria

060122 Velocidad del pulso radial

060116 Hidratación cutánea

060117 Humedad de membranas y mucosas

Intervenciones de enfermería

NIC (4130) Monitorización de líquidos

Actividades

413001 Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.

413002 Llevar un registro preciso de entradas y salidas.

413003 Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.

EVALUACIÓN

En relación con la evaluación se lograron los resultados esperados de acuerdo a lo descrito a continuación:

Dx 1: (2102) Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por diaforesis, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor calificado en intervalo 5 según EVA y expresión facial de dolor.

NOC 1: Puntuación de cambio +2. Se observo cambios favorables, como se muestra:

210201 Dolor referido: durante la evaluación inicial se encontraba en moderado, luego de las intervenciones ejecutadas se encontró en levemente referido. Logrando una puntuación de cambio de +2

210206 Expresiones faciales de dolor: Paciente con escala de EVA 5, al administrarse los analgésicos prescritos se logró disminuir el dolor en escala 2 según EVA. Lográndose una puntuación de cambio de +2

210212 Presión arterial: Paciente con PA= 145/100 mm Hg durante la evaluación inicial, luego de administrar el tratamiento analgésico e hipertensivo quedó en 145/90 mm Hg. Logrando una puntuación de cambio de +2

Dx 2: (1402) Ansiedad relacionada con grandes cambios en la salud, crisis situacional evidenciado por angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de presión arterial, preocupación.

NOC 1: Puntuación de cambio +2. Se observó cambios favorables en los indicadores como mostramos a continuación:

140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad. Se encontró con una crisis situacional angustia, confusión. Luego de las intervenciones disminuye la ansiedad progresivamente durante su estadía hospitalaria. Logrando una puntuación de cambio de +2

140219 Identifica factores desencadenantes de la ansiedad. Luego de reconocer las situaciones que generan la ansiedad se interviene y se aclaran todas sus dudas respecto a la situación. Logrando una puntuación de cambio de +2

140220 Obtiene información para reducir la ansiedad. Se coordino con el médico tratante la autorización para brindar el alcance sobre la situación de salud lo cual le brinda calma a la paciente. Logrando una puntuación de cambio de +2

140221 Comparte preocupaciones con otros. Progresivamente la paciente participo sus inquietudes lo cual le produjo alivio de la ansiedad. Logrando una puntuación de cambio de +2

Dx3: (0601). Déficit de volumen de líquido relacionado con, pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

NOC 1: Puntuación de cambio +1. Se observó cambios favorables en los indicadores como mostramos a continuación

060116 Hidratación cutánea. Se vigilo el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado, presión sanguínea estable). Luego de las intervenciones paciente presento un balance hídrico positivo + 50. Logrando una puntuación de cambio de +1

060101 Presión Arterial. Paciente con pérdida de líquidos. Se interviene en la reposición de líquidos intravenosos, en la administración sanguínea y los estados hemodinámicos. Logrando una puntuación de cambio de +1

060117 Humedad de membranas y mucosas. Se encontró deshidratada se monitorea el balance hídrico estricto. Luego de la intervención paciente presenta piel y mucosas hidratadas. Logrando una puntuación de cambio de +1

Entre los factores que influyeron para el logro óptimo de los resultados fueron el tiempo limitado para la atención completa de las intervenciones planificadas. Se sugiere a los profesionales de enfermería de la unidad de recuperación pos anestésica para intervenciones futuras realizar la valoración en cuanto al paciente ingrese a la unidad a fin de identificar los problemas y/o necesidades y realizar la administración de los cuidados inmediatamente para lograr los fines deseados.

RESULTADOS

El informe presenta los siguientes resultados:

Se aplicó el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon identificándose los 11 patrones alterados de los cuales los tres priorizados son: nutricional metabólico; cognitivo perceptivo; y tolerancia al estrés. Después del análisis crítico de los datos obtenidos se procedió con la formulación de los diagnósticos, identificándose 8 diagnósticos, de estos fueron priorizados tres seguidamente del análisis crítico de los datos recolectados se formularon 8 diagnósticos de enfermería utilizándose la taxonomía II NANDA internacional, siendo priorizados según riesgo de vida los tres primeros diagnósticos:

Dolor agudo, ansiedad y déficit de volumen de líquido; seguidamente se realizó la planificación con la puntuación respectiva de los resultados esperados e indicadores, así como la propuesta de intervenciones para dar solución a los problemas identificados, se utilizó la taxonomía NOC y NIC. Después de la ejecución de las actividades se procedió con la evaluación de la diferencia de puntuaciones final y basal para la obtención de la puntuación de cambio por indicador y resultado registrando los cambios en la puntuación global por resultados.

DISCUSIÓN

Dolor agudo

“El dolor agudo es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses”. (Herdman, 2018)

Asimismo, López et al. (2017). Menciona el dolor postoperatorio es de tipo agudo, interpretado como reacción ante la agresión quirúrgica; existen factores como la edad, sexo, socioculturales, tipo y localización de la intervención quirúrgica que se tienen que tener en cuenta para las probables dificultades postoperatorias, como la isquemia y arritmias cardíacas, atelectasias, accidentes tromboembólicos, cambios en la cicatrización de heridas y acidosis metabólica. Es indispensable la intervención del manejo del dolor para conseguir la disminución de la morbilidad, mortalidad y de la estadía prolongada.

A su vez el Comité Científico del Dolor (CCD, 2017). Hace referencia que el dolor agudo es una aviso de un deterioro real, previene al organismo, es por esto que funciona dentro de la conservación física del individuo.

De igual manera, Muriel y Llorca (2016) refiere que el dolor conforma una vivencia subjetiva que abarca un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas, en tanto al incluir una emoción desagradable esta genera un conjunto de sentimientos tales como el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

Existen diversas escalas de valoración del dolor, así tenemos: Escalas numéricas: Donde se registra de 0 ausencia del dolor a 10 máximo dolor (Mendoza, 2015).

La paciente con dolor agudo en herida operatoria, presenta una escala de EVA de 5 puntos la cual se manifiesta por expresión facial de dolor, referencia de dolor y cambios en los parámetros fisiológicos.

El dolor posoperatorio es aquel que nace a raíz de ser intervenido quirúrgicamente. Teniendo en cuenta la duración de la intervención, la zona a tratar, las acciones que se hayan practicado sobre el cuerpo y el tipo de anestesia suministrada, el paciente será afectado en mayor o menor grado. El cuerpo libera las sustancias que producen dolor que se presentan cuando se produce una lesión o traumatismo localizado.

Estas sustancias aceleran los nociceptores que son los receptores del dolor que una vez advertidos transfieren la señal de dolor al sistema nervioso central mediante la médula espinal. Sobre un tejido que genera daño en las células. (Guerrero,2017).

El autor Sahuiña (2018) en su estudio titulado intervención de enfermería en el manejo del dolor en la paciente post operada de cesárea encuentra la importancia del manejo del dolor, enfocándose en proporcionar cuidados adecuados que no solo involucre tratamiento farmacológico.

En otro estudio realizado por Enríquez (2018) en su estudio titulado manejo del dolor en el paciente hospitalizado encuentra que el dolor es un síntoma de mucha influencia en las pacientes hospitalizadas que depende del manejo que se aplique para disminuirlo y que mientras más permanezca su efecto será negativo influyendo la calidad de vida del paciente.

Consiguientemente Anaya (2018), en su estudio titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho,2018” considero al dolor agudo como primer diagnóstico y las intervenciones a realizar fueron las siguientes: valorar escala de dolor, colocar al paciente en una posición antálgica, administrar analgésicos según indicación médica

Según la TAXONOMIA II DE NANDA I, se considera como factores relacionados para el dolor agudo agentes lesivos biológicos, agentes lesivos físicos y agentes lesivos químicos no se encuentra condiciones asociadas ni factores de riesgo que provoquen este problema.

En el caso de la paciente en estudio el diagnóstico está determinado por el factor relacionado de agente lesivo físico evidenciado por diaforesis, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor calificado en intervalo 5 según EVA y expresión facial de dolor.

El dolor postoperatorio de elevada intensidad también es un factor predictor para la cronicidad de esa experiencia. En este escenario, la atención de enfermería debe dirigirse a las pacientes post cesareadas, ya que es la cirugía que es considerada la más común entre mujeres en edad fértil. Las mujeres sometidas a cesárea son afectadas en su capacidad de cuidar de sus bebés, amamantar de forma segura y eficientemente e interactuar con el recién nacido en el puerperio. Carvalho, Costa et al. (2017).

El resultado para el dolor agudo elegido por los investigadores fue: nivel del dolor y para alcanzar lo planificado se consideró la intervención: administración de analgésicos con las actividades : se registro el nivel del dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos, para ello se determinó el inicio, la ubicación, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente antes de medicarlo. El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto. La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias

que previamente eran eficaces. De ser necesario si no hay alivio del dolor se cambiara el plan de cuidados. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio. (Ruiz, Gómez et al 2016)

Se administro los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda. Respetar el horario del tratamiento farmacológico es muy importante, ya que los medicamentos deben administrarse en un tiempo determinado debido al periodo que permanecen en el organismo tras su toma.

Se debe tomar en cuenta que los efectos de un determinado medicamento dependen de la cantidad (concentración) que dicho fármaco obtiene en el cuerpo para su acción. Los medicamentos se mantienen en la sangre y en los diversos tejidos del organismo durante un tiempo y después se degradan y se eliminan.

Esto nos lleva al concepto de la “semivida de un fármaco”, que es el tiempo que tarda en reducirse la concentración de un fármaco en sangre en un 50%, y es el que determina cada cuántas horas se debe administrar un medicamento. (Rev. Muy Saludable 2021)

Se comprobó el historial de alergias medicamentosas. La alergia a un medicamento es una reacción anormal del sistema inmunitario a ese medicamento. Las medicinas, sean de venta libre, recetados o a base de hierbas, pueden producir reacciones alérgicas. Se sabe que algunos medicamentos producen alergia con mayor posibilidad.

Los signos y los síntomas más comunes de la alergia a los medicamentos son urticaria, erupción o fiebre. La alergia medicamentosa puede producir reacciones graves, como una afección que puede producir riesgo de vida y que impacta múltiples sistemas del cuerpo (anafilaxia). Los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos son diferentes a las reacciones alérgicas, el primero es la probable reacción conocida que se enumera en la etiqueta de los medicamentos. La alergia a los medicamentos es diferente a la toxicidad que puede ocasionar la sobredosis de medicamentos. (Rev. Mayo Clinic 2021)

El profesional de enfermería es la clave para el proceso de evaluación del dolor, juega un papel importante en el proceso de toma de decisiones para el uso de analgesia adicional, y pueden influir en las normas de control del dolor (Richards, 2007).

Ansiedad

La ansiedad es la sensación vaga intranquilizadora de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. (NANDA Internacional 2018- 2020)

Es así como el organismo de una persona que pasa por un periodo de ansiedad experimenta un estado alerta, el mismo que despierta todos los mecanismos de defensa ante cualquier situación que se pueda presentar, la ansiedad es considerada una respuesta emocional la cual varía de acuerdo a la situación que lo genere y la intensidad con que la persona lo pueda percibir. (Feiman 2016)

Por lo tanto, la ansiedad es en un estado de malestar psicofísico que se caracteriza generalmente por una sensación de inquietud, intranquilidad, desasosiego e inseguridad ante la experiencia o situación que se vivencia como una amenaza inminente, cuando la ansiedad es de un grado severo y agudo puede traer

consecuencias muy graves la cual incluso puede llegar a paralizar al individuo convirtiéndose en pánico. (Halgin 2015)

En el caso de la paciente las características definitorias fueron angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, impotencia.

El nacimiento de un hijo es uno de los momentos más relevantes en la vida de la mujer; los factores obstétricos, el tipo de parto, el retraso en el contacto madre-hijo, el estado de salud del recién nacido pueden dar inicio a la aparición de trastornos afectivos en el puerperio.

La cesárea implica un retraso en el contacto madre-niño lo cual es necesario para la formación del vínculo. Al producirse el encuentro la madre suele sentir cansancio, dolor y sueño. La madre puede encontrarse en situación de ansiedad tratando de procesar las situaciones vividas en las últimas horas.

Si la cesárea es por emergencia y provocada por una situación de sufrimiento fetal la madre experimentará dificultades en el post parto. Será necesario tiempo para procesar lo vivido e integrar la experiencia.

El miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser un estado muy agobiante como para provocar una reacción psicológica estresante.

Si la mujer ha participado de la decisión, si ha sido informada de las alternativas y si ha percibido la cesárea como necesaria es probable que su proceso de ansiedad sea menor. Por el contrario, si no ha sido acompañada emocionalmente estará mayormente afectada.

La experiencia de la cesárea es un proceso cambiante a lo largo del tiempo y se ve afectado por el apoyo emocional que la madre encuentre en su ambiente inmediato, así como por la duración de la lactancia y del estado de salud de su bebé.

Las enfermeras de URPA tienen un rol notable en la prevención o incremento de la ansiedad en el postparto. Si se logra que a pesar de la cirugía la madre sea la protagonista de su cesárea, si se facilita el contacto madre hijo lo antes posible y si se ofrece apoyo cercano las repercusiones serán menos impactantes. (Olza,2017)

El autor Carrascosa (2016) en su estudio titulado cuidados de enfermería en la mujer puerpera realiza la importancia del manejo de la ansiedad en las pacientes puerperas con la finalidad de disminuir el impacto negativo en el estado psicológico. El soporte emocional permite que los pacientes puedan conocer el ambiente en el que están evolucionando y ayuda el afrontamiento.

En otro estudio realizado por Condezo et al (2016) en su estudio titulado nivel de ansiedad y recuperación post operatoria inmediata en pacientes cesareadas menciona que la cesárea puede ser valorada como un evento amenazante que genera ansiedad debido a la ausencia de control por parte del paciente y al carácter imprescindible de la intervención quirúrgica.

Así mismo en su estudio titulado cuidados de enfermería en pacientes con preeclampsia hace referencia a la ansiedad con el siguiente diagnóstico ansiedad relacionado a incertidumbre del estado de salud del recién nacido y su estancia hospitalaria. Camones (2018)

Según la taxonomía II de NANDA I, se considera como factores relacionados para la ansiedad amenaza al estatus habitual, amenaza de muerte, conflicto de valores, conflicto sobre los objetivos vitales, contagio interpersonal, estresores, mal uso de sustancias, necesidades no satisfechas, transmisión interpersonal.

En el caso de la paciente en estudio el diagnóstico está determinado por el factor relacionado grandes cambios en la salud, crisis situacional y evidenciado por angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

La ansiedad en el postoperatorio es una situación nueva para el paciente y se manifiesta como resultado de un estado de aprensión y desconocimiento ante una situación nueva y fuera de la rutina diaria. Se ha demostrado que una buena información preoperatoria disminuye la ansiedad pre y postoperatoria. (Calle, Moreno 2015)

Durante el tiempo de hospitalización, el paciente experimenta ansiedad al percibir el entorno hospitalario amenazante, atemorizante, al dificultarle obtener un diagnóstico y tratamiento preciso.

El ambiente hospitalario se convierte en un agente generador de ansiedad debido al entorno que rodea al paciente ya que ha dejado la comodidad de su casa, el despegue de la rutina diaria y estar rodeado de equipo médico, enfermeras, doctores y en algunos casos compañeros de cuarto que presentan cuadros clínicos más graves o en el mejor de los casos alentadores hacen que el paciente mantenga un nivel de ansiedad elevado. (Escobar, 2015).

El resultado para la ansiedad elegido por las investigadoras fue: Autocontrol de la ansiedad y para alcanzar lo planificado se consideró la intervención: Disminución de la ansiedad con las actividades: Se utilizó enfoque sereno que dé seguridad. Como se sabe el nacimiento de un bebé puede provocar cruce de emociones fuertes, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad, además de cambios en la salud física. También puede desencadenar algo que podría no esperarse: la depresión.

Gran parte de las madres primerizas sienten melancolía posparto después del nacimiento del bebé, que abarca cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir. La melancolía posparto generalmente empieza dentro de los primeros dos o tres días después del parto, puede durar hasta dos semanas.

Algunas madres primerizas presentan una forma de depresión más grave y de mayor duración, conocida como depresión posparto. También se puede presentar un trastorno extremo del estado de ánimo llamado psicosis posparto.

La depresión posparto no es un defecto de carácter o una debilidad. A veces, se trata simplemente de una complicación del parto. (Mayo Clinic 2019)

Se explicaron todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. La información médica que se brinda a la paciente o al usuario de un servicio de salud puede aportar al mejor desarrollo del proceso de ayuda y mejorar la relación entre los trabajadores de salud y el paciente.

La información que se brinda a la paciente tiene la finalidad de prevenir los riesgos y su naturaleza. Debe ser real, entendible para la paciente y adecuada a las circunstancias personales y sociales que la afectan.

Una de las funciones de la enfermera es dar a la paciente libertad y autonomía en sus decisiones con respecto a su enfermedad, al conocimiento de la historia clínica, los tratamientos y la realización de acciones que le procuren bienestar. (Rev. Medica Herediana, 2015)

Se escucho con atención. Es necesario validar las experiencias que reporta la paciente y manifestar empatía con las vivencias que revela. El objetivo de hablar de lo transcurrido en el parto es manifestar sus experiencias y emociones, incluso su enojo o desilusión, con el fin de que se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático. Sería atractivo que los hospitales ofrecieran a las pacientes o parejas la oportunidad de hablar de sus experiencias durante el parto, sobre todo cuando algo se complica. Mientras más capacitada esté la enfermera para enfrentar las emociones suscitadas, más beneficiosa será la experiencia de relatar lo ocurrido. (Pedace 2017).

Déficit de volumen de líquidos

Déficit de volumen de líquidos disminución de líquido intravascular, intersticial y o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio. (Heather 2018-2020)

Merino, 2015 menciona que el desequilibrio hidro electrolítico significa que el volumen de agua y electrolitos ha aumentado o disminuido respecto a los límites normales. No hay balance entre entradas y salidas.

Según Balarezo, Chilingua 2015 el desequilibrio hidro electrolítico son todas aquellas alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o exceso. Sus etiologías son diversas y se agrupan en función de la causa que las produce: aumento del aporte, alteración de la distribución, o disminución de la excreción.

Así mismo la Revista Salud y Medicina 2015 explica que el trastorno hidroelectrolítico es un desorden en la regulación de los líquidos corporales, que se distingue por pérdida o exceso de agua extracelular, descompensación de diferentes electrolitos como son: sodio, potasio, cloro, fósforo calcio y magnesio. A esta situación se quiere evitar llegar.

En el caso de la paciente en estudio las características definitorias fueron: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-237).

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más inquietantes y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Es la pérdida de sangre superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. MurciaSalud, 2018)

Al nacer el bebé, el útero normalmente se contrae y expulsa la placenta. Una vez expulsada, las contracciones ayudan a presionar los vasos sanguíneos en la zona en la que estaba adherida. Si el útero no se contrae con la fuerza suficiente, los vasos sanguíneos sangran libremente. Esta es la causa más común de hemorragia posparto. Es probable que haya sangrado si quedan adheridos pequeños fragmentos de placenta.

La pérdida de mucha sangre muy rápido puede producir una fuerte caída en la presión arterial. Esto puede producir un shock o la muerte si no se trata (Stanford Children´s Health, 2021)

Las autoras Guashpa-Bueno 2019 en su estudio titulado Aplicación del proceso de atención de enfermería a pacientes con hemorragia postparto menciona que la principal actividad es el reconocimiento de la hemorragia postparto e identificación de la causa que la provoca, para mediante una serie de medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas lograr la corrección del problema que conlleva a la pérdida sanguínea y así lograr restablecer la hemodinamia de la paciente.

En otro estudio llamado La Hemorragia Postparto: descripción, manejo y tratamiento menciona que el personal de enfermería es el que estará en contacto directo con la paciente en todo momento por ello es importante la educación y formación de los enfermeros para la detección inmediata de la hemorragia postparto. El conocimiento los signos y síntomas más frecuentes en el inicio de la hemorragia postparto y la realización de una valoración dirigida a la detección y diagnóstico de la hemorragia postparto durante el periodo puerperal. (Álvarez 2016)

Seguidamente en el estudio titulado Paciente en Puerperio Inmediato con riesgo de déficit de volumen de líquidos refiere la importancia de brindar un cuidado profesional de enfermería a la persona con

hemorragia postparto con la finalidad de identificar oportunamente factores de riesgo y disminuir o eliminar complicaciones que pongan en riesgo su vida. (Becerra 2020).

Según la taxonomía II de NANDA I, se considera como factor relacionado para déficit de volumen de líquidos la pérdida activa de volumen de líquidos.

En el caso de la paciente en estudio el diagnóstico está determinado por el factor relacionado pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

La hemorragia pos parto es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. La HPP grave se define como la pérdida de sangre de 1.000 ml o más dentro del mismo marco temporal. También se entiende por HPP a cualquier pérdida de sangre que cause alteraciones hemodinámicas en el posparto. La HPP es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden surgir en el puerperio. (Fasgo, 2019)

La hemorragia obstétrica es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para el manejo del shock, así como la disponibilidad de hemoderivados. (García-Lavandeira, 2017)

El resultado para déficit de volumen de líquidos y para alcanzar lo planificado fue equilibrio hídrico y la intervención para alcanzar este resultado:

monitorización de líquidos con las actividades. Se monitorizo la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo. La monitorización de las funciones vitales de la madre, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, puede ayudar al médico a determinar si la pérdida de sangre es importante. Una caída abrupta de la presión arterial o una frecuencia cardíaca acelerada pueden indicar un sangrado excesivo (Manual MSD, 2021)

Se llevó un registro preciso de entradas y salidas, la buena realización del balance hídrico en los pacientes nos sirve de indicador precoz de la aparición de complicaciones cardiovasculares y renales. El balance hídrico requiere una adecuada valoración de parte del profesional de enfermería para poder detectar de manera oportuna las complicaciones en el paciente, cuando se trata de pacientes críticos es necesario el ajuste permanente de líquidos que se da a través de una evaluación continua. La restitución de líquidos se hace en base a la superficie corporal del paciente y sus requerimientos, la velocidad de la reposición depende de la reserva cardiopulmonar, de la adecuación de los mecanismos renales, de las pérdidas mantenidas y del tipo de líquido requerido. (Gonzales - Zapata, et al 2015)

Se observaron las mucosas, la turgencia de la piel y la sed, el shock hipovolémico es una de las complicaciones mas graves de la deshidratación y pueden poner en riesgo la vida. Por ello la importancia de evaluar los signos de deshidratación. (Mayo Clinic 2019)

CONCLUSIONES

Se concluye que el objetivo del presente estudio fue aplicar el PAE a una paciente pos cesareada con pre eclampsia severa y SARS covid 19 a la luz de los once patrones de Marjorie Gordon de la unidad de recuperación post anestésica mencionando que se logró realizar satisfactoriamente lo planificado.

Después de las intervenciones realizadas se obtuvo resultados satisfactorios como son +2+1+1, observando cierta evolución favorable en la paciente, aunque el proceso solicitaba continuar con la atención hasta el alta.

El éxito del tratamiento de enfermería se atribuye a la identificación y actuación oportuna antes las necesidades identificadas en la paciente, en este sentido se ve preciso el fortalecimiento de las competencias del profesional especialista en recuperación post anestésica.

Se aplicó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, considerando para la recolección de datos en la etapa de valoración el marco de valoración de los once patrones funcionales, para el juicio clínico la taxonomía II de NANDA I, para la planificación de los cuidados se utilizó las taxonomías NOC y NIC, luego de la ejecución se finalizó con la evaluación haciendo uso nuevamente de la taxonomía NOC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Raya D. (23 de mayo de 2005). Competencias comunicativas del profesional de Enfermería [Tesis]. La Habana, Cuba: Universidad de la Habana. Facultad de Comunicación.
2. Aquino-Galeano, CA. Tutorial para el Aprendizaje de los Reflejos Osteotendinosos Venezuela: Maracaibo; 2004.
3. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, Portellano Moreno A, Martínez Martos RM, Castillo Dorado B,. (2006). GUÍA DE CUIDADOS EN ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS Y CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA . Obtenido de <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>
4. Berghella V. (2013). Patient information: C-section (cesarean delivery) (Beyond the Basics). 3-9. Wolter Kluwer.
5. Ferrufino, J.,Lopez,N.,Luizaga, A.& Lopez, D. (2020). Incidencia de adenocarcinoma en zona transicional de próstata en institución pública. Cochabamba, Bolivia. Retrieved from
6. Covarrubias-Gómez, A. . (2007). Manejo farmacológico del dolor perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología.
7. D Angelo L.; Sokol. (2012). Tiempo relacionado a la morbilidad en el parto y sus determinantes. Obstetricia y Ginecología, 65, 219.
8. De Cherney, A.; Nathan, L., Goodwin, T.; Lauffer, N. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. El Manual moderno. 2007.
9. Diagnóstico Nanda 2018 - 2020. (2016). Diagnósticos de Enfermeros. Obtenido de <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>
10. Hopfer Deglin, J. (2009). Guía farmacológica para profesionales de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana

11. Hernández, P.; Burga, A.; Salazar, M.; Moya, V. (2012). GUIA: LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y QUIRÚRGICO. IREN.
12. Jimenez, V. (2016). Calidad de atención de enfermería en pacientes post-quirúrgicas servicio gineco -obstétrico hospital general provincial docente ambato periodo julio a septiembre 2015. tesis previa a la obtención del grado académico de Magister en enfermería quirúrgica. Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
13. Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar., 159-167.
14. Lacunza RO.; Pacheco-Romero, J. Implicancias neurológicas de la preeclampsia, más que solo eclampsia. Rev Per Ginecol Obstet. 2015; 61(4): p. 407-16.
15. Lima, A.; Jansen, T.C.; Van Bommel, J.; Ince, C.; Bakker, J. The prognostic value of the subjective assessment of peripheral perfusion in critically ill patients. Crit Care Med. 2009; 37: p. 934-938.
16. López-Ramos, H., Bolívar, J., De vivero, S., Bojanini, S., De la Espriella, M. (2019). Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna: Revisión de la literatura. Retrieved from.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.