



**Categoría: Investigación aplicada en salud y medicina**

## COMUNICACIÓN BREVE

# Preeclampsia: Major Complications and the Role of Nursing in Reducing Maternal Mortality

## Preeclampsia: Principales Complicaciones y Rol de la Enfermería en la Reducción de la Mortalidad Materna

Eresvita Cotrina Celiz <sup>1</sup>, Maritza Mercedes Villanueva Julcamoro <sup>1</sup>, Sofía Dora Vivanco Hilario <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

**Citar como:** Cotrina Celiz E, Villanueva Julcamoro MM, Vivanco Hilario SD. Preeclampsia: Major Complications and the Role of Nursing in Reducing Maternal Mortality. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2025;3:391. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii2025391>

**Recibido:** 12-09-2025

**Revisado:** 27-11-2024

**Aceptado:** 03-01-2025

**Publicado:** 05-01-2025

**Editor:** Emanuel Maldonado 

### ABSTRACT

Preeclampsia was identified as one of the most serious complications of pregnancy, especially after 20 weeks of gestation. It was characterized by arterial hypertension (above 140/90 mmHg), presence of protein in the urine and damage to organs such as the liver, kidneys and central nervous system. This condition was recognized as one of the main causes of maternal-perinatal morbidity and mortality worldwide. According to WHO, the incidence of preeclampsia ranged between 3% and 10% of pregnancies, being more common in nulliparous women and more prevalent in developing countries. In the Latin American context, preeclampsia was reported to be the leading cause of maternal death, with alarming figures in countries such as Peru, where prevalence reached 13% in 2022, and a high percentage of perinatal mortality due to severe complications. The International Federation of Gynecology and Obstetrics estimated that more than 76,000 women died from hypertension complications in 2018. In Mexico, hypertension during pregnancy was responsible for numerous complications, affecting between 250,000 and 300,000 pregnant women annually, with more than 1,000 deaths.

Management of preeclampsia included strict monitoring of maternal and fetal vital signs, the use of medications such as magnesium sulfate and corticosteroids to promote fetal development, and urgent medical intervention if the situation required it. Nurses played a key role in comprehensive care, through assessment, care planning and emotional support to families, which contributed to reducing the morbidity and mortality associated with this complication.

**Keywords:** preeclampsia; gestational hypertension; maternal-perinatal morbidity; nursing care; maternal mortality.

### RESUMEN

La preeclampsia fue identificada como una de las complicaciones más graves del embarazo, especialmente a partir de las 20 semanas de gestación. Se caracterizó por hipertensión arterial (superior a 140/90 mmHg), presencia de proteínas en la orina y daño a órganos como el hígado, los riñones y el sistema nervioso central. Esta condición se reconoció como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna-perinatal a nivel mundial. Según la OMS, la incidencia de preeclampsia oscilaba entre el 3% y 10% de los embarazos, siendo más común en mujeres nulíparas y con mayor prevalencia en países en desarrollo.

En el contexto latinoamericano, se reportó que la preeclampsia fue la principal causa de muerte materna, con cifras alarmantes en países como Perú, donde la prevalencia alcanzó el 13% en 2022, y un porcentaje elevado de mortalidad perinatal debido a complicaciones graves. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia estimó que más de 76,000 mujeres fallecieron por complicaciones de hipertensión en 2018. En México, la hipertensión durante el embarazo fue responsable de numerosas complicaciones, afectando entre 250,000 y 300,000 embarazadas anualmente, con más de 1,000 muertes.

El manejo de la preeclampsia incluía la monitorización estricta de los signos vitales de la madre y el feto, el uso de medicamentos como el sulfato de magnesio y corticoides para favorecer el desarrollo fetal, y la intervención médica urgente si la situación lo requería. Las enfermeras desempeñaron un papel fundamental en la atención integral, mediante la valoración, la planificación de cuidados y el apoyo emocional a las familias, lo que contribuyó a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a esta complicación.

**Palabras clave:** preeclampsia; hipertensión gestacional; morbilidad materno-perinatal; cuidados de enfermería; mortalidad materna.

La complicación más severa del embarazo a partir de las 20 semanas de gestación es la preeclampsia caracterizada por hipertensión arterial (mayor a 140/90mmhg), presencia de proteínas en orina, con daño en órganos como el hígado, riñones y sistema nervioso central. La preeclampsia tiene alto impacto en la salud materna y neonatal, pues es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna-perinatal en todo el mundo. (Sanchez, 2018).

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

A nivel mundial la causa directa de muerte materna es del 15% a consecuencia de la preeclampsia. En Estados Unidos sucedió 1 muerte por cada 100 000 partos vivos y representa la cuarta causa de mortalidad materna. En el caso de América Latina se presentó 25,7% de casos, siendo la primera causa de muerte materna. Para el año 2018, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) mencionó que

76,000 mujeres fallecieron por complicación de hipertensión y preeclampsia durante el embarazo. Esta enfermedad, forma parte de los trastornos neuro hipertensivos, el 80% de los casos se presenta durante el término del embarazo y el 20% iniciando el embarazo (20 semanas de gestación), lo que justifica ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a nivel mundial. (FIGO, 2019).

La hipertensión se considera un problema grave de salud pública en México, que afecta especialmente a las mujeres embarazadas. Según datos del Sistema Nacional de Salud, de cada 2.1 millones de embarazos que se registraron en el país, entre 250000 y 300000 sufren complicaciones relacionadas con la presión arterial alta. Esto provoca que alrededor de 30 000 mujeres queden con secuelas obstétricas y que cerca de 1000 mujeres pierdan la vida durante el embarazo o el parto. La hipertensión en el embarazo se puede manifestar de diferentes formas, siendo la más común la preeclampsia (40%), seguida del síndrome de HELLP (3%) y la eclampsia (1%). Los factores de riesgo más frecuentes son el primer embarazo y los antecedentes de hipertensión arterial. (Jesús-García A, 2018).

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

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

Según las estadísticas nacional el departamento de Cajamarca en 7 años de estudio (2012-2018) se notificaron 42 muertes maternas por causa directas e indirectas debido a cuadros de hipertensión inducida por el embarazo, la mayoría se presentó en el momento del puerperio de la post cesárea, representando una tasa anual promedio de 171.4 por cada 100000 nacidos vivos. (Urquiaga-Melquiades et al. 2021). La principal causa de muerte materna directa es la hipertensión gestacional, representando casi la mitad de las defunciones 45,83%, y la segunda causa fue las hemorragias uterinas 10,42%. (Santibáñez, 2018).

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

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

La Preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se caracteriza por una elevación anormal de la presión arterial (>140/90mm. Hg.), la presencia de proteinuria, con o sin edema patológico después de las 20 semanas de gestación. Esta condición puede ocurrir antes, durante o después del parto y suele

desaparecer con el nacimiento del bebé. Sin embargo, puede causar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto, como retraso del crecimiento fetal, disminución de la producción de orina, etc. (Velumani et al; 2022).

El manejo de la preeclampsia tiene relación con la gravedad de los síntomas y las semanas de gestación. En general, se recomienda terminar el embarazo en casos graves después de la semana 32 o antes si es necesario, siempre con una preparación previa del feto con corticoides, los diuréticos no se deben usar en la preeclampsia. Si hay signos de severidad, se debe vigilar el estado cardíaco de la madre con un monitor no invasivo en posición decúbito lateral izquierdo, colocar vías periféricas para administrar medicamentos y poner una sonda Foley para medir la diuresis. (Dulay, 2022).

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

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

La aplicación del Proceso de atención de Enfermería como método científico, permite al profesional de enfermería realizar un análisis amplio de los problemas potenciales y reales del paciente en las 5 fases: valoración de datos, diagnóstico de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación de las actividades y el plan de cuidados. Considerar que la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) determina que el PAE es un estándar en la práctica de la enfermería. La importancia radica en promover intervención educativa a las enfermeras para mejorar la atención de calidad a las pacientes, familia y comunidad. (Chamba et al, 2022).

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

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

## REFERENCIAS

1. Abiuso, N., Santelices, J., & Quezada, R. (Marzo-abril) de 2017). Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 248-260. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de
2. Aguilar da Cruz, L., Vieira Freitas, L., Moura Barbosa, R. C., & De Souza Gomes, L. F. (2013). Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. *Enferm. glob.*, 1695-6141.
3. Albán Gáneas, A., & Gaibor, M. (2019). *Teóricas de Enfermería*. Universidad Estatal de Bolívar, Bolivia. Obtenido de [https://issuu.com/sr\\_enfermerock/docs/adrian\\_alban\\_\\_teorias\\_de\\_enfermeria\\_](https://issuu.com/sr_enfermerock/docs/adrian_alban__teorias_de_enfermeria_)
4. Alejos Garcías, M. L., & Maco Pinto, J. M. (2018). "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN. Obtenido de
5. Alfredo Covarrubias-Gómez, L. A.-E.-S. (Abril de 2021). Algoritmos para el manejo del dolor agudo asociado a cirugía realizados por un grupo de consenso conformado por profesionales de la salud expertos en el manejo del dolor post-operatorio. Obtenido de <https://algia.org.mx/algoritmos-en-dolor-postoperatorio.html>
6. Aljama Noguera, S., Domínguez Campos., M., & Villa Campos, Z. (2017). Cuidados de Enfermería en las hemorragias postparto. España: *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* - ISSN 1886-8924. O
7. Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Health Sciences.
8. Allard Pincheira , M., & Aranda Tapia, J. (2018). *PROTOCOLO MANEJO DE DOLOR*. Coquimbo.
9. Alvarado, C. S.-L.-R.-L.-R. (03 de febrero de 2023). Complicaciones hemorrágicas y trombóticas del embarazo: diagnóstico, prevención y tratamiento. Obtenido de
10. Amala, A. M. (2019). Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor. *Revista Médica*, España. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-y-plan-de-cuidados-en-el-paciente-con-dolor/>
11. Ana Lilia Garduño, L. C.-G.-N. (2021). Evaluación del dolor postoperatorio, estandarización de protocolos de actuación, y mejora continua basada en resultados.
12. Andrea M., Patricia C., Nataly L., & Dayra C. (enero de 2019). Proceso de atención de Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso.
13. Bajo Arenas JM, M. M. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid. Obtenido de
14. Barragan, G. d. (2018). *Asociacion médica: shock hipovolemico*. Obtenido de
15. Bendezu, M. T. (2019). Manejo del Dolor en paciente post operada de cesarea. Obtenido de
16. Bibiano Guillén, C. (2018). *Manual de urgencias (Tercera ed.)*. Madrid, España: Grupo Saned.
17. Boada, D. S. (2022). *Clinica del dolor*. Obtenido de <https://dolortarragona.com/los-tipos-de-dolor/?lang=es>
18. Borges, N. C. (14 de Diciembre de 2020). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*.
19. Bustamante Gómez, Á. (2019). Manejo del shock hipovolémico en pacientes politraumatizados. Obtenido de
20. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2016). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Vol. Séptima Edición)*. ELSEVIER.
21. Camilo, D.-O. (02 de junio de 2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(01).
22. Carbajal C. PhD, & Constanza Ralph T. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología (VIII Edición ed.)*. Chile: Escuela de Medicina. Obtenido de

23. Cardenal Pérez, M., Fuentes Carache, G., & Rivera Maldonado, W. (2015). Factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
24. Cardona Duque, E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229.
25. Castillo, A. V. (1 de Junio de 2021). CorSalud. Obtenido de
26. Castro, D. A. (2023). Tratamiento del dolor. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/tratamiento-dolor>
27. Cecilia Paulín García, R. M.-T. (12 de Diciembre de 2019). EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Obtenido de
28. Cela, U. C. (01 de agosto de 2020). Valoración y manejo del dolor desde la enfermería. Obtenido de
29. Cesar, E. C. (2018). Guía de amenaza de aborto. Palma Salud IPS LTDA(1.0), 2-11. Obtenido de
30. Chamba Tandazo, M., Romero Encalada, I., Condoy Zosa, R., & Conde Sarango, A. (22 de setiembre de 2022). Calidad de atención asociada al proceso enfermero según la perspectiva de. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 8(3), 17.
31. Cinca, M. N. (2023). Cuidados de enfermería en el manejo del dolor agudo postoperatorio. Obtenido de
32. Cisneros Galarza, M. L. (Marzo de 2022). Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Obtenido de
33. Cobos, P. Q. (2017). DOLOR POSTOPERATORIO: FACTORES DE RIESGO Y ABORDAJE. *Medicina Legal de Costa Rica*.
34. Collantes Cubas, J. A.-d. (2019). Simulación versus exposición convencional en la enseñanza de preeclampsia severa. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(4), 475-478. Cajamarca.
35. Colmenares, Z. M. (febrero de 2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enfermería Global*(18), 08.
36. Corbin, J. A. (Enero de 2018). Los 13 tipos de dolor: clasificación y características. Obtenido de
37. Correa Argueta, E., Verde Flota, E., & Rivas Espinoza, J. (2019). Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson (Primera ed.). Mexico, México: Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido de
38. Cruz Hernández, J. H. (julio de 2007-2023). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es&tlng=es).
39. David, B. H. (Marzo de 2020). Dolor pelviano. Obtenido de MANUAL MSD:
40. Dávila Flores, J., Montenegro M., E., & Masias Gaytan, A. (Abril de 2023). Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. *Mortalidad*.
41. De la Herrán Gastón, A., Hurtado Fernandez, M., & Garcia Sempere, P. (2018). Educación prenatal y pedagogía prenatal (Primera ed.). Estados Unidos: Red Iberoamericana de Pedagogía.
42. Decidir-Perú., C. p. (2011). SITUACIÓN DEL ABORTO CLANDESTINO EN EL PERÚ.
43. Delgado, D. (marzo de 2018). Escala EVA del dolor.

44. Díaz, F. P. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)*, 0378-4835.
45. Domke P., R. C.-D.-T.-B. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 635-642. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600635>.
46. Dra. Silvana Rivera Fumero, D. C. (Marzo de 2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno.
47. Dra. Yuliana Pereira Rodriguez. Area de salud de Coronado, S. J. (13 de Diciembre de 2019).
48. Duarte, D., Benavent, G., Roldán, J., Monzón, A., Escobar, Y., Raimond, N., & Plano, F. (2020). Monitoreo de la perfusión tisular en pacientes con shock séptico. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 6.
49. Duhig K. , & Shennan A. . (2019). Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia.
50. Dulay, A. T. (Octubre de 2022). Manual MSD Version para profesionales. Obtenido de
51. Durán Rodríguez, R., Arce García, G., Martínez Alpajón, M., & Oslé Matos, A. (2020). Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(4). Obtenido de
52. ELSEVIER. (2019). Clasificación del shock: sus cinco tipos y las causas subyacentes. Obtenido de
53. ESPINO SERVELEON, Y. A. (2019). "Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en gestantes atendidas en el hospital Rezola de Cañete periodo 2017. UNIVERSIDAD PRIVADA SERGIO BERNALES, Cañete, Lima.
54. Espíritu Gozar, N., & Heredia Garay, F. (2022). Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del servicio de. Repositorio UPeU, 72.
55. Esteve-Pérez, N. S.-P.-R.-L.-F. (2018). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.
56. F. Díez Burón, M. V. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*, 279-282.
57. Fabiola López Cruz, G. d. (07 de Enero de 2018). Choque hipovolemico. Obtenido de
58. Fernández Llombar, J. O. (01 de junio de 2019). *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*.
59. Fernández, A., Vizcaíno, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia*, 89-132.
60. Fernandez, D. A. (2019). PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PREECLAMPSIA HOSPITAL. Trujillo.
61. FIGO, F. I. (22 de mayo de 2019).
62. Frontieres, G. d. (2023). Estado de Shock. Obtenido de
- Fuentes, J. (2020). *Revista de la Sociedad Española del dolor*. Obtenido de
- Fundacion, R. Q. (abril de 23 de 2018). escala de EVA ¿que es y como se emplea? Obtenido de h
63. Gaona Castillo, J. A. (marzo de 2021). MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA.
64. García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.

- 65.García-Figueruelo, J. Urbano, M. Botrán, R. González-Cortés, M.J. Solana, J. López-  
66.González, & J. López-Herce. (13 de junio de 2019). Anales de pediatría. Obtenido de
- 67.Gaus, D., Guevara, A., & Herrera, D. (2019). Preeclampsia / Eclampsia. *Práctica Familiar Rural*.
- 68.Gómez L. (enero de 2020). Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. *Rev. peru. ginecol. obstetrica*.
- 69Gonzales rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA y CEEnTROAmÉRICA*, 68(599), 03.
- 80.González-Azpeitia, D., Castaldi-Bermúdez, L., Bravo Santivañez, E., & Acuña-Gonzalez, R. (01 de Diciembre de 2022). Marcadores hematológicos predictores de preeclampsia con datos de severidad. *Perinatología y reproducción humana.*, 36(2).
- 71.Guevara Ríos, E. P. (2019). Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú.
- 72.Guevara Rios, E., & Meza Santivañez, L. (2018). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Simposio Preeclamsia, viejo problema aún no resuelto: Conceptos actuales, (pág. 9). Lima.
- 73.Gutiérrez Díaz, S. A., & Mendieta Herrera, J. (enero de 2020). Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses.
- 74.HCH. (2022). Guía de procedimientos sistenciales de enfermería - Hospital Cayetano Heredia. RD N° 351-2022-HCH/DG, Lima.
- 75.HEALTH, S. M. (2023). Hemorragia post parto. Obtenido de
- 76.Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2021-2023). *DIAGNOSTICOS ENFERMEROS*. España: ELSEVIER.
- 77.Hernández, A. C.-E.-A. (2020-2021). *ROL DE LA ENFERMERÍA*. Valladolid. Obtenido de
- 78.Herrera, D. G. (2019). Preeclampsia/Eclampsia.
- 79.Herrero M.T., V. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas. *Sociedad Especialistas del Dolor*, Valencia.
- 80.Herrero (2018). Valoracion del Dolor. Revision comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.
- 81.Howard K. Butcher, G. M. (2013). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier .
- 82.Larry Jameson, J. Larry Jameson, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, &  
83.Joseph Loscalzo. (2018). *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 20e. Access Medicina.
- 84.J., P. F. (2020). Version actualizada de la definicion de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atras. *En R. d. dolor*.
- 85.Jesús-García A, J.-B. M.-O.-T.-J.-P. (2018). Características Clínicas, epidemiológicas y riesgo Obstetrico en pacientes con preeclampsia y de riesgo Obstetrico de pacientes con Preeclampsia/Eclampsia. *Rev Enferm Inst*.
- 86.Jorge, G. A. (2017). *Manejo básico del dolor agudo y crónico*. Querétaro, Mexico.
- 87.Kably, A. (julio de 2019). Progesterona y amenaza de aborto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 496-498.
- 88.Kamitsuru, T. H. (2021-2023). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2021-2023. En T. H. Kamitsuru.

- 89.Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- 90.Lafaurie Villamil, M. M. (Junio de 2020). tención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud.
- 91.Levi D. Proter, M. V. (Junio de 2022). Manual MSD-version para profesionales.
- 92.LOAYZA ROJAS , G. (2017). AMENAZA DE ABORTO. Abancay - Perú.
- 93.Luissi, D. P. (2018). Protocolo del manejo de hemorragia post parto y codigo rojo.
- 94.Luna, S. D., & Martinovic, T. (enero-febrero de 2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 33-43.
- 95.Macías Caballero, S., Gil Lora, M., & Periañez Cordero, M. (21 de abril de 2018). Cuidados de enfermería en el aborto con legrado. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*.
- 96.Malvino, E. (2010). Shock Hemorrágico en Obstetricia (Vol. Tomo II). Buenos Aires, Argentina: Biblioteca de Obstetricia crítica. Obtenido de [www.obstetriciacritica.com.ar](http://www.obstetriciacritica.com.ar)
- 97.Marleny Huayanay Bernab, A. R. (2022). MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO DE CESÁREA: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2021. *Rev Peru Investig Matern Perinat* , 21-26.
- 98.Marta, F. M. (2016). Fisiopatología del dolor. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona , España.
- 99.Mauricio, K. H. (Enero de 2023). actores asociados a complicaciones post parto según la encuesta demográfica y de salud familiar en Perú.
- 100.Mejia M., M. (21 de enero de 2012). Cuidados de Enfermería en preeclampsia leve en el hospital Mario Catarino Rivas, I Semestre.
- 101.MELO, S. A. (2010). EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: UNA MIRADA A LA DIMENSION EMOCIONAL DESDE LA TEORIA DE JEAN WATSON. BOGOTA.
- 102.Merino-Garcia, Nicolaz ; Taype-Rondan, Alvaro ;. (07 de Setiembre de 2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? (P. Copyright 2020 Instituto Nacional de Salud. Lima, Ed.) *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4).
- 103.Ministerio de Sanidad, C. y. (2020). CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES eCIE10ES (3ra Edición España ed.). España: Edición electrónica.
- 104.MINSA. (2018). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima, LIMA.
- 105.MINSA. (2020). Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal RD N° 024-2016-EF/50.01. MINSA, Lima, Lima.
- 106.MINSA. (2021). Programa presupuestal 002 Salud materno Neonatal RM 024-2016-EF/50.01. MINSA, Lima.
- 107.MINSA. (2023). Plataforma Digital Unica del estado Peruano.
- 108.Moldenhauer, J. S. (2020 de 2020). MANUAL MSD.
- 109.Mondalgo Ccoicca, R. (2018). Mondalgo Ccoicca, R. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. Lima.
- 110.Montañez, R. A. (2022). Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico.
- 111.Moorhead Sue, E. S. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona, España: ELSEVIER.

- 112.Moorhead Sue, Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). Clasificación de Diagnosticos de Enfermería (NOC) (Sexta edicion ed.). ELSEVIER.
- 113.Morales, M. d. (2020). PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA.
- 114.Muguercia, R. E. (2021-2022). Revista cubana de medicina intnsiva y emergencia: diagnostico y tratamiento del paciente con shock.
- 115.Mujica V, T. M. (2018). file:///C:/Users/Lorena/Downloads/Dialnet-ConocimientoDelPartoHumanizadoEnMujeresGestantesDe-6732912.pdf.
- 116.Mussons., V. C. (2018). Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología.
- 117.Napoles D. (2021). Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia.
- 118.Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. Enfermería Global(48), 354-363.
- 119.Ocronos, E. C.-T. (27 de Marzo de 2021). Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia: Revisión Sistemática.
- 120.OMS. (28 de septiembre de 2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año.
- 121.OMS. (25 de SETIEMBRE de 2020). Prevención del aborto peligroso. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- 122.. (2019). Guías para la atención de las principales emergencias obstétrcas (Segunda edición ed.). Washington D.C.: OPS.
- 123.OPS. (2020). Calidad de la atención.
- 124.Orrego Rojas, R. P. (2019). Edad materna avanzada como factor de riesgo de aborto recurrente en el Hospital Belén de Trujillo entre el año 2013 - 2018. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. Trujillo: UPAO.
- 125.Ortiz, P. R. (11 de Agosto de 2018). Fisiopatología del dolor: concepto, tipos y valoración.
- 126.Ovalle, Martha Patricia Lázaro; Pedro José Herrera Gómez. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional. CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES. Bogotá, Colombia.
- 127.Pacheco-Romero, J., Acosta, O., Huerta, D., Cabrera, S., Vargas, M., Mascaro, P., . . . Naranjo, A. (26 de febrero de 2021). Marcadores genéticos de preeclampsia en mujeres peruanas.
- 128.Parra, M. (30 de Agosto de 2019). Shock hemorrágico. ELSEVIER, 22(3).
- 129.Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (01 de enero de 2020). Actualización en preeclampsia.
- 130.Pereira Calvo, P. R., & Quiroz, J. (2020). Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia,. Obtenido de Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quiroz Figueroa, L. (2020).
- 131.Pérez Fuentes, J. (. (13 de octubre de 2020). <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
- 132.-Perera, O., Rodríguez-Cano, A., & Gutiérrez-Castrellón, P. (Diciembre de 2020). Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. Scielo, 156(3).
- 133.Perinatal, I. N. (Junio de 2023). Boletín Epidemiológico. Obtenido de

134. Pezantes Lazo, E. J. (17 de setiembre de 2018). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a pacientes post cesareadas por preeclampsia severa de la unidad de recuperación postanestesia de un hospital de Lima.
135. Potter P.A. y Perry, A. (24 de enero de 2020). <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-dolor-escalas-fisiologia-y-clasificacion>.
136. Puig, R. P. (29 de Marzo de 2021). Anotación Y Fisiología de Atonía Uterina. Obtenido de
137. Rafael Estevez Muguercia, R. D. (2021). Diagnóstico y tratamiento del paciente con shock.
138. Rascón-Martínez, D., & Rojas-Vera, A. (Julio-Setiembre de 2019). Analgesia preventiva en el dolor postoperatorio. *SciELO*, 42(3). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0484-79032019000300221](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000300221)
139. Ríos, E. G. (26 de enero de 2018). *Gob.pe*.
140. Ríos, L. Á. (2017). Hemorragias de primer, segundo y tercer trimestre de gestación. Colombia, Santa Marta: Universidad Cooperativa de Colombia.
141. Rodolfo Javier Rivero-Morey, J. R.-M.-H. (24 de Diciembre de 2019). Actualización en el diagnóstico y manejo del paciente en choque.
142. Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.
143. Rosales Barrera, S. (2004). *Fundamento de Enfermería 3ª Edición*. México, México : El Manual Moderno.
144. Rosas-Peralta, M., Borrayo-Sánchez, G., Madrid-Miller, A., Ramírez-Arias, E., & Pérez-Rodríguez, G. (02 de enero de 2019). Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa.
145. S.L., S. 2. (2020). *Diccionario de enfermedades*. Redacción Médica.
146. Salazar, M. L. (2018). *Fundamentación y Cuidados del Diagnóstico de Enfermería, Riesgo de Shock conforme a los factores de riesgo hipovolemia*.
147. Santibáñez, E. G. (2018). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú.
148. Soza Díaz, C. D. (09 de Noviembre de 2020). Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado.
149. Stanley Oiseth, L. J. (marzo de 2022). <https://www.lecturio.com/es/concepts/infecciones-del-sitio-operatorio/>.
150. Sue Moorhead, E. S. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería NOC*. Barcelona: Elsevier.
151. Urquiaga-Melquiades, T., Pinillos-Vilca, L., Jhony-Tacilla Castrejón, Albán Olaya, M., Bueno Ordoñez, S., & Medina-Rodríguez, C. (2021). Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, años 2012 a 2018. *Revista Médica de Trujillo*, 12.
152. Valdés, G. (2019). Preeclampsia y enfermedad cardiovascular: un enfoque integral para detectar las fases subclínicas de complicaciones obstétricas y cardiovasculares. *Revista chilena de cardiología*, 132-145.
153. Vargas Castillo, S. D. (Junio de 2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por preeclampsia leve, macrosomía fetal, hipotonía uterina + ARO: adolescente del Servicio de Gineco -Obstetricia de un hospital de Lima, 2018.
154. Velumani, V. D. (03 de Febrero de 2022). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina*.
155. Vicente-Herrero, M. D.-B.-M.-I.-d.-l.-T.-G.-2. (2018). <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.

156. Vigil-De Gracia, P. (Abril-junio de 2019). Evidencias del Ácido Acetilsalicílico (Aspirina) en la prevención de la preeclampsia: revisión narrativa. *Scielo*, 80(2). doi:<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2453>
157. Villalobos Bocanegra, J. (2019). Inteligencia emocional y calidad de cuidado enfermero brindado a los pacientes del Hospital regional docente Las Mercedes 2018.
158. Villota Luna, D. (2022). Los patrones funcionales de Marjory Gordon y su aplicación en el contexto clínico desde el enfoque de enfermería. Pasto: UNiversidad Cooperativa de Colombia.
159. Viton Castillo, A., Rego Ávila, H., & Mena Hernández, V. (17 de Agosto de 2020). Monitoreo hemodinámico en el paciente crítico. *Scielo*, 13(2), 11.
160. Watson, J. (Junio de 2022). MANUAL MSD. Tratamiento del dolor
161. Zapata Díaz, B., & Ramírez Cabrera, J. (Enro-Marzo de 2020). Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Scielo*, 66(1).

#### **FINANCIACIÓN**

Ninguna.

#### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Ninguno.