



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO: ATENCION A PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTETRICA POR ATONIA UTERINA

QUE PARA OBTENER TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICA
PRESENTA:

DANIELA GUADALUPE BUTRON DOMINGUEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO: ATENCION A PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTETRICA POR ATONIA UTERINA

QUE PARA OBTENER TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICA
PRESENTA:

DANIELA GUADALUPE BUTRON DOMINGUEZ

TUTOR (A)
MAE. LUZ ESPERANZA HERNANDEZ TERRAZAS

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM



CRUZ ROJA
MEXICANA

CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA PARA LA ACEPTACION DEL PROCESO
CUIDADO ENFERMERO PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

DANIELA GUADALUPE BUTRON DOMINGUEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero: Atención al paciente con hemorragia obstétrica por atonía
uterina”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández
Presidente

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
secretaria

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Terrazas

MAE. Luz Esperanza Hernández

Vocal

Tutor

ÍNDICE.

ÍNDICE.....	4
Dedicatoria y Agradecimientos.	6
RESUMEN DEL TRABAJO.....	7
II. INTRODUCCIÓN.....	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV.OBJETIVOS:.....	11
Objetivo general :.....	11
Objetivos específicos:.....	11
V.MARCO TEÓRICO:	12
Enfermería como profesión disciplinar:	12
El cuidado como objeto de estudio.....	12
Proceso de Atención de Enfermería.....	13
Valoración:	14
Diagnóstico de Enfermería	14
Planificación:	14
Ejecución	14
Evaluación:	14
METODO UTILIZADO PARA RECABAR DATOS BASADOS EN MAJORY GORDON.	15
TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	19
RELACION DE MODELO	26
Etapas del proceso cuidado enfermero.	27
HEMORRAGIA OBSTETRICA.....	33
Cambios hemodinámicos durante el embarazo:	33
Causas de Hemorragia postparto.....	35
EPIDEMIOLOGIA.....	35
MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.....	35
Choque hipovolémico.....	36
Clasificación del choque hipovolémico	36
ATONIA UTERINA.....	37
DEFINICION:.....	37
FACTORES DE RIESGO.....	37
FISIOPATOLOGIA	38
CUADRO CLÍNICO.....	38

DIAGNOSTICO..... 38

TRATAMIENTO Y MANEJO..... 38

CASO CLINICO..... 40

Priorización de los Diagnósticos Enfermeros 46

 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA 46

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA 54

CONCLUSION..... 57

BIBLIOGRAFÍA..... 60

GLOSARIO DE TERMINOS..... 63

ANEXOS 65

Dedicatoria y Agradecimientos.

La presente tesis está dedicada a mis padres Víctor Butrón y Leticia Domínguez , porque ellos estuvieron a mi lado brindando su apoyo y sus consejos para ser de mí una mejor persona, a mi hijo Pablo Gael que a su corta edad me ha enseñado muchas cosas en esta vida y que ha sido mi mayor motivación para salir adelante , quiero agradecer a mi esposo Juan Pablo Ramírez quien estuvo ayúdenme y motivándome hasta donde sus alcances permitían que a pesar de todo siempre estuvo conmigo, quiero también agradecer a mis hermanas Diana y Dorelli Butrón que día a día con su presencia , respaldo me impulsaron a salir adelante además de saber que mis logros también son suyos.

Quiero por último agradecer a mi asesora en tesis la maestra LE. Luz Esperanza Hernández Terrazas por su tiempo, guía y apoyo durante la elaboración de este proceso, así como también a las maestras la LE. Rita de Guadalupe Martínez y la LEO. Agripina Gutiérrez García por su apoyo y consejos durante la elaboración de este trabajo.

RESUMEN DEL TRABAJO

La hemorragia obstétrica continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial siendo mayor en países en vías de desarrollo. Ocurre en el 5% de todos los nacimientos y ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una muerte cada 4 minutos. La mayoría de las muertes se dan dentro de las primeras 4 horas postparto. (Rani P,2017).

En el 2016 hubo 760 muertes maternas de los cuales el 22.6% se debió a hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml, misma que a su vez se divide en menor cuando la pérdida oscila entre los 500 y los 1000 ml y mayor cuando es más de 1000ml (pacientes que manifiesten datos clínicos de hipoperfusión tisular con pérdidas entre 500 y 1000 ml se clasificarían también como hemorragia mayor), la cual también se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000 ml y severa cuando es más de 2000 ml. (Guasch E, 2016)

Este trabajo consiste en un proceso cuidado enfermero dirigido a la paciente con hemorragia obstétrica, tomando como base la recolección de datos por patrones funciones de Margory Gordon y en el que se proponen intervenciones de enfermería encaminadas a la atención integral de la paciente

Palabras clave. Proceso enfermero, Hemorragia post parto, atonía uterina

II. INTRODUCCIÓN.

La enfermería como profesión se caracteriza por brindar cuidados con enfoque holístico, intercultural y de género a la población en general, dirigidos a preservar su salud y contribuir a la solución de los procesos de enfermedad. El profesional de Enfermería desempeña actividades que atienden a la salud materno-infantil, promoviendo la vigilancia, seguimiento y atención directa a la mujer desde su embarazo, parto y puerperio

El embarazo humano es considerado un evento fisiológico que también suele complicarse por la presencia de patologías asociadas a los cambios que produce dicho embarazo. La HOP (Hemorragia obstétrica posparto) es una causa de morbilidad obteniendo la primera causa de muerte materna en el mundo (25% de las casi 500,000 muertes que ocurren cada año). La HOP constituye una emergencia obstétrica que requiere una reanimación urgente y ordenada, inclusive antes de establecer su causa, (G, 2013)

La atonía uterina se refiere a la contracción inadecuada de las células miometriales del cuerpo uterino en respuesta a la liberación endógena de oxitocina, esto puede ocurrir porque las arterias espirales están excepcionalmente desprovistas de musculatura y dependen de las contracciones uterinas para apretarlas mecánicamente en la hemostasia. Al no lograrse la hemostasia surge esta pérdida de componentes sanguíneos que si no se limitan de manera oportuna pueden conducir a un choque hipovolémico y finalmente la muerte. (MJ., 2020)

El presente trabajo tiene como finalidad elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una paciente que presentó hemorragia obstétrica secundaria a una atonía uterina teniendo como base la valoración por patrones funcionales de Margory Gordon, así como la identificación de etiquetas de enfermería prioritarias en base a las actividades del Nursing Interventions Classification (NIC) , dichas intervenciones se plantean a fin de conseguir el objetivo que está encaminado a la resolución del diagnóstico, todo lo anterior con el apoyo de mi asesora LE. Luz Esperanza Hernández Terrazas

III. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente está claro que la atención oportuna y adecuada antes, durante y después del parto puede salvar la vida de muchas gestantes, por esta razón reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna constituyen dos importantes indicadores de desarrollo de una región, definidos en el Objetivo 3 sobre Salud y Desarrollo dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por la comunidad internacional en el año 2015. (OMS 2016)

El profesional de enfermería debe estar capacitado y preparado para valorar, emitir juicios clínicos, así como implementar intervenciones que atiendan los grupos de población obstétrica ya que enfermería mantiene una vigilancia continua donde la detección de riesgos y las intervenciones adecuadas pueden hacer la diferencia en el impacto de morbilidad y mortalidad.

La hemorragia postparto constituye una emergencia obstétrica y su incidencia varía entre el 5 al 15% de nacimientos a nivel mundial. Además de causar muertes la mayoría de ellas prevenibles, produce un número importante de casos de morbilidad materna extrema (MME) o “casi muerte” que lamentablemente terminan en histerectomías, transfusión de hemoderivados, coagulopatía, choque hipovolémico y anemias severas que pueden terminar en daño permanente de órgano blanco. (Flasog, 2020)

La atonía uterina es la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento. Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado (Aldo Solari, 2014)

Cada día, cada minuto y en la mayoría de los casos en los países en desarrollo, una madre muere por una complicación relacionada al embarazo, parto o puerperio, esta muerte es más que una tragedia personal o familiar, nos motiva a tomar estrategias y decisiones resolutivas que coadyuven a la atención en las mujeres que cursan con un embarazo. (Aldo Solari, 2014)

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica la práctica con el propósito de brindar intervenciones basadas en el problema independiente e interdependientes de la paciente para lograr su máximo nivel de bienestar, tomando como referencia los datos mencionados en el presente trabajo surge la necesidad de desarrollar la revisión de un caso clínico que genere intervenciones oportunas de enfermería basado en la evidencia y cuya finalidad sea orientar sobre el cuidado de enfermería para la paciente con hemorragia obstétrica por atonía uterina fortaleciendo su atención considerando al paciente como un ser único e integral y por tanto generando un plan de cuidados individualizado.

La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. De modo que una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. (Aldo Solari, 2014)

IV.OBJETIVOS:

Objetivo general:

Elaborar un plan de cuidados para una paciente con hemorragia obstétrica por atonía uterina través que permite brindarle intervenciones y actividades de enfermería, así como un óptimo tratamiento en el intervalo de su estancia hospitalaria.

Objetivos específicos:

- Presentar los principales factores que están asociados a la hemorragia por atonía uterina
- Diseñar un plan de cuidados para la paciente, mediante actividades e intervenciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas de salud detectados
- Contribuir a la recuperación total o parcial del paciente por medio del PLACE para facilitar a la reintegración de esta a sus actividades diarias
- Analizar los datos actuales de la Hemorragia Obstétrica Posparto

V.MARCO TEÓRICO:

Enfermería como profesión disciplinar:

La Enfermería es una disciplina consolidada porque hoy en día es aceptada como una rama del saber, con un objeto y método de estudio propios ya que habla del conocimiento enfermero, se ocupa del cuidado de las personas en su salud y su enfermedad, que, durante siglos de evolución, constituye un legado necesario para la humanidad. la Enfermería ha mostrada por su capacidad de definir las necesidades emergentes de las personas y de los avances del conocimiento científico. (Amezcuca,2018)

La Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera se puede fundamentar que el ejercicio práctico de la profesión tiene como soporte lo reflexivo y lo ideológico. (Cabal, 2016).

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento. (Raile, 2011)

La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que esta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella. Debe aportar el sustento teórico metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad.

El cuidado como objeto de estudio

Hoy en día la enfermería ha avanzado de manera significativa gracias a los aportes teóricos y epistémicos de algunas enfermeras teóricas que se han dedicado al fortalecimiento de la disciplina a través de la generación de conceptos, teorías y modelos, favoreciendo cambios trascendentales en el cuidado como objeto de estudio de la disciplina. (Godínez, 2015)

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería. Se debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado. (Gómez, 2009).

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero, aunque bien podríamos llamarle simplemente perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio que llamamos Proceso de Atención de Enfermería, que no es más que una adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar. (Amezcuá, 2018)

Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. CONSIDERAR TAXONOMIA NIC

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Aspinall (1976)

METODO UTILIZADO PARA RECABAR DATOS BASADOS EN MAJORY GORDON.

La Teoría de Marjory Gordon define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. (Rodríguez, 2018)

Patrones funcionales de salud

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. (Raile,2011)

Así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales que describen todas las áreas que comprenden al ser humano En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente (Hernández, 2002)

Patrones funcionales:

Patrón 1: Percepción- Manejo de salud

Que valora:

- Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación
- La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...). (Álvarez, 2010)

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Qué valora:

- Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas
- Horarios de comida, preferencias y suplementos.
- Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura.
- Condiciones de piel, mucosas y membranas. (Álvarez, 2010)

Patrón 3: Eliminación

Qué valora:

- Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel

Como se valora:

- Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.
- Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, ileostomías),
- Incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa. (Álvarez, 2010)

Patrón 4: Actividad /ejercicio

Qué valora:

- El patrón de ejercicio, la actividad
- Tiempo libre y recreo
- Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)
- La capacidad funcional
- El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- Las actividades de tiempo libre. (Álvarez, 2010)

Patrón 5: Sueño- Descanso

Que valora:

- Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o

relajarse a lo largo de las 24 horas del día

- La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso
- La percepción del nivel de energía.
- Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.). (Álvarez, 2010)

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Qué valora:

- Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos
- Nivel de conciencia, conciencia de la realidad
- Adecuación de los órganos de los sentidos
- Compensación o prótesis
- Percepción del dolor y tratamiento
- Lenguaje, ayudas para la comunicación
- Memoria, juicio y comprensión de ideas
- Toma de decisiones. (Álvarez, 2010)

Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto

Qué valora:

- Autoconcepto y percepciones de uno mismo.
- Actitudes a cerca de uno mismo.
- Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.
- Imagen corporal, social. Identidad.
- Sentido general de valía, patrón emocional.
- Patrón de postura corporal y movimiento
- Contacto visual, patrones de voz y conversación. (Álvarez, 2010)

Patrón 8: Rol- Relaciones

Qué valora:

- El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)
- La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia,

- sociedad.)
- Responsabilidades en su situación actual.
- Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Qué valora:

- Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- Seguridad en las relaciones sexuales.
- Patrón reproductivo
- Premenopausia y posmenopausia
- Problemas percibidos por la persona. (Álvarez, 2010)

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Qué valora:

- Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.
- Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.
- La capacidad de adaptación a los cambios.
- El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.
- La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes. (Álvarez, 2010)

Patrón 11: Valores y Creencias

Qué valora:

- Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo.
- Lo que es percibido como importante en la vida.
- Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.
- Las prácticas religiosas. (Álvarez, 2010)

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería. Orem menciona que: La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios los cuales se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria. La enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es: la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal. (Raile 2011)

Orem observó que algunas personas eran incapaces de mantener sus propios cuidados o los cuidados dependientes sobre una base continuada. A partir de esta observación inició el proceso de formalización del conocimiento sobre lo que las personas necesitaban hacer por sí mismas para mantener la salud y el bienestar cuando una persona necesita ayuda.

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. (Marriner A, 2007)

CONCEPTOS CENTRALES

AUTOCUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Raile 2011)

CUIDADO DEPENDIENTE

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar. (Raile 2011)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Raile 2011)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD.

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados. (Raile 2011)

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión)

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: a) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y

b) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

METAPARADIGMA

Definió los siguientes conceptos meta paradigáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Entorno: lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Salud: Estado de integridad física, estructural y funcional. Ausencia de defecto que implique deterioro de la persona. Desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual.

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano. (Orem, 2001)

ACTIVIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente. (Orem, 2001)

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Orem, 2001)

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Orem, 2001).

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería (Orem, 2001).

SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (Orem, 2001).

MÉTODOS DE AYUDA

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar

(Orem, 2001).

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Modelo de vida.
6. Factores del sistema sanitario.
7. Factores del sistema familiar.
8. Factores socioculturales.
9. Disponibilidad de recursos.
10. Factores externos del entorno. (Orem, 2001).

Teoría del déficit de autocuidado.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. Marriner 2011

Teoría de los sistemas enfermeros.

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales. Marriner 2011

Teoría del autocuidado

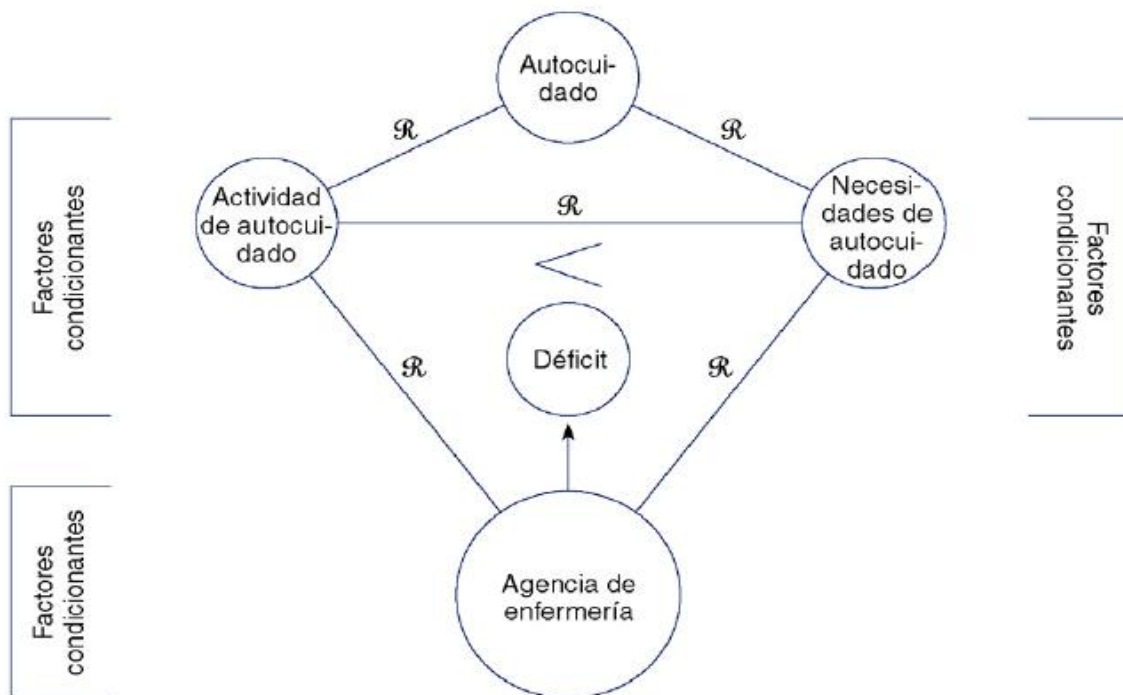
El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de

personas que podrían beneficiarse de la enfermería. La teoría del autocuidado describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requisitos. La teoría del déficit de autocuidados describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesarios para ayudar a la persona. (Marriner A, 2007)

Un marco conceptual para la enfermería R= Relación; <, Déficit de relación, actual o prevista (Orem D. 2001. Nursing concepts of practice, 6 edición P 491. St. Louis Mosby

RELACION DE MODELO

Este caso clínico se documenta una interacción continua entre enfermería y una paciente cursando una complicación obstétrica en una situación de atención hospitalaria. Una valoración continuada de enfermería sugiere la necesidad de una acción reguladora inmediata la cual basa en la información sobre requisitos universales de autocuidado centrados en el mantenimiento de la ingesta adecuada de oxígeno, seguridad o estados de salud crítica. En el presente caso se sostienen los requisitos de autocuidado por una



desviación en el estado de salud, en donde se necesita continuar la atención médica que

depende de un control farmacológico de la patología. La paciente es incapaz de realizar algunas actividades de la vida cotidiana, es así como aplica el modelo de Dorotea Orem en este caso clínico.

Etapas del proceso cuidado enfermero.

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente. Sin embargo, aunque la utilización y puesta en práctica del proceso de Enfermería es ajeno para ciertos estudiantes y entidades, no hay duda de que es un requerimiento y una guía bastante útil y práctica que orienta el alcance de metas en todos los ámbitos del cuidado de Enfermería. Así mismo, es claro que la literatura sobre el tema de una década para acá ha sido numerosa, dando fe de los beneficios del proceso tanto en el contexto asistencial como comunitario. (Gutiérrez, 2009)

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación. (Gutiérrez, 2009)

Valoración

La primera etapa, es la valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de

inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. (Rodríguez, 2000)

Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. (Rodríguez, 2000)

Diagnostico

Los diagnósticos de enfermería son problemas basados a las respuestas humanas del paciente al que se le brinda atención de forma independiente. Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas, considerando como la principal, la taxonomía NANDA. Según Marjory Gordon; diagnosticar es la segunda etapa del proceso, inicia al concluir la valoración y contribuye una función intelectual compleja, en la que se realiza la estandarización de los diagnósticos enfermeros identificados por patrón (Reina, 2010).

El diagnóstico de enfermería está estructurado por tres componentes:

1. Etiqueta diagnóstica= describe el problema de salud
2. Características definitorias= signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta de diagnóstico
3. Factores relacionados= identifica las causas probables del problema de salud.

Tipos de diagnósticos enfermeros

Conforme la última actualización de la taxonomía NANDA 2018-2020, se encuentran definidos cuatro tipos de diagnósticos enfermeros, los cuales son:

- **Reales:** juicio clínico del problema que el paciente está presentando en el momento de la valoración de enfermería. Conformado por etiqueta diagnostica, factor relacionado y características definitorias.

- **De riesgo:** juicio clínico de que no hay un problema, pero existe la presencia de factores de riesgo que indican un probable desarrollo de una enfermedad. Conformado por etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.
- **Bienestar:** también conocidos como diagnósticos de promoción a la salud, encargados de aumentar el deseo de mejorar el autocuidado con el fin de alcanzar un adecuado estado de salud. Conformado por etiqueta diagnóstica y características definitorias.
- **De síndrome:** Relacionados con un grupo de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo y que se prevé que se presenten debido a una determinada situación o evento. Conformado por etiqueta diagnóstica (ej. Síndrome de dolor crónico, síndrome postraumático), factor relacionado, características definitorias (conjunto de diagnósticos de enfermería). (Reina, 2010)

Planeación

Fase de planeación de cuidados o tratamiento de enfermería: en la cual se establecen y se llevan a cabo actividades de enfermería con el fin de prevenir, reducir o eliminar problemas detectados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecer prioridades: En esta etapa se trata de ordenar según la importancia los problemas detectados.
2. Planteamiento de objetivos: Describir resultados esperados en el paciente, proporcionan una guía para dirigir actividades de enfermería a una meta propuesta. De igual manera permiten evaluar la evolución, así como la eficacia de los cuidados proporcionados. Deben formularse tomando en cuenta conductas, compromiso, conocimiento y capacidades del paciente y fijar un determinado plazo.
3. Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinar los objetivos o acciones concretas que incluyan al personal de enfermería que este al cuidado del paciente.
4. Documentación del plan. (Kozier, 2019)

Implementación:

Durante esta etapa el profesional de enfermería decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados; durante la ejecución lo que hará será llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando se registran la planificación y la ejecución, se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros.

Dicha duplicación no existe, puesto que mientras el registro de la planificación expresa acciones del futuro; el registro de la ejecución permite comprobar cuáles de las intervenciones programadas se han llevado a cabo finalmente y si se ha producido algún cambio entre lo programado y lo realizado. (Audrey, 2013)

A pesar de que la etapa de ejecución se define fundamentalmente como una etapa de hacer, el profesional de enfermería necesita de la habilidad manual, la capacidad técnica, así como de sus capacidades intelectuales, de interrelaciones personales, toma de decisiones, observación y comunicación para así garantizar el éxito de su actuación. (Audrey, 2013)

Momento en el que la enfermera/o lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o como afirma Kozier (2019): “es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”. Igual que en las etapas anteriores, esta variedad de acciones que incluye la ejecución hace que se puedan distinguir en ella tres fases.

- 1. Fase de preparación:** Incluye un repaso a todas las etapas anteriores, además de la realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención. Es decir, es la preparación de la jornada que exige el uso del razonamiento crítico. Esta fase incluye actividades como: validación del plan o revisión de las intervenciones programadas en la planificación; análisis de los conocimientos y las técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones; identificar las posibles complicaciones; determinar las necesidades de tiempo, de personal y de equipo; y finalmente crear un ambiente terapéutico. (Secretaría de Salud, 2018).
- 2. Fase de intervención.** La atención del sujeto está bajo la responsabilidad del equipo de enfermería, aunque en ocasiones el profesional delega algunas acciones, esto no lo exime de su responsabilidad, los resultados deberán ser

registrados para que puedan en cualquier momento ser conocidos por el resto del equipo. (Secretaría de Salud, 2018).

3. Fase de documentación o registro. El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso cuidado enfermero es fundamental tanto para garantizar la calidad, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en la enfermería. Un buen registro aportará información fundamental. (Secretaría de Salud, 2018). Para que pueda cumplir todos estos objetivos la información deberá quedar plasmada, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ Escribir con letra clara.
- ✓ Registrar rápidamente.
- ✓ Anotar con exactitud: dónde, cuándo y cómo.
- ✓ Firmar el registro siempre.
- ✓ No dejar líneas en blanco.
- ✓ Registrar lo que se ha visto, oído, percibido u observado.
- ✓ Ser concisos y específicos.
- ✓ Utilizar las palabras del paciente.
- ✓ Anotar lo que no se considere dentro de la norma establecida.
- ✓ Anotar los tratamientos.

Evaluación.

Es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de cuidado enfermero (P.C.E): es parte integral de cada una de las etapas y se relaciona con la valoración (considerada como una evaluación inicial); diagnóstico (se evalúan los datos); planificación (cuya fase de priorización se evalúa diagnósticos) y ejecución (se remite a la evaluación de las etapas anteriores). (Audrey, 2013).

Panea (1999) considera a la evaluación como: “la etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había previsto durante la planificación; formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados.”

La evaluación de resultados se basa en determinar el cumplimiento de los objetivos planificados y permite:

- ✓ Favorecer una atención eficaz.
- ✓ Determinar el logro de los objetivos propuestos.
- ✓ Identificar los factores que afectan el logro de los objetivos.
- ✓ Decidir si se mantiene el plan de cuidados, se modifica o finaliza.
- ✓ Identificar si los cuidados han sido de baja calidad y tomar medidas para subsanar las deficiencias.
- ✓ Informar a los profesionales sobre el nivel de calidad de los cuidados.

Para conseguir todos estos objetivos la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de las intervenciones, estos permiten comprobar la efectividad de la acción de enfermería e identificar los cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto. (Phaneuf, 1999)

Son tres los posibles resultados de la evaluación: el paciente ha alcanzado el resultado esperado, el paciente está en proceso de alcanzar el resultado esperado y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado.

De acuerdo a la NANDA, plantea que la evaluación se efectúa a través de dos pasos: Puntuación de los indicadores: que consiste en aplicar una escala de mediación “diana”, en donde se otorga para cada indicador seleccionado una puntuación entre 1 a 5 puntos.

Comparación de los resultados: las puntuaciones obtenidas se comparan entre aquella, previa a la ejecución y la obtenida después de la aplicación de las intervenciones (N.I.C) para determinar su eficacia. (NANDA, 2018)

Cuando el resultado de la evaluación ha sido negativo, se deben buscar las posibles causas. Para ello, se tendrá en cuenta que en el proceso de cuidados enfermeros están implicados además de la enfermera/o, el sujeto, las personas significativas para él y el resto de miembros del equipo de salud. Una evaluación negativa obliga a retomar el proceso de cuidados enfermeros en una etapa u otra, dependiendo de cuál sea el problema; también se deberá identificar las causas que puedan estar provocando el problema y darles solución. (NIC, 9 EDICION)

HEMORRAGIA OBSTETRICA.

Cambios hemodinámicos durante el embarazo:

Los cambios hemodinámicos y hematológicos durante el embarazo son protectores contra la pérdida de sangre durante el parto. El volumen de sangre materna aumenta un 45%, aproximadamente 1200 a 1600 ml por encima de los valores en no embarazadas, creando un estado hipovolémico. El volumen de plasma aumenta desproporcionadamente en comparación con el aumento de la masa de glóbulos rojos, lo que disminuye la viscosidad de la sangre. La resistencia vascular disminuye, lo que ayuda a la perfusión uterina. En embarazos a término, el útero recibe 700 a 900 ml de flujo sanguíneo por minuto. Los cambios en la concentración y actividad de los factores de coagulación en el embarazo dan como resultado un estado de hipercoagulabilidad que ayuda a las mujeres a alcanzar rápidamente la hemostasia tras la expulsión placentaria. Estas adaptaciones fisiológicas y protectoras permiten a las mujeres compensar una gran pérdida de sangre. Sin embargo, también pueden contribuir a un retraso en el reconocimiento de la hipovolemia asociada con la pérdida de sangre severa. (GPC 2017)

Definición: aunque son múltiples las definiciones empleadas para el diagnóstico de hemorragia postparto (HPP), el último consenso de hemorragia obstétrica agrega la hemorragia obstétrica grave persistente, la cual se define como la presencia de sangrado activo > 1000 ml dentro de las primeras 24 hrs posteriores al parto, que continua a pesar del tratamiento inicial con uterotónicos, y la hemorragia obstétrica en curso, incontrolable o activa que se define como la pérdida de más de 2000 ml de sangre. (Abdul-Kadir R M. C.-R., 2014)

Hoy en día la más aceptada es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen otras definiciones como, la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior al nacimiento sin importar la vía obstétrica de resolución, el colegio americano de ginecología y obstetricia (ACOG) en el 2006 también la definió como la disminución del nivel del hematocrito del 10% de pérdida del volumen sanguíneo.

- Sangrado de 1000 ml por cesárea

- ACOG “sangrado acumulado de > 1000 ml o sangrado que se acompaña de síntomas de hipovolemia en las 24 horas posteriores al parto”.

Tabla 1 Resumen de las principales definiciones de hemorragia obstétrica

Guías clínicas	Definición
Australianas, 2008 ⁸	Pérdida sanguínea > 500 ml tras parto y 750 ml tras cesárea
Austriacas, 2008 ⁴	Pérdida sanguínea de 500-1.000 ml y signos de <i>shock</i> hipovolémico o sangrado > 1.000 ml
Alemanas, 2008 ⁴	Pérdida sanguínea > 500 ml tras parto Grave: pérdida > 1.000 ml en 24h
RCOG Reino Unido, 2009 ¹⁰	Primaria: pérdida estimada > 500-1.000 ml sin signos de <i>shock</i> Grave: pérdida estimada > 1.000 ml o signos de <i>shock</i>
WHO ⁹	Pérdida > 500 ml en 24 h tras el parto Grave: pérdida > 1.000 ml en 24h

RCOG: *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*; WHO: *World Health Organization*.

Aunque son múltiples las definiciones empleadas para el diagnóstico de hemorragia postparto (HPP), el último consenso de hemorragia obstétrica agrega la hemorragia obstétrica grave persistente, la cual se define como la presencia de sangrado activo > 1000 ml dentro de las primeras 24 hrs posteriores al parto, que continúa a pesar del tratamiento inicial con uterotónicos, y la hemorragia obstétrica en curso, incontrolable o activa que se define como la pérdida de más de 2000 ml de sangre.

La hemorragia obstétrica posparto (HOP) puede dividirse en primaria y secundaria. La primaria se define como aquella que ocurre en las primeras 24 h siguientes al parto; en tanto, la secundaria ocurre después de las 24 h y hasta las seis semanas siguientes al parto, incluso hasta la semana 12.

Causas de Hemorragia postparto.

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 «T»: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación) Evensen A, Anderson (2017).

EPIDEMIOLOGIA.

La razón de mortalidad materna calculada es de 30.3 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución de 7.7% respecto de lo registrado al 2018.

Las principales causas de defunción son: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (19.3%), Hemorragia obstétrica (18.4%) y Aborto (9.7%) hasta el 2019, para el 2020 se anexa como primera causa de muerte SARS-CoV-2 (COVID 19)

Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (21), Jalisco (17), Chiapas (17), Veracruz (15), Guerrero y Michoacán (14). En conjunto suman el 41.5% de las defunciones registradas en el 2019.

(Semana nacional de epidemiología 2019)

MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

- Biometría hemática
- Tiempo de coagulación
- Fibrinógeno
- Hematocrito
- (30 a 45 min hasta que la hemorragia termine)
- TEST. Viscoelásticos (TEG/ROTEM): Valoran las propiedades viscoelásticas de la coagulación de forma global. (la formación y lisis del coágulo en menos de 10 min). VENTAJAS; son más rápidos que otros métodos y permiten identificar necesidad de tratamiento agresivo.
- La administración individualizada de plasma fresco y plaquetas.

El principal método diagnóstico es la valoración de las pérdidas y del estado hemodinámico de la paciente.

IDENTIFICAR CAUSA:

- Atonía uterina: coagulopatía dilucional
- Abruption, HELLP, PE grave o embolia del líquido amniótico: coagulopatía por consumo.

Choque hipovolémico

El estado de choque hipovolémico hemorrágico es definido en la actualidad como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una pérdida sanguínea. Al inicio se activan mecanismos de compensación que logran evitar que la enferma llegue a un estado de hipoperfusión tisular, si la pérdida sanguínea no es corregida, terminará en estado de metabolismo anaerobio, disfunción multiorgánica y muerte. (GPC 2017)

Clasificación del choque hipovolémico

Los signos, síntomas y su relación con el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico, deben estar listados y expuestos en el sitio de atención de partos con el fin de orientar las estrategias de manejo. Evaluación inicial en HPP, según estimación de las pérdidas. (Flasgow, 2018)

Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500- 1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo

Tabla de diagnóstico y clasificación del choque hipovolémico

ATONIA UTERINA

DEFINICION:

La atonía uterina es la incapacidad del útero de contraerse de manera apropiada después del parto es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. (Hellamn, Leveno, y Pritchard J, 2011)

La atonía uterina se refiere a la contracción inadecuada de las células miometriales del cuerpo uterino en respuesta a la liberación endógena de oxitocina que se libera durante el parto. Conduce a una hemorragia posparto, ya que la expulsión de la placenta deja arterias espirales rotas que están exclusivamente desprovistas de musculatura y dependen de las contracciones para apretarlas mecánicamente en un estado hemostático. (Gill P, Patel A, Van Hook JW. 2021)

FACTORES DE RIESGO

- **Sobredistensión uterina:** Gestación Múltiple, Macrosomía, Polihidramnios, Malformaciones fetales e Hidrocefalia.
- **Agotamiento de la musculatura uterina:** Parto prolongado o precipitado, Multiparidad
- **Infección:** Corioamnioitis, RPM prolongada, Fiebre
- **Anomalía uterina:** Miomas uterinos, Placenta previa.
- **Fármacos útero – relajantes:** Betamiméticos, nifedipino, SO4Mg, anestésicos

(Alexander, J. M., & Wortman, A. C. (2013).

Adicional:

- Preeclampsia
- Edad materna avanzada
- Obesidad

(Alexander, J. M., & Wortman, A. C. (2013).

FISIOPATOLOGIA

La contracción del miometrio que comprime mecánicamente los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario proporciona el mecanismo principal de hemostasia uterina después del parto del feto, y la placenta se concluye. El proceso se complementa con factores hemostáticos deciduales locales como el inhibidor del activador del plasminógeno del factor tisular tipo 1, así como con factores de coagulación sistémicos como las plaquetas, factores de coagulación circulantes. (Gill P, Patel A, Van 2021)

CUADRO CLÍNICO

- Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso.
- Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual.
- Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática. (Asturizaga Patricia 2014)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de atonía uterina difusa se inicia típicamente al encontrar una pérdida de sangre mayor a la habitual durante el examen, lo que demuestra un útero flácido y agrandado, que puede contener una cantidad significativa de sangre.

Con atonía focal localizada, la región del fondo puede estar bien contraída mientras que el segmento uterino inferior está dilatado y atónico, lo que puede ser difícil de apreciar en el examen abdominal, pero puede detectarse en el examen vaginal.

Una exploración digital de la cavidad uterina (si se dispone de anestesia adecuada) o una ecografía obstétrica junto a la cama para revelar una franja endometrial ecogénica es un examen esencial, al igual que un examen oportuno con iluminación adecuada para descartar una laceración obstétrica. (Gill P, Patel 2021)

TRATAMIENTO Y MANEJO

Masajear el útero también es efectivo, así como asegurar una cavidad vacía. El apoyo materno con líquidos intravenosos (IV).

Un enfoque de equipo se inicia con la convocatoria del personal necesario a través de un sistema de alerta incorporado estandarizado.

Los medicamentos utilizados para la hemorragia posparto secundaria a la atonía uterina incluyen los siguientes:

- La oxitocina (oxitocina) se puede administrar por vía intravenosa de 10 a 40 unidades por 1000 ml o 10 unidades por vía intramuscular (IM). La perfusión rápida sin diluir puede provocar hipotensión.
- Metilergonovina (Methergine) administrada IM 0,2 mg. Se administra cada 2 a 4 horas. Debe evitarse en pacientes con hipertensión.
- 15-metil-PGF2-alfa (Hemabate) administrado IM 0,25 mg. Se administra cada 15 a 90 minutos por un máximo de 8 dosis. Debe evitarse en asmáticos. Puede provocar diarrea, fiebre o taquicardia.
- Misoprostol (Cytotec): 800 a 1000 mg colocados por vía rectal. Puede causar fiebre leve. Tiene una acción retardada.
- Se pueden administrar supositorios vaginales o rectales de dinoprostona (Prostin E2) 20 mg cada 2 horas.

Taponamiento uterino con gasa (con taponamiento vaginal para asegurar su retención, por lo tanto, un taponamiento uterovaginal) con inserción de sonda de Foley para permitir el drenaje vesical. El taponamiento uterino debe ser apretado y uniforme, y se consigue de forma rápida y eficaz con cintas de gasa enrolladas.

Balón de Bakri (con taponamiento vaginal para asegurar su retención) con inserción de sonda de Foley para facilitar el drenaje vesical.

Tratamiento quirúrgico: Si los medicamentos fallan con un sangrado excesivo persistente, entonces se inicia el tratamiento quirúrgico.

- Legrado uterino para productos retenidos
- Ligadura de la arteria uterina (O'Leary), con opción a extender la ligadura arterial a los vasos tubo-ováricos.
- Histerectomía

CASO CLINICO

Valoración

Datos generales

Nombre: MHMR

Edad: 36 años

Género: Femenino

Fecha de ingreso: 16/ 06/ 2021

Se trata de paciente programada para cesárea iterativa, es valorada e ingresada por el área de toco cirugía para monitoreo materno fetal, se realiza ingreso con el protocolo hospitalario, y se prepara para su ingreso a área quirúrgica.

Ingresa paciente a sala de quirófano, se coloca en mesa quirúrgica , se monitorizan signos vitales FC: 87 FR: 18 SatO2: 98% Temp: 36.8 TA:100/70 FCF: 156 Se coloca bloqueo subaracnoideo, previa asepsia sin complicaciones , se realiza aseo abdominal y valvular con ninascrub, se realiza colocación de sonda Foley número 16 de la cual drena a derivación, campos estériles , se inicia cirugía con incisión por planos anatómicos, desde piel hasta útero, se obtiene producto único vivo masculino de 2770 kg, se extrae placenta completa sin complicaciones, se obtiene conteo completo de textiles y se procede a cierre de herida quirúrgica por planos anatómicos. Se da un sangrado total de 500 ml.

Pasa a sala de recuperación con hipotensión de 90/60, ligera palidez de tegumentos, bajo efectos de sedación con aporte de oxígeno por PN a 2 ltmin, en donde se reporta un sangrado no mayor a 50ml al recuperarse de efectos de anestesia es ingresada al área de hospitalización para continuar con su tratamiento y manejo posquirúrgico.

Al llegar a su habitación es valorada la involución uterina se percata de atonía uterina se realiza parcialmente masaje uterino por el cual se obtiene un sangrado aproximadamente de 300 ml, se notifica a médico tratante el cual decide a la administración de uterotónicos, posterior a esto se obtiene un sangrado de 250ml , es valorada por el médico y decide pasarla a sala de quirófano para revisión de cavidad

uterina dentro de él se reporta un sangrado de 500 ml, se activa CODIGO MATER , se canaliza 2da vía periférica y se procede a la administración de hemoderivados y colocación de balón de bakri con lo cual se logra contener la hemorragia obstétrica, derivado de lo anterior se solicita espacio y valoración por el área de medicina crítica para monitoreo y vigilancia estrecha de estado hemodinámico y para su manejo con un diagnóstico de PO Cesárea iterativa + hemorragia uterina por atonía uterina.

Antecedentes personales patológicos: Niega crónicos degenerativos, alergias negadas, toxicomanías negadas transfusiones negadas, antecedentes quirúrgicos rinoplastia hace 5 años, apendicetomía hace 10 años y mamoplastia hace 10 años.

Antecedentes patológicos familiares: Padre de 52 años con antecedente de HTA controlada, madre de 46 años con antecedente de CA de mama en tratamiento.

PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD

Refiere haber llevado un buen control prenatal (12 consultas) en institución privada niega procesos infecciosos durante su embarazo, refiere consumo de ácido fólico a partir de su primera consulta con materna una tableta al día, comenta también haber recibido plan nutricional, y haber acudido a consultas dentales, esquema de vacunación completo, refiere higiene baño diario 1 vez al día habitualmente antes de dormir.

Ingresa a las 39.7 SDG programada para cesárea, alerta consciente, buen estado de hidratación, hemodinámicamente niega datos de vasoespasmo, maniobras de Leopold: posición dorso derecho presentación cefálica situación longitudinal, monitorización materno fetal con frecuencia cardiaca fetal 137 l/min. Sin alteraciones de variabilidad, tacto vaginal: cérvix cerrado, amnios integro.

Ingresa a tiempo quirúrgico el cual se lleva a cabo sin complicaciones aparentes con un sangrado total de 500 ml. y al recuperarse de efectos de anestesia es ingresada al área de hospitalización para continuar con su tratamiento y manejo posquirúrgico, al realizar masaje uterino y valoración de involución uterina se cuantifican 300 ml de sangrado transvaginal se inician fármacos uterotónicos prescritos y persiste sangrado 250ml por lo que es reingresada a sala de quirófano para revisión de cavidad reportando un sangrado de 500 ml, se activa CODIGO MATER , se canaliza 2da vía periférica y se procede a la

administración de hemoderivados y colocación de balón de bakri con lo cual se logra contener la hemorragia obstétrica y pasa a hospitalización para continuar con vigilancia y manejo multidisciplinario. Sangrado total: 1550 ml.

Post evento obstétrico: Ingresa al área de hospitalización, con diagnóstico médico PO cesárea iterativa + hemorragia por atonía uterina

Indicaciones post evento obstétrico:

Indicaciones posquirúrgicas de evento obstétrico:

- Dieta líquida en 24 horas a VALORAR
- 1000 de sol Hartmann para 6 hrs + 20 unidades de oxitocina
- Posterior 500 de sol Hartmann para 4 horas
- Posterior 1000 de sol Hartmann – Glucosado para 24 hrs
- Administrar 2 paquetes globulares – tomar BH a las 24 horas
- Puntas nasales a 2lpm por 24 hrs
- Cefalotina 1 gr IV c/8hrs por 3 dosis
- Supradol 30 mg IV C/6hrs
- Paracetamol 1 gr IV C/8hrs
- Avapena 20mg IV DU PRN alergia
- Antivon 4 mg IV C/8 PRN náuseas

NUTRICIONAL METABOLICO

A su ingreso con un Peso de: 76 kg. Talla: 1.56 cm. IMC 31.2 (no confiable por gestación) refiere antes de embarazo estar en sobrepeso **actualmente (post evento obstétrico)** continua con ayuno, refiere náuseas, mareo, sed, cansancio, se observa palidez de tegumentos ++, mucosa oral deshidratada, piel fría al tacto, temperatura 35.4 °C, piel fría y sudorosa. Abdomen doloroso a la palpación profunda, involución uterina supraumbilical palpable por encima del balón de Bakri, cuantificando 60 a 70 ml (hemático) en un turno, peristalsis presente y disminuida, herida quirúrgica limpia y afrontada, aunque refiere dolor, catéteres venosos periféricos en miembros superiores permeables sin datos de infección, riesgo moderado de presentar úlceras por presión por presentar 14 puntos en escala de Braden Glicemia capilar: 83 mg/dl.

LABORATORIOS

AL INGRESO	POS EVENTO OBSTETRICO	CONTROL 24 HORAS POSTERIOR	RANGOS NORMALES
ERITROCITOS 3.8 HEMOGLOBINA 12.3 HEMATOCRITO 37.9 PLAQUETAS 135	ERITROCITOS 2.65 HEMOGLOBINA 8.81 HEMATOCRITO 27.3 PLAQUETAS 147	ERITROCITOS 3.10 HEMOGLOBINA 10.2 HEMATOCRITO 31.3 PLAQUETAS 145	ERITROCITOS 3.88 5.46mUI HEMOGLOBINA 12 a 18 g/dl HEMATOCRITO 34.3 a 46.6% PLAQUETAS 144 a 406 K/uL

ELIMINACION

A su ingreso al área de hospitalización en expediente clínico se reporta un sangrado total 1550ml secundario a atonía uterina. Actualmente se encuentra con sonda vesical#16 Fr. Fijada en cara de muslo interno derecho, con gasto de 365 ml en 8 hrs, gasto urinario: 0.6 ml/kg/hr. con características orina concentrada sin sedimento, con sangrado transvaginal moderado, presencia de balón bakri con gasto hemático (70 ml) niega evacuaciones.

ACTIVIDAD EJERCICIO

Actualmente (post evento obstétrico) con respiración espontanea, campos pulmonares con murmullo vesicular generalizado, Spo2 limítrofe 94%, se coloca oxígeno suplementario por punta nasales a flujo bajo (2 lts por minuto), no datos de disnea. Continúa con buen patrón respiratorio, frecuencia cardiaca de 109x” en ritmo sinusal por trazo electrocardiográfico de monitor, extremidades con edema ++, llenado capilar de 3 segundos, no ingurgitación yugular, hipotensión 87/54 mmHg TAM 65 mmHg. Extremidades pélvicas integra, se encuentra en reposo absoluto por evento obstétrico, requiere apoyo para manejo dentro de cama, disminución de la fuerza muscular escala Daniels 4 puntos.

SUEÑO DESCANSO

Sin dificultades para conciliar el sueño, con periodos intermitentes de sueño fisiológico por ruidos, luces y el monitoreo constante de su estado de salud por parte del personal. Y aunque logra conciliar el sueño refiere sentirse cansada

COGNITIVO PERCEPTUAL

Somnolienta, orientada en sus tres esferas tiempo, espacio y persona, pupilas isocóricas normoreflexivas.

- Escala coma de Glasgow 15 puntos,
- Escala de valoración analógica del dolor (EVA) 7 puntos.

AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO

Tras las dificultades durante su estancia hospitalaria se percibe como triste y angustiada, ya que el medico comenta que este paso porque su periodo intergenésico fue muy corto desde su última cesárea, además de que la multiparidad es un factor muy alto para que pase este tipo de complicaciones, la paciente le preocupa que su recuperación sea muy tardada ya que tiene 3 hijos más en casa y no sabe cómo cuidarlos después de lo ocurrido. Ahora planea que cuando se recupere buscar un método definitivo para ya no embarazarse.

ROL RELACIONES

Casada desde hace 10 años, con un estatus social económico alto, depende económicamente de su esposo es madre de 3 hijos (de 8 años, 5 años y 1 año 6 meses), se dedica al hogar y algunas a hace “camping de verano para niños”. Su relación sentimental la refiere buena y agradecida por el apoyo que percibe de su familia.

SEXUALIDAD REPRODUCCION

AGO: Menarca a los 14 años, no uso de métodos anticonceptivos G: 4, A:0, P:0, C:3, la última hace 1 año y 6 meses aproximadamente sin complicaciones. Inicio de vida sexual refiere vida sexual con su pareja satisfactoria.

Control prenatal: Inicia su control prenatal a las 6 semanas de gestación medico ginecobstetra con especialidad en perinatología quien indicaba tratamiento de Ácido

fólico .5mg c/24 horas, laboratorios de control a las 20 SDG y a las 32 SDG, a las 10 SDG sin datos patológicos, se realiza test prenatal no invasivo el cual sale satisfactorio para el feto en total tuvo 12 consultas durante la gestación donde también tuvo tratamiento de vitaminas y minerales (RESENIS MAX) 1 capsula al día.

Ultrasonido Obstétrico: En el último trimestre de control prenatal se reporta: Producto único, vivo, situación longitudinal, presentación cefálica.

Lactancia materna: Lactancia materna interrumpida ya que por situación clínica está restringido el alojamiento conjunto, actualmente con buena producción de calostro, pezones invertidos de buen tamaño, no se observan grietas, comenta que tiene dolor en su mama derecha ya que la siente endurecida, paciente refiere tener deseos de alimentar a su bebe sin embargo se siente cansada y comenta preocupación por no estar con el y sus demás hijos.

Se obtuvo producto a las 18:00 hrs masculino de 39 SDG por Capurro, Apgar 8-9, Silverman Anderson 0-0 sin complicaciones durante el tiempo quirúrgico.

TOLERANCIA AL ESTRÉS

Se percibe con angustia y estresada derivado de los cambios en su estado de salud y el cuidado de su recién nacido, la alimentación, deficiencia en el proceso de la lactancia materna, sin embargo, espera contar con su madre para enfrentar este proceso además expresa tener deseos de aprender a cuidarse para recuperar su estado de salud lo más antes posible e iniciar su proceso de maternidad.

VALORES CREENCIAS

Se refiere católica. Sin impedimentos para transfusión sanguínea.

Priorización de los Diagnósticos Enfermeros

Requisitos Autocuidado	Diagnósticos Enfermeros
Universales	Disminución de gasto cardiaco Riesgo de sangrado. Riesgo de shock
Del Desarrollo	Interrupción de la lactancia
Alteraciones de la Salud	Riesgo de infección

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): Actividad Ejercicio Datos objetivos: Taquicardia 109x Edema ++ Llenado capilar 3 seg Temperatura 35.4 Datos Subjetivos: Ansiedad Fatiga	Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase: E Respuestas Cardiovasculares y pulmonares Etiqueta diagnóstica: Disminucion del gasto cardiaco Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Alteración del ritmo cardiaco Características definitorias: Llenado capilar prolongado Edema Taquicardia Ansiedad Fatiga Piel fría y sudorosa	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio:2 Fisiológica	Salud	Clase: E Cardiopulmonar	
		Criterio de resultado: Estado circulatorio			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		Edema	2 Desviación sustancial del rango normal	5 Sin desviación del rango normal	
Fatiga	3 Desviación moderada del rango normal	5			
Relleno Capilar	3	5			
Temperatura de la piel disminuida	3	5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 Seguridad</p> <p>Clase: V control de Riesgos</p> <p>INTERVENCION: Vigilancia</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.</p> <p>Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte,)</p> <p>Controlar estado emocional</p> <p>Monitorizar signos vitales según corresponda</p>	<p>Determinar los riesgos de la salud del paciente así como determinar la presencia de elementos que de nos permite no solo detectar y determinar el origen de la inestabilidad hemodinámica, sino también guiar la elección del tratamiento más adecuado y evaluar con posterioridad su efectividad</p> <p>Las emociones están compuestas por reacciones fisiológicas como son el incremento de la tasa cardíaca o de la respiración es importante que la paciente reconozca e identifique sus emociones para que tenga la capacidad de darle un significado positivo , el control emocional no se trata de reprimir las emociones</p> <p>El monitorizar los signos vitales permite detectar, procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del paciente</p>	Criterio de resultado: Estado Circulatorio	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Edema	3 Desviación moderada del rango normal
		Fatiga	4 Desviación leve del rango normal
		Relleno Capilar	4
Temperatura de la piel disminuida	4		

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): NUTRICIONAL METABOLICO</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Hipotensión Hemoglobina 10.3gdl Leucocitos 13.5 Hemoglobina de 8.81</p> <p>Datos Subjetivos: Nausea Mareo Cansancio</p>	<p>Dominio: 11 Clase: 2</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>RIESGO DE SHOCK</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>HIPOTENSION</p> <p>Características definitorias:</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: SALUD	Clase: (V)	
		PERCIBIDA (V)	SINTOMATOLOGIA	
		Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA HIPOTENSION		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
PALIDEZ	2 sustancial	4 Leve		
PIEL FRIA Y HUMEDA	3 Moderado	5 Ninguno		
MAREO	2	4		
FATIGA	2	4		
PRESION ARTERIAL SISTOLICA BAJA	3	4		
PRESION ARTERIAL DIASTOLICA BAJA	3	4		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p> <p>Clase: FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Monitorizar el estado hemodinámico incluyendo frecuencia cardíaca</p> <p>Monitorizar signos de deshidratación</p> <p>Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia ,vómitos , diarreas)</p> <p>Monitorizar entradas y salidas</p> <p>Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemorragia (hemoglobina , hematocrito)</p>	<p>La monitorización hemodinámica es una herramienta de indudable valor para la evaluación de los pacientes esta nos permite no solo detectar y determinar el origen de la inestabilidad hemodinámica, sino también guiar la elección del tratamiento más adecuado y evaluar con posterioridad su efectividad.</p> <p>El monitorizar los signos de deshidratación , pueden ayudar a determinar si estás deshidratado y el grado de deshidratación presenta nuestra paciente</p> <p>El balance hídrico permite mantener constante el contenido de agua, mediante el ajuste entre los ingresos (agua de bebida, líquidos, agua contenida en los alimentos) y las pérdidas</p> <p>La BH es una prueba de laboratorio que busca enfermedades, a través de una muestra de sangre. Con este estudio se pueden detectar la anemia, infecciones, leucemia, enfermedades inflamatorias, incluso algunos tipos de cáncer.</p>	Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA HIPOTENSION (2114)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		PALIDEZ	4
		PIEL FRIA Y HUMEDA	3
		MAREO	4
		FATIGA	4
PRESION ARTERIAL SISTOLICA BAJA	4		
PRESION ARTERIAL DIASTOLICA BAJA	4		

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Sexualidad reproducción.</p> <p>Datos objetivos: Lactancia materna interrumpida Restricción de alojamiento conjunto Buena producción de calostro</p> <p>Datos Subjetivos: Madre refiere poco ánimo para alimentar a su bebe</p> <p>Madre refiere sentirse ansiosa y preocupada por su situación clínica y la interrupción del vínculo con su hijo.</p>	<p>Dominio: Nutrición Clase: 1 Ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Interrupción de lactancia.</p> <p>Factores (s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Enfermedad de la madre</p> <p>Características definitorias: Lactancia materna no exclusiva</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 2 Salud/Fisiológica	Clase: K Digestión y Nutrición	
		Criterio de resultado: Conducta de salud maternal postparto		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*
Controla el nivel de ansiedad	1 Nunca demostrado	3 A veces demostrado		
Controla la congestión mamaria	2 Raramente demostrado	4 Frecuentement e demostatdo		
Obtiene asistencia de un profesional sanitario, si es necesario	3 A veces demosttado	5 Siempre demostrado		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: Familia</p> <p>Clase: W cuidados de un nuevo bebe</p> <p>INTERVENCION: Supresión de la lactancia</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Explicar las opciones para la extracción de la leche (p. ej., con la mano, dispositivo manual y bombeo eléctrico).</p> <p>Instruir a la paciente para que se extraiga suficiente leche con la mano, con un dispositivo manual o con bombeo eléctrico para reducir la presión mamaria, pero no tanta que se vacíe la mama.</p> <p>Ayudar a la paciente a determinar la pauta (p. ej., frecuencia y duración) de extracción de leche basándose en factores individuales (p. ej., tiempo transcurrido desde el parto, frecuencia de vaciado mamario y cantidad de leche que se produce en la actualidad).</p>	<p>La extracción manual de leche materna, representa una alternativa importante para amamantar a un niño que está separado de su madre, pero debe ser posible que las madres puedan extraerse leche en cantidades suficientes que cubran las necesidades nutricionales de los niños. QUISBERT,2009</p> <p>El tiempo de extracción manual fue de 30 a 40 minutos hasta una hora como máximo. La frecuencia de extracción manual fue variable en cada madre: de dos a cinco veces durante el día, y en la noche de dos a tres veces (produciendo 60, 100 o 250 ml por extracción). QUISBERT,2009</p> <p>Si la mama no se vacía completamente en cada toma, uno de los conductos mamaros se puede obstruir. La obstrucción hace que la leche regrese, lo que genera una infección mamaria. Es por ello que nuestra intervención es dar medidas para evitar esta molestia en nuestra paciente QUISBERT,2009</p>	<p>Criterio de resultado: Conducta de salud maternal postparto</p> <p>Indicador (es)</p> <p>Controla el nivel de ansiedad</p> <p>Controla la congestión mamaria</p> <p>Obtiene asistencia de un profesional sanitario, si es necesario</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p>
<p>Monitorizar la congestión mamaria y las molestias o dolor que se le asocian.</p> <p>Explicar a la paciente las medidas para reducir las molestias o el dolor (p. ej., aplicación de compresas de hielo o de hojas frías de col sobre las mamas, analgésicos). Explicar a la paciente las medidas para reducir las molestias o el dolor (p. ej., aplicación de compresas de hielo o de hojas frías de col sobre las mamas, analgésicos).</p>			

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón (es): AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO Datos objetivos: Taquicardia Hipotensión Datos Subjetivos: Tristeza Angustia Preocupación Cansancio	Dominio: Afrontamiento tolerancia al estrés Clase: 2 <u>Respuestas</u> de afrontamiento Etiqueta diagnóstica: ANSIEDAD Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Características definitorias: Aumento de la frecuencia cardiaca Preocupación Fatiga	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: Salud psicosocial	Clase: O Autocontrol	
		Criterio de resultado: Autocontrol de la ansiedad		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
Monitorizar el nivel de la ansiedad	3 A veces demostrado	4	Frecuentement e demostrado	
Planea estrategias para disminuir situaciones estresantes	2 Raramente demostrados	4	Frecuentement e demostrados	
Comprueba la respuesta de ansiedad	1 Nunca demostrado	3	A veces demostrado	
Comparte preocupaciones con otros	3 A veces demostrado	4	Frecuentement e demostrado	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>Clase: R Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</p> <p>Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.</p> <p>Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.</p>	<p>Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades</p> <p>J. Watson. 2011</p> <p>El contacto entre la enfermera y el paciente son ocasiones en las cuales se transfiere o se intercambia información, energía, sentimientos y en las que se desarrolla el afecto humano, a través de estos se brinda el cuidado de enfermería y se ayuda a las personas</p> <p>W.H. Cormier, L.S. 2000</p> <p>El cuidado que imparte la enfermera requiere de actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre 2 personas, que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común. Se debe trabajar con afecto y calidez, esto favorecerá actitudes humanistas, impulsará el crecimiento emocional y espiritual, permitirá tener un sentido para la vida J. Watson. 2011</p>	<p>Criterio de resultado:</p> <p>Indicador (es)</p> <p>Monitorizar el nivel de la ansiedad</p> <p>Planea estrategias para disminuir situaciones estresantes</p> <p>Comprueba la respuesta de ansiedad</p> <p>Comparte preocupaciones con otros</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón (es): Eliminación Datos objetivos: Presencia de balón de bakri Colocación de sonda foley Herida quirúrgica Leucocitos 13.5 Hemoglobina de 8.81 Datos Subjetivos:	Dominio: 11/ Seguridad y protección Clase: 1 Infección Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Alteración de la integridad cutánea (herida quirúrgica) Procedimiento invasivo (balón de bakri y sonda Foley) Disminución de la hemoglobina Características definitorias:	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 5 Salud familiar	Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia	
		Criterio de resultado: Estado materno: puerperio		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
Curación de la herida quirúrgica	3 Desviación moderada del rango normal	5 Sin desviación del rango		
Hemoglobina	2 Desviación sustancial del rango	4 Desviación leve del rango normal		
Recuento leucocitario	2	4		
Temperatura corporal	2	4		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
Campo: Familia Clase: W Cuidados del nuevo bebe INTERVENCIÓN: Cuidados pos parto ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos vitales • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. • Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.. 	Los signos vitales es un dispositivo que permite detectar, procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del paciente. Consta además de un sistema de alarmas que alertan cuando existe alguna situación adversa o fuera de los límites deseados, es por ello que en el puerperio inmediato se recomienda observar a la mujer cada 15 minutos durante 2 horas, como mínimo después del parto, OMS 2014 Los signos más claros de infección, como la supuración o la aparición de eritemas, por regla general son considerados suficientes para formular el diagnóstico adecuado., estos síntomas nos ayudan para determinar el tratamiento a seguir y evitar así complicaciones posteriores.	Criterio de resultado: Estado materno: puerperio		
		Indicador (es)		Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Curación de la herida quirúrgica • Hemoglobina • Recuento leucocitario • Temperatura corporal 		5 4 4 4

<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar los antibióticos con sensatez • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones 	<p>Normalmente forma parte del hemograma y se realiza en cualquier control de sangre rutinario; cuando existen signos y síntomas asociados a alteraciones de los leucocitos se pueden buscar si infecciones, inflamaciones o cánceres en los pacientes (CUTTING, 2016)</p> <p>Una detección acertada lleva consecuentemente al tratamiento y, por tanto, frenará que la infección se agrave</p> <p>Según la investigación del Dr. Thomas Hooton, se cree que aumentar la ingesta de líquidos reduce concentración general de bacterias que podrían provocar una infección</p> <p>En este caso clínico se presenta el uso de antibióticos finalidad de profilaxis antibiótica lo cual es para prevenir lo</p>		
---	--	--	--

	<p>mas posible la aparición de infección a nivel de la herida quirúrgica, mediante concentraciones anti- bióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica.</p> <p>La educación sobre el cuidado que debe de tener la paciente para evitar una infección es muy importante Al prevenir infecciones, puede resultar innecesario utilizar antibióticos, con lo que se reducirán las ocasiones de desarrollo de resistencia al fármaco</p>		
--	---	--	--

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: MHMR

EDAD: 36 AÑOS SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: CESAREA

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Acudir a la Unidad de Emergencias del Hospital Lomas de San Luis, Oh si bien comunicarse con su médico tratante directamente
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	<p>Las señales de alarma durante el puerperio o cuarentena:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangrado vaginal mayor a la menstruación y/o con mal olor• Fiebre superior a 38°C• Dolor de cabeza constante• Hinchazón de cara, manos, piernas y pies• Ver lucecitas o ver nublado• Escuchar zumbidos• Dolor abdominal intenso, como un "cinturón que aprieta"• Secreción por la herida operatoria y/o enrojecimiento, en caso de cesárea• Molestias o dolor al orinar <p>El American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología) ahora también recomienda que la atención posparto sea un proceso continuo y no una sola visita después del parto. Comunícate con tu profesional de salud dentro de las primeras tres semanas después del parto. Dentro de las 12 semanas posteriores al parto, consulta con tu profesional de salud para realizarte una evaluación integral posparto. Si tienes problemas para hacerte</p>

	<p>tiempo para una cita, habla con tu proveedor. Ponte en contacto con familiares y amigos para que te ayuden con el cuidado de tus hijos.</p>
<p>INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<p>La elección para usar algún método de planificación familiar depende de la condición de salud de cada mujer, las necesidades personales y las expectativas reproductivas.</p> <p>Es conveniente una valoración médica antes de iniciar cualquier método anticonceptivo, seguir estrictamente las indicaciones para su uso y acudir a las citas que otorgue el personal de salud.</p>
<p>DIETA (Información relativa a la nutrición)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir 5 comidas diarias: desayuno, colación de media mañana, almuerzo, colación de media tarde y once o cena. • Incluir 5 porciones de frutas y verduras frescas de distintos colores cada día. • Los cereales integrales, legumbres y granos aportan energía y generan sensación de saciedad.
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Se debe tomar en cuenta crear un ambiente de armonía, tranquilidad, seguridad y comprensión para la mujer, él bebe, la pareja y el resto de la familia.</p> <p>-Es necesario el apoyo familiar y fomentar los cuidados alrededor del entorno diario de la mujer y el recién nacido.</p> <p>-Es importante compartir o escuchar la experiencia durante el parto que tuvo la mujer.</p> <p>-El apoyo a la mamá reciente se puede manifestar mediante abrazos o palabras de ánimo.</p> <p>-Ayudar a mamá y a papá a reconocer si presentan sentimientos diversos como la ansiedad e inseguridad.</p> <p>-Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p>

		<p>– Informar a la madre acerca de los signos de la depresión postparto.</p> <p>-Demostrar sentimientos de confianza en la capacidad de la madre de cuidar a su bebé. Alentarla, felicitarla por su labor.</p> <p>-Colaborar para fomentar la paternidad y el apoyo del padre, así como el involucramiento del resto de la familia.</p> <p>-También se debe instruir a la mujer acerca de la planificación familiar y respecto a su sexualidad, de igual manera se debe fomentar la lactancia materna como método de planificación familiar.</p>
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas saludables)	recreativas	<p>Muchas mamás piensan que nunca más podrán encontrar el tiempo para hacer una actividad para ella. Pero hacer actividad física con un bebé es posible. Existen grupos personalizados que brindan salidas aeróbicas para mamás recientes con sus bebés en los carritos. Se realiza una caminata aeróbica a la que se suman ejercicios de fuerza y flexibilidad -usando el cochecito como apoyo- que ayudan a modelar las zonas más afectadas por el embarazo.</p>
MEDICAMENTO TRATAMIENTO FACRMACOLÓGICO	Y NO	<p>Ketorolaco 10 mg tabletas cada 8 horas</p> <p>Cefalexina 500 mg tableta cada 12 hrs.</p> <p>Paracetamol 500 mg tabletas cada 8 horas (alternado con supradol)</p> <p>No consumir grasas ni irritantes.</p> <p>Tomar por lo menos 1 ½ de agua al día</p> <p>Aseo diario, lavar herida con agua y jabón únicamente no aplicar crema de ningún tipo.</p>
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		<p>Existen grupos de apoyo a la madre para la lactancia materna, representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están</p>

	amamantando –o han amamantado– que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna
--	---

CONCLUSION.

El proceso de enfermería es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones.

La valoración de enfermería es el principal eje en el proceso de enfermería ya que a partir de ella depende la eficiente planeación y las intervenciones que el profesional de enfermería desarrolla. La valoración no sólo es recoger datos como una simple metodología, sino como un concepto de análisis y vinculación de conocimiento en donde florece el juicio crítico para la obtención del éxito de la mirada profesional en el conjunto de un todo.

La teoría utilizada establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Para la priorización de los diagnósticos se utilizaron los requisitos del cuidado Universales las cuales hablan de las demandas y acciones referidas como actividades del diario vivir, los relativos al desarrollo que son promover las condiciones evolutivas o del desarrollo del ser humano, y la desviación de la salud los cuales son requisitos que son el resultado de una enfermedad, tratamiento, lesión o alteración

Con lo expresado en el presente trabajo se aborda la atonía uterina abordando múltiples perspectivas y haciendo entender al Licenciado en enfermería y obstetricia la importancia y la responsabilidad de dirigir los conocimientos fundamentados hacia la óptima recuperación de la paciente con complicación obstétrica, es así que la intervención de enfermería utilizada en este caso clínico sirvió para garantizar la atención del cuidado , limitación de un daño y el apoyo para recuperar la salud de materna, este trabajo puede utilizarse como referente teórico en la práctica de enfermería, y en la formación académica de estudiantes ya que contiene los elementos teóricos y metodológicos del cuidado en una paciente con enfoque obstétrico en los cuales el lector puede obtener según sea necesario.

Por otra parte, demuestra el objeto de estudio es decir el cuidado como elemento clave en la profesión de enfermería trascendiendo que se ajusta a los cambios y

actualizaciones conforme a las investigaciones científicas y tecnológicas siendo está una potencia de importantes cambios que favorecen el crecimiento y el bienestar con la disminución de los niveles de morbilidad, mortalidad materna a los que se enfrenta nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA.

1. A. M. (julio de 2020). ¿porque afirmamos que la enfermería es una diciplina consolidada [Índex de Enfermería](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962018000300002&lng=es&tlng=esa). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962018000300002&lng=es&tlng=esa
2. A, R. S. (2000). Proceso enfermero Aplicación Actual. Cuellar.
3. Abdul-Kadir R, M. C.-R. (2015). Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an internacional expert panel.
4. Aldo Solari A, C. S. (2014). Hemorragia Posparto. Revista médica los contes, 993-1003.
5. Alexander J M y Wortman A, C. (2013). Intrapartum Hemorrhage. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.
6. Alfaro R. (2009). Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: Quinta edicion Masson.
7. Álvarez, S. J. (2010). Manual de valoración de patrones funciones. servicio de salud del principado.
8. Asturizaga Patricia, T. J. (2019). Hemorragia Obstétrica. Obtenido de Rev. Med. LA PAZ: 1. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es.
9. Audrey J, B. S. (2013). Fundamentos de enfermería concepto, proceso y práctica. Madrid.
10. Blitz MJ, Y. A. (Nov de 2020). Pregnancy and risk of postpartum hemorrhage J Matern Fetal Neonatal
11. Benitez, G. A. (28 de abril 2010). Manual de asistencia al parto y puerperio normal, cambios durante la lactancia. Obtenido de https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf.
12. C.J.M, H. (2002). Fundamentos de la enfermería teoría y método.

13. Cabal Escandon, V. E. (2016). Enfermería como disciplina. Revista colombiana de Enfermería, 6-10-73.
14. Calderón, P. Q. (s.f.). Manual de leche materna para el mantenimiento de la lactancia.
15. DGE, S. (22 de abril). sistema de notificación inmediata en muertes maternas.
16. Evensen A, A. J. (s.f.). Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment.
17. Flasog. (2018). Hemorragia Postparto. Obtenido de Federación Latinoamérica de las asociaciones de sociedades de obstetricia y ginecología.
18. Gill P, a. V. (2021). Uterine Atony.
19. Gómez, R. (2009). Fundamentos de enfermería: ciencia, mitología y tecnología.
20. GPC. (2017). Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstétrica. México: CENETEC IMSS 16909.
21. Hernández G, G. L. (2017). Hemorragia Obstétrica posparto: reanimación guiada por metas. Obtenido de www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf
22. J.A, H. L. (2011). Obstetricia Williams. México.
23. Keith, C. (2006). Criterios para la identificación de infecciones en heridas. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100005
24. Kozier B Berman A, S. S. (2019). Fundamentos de Enfermería. Madrid: McGraw.
25. L.M.C, P. (1996). Fundamentos teóricos y cuidados básicos de la enfermería.
26. L.O, G. (2009). Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio. Avances en enfermería.
27. Mariner A, T. S. (2011). Déficit del autocuidado en modelos y teorías de enfermería. España.
28. Martin, r. (2016). importancia de los cuidados de enfermería en el puerperio.

29. Miriam, N. H. (2017). La teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem. Obtenido de 1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.
30. OMS. (2014). Complicaciones del trabajo de parto. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=D6B08D7658411CAF8130D72C8EAF0DAE?sequence=1
31. OMS. (mayo de 2016). Monitoreo del logro de los Objetivos del milenio relacionados con la salud 69. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_14-sp.pdf
32. Puerta, A. R. (2020). Magory Gordon y los patrones Funcionales. Obtenido de <https://www.lifeder.com/marjory-gordon>
33. Quisbert, p. (s.f.). manual de leche materna para mantenimiento de la lactancia.
34. R, M. (2016). Importancia de los cuidados de enfermería en el puerperio. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1
35. R.M. A, G. (2015). La enseñanza superior de enfermería un compromiso ineludible. El arte del cuidado, 7.
36. Raile M, M. A. (2011). Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona España: Elsevier.
37. Reina G.N, C. (2010). El proceso de enfermería para el cuidado. Bogotá Colombia.
38. Salud, S. d. (24 de Julio de 2021). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Obtenido de Modelo del cuidado en Enfermería: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo_cuidado_enfermeria.html
39. Wetta LA, S. J. (2009). Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

A: Abortos

AGO: Antecedentes Ginecobstétricos.

C: Cesáreas

Calostro: es el líquido precursor de la leche materna

CA: Cancer

GPC: Guía de práctica clínica

HTO: Hematocrito

HB: Hemoglobina

HPP: Hemorragia Posparto

LsPs: Líquidos parenterales

Nanda: North American Nursing Diagnosis

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification.

OMS: Organización Mundial de la Salud

P: Partos

Puerperio fisiológico: se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto vaginal hasta los 35 a 40 días

Puerperio quirúrgico: se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto quirúrgico hasta los 35 a 40 días

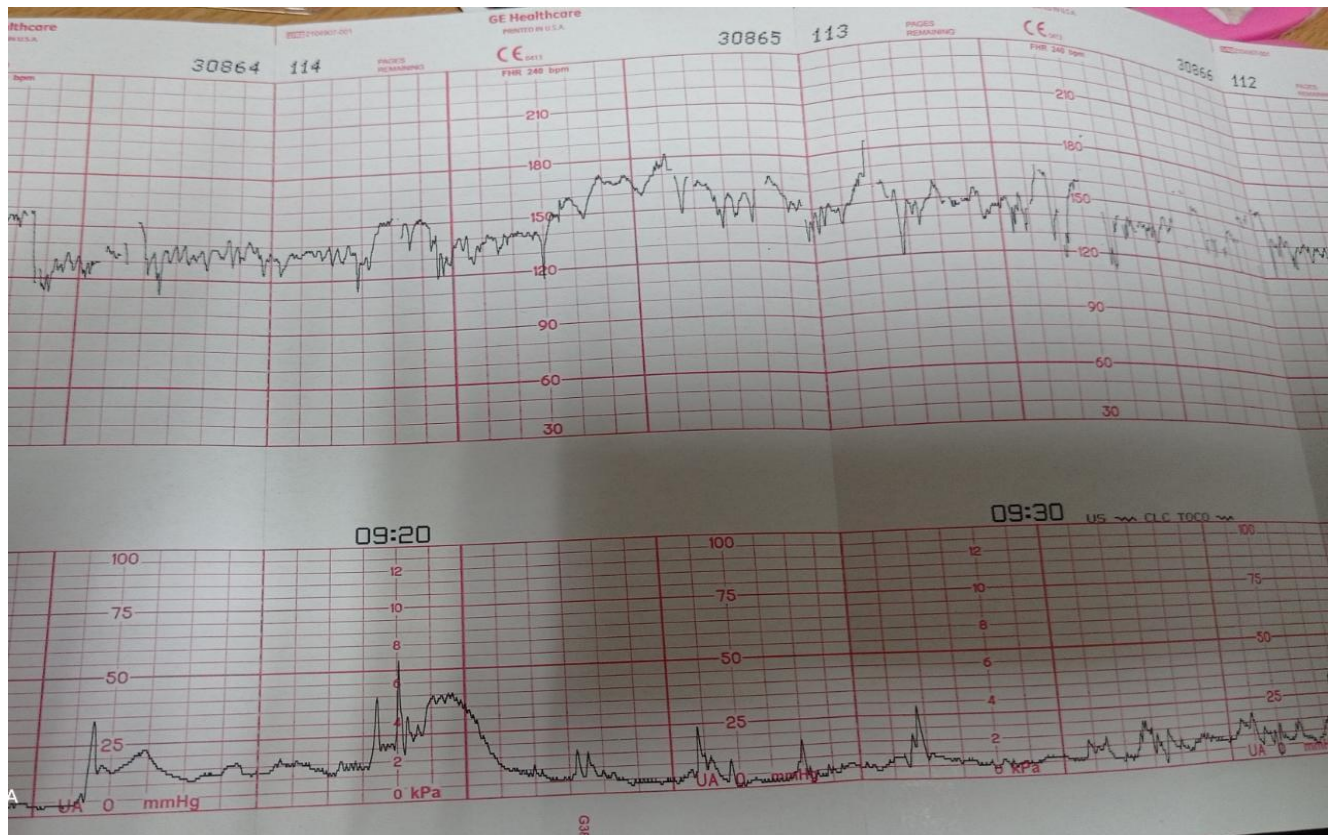
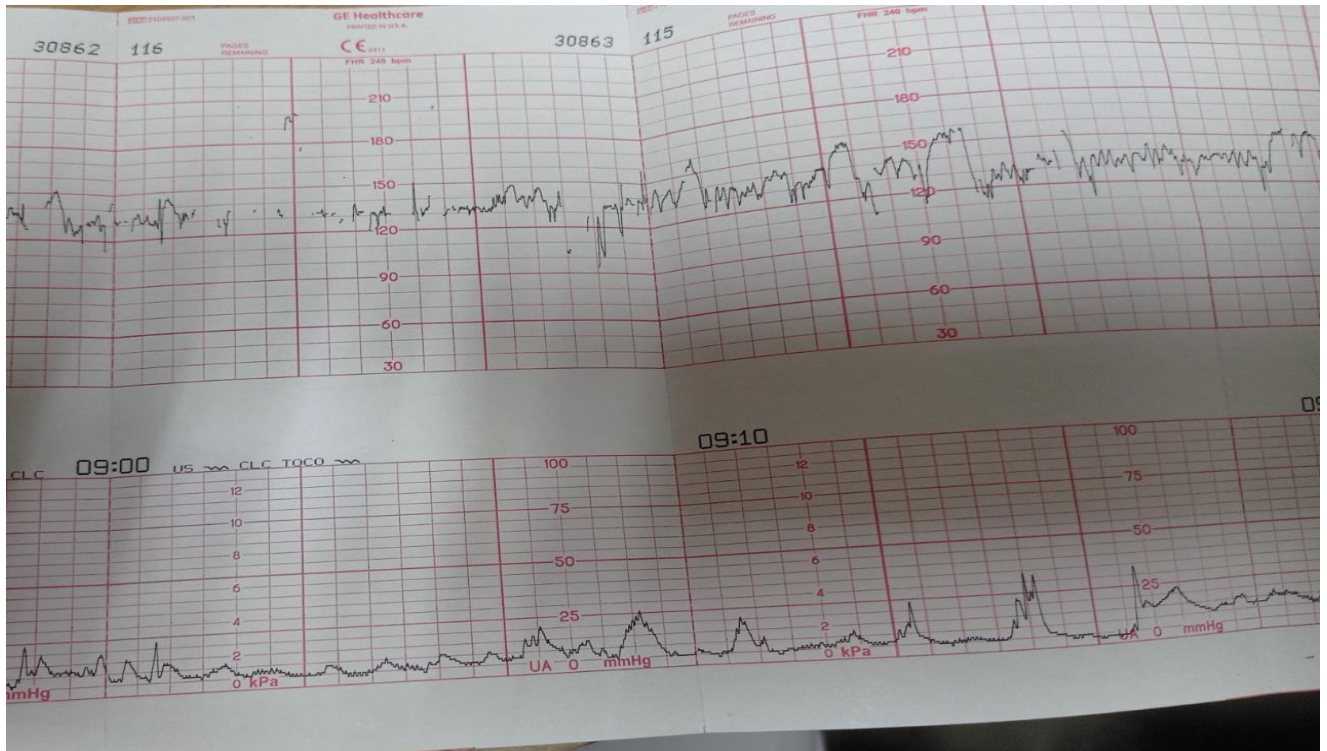
SX DE HELPP: Es un grupo de síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas que padecen: hemolisis, descomposición de glóbulos rojos y enzimas de hepáticas elevadas

SF: Sonda Foley

SDG: Semanas de Gestación

ANEXOS.

Registros Toco cardiográficos



Trípticos para Educación a la paciente

• CUIDADOS DE HERIDA QUIRURGICA EN CASA

- Lávese muy bien sus manos con agua y jabón antes y después de curar la herida.
- Limpie con suero fisiológico con movimientos suaves y sin frotar.
- Evite el uso de apósitos
- Lleve una alimentación saludable,
- No levante nada que pese más que su bebé durante las primeras 6 a 8 semanas.
- Las caminatas cortas son una manera excelente de aumentar la fuerza y la resistencia. Los quehaceres ligeros de la casa son ACEPTABLES. Aumente lentamente su cantidad de actividad.



Salud mental en el puerperio

La maternidad es una etapa de grandes cambios, donde la mujer necesita apoyo y contención emocional para poder ofrecerle sosten a su bebé, las dificultades pueden ser muy desalentadoras pudiendo generar abandono de la lactancia, depresión posparto y repercusiones negativas, por ello es importante que vivas en ambiente de armonía donde tengas apoyo de toda tu familia.



Bibliografía

Benitez, G. A. (28 de abril 2010). *Manual de asistencia al parto y puerperio normal, cambios durante la lactancia*. Obtenido de https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/

Cuidados en el Puerperio Quirúrgico



LEO. Daniela Guadalupe Butron Dominguez

Puerperio

El puerperio es una etapa en la que se producen una serie de cambios fisiológicos en la mujer, que tras el parto vuelve de forma gradual al estado no grávido. Además, tiene la misión de alimentar al recién nacido.

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), y se divide en 3 etapas:

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas.
- Puerperio clínico: desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario (2 a 4 días).
- Puerperio tardío: El final coincide con la



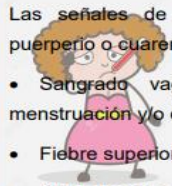
Recomendaciones

El American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología) ahora también recomienda que la atención posparto sea un proceso continuo y no una sola visita después del parto. Comunícate con tu profesional de salud dentro de las primeras tres semanas después del parto. Dentro de las 12 semanas posteriores al parto, consulta con tu profesional de salud para realizarte una valoración.

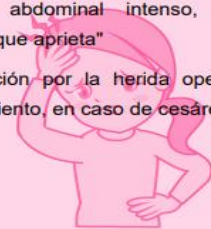
Signos y síntomas de alarma

Las señales de alarma durante el puerperio o cuarentena:

- Sangrado vaginal mayor a la menstruación y/o con mal olor
- Fiebre superior a 38°C
- Dolor de cabeza constante
- Hinchazón de cara, manos, piernas y pies
- Ver lucitas o ver nublado
- Escuchar zumbidos



- Dolor abdominal intenso, como un "cinturón que aprieta"
- Secreción por la herida operatoria y/o enrojecimiento, en caso de cesárea



Dieta

Consumir 5 comidas diarias:

- Desayuno, colación de media mañana, almuerzo, colación de media tarde y once o cena.
- Incluir 5 porciones de frutas y verduras frescas de distintos colores cada día.
- Los cereales integrales, legumbres y granos aportan energía y generan sensación de saciedad



¿Qué tipos de anticonceptivos puedo obtener sin receta?

Puedes comprar los siguientes tipos de anticonceptivos de venta libre en farmacias o supermercados:

- Condones masculinos
- Condones femeninos
- Esponjas



BIBLIOGRAFIA

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
(2016). Recomendaciones de prácticas seleccionadas en EE. UU. para el uso de anticonceptivos, 2016 (versión en inglés). *Morbidity & Mortality Weekly Report*; 65(RR-4): 1-66.
Curtis, K.M., Tepper, N.K., Jatlaoui, T.C., et al. (2016). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en los EE. UU., 2016 (versión en inglés). *Recomendaciones e informes del MMWR*; 65(RR-3):1-104.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. Las mujeres pueden elegir entre muchos tipos diferentes de anticonceptivos. Algunos funcionan mejor que otros para prevenir el embarazo. El tipo de anticonceptivo que uses depende de tu salud, tu deseo de tener hijos ahora o en el futuro y tu necesidad de prevenir infecciones de transmisión sexual.

¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos?

Las mujeres pueden elegir entre muchos tipos diferentes de métodos anticonceptivos. Estos incluyen, en orden desde el más eficaz al menos eficaz para prevenir el embarazo:

- **Esterilización femenina y masculina** (ligadura de trompas u oclusión en mujeres, vasectomía en hombres): método anticonceptivo que previene el embarazo por el resto de la vida mediante cirugía o procedimiento médico.
- **Anticonceptivos reversibles o métodos "LARC" de acción prolongada** (dispositivos intrauterinos, implantes hormonales): anticonceptivo que el médico lo inserta una sola vez y no tienes que recordar usarlo todos los días o meses. Los LARC duran por 3 a 10 años, dependiendo del método.
- **Métodos hormonales de corta duración** (píldoras, minipíldoras, parche, inyección, anillo)

¿Cuál es el mejor método anticonceptivo?

No existe un método anticonceptivo que sea "el mejor" para todas las mujeres. El método adecuado para ti y tu pareja depende de muchos factores, y pueden cambiar con el tiempo.

Antes de elegir un método anticonceptivo, habla con tu médico o enfermera sobre los siguientes temas:

- Si quieres quedar embarazada pronto, dentro de algunos años o nunca
 - Qué tan bien funciona cada método para prevenir el embarazo
 - Posibles efectos secundarios
 - Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales
 - La cantidad de parejas sexuales que tienes
- Tu salud general



