



Categoría: Investigación aplicada en salud y medicina

ORIGINAL

The role of the nurse in the care of a post-operative cesarean patient with HELLP syndrome in the gynecology and obstetrics service of a National Hospital, 2022

Rol de la enfermera en paciente post operada por cesárea con síndrome de hellp en el servicio de ginecoobstetricia de un Hospital Nacional, 2022

Eva Gutiérrez Carlos ¹, Eguiluz Castro Paucar ¹

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

Citar como: Carlos Eva G, Castro Paucar E. The role of the nurse in the care of a post-operative cesarean patient with HELLP syndrome in the gynecology and obstetrics service of a National Hospital, 2022. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2025;3:351. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii2025351>

Recibido: 12-09-2025

Revisado: 27-11-2024

Aceptado: 03-01-2025

Publicado: 05-01-2025

Editor: Emanuel Maldonado 

ABSTRACT

Pregnancy with hellp syndrome is life-threatening, it appears in 5-9 out of every 1000 pregnancies and in 10-20% of cases with severe preeclampsia, it causes the breakdown of red blood cells, causing liver problems, bleeding and blood pressure. The objective of this study is to manage nursing care for a patient with síndrome of hellp and hemoperitoneum with pelvic hematoma in the obstetrics-gynecology service. The present study is a research with a qualitative approach, clinical case type, study subject female, 21 years old. The nursing care process was used as a method, the assessment guide of Marjorie Gordon's 11 functional patterns was applied, by which altered patterns were found, formulating the nursing diagnoses: Decreased cardiac output, Acute Pain and CP: Shock hypovolemic. The activities were executed in a timely manner, the evaluation was through the difference in baseline and final scores of the indicators. We can conclude that hellp syndrome is a hypertensive disorder of pregnancy, however, the complication of this post-cesarean patient is hemoperitoneum with pelvic hematoma, timely nursing care against this was the main axis in the patient's restoration. It is concluded that, according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, improving the patient's health status, but the survival and success of the treatment provided depends on the timely identification of the problems and appropriate choice of treatment.

Keywords: Role; nurse; cesarean section; Hellp syndrome.

RESUMEN

El embarazo con síndrome de hellp pone en riesgo la vida, aparece en el 5-9 de cada 1000 gestaciones y en el 10-20% de los casos con preclampsia severa, provoca la descomposición de los glóbulos rojos de

la sangre, causar problemas hepáticos, de sangrado y de presión arterial. El objetivo del presente estudio es gestionar el cuidado de enfermería a un paciente con síndrome de hellp y hemoperitoneo con hematoma pélvico en el servicio de ginecoobstetricia. El presente estudio es una investigación con enfoque cualitativo, tipo caso clínico, sujeto de estudio mujer de 21 años de edad. Se utilizó como método el proceso de atención de enfermería, se aplicó la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, por el cual se encontraron patrones alterados formulándose los diagnósticos de enfermería: Disminución del gasto cardiaco, Dolor Agudo y CP: Shock hipovolémico. Se ejecutaron las actividades oportunamente, la evaluación fue mediante la diferencia de puntuaciones basales y finales de los indicadores.

Podemos concluir que el síndrome de hellp, es un trastorno hipertensivo del embarazo, sin embargo, la complicación de este paciente poscesareada es el hemoperitoneo con hematoma pélvico, los cuidados de enfermería oportunos frente a ello fueron el eje principal en la restauración del paciente. Se concluye que, de acuerdo a los problemas identificados en la paciente, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, mejorando el estado de salud de la paciente, pero la sobrevida y el éxito del tratamiento proporcionado depende de la identificación oportuna de los problemas y adecuada elección del tratamiento.

Palabras clave: Rol, enfermera; cesárea; síndrome de Hellp.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial los estados hipertensivos del embarazo afectan al 10% de todos los embarazos siendo afectados del 0.1 % - 0.9% por Síndrome de Hellp (SH). Esta complicación tiene un elevado índice de mortalidad materna de 1-24% y 7-34% de mortalidad fetal. En América Latina 27.6% de las mujeres con preeclampsia presentan SH con un índice de mortalidad de un 14% (Bracamonte, 2018).

Los síndromes hipertensivos gestacionales representan una de las principales causas de muertes maternas en todo el mundo, entre estos se encuentran el SH, que consiste en la condición que puede ocurrir en algunas mujeres para el final del embarazo, generalmente, cuando presenta preeclampsia o eclampsia. No obstante, puede ocurrir también posterior al parto. (Galarza 2020).

Los servicios de ginecología en Perú, en los hospitales públicos en el 2021 al 2022 la mortalidad materna tuvo un incremento de 45% y un 65% con respecto al 2019 el cual los trastornos hipertensivos significo un 30% y un 21% por hemorragias; ocupando el primer y segundo lugar de causas directa que, con hemolisis, trombocitopenia, incremento de las enzimas

hepáticas y bajo recuento plaquetario (Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, 2022).

El síndrome de Hellp (SH), es una complicación multisistémica del embarazo donde se presenta hemolisis (descomposición de los glóbulos rojos), elevación de enzimas hepáticas (provocando daño en las células hepática), plaquetopenia (nivel bajo de plaquetas), además de proteinuria, edemas, náuseas, vómitos dolor de cabeza, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, visión borrosa, sangrado, convulsiones. De etiología desconocida; se ha visto afectada por factores genéticos, inmunológicos y ambientales Es considerada como una complicación de la preeclampsia severa, eclampsia (Bracamonte, 2018).

Se han identificado múltiples y variadas complicaciones severas entre ellas hemorragias, sangrados, anemia e hipotensión, donde el más del 50% han requerido transfusión de sangre y hemoderivados, aumentando el riesgo de fracaso renal agudo (8%) coagulación intravascular diseminada (21%), desprendimiento de placenta (16%), la ceguera cortical, desprendimiento de retina (1%), ruptura del hígado (1%), asociándose a la hemorragia post parto, edema pulmonar (6%), edema cerebral y, hemorragia subaracnoidea y muerte; dato basado en un estudio realizado en 437 mujeres con SH (Zapata Díaz, 2020).

El hematoma retroperitoneal, es la acumulación de sangre en espacio virtual situado entre el peritoneo parietal posterior y los elementos de la pared abdominal posterior, pudiendo acumularse hasta

3000ml de sangre, por lo que desencadenar un shock hipovolémico que debe ser tratado de inmediato; es poco frecuente, y de alto porcentaje de mortalidad posterior a una cesárea, si no es reconocido y tratado a tiempo (Calderón León, 2021).

Con respecto a la clínica puede existir una falta inicial de sintomatología hasta la aparición de dolor abdominal intenso de forma brusca (en epigastrio e hipocondrio derecho en ocasiones irradiado al dorso, flancos) signos de hipoperfusión o anemia aguda, shock hipovolémico, masa lumbar palpable, fiebre hematuria, náuseas, vómitos y sufrimiento fetal agudo. La tomografía axial computarizada informa el grado de compresión de estructuras adyacentes, de la presencia de un hemoperitoneo permitiendo establecer el diagnóstico etiológico de presunción. El tratamiento se basa en el estado hemodinámico de la paciente; en caso de inestabilidad reposición de volemia y corrección de trastornos de coagulación, estando indicada cirugía de urgencia aun sin diagnóstico (Pacheco Romero, 2016).

El manejo quirúrgico va desde la evacuación del hematoma, la compresión con compresas, embolización y la aplicación de material hemostático., en una laparotomía exploratoria (Godoy, 2020).

Las medidas preventivas están permitiendo al Perú y a América corregir las causas más frecuentes morbimortalidad materna; estas medidas incluyen el buen control prenatal, así como la especialización del profesional de enfermería desde la atención primaria identificando a tiempo y refiriéndolo con prontitud, para evitar complicaciones severas; hasta la atención especializada (Pacheco Romero, 2016).

En el cuidado de enfermería; es primordial la captación de la necesidad de ayuda de la persona dependiente de cuidado mediante el monitoreo, identificación de complicaciones para su atención oportuna previniendo mayores complicaciones, hasta la recuperación de la paciente. (Milián García, 2023)

El proceso de atención de enfermería es la herramienta fundamental científica de la enfermera por lo tanto su actuar tiene base teórica científica en la sé que fundamenta la enfermería, no llegando hacer un cuidado empírico. Mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería (Cayetano Fernández-Sola, 2020).

El presente trabajo tiene como propósito dar a conocer los cuidados de una paciente con SH y sus complicaciones en el caso específico de nuestra paciente en la que se tuvo que terminar la gestación con una cesares de emergencia por SH, con hepatopatía gestacional , alteración del perfil de coagulación, síndrome colestásico; luego paso a la UCI-P, una vez estabilizada paso a gineco-obstetricia, al onceavo día de su hospitalización presenta un shock hipovolémico resultado de una hemorragia activa, siendo manejado por el profesional de enfermería, subiendo a SOP de emergencia por presentar hemoperitoneo, en esta situación es la que se aborda a la paciente para su cuidado especializado en armonía con el equipo interdisciplinario de salud.

Destacamos la importancia de la especialización donde el licenciado de enfermería altamente capacitado tiene el conocimiento, habilidad y actitud demostrando saber, sabe hacer, y como hacer con un enfoque humanístico e integral en respuesta a la demanda de la atención de calidad en enfermería gineco-obstétrica (Paz-Pascual, 2020).

MÉTODOS

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería, es el método que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a un paciente mediante un análisis integral. El sujeto de estudio es una paciente de 21 años de edad posoperada de síndrome de hellp, anemia severa, trastorno de coagulación, hemoperitoneo con hematoma pélvico, hipocalcemia, falla hepática seleccionada a conveniencia por las investigadoras. Para la valoración se utilizó la técnica de la observación, entrevista y revisión documentada (historia clínica), como instrumento se utilizó una Guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjori Gordon, después del análisis crítico de los datos significativos se formularon los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I; para la etapa de planificación se utilizó la

Taxonomía NOC y NIC. Luego de la etapa de ejecución de los cuidados enfermeros se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de las puntuaciones final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería Valoración

Datos Generales. Nombre: M.N.F Sexo: Femenina Edad: 21 años

Días de atención de enfermería: 6 horas.

Fecha de valoración: 14/03/2022 (11vo día de hospitalización)

Motivo de ingreso: Paciente adulta joven de 21 años primigesta de 38.5 semanas de gestación por eco; acude por emergencia refiriendo haber presentado náuseas y vómitos, malestar general, escalofríos; cuenta que días antes ha tenido mucha sed, que por más que tomaba agua no se saciaba, orinaba poco en relación a lo que tomaba y la hinchazón de sus pies aumentaban. Se observa piel y mucosas ictéricas edemas de miembros inferiores, presenta PA 130/80mmHg, T 37.8 C° siendo hospitalizada con Dx: medico Gestación de 38 sem por eco, Sind Febril de EAD, Ictericia de EAD, Trastorno de coagulación. Evaluada por diferentes especialidades deciden la culminación del embarazo sube a SOP de emergencia con Dx de Síndrome de Hellp, Hepatopatía Gestacional, Alteración del Perfil de Coagulación, pasando luego a la Unidad de Cuidados Intensivos, estabilizada es referida al servicio de ginecoobstetricia para continuar monitoreo y evolución.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción - Control de la Salud.

Paciente de 21 años primigesta, intervenida hace 11 días por Síndrome de Hellp en sus 38.5 semanas de gestación por ECO. Presento síndrome colestásico en su ingreso por emergencia. Presentó anemia severa en la gestación, trastorno de coagulación, hipokalemia, falla hepática.

Patrón Funcional II: Sexualidad /Reproducción.

Paciente femenina, presentó leve sangrado al cambio de turno, durante el turno de atención presenta hemorragia activa.

Patrón Funcional III: Nutrición Metabólico.

Paciente femenina con apetito disminuido, por momentos refiere tener sed, refiere estar presentando nauseas. Se observa abdomen distendido, globuloso con presencia de masa, zona quirúrgica limpia con escaso sangrado, sin embargo, dolor al contacto.

Patrón Funcional IV: Actividad - Ejercicio.

Paciente presenta edema generalizado en miembros inferiores y superiores, alteración de la presión arterial en los últimos turnos, actualmente presenta 90/80 mmhg , los niveles de hematocrito están disminuidos (Hg 3.8mg/dl) según resultado del turno, se controla por hemorragia anterior, presenta indicación médica del día de Cloruro de sodio al 9% 500cc a chorro luego a 60 gotas por minuto, Poligenina al 3.5% 01 Frasco a chorro, transfusión de 2 paquetes globulares, transfusión de 2 paquetes de plasma fresco congelado, se muestra muy debilitada, presenta dos vías periféricas permeables en miembros superiores (derecho e izquierdo). Se encuentra ventilando por CBN a 23 por minuto, por momentos refiere dificultad para respirar. Saturación: 93% sin ayuda ventilatoria, 97% con soporte ventilatorio.

Temperatura:36°. Llenado capilar <2.

Patrón Funcional V: Relaciones - Rol.

Paciente adulta joven primigesta, estudiante del tercer año de la carrera de derecho que depende económicamente de sus padres. El padre se su bebe está ausente, refiere que será madre soltera, su principal fuente de apoyo es su familia.

Patrón Funcional VI: Perceptivo - Cognitivo.

Paciente declara presentar dolor abdominal que ha ido aumentando gradualmente, a la valoración de escala de EVA refiere: 7/10, se muestra intranquila, llorosa, refiere: un momento siento que voy a desfallecer, manifiesta que se siente débil.

Patrón Funcional VII: Eliminación.

Paciente presenta deposiciones irregulares (1 vez cada dos días), la diuresis esta disminuida según reporte turno anterior, presentó BH negativo en el turno anterior. Presenta sonda vesical.

Patrón Funcional VIII: Reposo - Sueño.

Paciente presenta sueño irregular durante la noche (duerme 3 a 4 horas en las noches), refiere: “no puede dormir de corrido porque me preocupa cómo estará mi bebe, ya llevo tantos días hospitalizada y me dicen que me tengo que seguir quedando, tantas cosas que me han pasado y me siguen pasando, al despertar me siento cansada”.

Patrón IX: Valores y Creencias.

Refiere creer en Dios, y pide ayudarla a orar por su mejoría.

Patrón Funcional X: Autopercepción - Auto concepto.

Paciente manifiesta incertidumbre acerca de lo que le paso y le sigue pasando, estoy hinchada, requiero pedir ayuda para mis necesidades no quiero molestar si pudiera atenderme sola lo haría; tengo vía, tengo esta sonda se muestra entristecida llora.

Patrón Funcional XI: Adaptación - Tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente refiere me siento preocupada por mi salud y por mi bebe hasta cuando me quedare hospitalizada.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer Diagnóstico.

Etiqueta diagnostica: (00029) Disminución del gasto cardiaco

Características definitorias: Taquicardia, hipotensión, edema, fatiga, piel fría, húmeda y pegajosa, disnea, oliguria, llenado capilar >2', agitación psicomotriz.

Factores relacionados: Cambios en la precarga y poscarga.

Enunciado diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco r/c cambios en la precarga y poscarga e/p taquicardia, hipotensión, edema, fatiga, piel fría, húmeda y pegajosa, disnea, oliguria, llenado capilar >2', agitación psicomotriz.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnostica: (00132) Dolor agudo

Características definitorias: Verbalización del dolor EVA: 7 en abdomen y alrededor de herida quirúrgica, expresión facial de dolor, posición antalgica, lagrimas.

Factores relacionados: Agente lesivos biológicos

Enunciado diagnóstico: (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológico e/p verbalización del dolor EVA: 7 en abdomen y alrededor de herida quirúrgica, expresión facial de dolor, posición antalgica, lagrimas.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnostica: CP: shock hipovolémico.

Definición: Es la principal causa de muerte, produciendo inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, daño de órganos y muerte (Rubio&Esquerra,2022).

Características definitorias: Antecedente de hemorragia, resultados de hemoglobina: 3.6 mg/dl, debilidad generalizada, palidez.

Planificación

Primer diagnóstico.

Disminución del gasto cardiaco (00029)

Resultados de enfermería.

NOC [0402] Efectividad de la bomba cardiaca.

Indicadores:

040001 Presión sanguínea sistólica 040019 Presión sanguínea diastólica 040002 Frecuencia cardiaca

040006 Pulsos periféricos

040013 Edema periférico 040023 Disnea en reposo. Intervenciones de enfermería.

NIC [4150] Regulación hemodinámica. Actividades:

415001 Realizar una valoración exhaustiva del estado hemodinámico (presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos periféricos, según corresponda).

415002 Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipovolemia por hemorragia).

415003 Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente).

415004 Monitorizar los efectos de la medicación (administrar inotrópicos según indicación médica).

415005 Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente. 415006 Evaluar los efectos de la Fluidoterapia.

Segundo diagnóstico. Dolor agudo (00132) Resultados de enfermería. NOC [2102] Nivel del dolor
Indicadores:

210201 Dolor referido

210204 Duración de los episodios del dolor 210206 Expresión facial del dolor

210225 Lagrimas

Intervenciones de enfermería.

NIC [1410] Manejo del dolor: agudo Actividades:

141001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan.

141002 Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición viable y fiable. 141003 Notificar al médico que el dolor no cede ante tratamiento analgésico prescrito, empeorando en el turno.

141004 Preparar al paciente para diagnóstico de imágenes.

141005 Preparar al paciente para su ingreso a sala por laparotomía exploratoria, lavado de Cavity abdominal, drenaje de Hematoma retroperitoneal e histerotrofia.

141006 Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente y la intervención quirúrgica a someterse al paciente.

Tercer diagnóstico.

CP: Shock hipovolémico

Resultados de enfermería.

NOC [0402] Severidad de la pérdida de sangre.

Indicadores:

0401306 Distensión abdominal

041307 Hemorragia postoperatoria

041308 Disminución de la presión arterial sistólica. 041309 Disminución de la presión arterial diastólica. 041311 Aumento de la frecuencia cardíaca apical.

041316 Disminución de la hemoglobina.

Intervenciones de enfermería.

NIC [4030] Administración de hemoderivados

403001 Verificar las órdenes del médico: Cloruro de sodio al 9% 500cc a chorro luego a 60 got x min, poligelina al 3.5% 01 frasco o a chorro, transfusión de 2 paquetes globulares, transfusión de 2 paquetes de plasma fresco congelado.

403002 Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de la unidad y la fecha, registrar según protocolo.

403003 Realizar canalización de dos vías periféricas EV. 403004 Monitorizar funciones vitales durante la transfusión. 403004 Registrar el volumen transfundido.

Tabla 1. Ejecución de la intervención regulación hemodinamica para el diagnóstico Disminución del gasto cardiaco.

Intervención: Regulación hemodinámica.		
Fecha	Hora	Actividades
18/02/2023	7:30 am	Se realizó una valoración exhaustiva del estado hemodinámico (presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos periféricos, según corresponda).
	7:40 am	Se determinó el estado de volumen (si el paciente presenta hipovolemia por hemorragia). Se determinó el estado de perfusión (si el paciente esta frio, tibio o caliente).
	7:40 am	Se monitorizó los efectos de la medicación.
	7:50 am 8:00am-12:00pm	Se vigiló las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente.
	12:00 pm	Se evaluó los efectos de la fluidoterapia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Ejecución de la intervención manejo del dolor agudo para el diagnóstico Dolor Agudo.

Intervención: Manejo del dolor: agudo.		
Fecha	Hora	Actividades
18/02/2023	7:30 am	Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o agudizan. Se monitorizó el dolor utilizando una herramienta de medición viable y fiable.
	7:30 am	Se notificó al médico que el dolor no cede ante tratamiento analgésico prescrito, empeorando en el turno. Se preparó al paciente para diagnóstico de imágenes.
	8:00 am	Se preparó al paciente para su ingreso a sala por laparotomía exploratoria, lavado de Cavidad abdominal, drenaje de Hematoma retroperitoneal e histerotrofia.
	10:00 am	Se proporcionó información precisa a la familia sobre el dolor del paciente y la intervención quirúrgica a someterse al paciente.
	12:00 pm	
	12:pm am	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Ejecución de la intervención administración de hemoderivados para el CP: Shock Hipovolémico.

Intervención: Administración de hemoderivados		
Fecha	Hora	Actividades
18/02/2023	9:00 am	Se verificó las órdenes del médico: Cloruro de sodio al 9% 500cc a chorro luego a 60 got x min, poligelina al 3.5% 01 frasco o a chorro, transfusión de 2 paquetes globulares, transfusión de 2 paquetes de plasma fresco congelado. Se verificó que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de la unidad y la fecha, registrar según protocolo.
	9:00 am	Se realizó canalización de dos vías periféricas EV. Se monitorizó funciones vitales durante la transfusión. Se registra el volumen transfundido.
	9:00 am	
	9:00 am	
	12:00 pm	

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Resultado: Efectividad de la bomba cardiaca.

Tabla 4. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Efectividad de la bomba cardiaca.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión sanguínea sistólica	2	3
Presión sanguínea diastólica	2	3
Frecuencia cardiaca	2	3
Pulsos periféricos	3	3
Edema periférico	3	3

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado Efectividad de la bomba cardiaca seleccionados para el diagnóstico Disminución del gasto cardiaco antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 3 (desviación moderada del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales. La puntuación de cambio fue de + 1.

Tabla 5. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Nivel del dolor.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	2
Duración de los episodios del dolor	2	2
Expresión facial del dolor	2	2
Lagrimas	2	2

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado Nivel del dolor seleccionados para el diagnóstico Dolor Agudo antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancial), después de las intervenciones en el turno, la moda se mantuvo en 2 (sustancial), es por el mismo motivo que la paciente ingresa a sala de operaciones al detectarse un Hematoma retroperitoneal como el causante de la condición de salud. La puntuación de cambio fue de 0.

Resultado: Severidad de la pérdida de sangre.

Tabla 6. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Severidad de la pérdida de sangre.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Distensión abdominal	2	2
Hemorragia postoperatoria	2	2
Disminución de la presión arterial sistólica.	2	3
Disminución de la presión arterial diastólica.	3	3
Aumento de la frecuencia cardiaca apical.	3	3
Disminución de la hemoglobina.	1	2

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado Severidad de la pérdida de sangre seleccionados para el CP: Shock hipovolémico antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancial), después de las mismas, la moda fue de 3 (moderado), corroborado por la ligera mejoría de los valores hemodinámicos, es referida de una intervención de emergencia. La puntuación de cambio fue de +1.

En la fase de valoración, la recolección de los datos se obtuvo de la fuente principal: paciente, también de la historia clínica. Asimismo, se utilizó el examen físico técnica de recolección de la información. Se organizó la información a través de la Guía de Valoración basada en los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La dificultad en esta parte fue referente al dolor, teniendo en cuenta que era una pos operada de cesárea y la paciente refería dolor abdominal, no se identificaba exactamente el punto del dolor.

En la fase de diagnóstico se realizó el análisis de los datos significativos según la clasificación NANDA, arribando a seis diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizo tres: Disminución del gasto cardiaco, Dolor Agudo y CP: Shock hipovolémico. En esta etapa no hubo dificultad de priorización.

La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se realizó el análisis para determinar los resultados de enfermería (NOC) que mejor respondan al objetivo a lograr con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones (NIC). La dificultad en esta fase estuvo en la determinación de la puntuación de los indicadores.

En la fase de ejecución, no hubo mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades.

Por último, la fase de la evaluación permitió valorar un estado actual y reorganizar las acciones.

CONCLUSIONES

El Proceso de atención de enfermería es un método completo que consta de 5 etapas, cuya metodología para brindar cuidados a los pacientes es sistemático, lógico y ordenado, que ayudan al profesional a un cuidado de calidad.

Es importante realizar una correcta valoración de Enfermería, el cual debe ser completa, objetiva y precisa; teniendo en cuenta que de ello se generará la formulación de diagnósticos enfermeros en el cual guiará a la planificación y cumplimiento de objetivos para el bien del paciente.

La interrelación NANDA-NOC-NIC permite la utilización de un lenguaje unificado de enfermería.

Los cuidados de enfermería que se ejecutaron en el estudio contribuyó al actuar oportuno para evitar complicaciones a largo plazo en una paciente recientemente diagnosticada hemoperitoneo con hematoma pélvico durante el turno de atención.

REFERENCIAS

1. Acaso M. Lenguaje Visual. Barcelona: Paidós Ibérica S.A; 2009.
2. Aguirre de Ramírez R. La lectura y la escritura en escolares de primeros grados. Orientaciones didácticas. Mérida: Universidad de los Andes; 2010.
3. Alvarez Z C, Cerda C C, Jadue T A, Rojas R F, Abelleira P M, Hermansen T C, et al. Hematoma retroperitoneal espontáneo: Caso clínico. Rev Med Chile. 2007;135(8):1044-1047. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000800013>.
4. Arenas E. Desarrollo del Lenguaje Comprensivo en Niños de 3, 4 y 5 años de diferente Nivel Socioeconómico [Tesis de maestría]. Lima: Perú; 2012.
5. Arevena-A FA. Fundamentación del diagnóstico enfermero: Disminución del gasto cardiaco al paciente con insuficiencia cardíaca izquierda [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición; 2018. Disponible en: https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4623/TESINA_DEFENSA_L.E_FABIOLA_ARAVENA.pdf.
6. Avery RJ, Bryant WK, Mathios A, Kang H, Bell D. Electronic course evaluations: Does an online delivery system influence student evaluations? J Econ Educ. 2006;37(1):21-37. <https://doi.org/10.3200/JECE.37.1.21-37>.
7. Azar S. El sensible acto de mirar: la educación visual en la primera infancia. Arte, educación y primera infancia: sentidos y experiencias. 2019;45-46.
8. Blanco-Tarrio E. Dolor agudo: Tratamiento. Rev Form Contin-Terap Aten Prim. 2016;36(7):392-398.

9. Castiblanco Montañez R, Coronado Veloza C, Morales Ballesteros L, Polo González T, Saavedra Leyva A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Rev Cuidarte*. 2022;13(1):e9.
10. Calderón León MF, Ordoñez Méndez W. Hematoma retroperitoneal: una complicación poco frecuente en obstetricia. Presentación de caso clínico. *Medicinas UTA*. 2021;5(3):28-31. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1188>.
11. Cerda-Guerrero EJ, Zubieta-Huerta A, Salas-Ponce O, Gutiérrez-Aguilera E, Cerda-Guerrero JE, Martínez-Salazar JJ, et al. Síndrome de Wunderlich en el embarazo y puerperio: presentación de caso y revisión de la bibliografía. *Rev Mex Urol*. 2019;79(5):e07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852019000500007.
12. Contreras Martínez ME, Carmona Domínguez A, Montelongo FDJ. Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. *Med Crítica*. 2019;33(2):73-78. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000200073.
13. Domenech R, Parra V. Contractilidad ventricular. Fisiología y proyección clínica. *Rev Med Chile*. 2016;144(6):771-779. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art12.pdf>.
14. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anest Mex*. 2017;29(Supl. 1):77-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077.
15. Herdman HT, Kamitsuru S, Takao C. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación*. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
16. Huamaní WAT, Rojas LA. La comunicación de reportes médicos a familiares en tiempos de COVID-19. *Rev Fac Med Hum*. 2021;21(1):246-247. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3262>.
17. Inzunza-Cervantes G, Duarte-Quintero JL, López-Chiquete MO, et al. Fluidoterapia intravenosa en el paciente clínico hospitalizado. *Med Int Mex*. 2022;38(6):1233-1243.
18. Lacunza Paredes RO, Pacheco-Romero J. Implicancias neurológicas de la preclampsia, más que solo eclampsia. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015;61(4):407-416. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400010.
19. Mejía Ruiz E, Román Simón V, Montelongo FDJ, Carmona Domínguez A. Comparación del gasto cardíaco medido a través del volumen sistólico en modo bidimensional versus ecuación de continuidad en pacientes de terapia intensiva del Hospital General «Las Américas». *Med Crítica*. 2019;33(1):26-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000100026.
20. Puma-Quito R, Mesa-Cano I, Ramirez-Coronel A, Pacuruco-Avila N. Efectividad de intervenciones de enfermería basada en protocolos de administración segura de medicamentos por vía venosa: revisión sistemática. *Arch Venez Farmacol Terap*. 2021;40(3).
21. Rubio SG, Ezquerro PG. Introducción a la práctica clínica. 2022;74-79.
22. Sousa AMM, Lima ABS, Pascoal LM, Rouberte ESC, Rolim ILTP. Débito cardíaco disminuido: mapeo cruzado de las intervenciones de enfermería y su contribución en la práctica clínica. *Enfermería Global*. 2019;18(56):324-364. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.346221>.
23. Vargas Bermúdez Z, Calderón Ríos A. Conocimiento de los profesionales enfermería sobre normativa de trasfusión de hemocomponentes. *Enferm Actual Costa Rica*. 2018;(35):128-143. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32747>.

24. Vargas-Bermúdez Z. Guía de cuidados de enfermería para la administración de la sangre y sus componentes. *Enferm Actual Costa Rica*. 2019;37.
25. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4):228-236. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.