



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 260 -2023-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 15 de Noviembre de 2023



VISTO:

El Expediente N° 23309-23; y

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que, "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", y que "la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, que resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras";

Que, la Jefa del Departamento de Enfermería a través de la Nota Informativa N° 0945-2023-DE-HONADOMANI-SB, solicita a la Directora General la aprobación de las Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia - Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que se adjuntan;

Que, mediante el Memorando N° 426-2023-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad comunica a la Jefa del Departamento de Enfermería, que procede a emitir su opinión favorable a la propuesta, proponiendo continuar con los trámites de aprobación de las Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia - Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 167-2023-DA-HONADOMANI-SB, la Dirección Adjunta emite opinión favorable al pedido de aprobación de las Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia - Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", en consecuencia a través del Memorando N° 715-2023-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, la proyección del acto resolutivo correspondiente;





Que, ante lo propuesto por la Jefa del Departamento de Enfermería y contando con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad así como de la Dirección Adjunta; y considerando que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, resulta necesario emitir el acto resolutivo de Aprobación de las Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que tienen por objetivos, proporcionar una metodología de trabajo, estructurada en un lenguaje común, expresado en taxonomías que permite establecer estándares para la práctica, mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la práctica clínica; asimismo proporcionar una metodología que guíe en trabajo profesional, científico, sistemático racional, lógica y humanistas de la práctica de enfermería, y Dotar al profesional de enfermería herramientas e instrumentos que guíen y mejoren la práctica clínica, con el fin de contribuir con la calidad y seguridad de las atenciones en salud, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para las usuarias;



Con la visación de la Dirección Adjunta, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Enfermería y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 862-2023/MINSA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Guía Técnica: "Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia - Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que en anexo adjunto forman parte integrante de la presente Resolución, según el detalle siguiente:

1. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino
2. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Colestasis Intrahepática
3. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Diabetes Gestacional
4. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Distopia Genital
5. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Endometritis Puerperal
6. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Hemorragia Postparto
7. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Hiperémesis Gravídica
8. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Miomatosis Uterina
9. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia con Criterios de Severidad
10. Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Ruptura Prematura de Membranas

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Enfermería se encargue de la implementación, difusión interna y supervisión del cumplimiento de las Guías de Intervención de Enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia, aprobada en el artículo primero de la presente Resolución.



Resolución Directoral

Lima, 15 de Noviembre de 2023

Artículo Tercero. - Disponer que, la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". (www.sanbartolome.gob.pe)

Regístrese, Publíquese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez
DIRECTORA GENERAL
CMP. 31303 RME: 14142



DLMLR/ASL//MOE/JCVO/lccs

- C.C.
- DA
 - OGC
 - Dep. Enfermería
 - OAJ
 - OEI
 - Archivo



PERU

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Gineco-
Obstetricia

GUIA TECNICA: GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

2023





PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Gineco
Obstetricia



RESPONSABLES:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Dra. Miriam Esther Ortiz Espinoza

JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Lic. Enf. Susana Asca Nakamatsu

EQUIPO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

- Lic. Enf. Lucy Elizabeth Suyo Herrera
- Mg. Adita Rosario Ascona Briceño
- Lic. Enf. Yovana Gómez Paima

COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

- Lic. Enf. Susana Asca Nakamatsu
- Lic. Enf. Julia Virginia Gutiérrez Cahuana
- Lic. Enf. Doyla Quiroz Aquino

ELABORADO POR:

- Lic. Enf. Susana Asca Nakamatsu
- Lic. Enf. Julia Virginia Gutiérrez Cahuana
- Lic. Enf. Doyla Quiroz Aquino

COLABORADORAS:

- Lic. Enf. Noemi Soledad Ccasa Molina
- Lic. Enf. Eleana Patricia Gomez Taguchi
- Lic. Enf. Elvia Hurtado Tapia
- Lic. Enf. Kelly Vanessa Ortiz Dueñas
- Lic. Enf. Belu Tatiana Romero Mejia

REVISADO POR:

- Lic. Enf. Yovana Gómez Paima



INDICE

I. TITULO: GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	4
V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR	4
VI. CONSIDERACIONES GENERALES:	5
DEFINICIONES OPERACIONALES	5
Rol de la Profesión de Enfermería	5
Proceso de Atención de Enfermería. (PAE)	5
Diagnósticos Enfermeros. NANDA International, Inc.	6
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	7
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	7
NANDA – NOC – NIC (NNN)	8
Grado de Dependencia	9
Guía Técnica.	9
Guías de Intervención de Enfermería	9
Servicio de Gineco Obstetricia.	10
VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:	10
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	11
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COLESTASIS INTRAHEPÁTICA	16
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	21
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISTOPIA GENITAL	29
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENDOMETRITIS PUERPERAL	33
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO	38
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA	48
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA	54
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD	61
• GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	68
VII. RECOMENDACIONES	75
VIII. ANEXOS	75
ANEXO 1	76
TAXONOMIA NANDA	76
ANEXO 2	77
TAXONOMIA NOC	77
ANEXO 3	79
TAXONOMIA NIC	79



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Gineco
Obstetricia



IX. BIBLIOGRAFIA81



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

I. TITULO: GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

II. FINALIDAD

El Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", es un establecimiento de categoría III-E (hospital de atención especializada), considerado como un centro de referencia nacional de gestantes, puérperas y mujeres con enfermedades ginecológicas, anualmente se incrementa la demanda de servicios especializados para el manejo de pacientes.

Las guías de intervención de enfermería es un documento científico que tiene como objetivo establecer condiciones adecuadas y necesarias que favorezcan una práctica clínica unificada permitiendo a las enfermeras ofrecer cuidados de calidad, con eficiencia y prevenir complicaciones durante la atención que se brinda a las gestantes, puérperas y mujeres con enfermedades ginecológicas mientras dure su permanencia en el Servicio de Gineco Obstetricia; de esta manera se dota a los profesionales de enfermería de herramientas e instrumentos que guíen y mejoren la práctica clínica con el fin de contribuir con la calidad y seguridad de las atenciones de salud, de esta manera ofrecer el máximo beneficio y el mínimo riesgo para las usuarias.

Las Guías de Intervención de Enfermería descritas más adelante, sirven para dar orientación acerca del manejo desde el punto de vista enfermero, para el abordaje de una patología, donde se describe actividades realizadas por los profesionales de enfermería, dándole un sustento teórico al quehacer de la enfermera del Servicio de Gineco Obstetricia. Acorde a la normatividad vigente, evidencia científica y enmarcando el lenguaje enfermero se desarrolla la Guía Técnica: Guías de Intervención de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia.

III. OBJETIVOS

- Proporcionar una metodología de trabajo, estructurada en un lenguaje común, expresado en taxonomías que permite establecer estándares para la práctica, mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la práctica clínica.
- Proporcionar una metodología que guíe en trabajo profesional, científico, sistemático racional, lógica y humanista de la práctica de enfermería.
- Dotar al profesional de enfermería herramientas e instrumentos que guíen y mejoren la practica clínica, con el fin de contribuir con la calidad y seguridad de las atenciones en salud, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para las usuarias.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Intervenciones de Enfermería, se aplica en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", son de uso referencial para el manejo y elaboración de los registros (notas de enfermería) del profesional de enfermería frente a las patologías aquí descritas.

V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino
Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Colestasis Intrahepática
Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Diabetes Gestacional
Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Distopia Genital
Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Endometritis Puerperal
Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Hemorragia Postparto



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco-
Obstetricia

- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Hiperémesis Gravídica
 Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Miomatosis Uterina
 Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia con Criterios de Severidad
 Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Ruptura Prematura de Membranas

VI. CONSIDERACIONES GENERALES:

DEFINICIONES OPERACIONALES

Rol de la Profesión de Enfermería.

Conforme a la normativa el rol de la enfermera dentro del sistema de salud es el siguiente¹:

"Art. 2°. La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población".

"Art. 4°. El trabajo de la enfermera(o) se rige principalmente por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, así como por la Ley General de Salud N.º 26842 y la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Decreto Legislativo N° 276 y su reglamento (...).

Proceso de Atención de Enfermería. (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería, es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera². Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática³.

El PAE empieza cuando la enfermera identifica los problemas, recopila y documenta mediante las entrevistas, exploraciones físicas, observaciones y documentos históricos. El resultado de esta evaluación se obtiene las características definitorias, factores de riesgo y factores relacionados, necesarios para la toma de decisiones sobre los problemas reales y potenciales del paciente⁴. Sirve de instrumento que proporciona estrategias que permiten una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud, mediante la aplicación del método científico, la investigación y el conocimiento en el quehacer diario de la enfermera⁵.

"Art. 4°. El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos salud - enfermedad,

¹Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o), Capítulo I.

²Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. 2013; 3(1): 41-48 <https://pesquisabvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964686>

³Hospital Provincial Neuquen Dr. Eduardo Castro. Rendón. El proceso de atención de enfermería. 2020; 1(1): 1-32 <http://hospitalneuquen.org.ar>

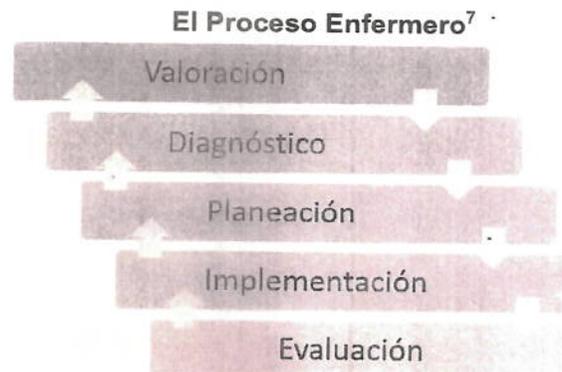
⁴López, M. Enfermería Relaciones Humana, 2015. <http://marlopezmorejon.blogspot.pe/2015/02/enfermeria-relaciones-humana.html>

⁵Naranjo, Y., González, L., y Sánchez, M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey: 2018; 22(6), 831-842 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831.p.1



implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional. El cuidado integral de enfermería constituye el fundamento del ejercicio de la profesión en las diferentes áreas de la especialidad. Se basa en el juicio crítico y ponderado de la enfermera(o) así como en la toma de decisiones que competen a su labor, por lo cual asume plena responsabilidad por los efectos y consecuencias que de ellas se originen".⁶

El proceso de atención de enfermería requiere conocimientos e incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación de resultados e intervenciones, la aplicación y la evaluación.



"(...) el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente y/o en la ficha familiar".⁸

Durante estos últimos años se ha consolidado una metodología de trabajo para evidenciar la práctica diaria, estructurada en un lenguaje común expresado en taxonomías que permiten establecer estándares para la práctica, mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la práctica clínica. Estas son: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NOC (Nursing Outcomes Classification), Clasificación de Resultados de Enfermería y NIC (Nursing Intervention Classification), Clasificación de las intervenciones de enfermería⁹.

Diagnósticos Enfermeros. NANDA International, Inc.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de vida, o la susceptibilidad a esta respuesta, por parte de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad¹⁰.

La NANDA, proporciona una terminología estandarizada de los diagnósticos enfermeros de uso internacional y mediante una clasificación (Taxonomía)¹¹. Nuestro país tiene participación en la aplicación internacional mediante la certificación que inicio el Colegio de Enfermeros del Perú desde el 2010¹²

⁶Decreto Supremo Nº 004-2004-SA "Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o)" Capítulo I.

⁷NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2021-2023, 12va Edición. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 85

⁸Decreto Supremo Nº 004-2004-SA, Art. 9°, Inciso a.

⁹Cruz, A., Medina, G. y Ávila, S. Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. Revista Cuba Enfermería. 2020; 36(2), 1-19. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3208> p.1

¹⁰NANDA. Op. cit., p. 88

¹¹Ibid., p. 150

¹²Ibid., p. 107-108



Componente de un Diagnostico Enfermero¹³

- ❖ **Etiqueta Diagnostica:** Proporciona un nombre para el diagnóstico que refleja, como mínimo, el núcleo del diagnóstico y el juicio enfermero. Es un término o frase concisa que representa un patrón de señas relacionadas.
- ❖ **Definición:** Proporciona una descripción clara y precisa; define su significado y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.
- ❖ **Características Definitorias:** Indicaciones/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico o síndrome de promoción de la salud centrado en el problema.
- ❖ **Factores de Riesgo:** Factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable.
- ❖ **Factores Relacionados:** Factores antecedentes que se ha demostrado que tiene una relación de patrón con la respuesta humana. Estos factores pueden describirse como asociados, relacionados o que contribuyen a esa respuesta.
- ❖ **Condiciones asociadas:** diagnósticos médicos, procedimientos diagnósticos/quirúrgicos, dispositivos médicos/quirúrgicos o preparaciones farmacéuticas. Las cuales no pueden ser modificada por las intervenciones independientes de enfermería.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Los resultados describen estados del paciente, después de una intervención que se espera que influya en ellos¹⁴. La medición de los resultados valida si los pacientes responden positivamente a las intervenciones de enfermería y ayuda a determinar si son necesarios los cambios en el cuidado¹⁵. La NOC fue desarrollada para ser usada en conjunto con la NANDA y el NIC, el cual tiene alcance global puesto que los diagnósticos, resultados e intervenciones se encuentran estandarizados. La estructura de los NOC incluye dominios, clases y resultados¹⁶, consiste en¹⁷:

- ❖ **Definición de un resultado:** Son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo proceso utilizando una o varias escalas de medición. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado y la conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetos esperados.
- ❖ **Medición de un resultado:** se realiza mediante la utilización de una escala de Likert de 5 puntos con todos los resultados e indicadores para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por un resultado.
- ❖ **Utilización de un cambio de puntuación:** La enfermera debe de medir el resultado antes de realizar una intervención, para poder puntuarlo después de la intervención.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.¹⁸ El uso de la NIC ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestaciones de cuidados sanitarios y facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.¹⁹

¹³ *Ibid.*, p. 197-198

¹⁴ Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Medición de Resultados en Salud, 6ta Edición. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 7

¹⁵ *Ibid.*, p. 2

¹⁶ *Ibid.*, p. 31

¹⁷ *Ibid.*, p. 3

¹⁸ Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. y Wagner, C. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma. Edición, Barcelona: Elsevier; 2019. p. xii

¹⁹ *Ibid.*, pág. vi.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



La fortaleza de la NIC es: completa, basada en la investigación, desarrollo inductivo basado en la practica existente, refleja la práctica y la investigación clínicas actuales, estructura organizativa de uso sencillo, lenguaje claro y con significado clínico, establece un proceso y una estructura de mejora continua, sometida a pruebas de campo, accesible a través de un gran número de publicaciones y medios, relacionada con otras clasificaciones de enfermería, reconocimiento nacional, desarrollado en el mismo lugar que las clasificaciones de resultados, incluida en un número creciente de sistemas de información clínica de programas informáticas de vendedores, y uso global.²⁰

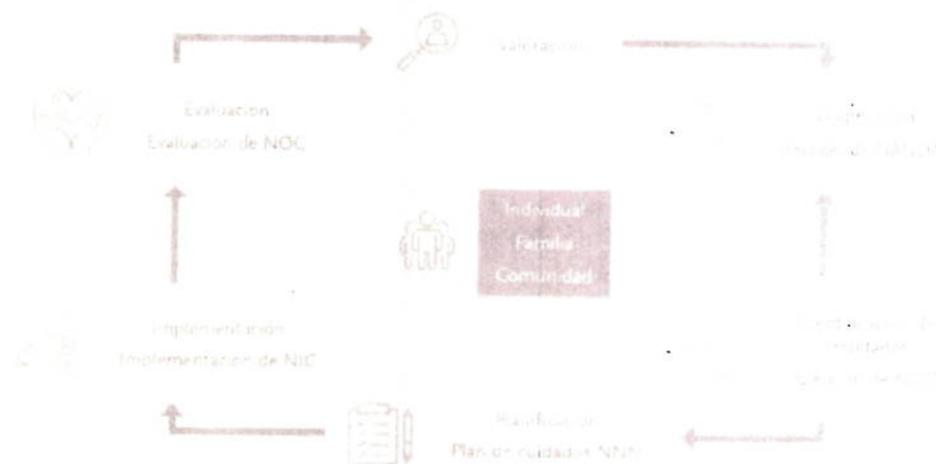
Son actividades o acciones directas o indirectas de la enfermera, que le permitirá alcanzar resultados esperados²¹.

- ❖ **Intervención de Enfermería directa**, consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería directas comprenden actuaciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo en su naturaleza y asesoramiento.
- ❖ **Intervención de Enfermería indirecta**, es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea a la paciente y la colaboración interdisciplinaria

La clasificación de las Intervenciones de Enfermería es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados y la documentación clínica. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.²²

NANDA – NOC – NIC (NNN)

La enfermería a nivel internacional viene conformando una base de conocimientos que sirva de apoyo a la práctica profesional y mejore la calidad de los cuidados que proporcionan las enfermeras durante la atención de los servicios de salud²³.



²⁰Ibid., pág. vii - viii.

²¹Ibid., pág. xii.

²²Ibid., pág. 2

²³Elservier Connet (sede web). NANDA-1, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. 2022 <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>



Grado de Dependencia

De acuerdo con las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero los grados de Dependencia se clasifican en²⁴:

- ❖ **Grado I o asistencia mínima:** se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en prediagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal, con asistencia de enfermería orientada a la educación el salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera.
- ❖ **Grado II o Asistencia Parcial:** se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post- operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos y rehabilitación y confort.
- ❖ **Grado III o Asistencia Intermedio:** referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediada, no participa en su cuidado, crónico inestable agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener uso de aparatos especiales de soporte de la vida

Dependiendo del Grado de dependencia se puede calcular el tipo de personal necesario para la atención de los pacientes²⁵.

Grado de Dependencia	Licenciadas en Enfermería	Técnicos de Enfermería
I	40%	60%
II	60%	40%
III	70%	30%

En el servicio de Gineco Obstetricia se manejan pacientes con grado de dependencia I, II y III.

Guía Técnica.

Es un documento Normativo que define por escrito y de forma detallada el desarrollo de procesos, procedimientos, y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. Donde se brinda instrucciones o indicaciones que permiten al operador seguir un determinado recorrido, para el cumplimiento del objetivo de una actividad y el desarrollo de una buena práctica²⁶. Las guías de intervención de enfermería se incluyen en el campo asistencial.

Guías de Intervención de Enfermería.

Es un documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención²⁷. Las guías de Intervención forman parte de los instrumentos utilizados por el profesional de enfermería, a fin de proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana con el propósito de optimizar el cuidado y establecer parámetros de evaluación e indicadores de calidad de la prestación de los servicios que brinda el profesional de enfermería.

²⁴Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima: CEP; 2015. Pág. 18 - 19

²⁵*Ibid.*, pág. 29

²⁶Ministerio de Salud. Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2021. Pág. 15, 16, 37 y 38

²⁷Ministerio de Salud, Oficina General de Defensa Nacional. Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres. Lima: MINSA; 2006. Pág. 17



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Gineco
Obstetricia



Las guías de intervención que a continuación se describen están basadas en la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA Internacional, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). La enfermería basada en la evidencia permite utilizar la información y los resultados de la investigación científica, para aplicarlos en la elaboración de guías de intervención que conduzcan a la calidad o excelencia del cuidado de enfermería, que es el centro de nuestro quehacer diario y cotidiano²⁸.

Servicio de Gineco Obstetricia.

Es el servicio de Gineco Obstetricia es dependiente del Departamento de Enfermería, donde se brindan servicios de atención especializada a las gestantes, puérperas y mujeres con patologías ginecológicas en las diferentes unidades de hospitalización: Sala B, Sala C, Sala D, aislados, Infertilidad, Ginecología y UCEO.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

²⁸Urure, I. Importancia de la enfermería basada en la evidencia. Rev. Enferm. Vanguard. 2017; 5(2), 35-36. <https://doi.org/10.35563/revan.v5i2.216>



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

1. CODIGO CIE X: P01.8

2. **DEFINICION:** La amenaza de parto pretérmino (APP) incluye contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer²⁹.

Los partos prematuros se clasifican según la edad gestacional de la siguiente manera³⁰:

- Prematuro extremo: antes de las 28 semanas de gestación.
- Prematuro severo: 28-31 semanas de gestación.
- Prematuro moderada: 32-33 semanas de gestación.
- Prematuro leve: entre las 34-37 semanas de gestación.

La amenaza de parto prematuro se considera como una urgencia obstétrica que, si no se trata, conducirá al parto prematuro. Por tanto, después de confirmado el diagnóstico, el tratamiento consiste en la administración de agentes tocolíticos, cuyo objetivo principal es retrasar el trabajo de parto, ganando tiempo para administrar maduración pulmonar y neuroprotección con el propósito de reducir el síndrome de dificultad respiratoria y la parálisis cerebral³¹.

3. ASPECTOS GENERALES:

- a. **ETIOLOGIA**³²: Las principales causas de la amenaza de parto pretérmino son de origen multifactorial, entre ellas tenemos:

Iatrogénico: interrupción del embarazo antes del término por indicación médica. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que dificulta el desarrollo de la gestación. Después de una Rotura Prematura de Membranas (RPM).

Idiopático: sin motivo aparente o conocida.

- b. **FISIOPATOLOGIA**³³: Las principales vías patogénicas que permiten explicar la amenaza de parto pretérmino comprenden:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria- adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos anteriores a menudo ocurren simultáneamente, pero cada uno tiene una característica bioquímica única. Estos procesos convergen en la vía final común en la que se produce una liberación de mediadores bioquímicos, un aumento de las proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por lo tanto, las contracciones uterinas ocurren con cambios en el cuello uterino, con o sin RPM, lo que finalmente desencadena el parto prematuro.

²⁹Quiroz, G., Alfaro, R., Bolívar, M, y Solano, N. Amenaza de parto pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. UCR - HSJD. 2016; 6(1): 75-80. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>

³⁰Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Parto pretérmino. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2020; 63(1): 283-321. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

³¹Ruoti, M. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). 2020; 53(3): 115-130. <https://doi.org/10.18004/anales/2020.053.03.115>

³²Quiroz. Op. Cit., p. 77

³³ibid., p. 77



- c. **SIGNOS Y SINTOMAS**³⁴: Los síntomas de la amenaza de parto pretérmino no siempre son específicos, es decir pueden variar e incluir: secreción de la vagina en forma de líquido, con mucosidad o hemorragia, molestias abdominales similar al menstrual, dolor lumbar, cólicos abdominales, contracciones uterinas con frecuencia e intensidad, generalmente sin dolor y ruptura prematura de membranas.
- d. **EPIDEMIOLOGIA**: El trabajo de parto pretérmino afecta del 15% al 18% de los embarazos. En los Estados Unidos es el motivo más frecuente de hospitalización durante el embarazo. Los partos pretérminos todavía representan el 70% de las muertes neonatales. Cada año nacen alrededor de 15 millones de neonatos pretérmino, siendo África y América del Norte con las tasas más altas. La incidencia es diferente entre mujeres blancas y negras, con una mayor incidencia en mujeres negras. Los datos del 2015 informaron de 13.4% en mujeres negras y 8.9% en mujeres blancas no hispanas³⁵.
- El parto prematuro es un problema de salud pública. Según las estimaciones mundiales de mortalidad infantil de 2018, las complicaciones del parto prematuro fueron la primera causa de la muerte infantil con un 16% y en neonatos el parto prematuro se asoció con el 34% de las muertes. La tasa de partos prematuros va en aumento en el país, con un 23% reportado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), un 8.8% por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un 7% por el Sistema de registro del certificado de nacido vivo- MINSA(CNV)³⁶.
- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**: Antecedente de parto pretérmino, edad materna menor que 18 años y mayor que 40 años, historia materna de uno más abortos, nivel socioeconómico bajo, raza negra, gestación múltiple, complicaciones maternas, conductas y hábitos maternos, origen infeccioso, anomalías y causas uterinas, origen fetal y patología de la placenta^{37 38}.
- f. **TRATAMIENTO**^{39 40 41 42}: No existe evidencia científica que respalde el tratamiento no farmacológico, como el reposo absoluto en cama y la hidratación en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. En el tratamiento farmacológico la terapia tocolítica se utiliza para inhibir las contracciones miométricas. Su principal función es prolongar el embarazo 48 horas para lograr la aplicación de los corticosteroides prenatales y sulfato de magnesio. Los agentes tocolíticos incluyen los beta-adrenérgicos o betamiméticos, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, donadores de óxido nitroso (nitroglicerina), antagonistas de receptores de oxitocina y sulfato de magnesio.
- La terapia con corticoides ayuda a la maduración pulmonar en una mujer entre las 24 y 34 semanas de gestación que se encuentran en riesgo de dar a luz en los próximos 7 días. Los corticosteroides más usados son la betametasona y la

³⁴Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Amenaza de Parto Pretérmino. medicina perinatal. 2014; 1-21. <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretérmino21.pdf>

³⁵Robles, V., Rojas, S. y Thuel, M. Actualización en el manejo de labor de parto pretérmino. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(1): 1-12: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.330>

³⁶Ministerio de salud del Perú (MINSA). Boletín Epidemiológico. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. 2019; 28-SE 46: 1166-1190. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>

³⁷Quiroz. *Op. Cit.*, p. 76-77

³⁸Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Op. Cit.*, p. 284-285

³⁹Quiroz. *Op. Cit.*, p. 78-79

⁴⁰Sociedad Española de ginecología y Obstetricia. *Op. Cit.*, p 300-305

⁴¹Ruoti. *Op. Cit.*, p.117-126

⁴²Robles. *Op. Cit.*, p. 5-10



dexametasona. La dosis consiste en Betametasona 12 mg cada 24 horas 2 veces, o dexametasona 6 mg cada 12 horas 2 veces, ambas intramuscular.

La terapia neuroprotectora con el sulfato de magnesio, reduce la parálisis cerebral y la disfunción motora gruesa, se administra antes de las 32 semanas de gestación y la dosis recomendada suele ser un bolo inicial de 4g EV seguido de una perfusión de mantenimiento de 1g /h EV.

La terapia antibiótica se recomienda en gestantes con amenaza de parto pretérmino para el tratamiento de infección intraamniótica subclínica y corioamnionitis clínica.

- g. COMPLICACIONES:** Aquellos bebés que nacen antes de las 37 semanas de gestación, presentan mayor inmadurez de todos los órganos y sistemas, así como mayor incidencia de patologías que pueden provocar que los órganos no se desarrollen de manera correcta. Algunas de las complicaciones que presentan con mayor frecuencia los prematuros son: distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, retinopatía, persistencia del conducto arterioso, enterocolitis necrotizante, sepsis, hipotermia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipotiroidismo transitorio, anemia y enfermedad renal crónica^{43 44}.

- POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes con amenaza de parto pretérmino que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
- PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
- GRADO DE DEPENDENCIA:** III
- INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Centro Obstétrico, Laboratorio, Ecografía, UBF y Nutrición.
- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Riesgo de alteración de la Diada materno /fetal (00209) C/A - Complicaciones del embarazo. Dominio 8: Sexualidad Clase 3: Reproducción	Detección de riesgo (1908) 190801 reconoce los signos y síntomas que indiquen riesgo. 190802 identifica los posibles riesgos para la salud. 190809 utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales.	Cuidados prenatales (6960): - Enseñar a la paciente sobre la percepción de movimientos fetales. - Enseñar a la paciente a identificar los signos de alarma (sagrado, pérdida de líquido, contracciones uterinas, disminución de movimientos fetales, etc.). - Enseñar a contar movimientos fetales. Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800): - Efectivizar pruebas de bienestar fetal y pruebas de laboratorio. - Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico. - Administrar tocolíticos, según prescripción médica.

⁴³Matos, L., Reyes, K., Lopez, G., Reyes, M., Aguilar, E., Pérez, O., et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. 2020; 7(3): 179-186. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

⁴⁴Montero, A., Ferrer, R., Paz, D., Pérez, M. y Diaz, Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Revista Médica Multimed. 2019, 23(5): 1155-1173 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92822>



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	190810 utiliza los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar corticoides para la maduración pulmonar (Betametasona 12mg I.M), según prescripción médica. <p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. <p>Terapia intravenosa (IV.) (4200):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia intravenosa. - Realizar técnica aséptica estricta. - Administrar líquidos intravenosos (hidratación con cloruro de sodio al 0,9%). - Administrar medicamentos intravenosos como sulfato de magnesio(neuroprotector), según prescripción médica. - Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción IV. durante la infusión. - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. - Observa si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión.
<p>Riesgo de Estreñimiento (00015)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones del embarazo. <p>Población de riesgo: Personas que experimentan hospitalización prolongada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres embarazadas. <p>Dominio 3: Eliminación e Intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>050101 patrón de eliminación.</p> <p>050103 color de las heces.</p> <p>050104 cantidad de heces en relación con la dieta.</p> <p>050112 facilidad de eliminación de las heces.</p> <p>050118 tono esfinteriano.</p> <p>050121 eliminación fecal sin ayuda.</p> <p>050129 ruidos abdominales.</p> <p>050108 sangre en las heces.</p> <p>050110 estreñimiento</p> <p>050128 dolor con el paso de las heces.</p>	<p>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Vigilar la existencia de peristaltismo. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causas del estreñimiento o que contribuyan al mismo. - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado. - Aconsejar a la paciente que comunique a su médico si el estreñimiento persiste. - Pesar a la paciente regularmente. - Administrar laxante (lactulosa), según indicación médica. <p>Manejo de la nutrición (1100):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar dieta prescrita por el medico (alimentos ricos en fibra). - Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. - Coordinar con el servicio de nutrición. <p>Administración de la medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. - Enseñar a la paciente acerca de los efectos adversos esperados de la medicación (dolor abdominal, diarrea, etc.).



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Insomnio (00095)</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despierta temprano. - Expresa insatisfacción con el sueño. - Expresa necesidad de siestas frecuentes durante el día. <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Temor - Estresores <p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p> <p>Clase 1: Sueño / Reposo</p>	<p>Sueño (0004)</p> <p>000401 horas de sueño.</p> <p>000404 calidad de sueño.</p> <p>000421 dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>000406 sueño interrumpido.</p> <p>000409 siesta inapropiada.</p> <p>000425 dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente. <p>Mejorar el sueño (1850):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. - Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente. - Comprobar el patrón de sueño de la paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpan el sueño. - Ayudar a la paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. <p>Terapia de relajación (6040):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dejar a la paciente un tiempo sin molestarle, ya que se puede quedar dormido. - Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. <p>Documentación (7920):</p>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COLESTASIS INTRAHEPATICA

1. **CODIGO CIE X:** O26.6
2. **DEFINICION:** La colestasis intrahepática gestacional es una enfermedad reversible que se presenta durante el tercer trimestre del embarazo y se resuelve espontáneamente después del parto. Se caracteriza por presentar prurito sin exantema ⁴⁵. Existe una alteración en la homeostasis de los ácidos biliares a nivel del hepatocito, provocando una acumulación como consecuencia su elevación a nivel sérico ⁴⁶.
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** Es multifactorial: factores hormonales, genéticos y otros (ambientales).

Factores hormonales, la elevación de estrógenos, progesterona y sus metabolitos sulfatados, interferirían en el transporte y excreción biliar por su capacidad de saturar los sistemas transportadores involucrados. Por lo tanto, adquieren una marcada acción procolestática ⁴⁷.

Factores genéticos, se ha observado que la mutación de genes que codifican proteínas transportadoras a nivel hepatocelular y colangiocítico estaría involucrada en el transporte de los ácidos biliares y su excreción. El factor genético determina la susceptibilidad de desarrollar colestasis, ante la presencia de un estímulo colestático como son las hormonas sexuales ⁴⁸.

Factores ambientales, se describe que una dieta con bajo aporte en selenio podría estar relacionada con la patogénesis, ya que estudios demuestran correlación de niveles séricos de selenio bajo en pacientes con embarazo complicado por colestasis intrahepática. Además, se han visto variaciones por estaciones del año, siendo durante el verano una menor incidencia de esta patología, en correlación con niveles séricos mayores de selenio ⁴⁹.
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** La fisiopatología tiene que ver con el mecanismo de transporte y excreción de los ácidos biliares a nivel del hepatocito, su flujo hepatobiliar y su recirculación enterohepática ⁵⁰. La alteración básica principal es la disminución de la excreción de ácidos biliares, con una disminución en la luz intestinal y acúmulo excesivo plasmático. En tejido hepático esta acumulación origina respuesta inflamatoria con elevación de transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina y alteración del metabolismo de los gliceroles. Esto último junto a la participación de la enzima autotaxina induce elevación del ácido lisofostatídico, el cual al alcanzar las terminaciones nerviosas intradérmicas dando origen al prurito, síntoma predominante en esta enfermedad ⁵¹.
 - c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** El principal síntoma consiste en prurito no asociado a rash. Las características del prurito clásicamente se describen como: generalizado, a

⁴⁵Almeida, L., Vázquez, I., López, M. y García, L. Protocolo: Colestasis Intrahepática Gestacional. Centro Medicina fetal-neonatal Barcelona. 2020. p.1-8. <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis-intrahepatica.html>.

⁴⁶Arriaga, A., Rosales, L., Martínez, L., Pérez, Y., Jiménez, S., Marcial, A., et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Un reto para la obstetricia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2021; 64(3): 20-36 <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.3.03>

⁴⁷Frailuna, M., Echegaray, M., Estiu, C., Di, L., Betular, A., Navarro, L. y Salvo, M. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO 2016. p.1y13. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_obstetricia_Colestasis_y_embarazo_2016.pdf.

⁴⁸Espinoza, A., Vilchez, M. y Webb, K. Colestasis intrahepática del embarazo. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(6): 14-23. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.196>.

⁴⁹Arriaga. Op. cit., p.3

⁵⁰Frailuna. Op. cit., p.2

⁵¹Arriaga. Op. cit., p.5



predominio de palmas (manos) y plantas (pies), que se incrementa por la noche y se vuelve más severo progresivamente a medida que el embarazo avanza ⁵². El prurito durante años fue vinculado a la elevación de los marcadores de funcionalidad hepática. En algunos casos el prurito precede a la elevación sérica. La placenta tiene implicancias en la elevación de autotaxina como mecanismo generador de prurito ⁵³. El prurito puede ser tan intenso que puede causar angustia psicológica y alteraciones del sueño ⁵⁴.

- d. **EPIDEMIOLOGIA:** El Es la hepatopatía más frecuente durante la gestación y la segunda causa de ictericia en el embarazo (la primera es la hepatitis, y la tercera la litiasis biliar). Su incidencia es del 0,1 al 2%, aunque con alta variación geográfica ⁵⁵. La Colestasis Intrahepática del Embarazo es una enfermedad con elevada prevalencia en Chile y Bolivia. En nuestro país, hasta la fecha, no existen cifras respecto a cómo ha ido evolucionando esta patología en la gestación ⁵⁶.
- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** Entre los factores de riesgo se encuentran ⁵⁷ ⁵⁸: Defectos genéticos, Síndromes hereditarios procolestáticos, Algunas razas y etnias, Antecedentes de haber presentado CIH, Embarazo múltiple, Embarazos por técnicas de reproducción asistida, Seropositividad para hepatitis C y Antecedente de colangitis.
- f. **TRATAMIENTO:** El objetivo es aliviar la picazón y prevenir complicaciones. El tratamiento es con ácido ursodesoxicólico (10- 15 mg/kg). Es el único medicamento que ha demostrado beneficios en los síntomas maternos y la bioquímica hepática, además de posibles efectos benéficos en los desenlaces perinatales. El uso tiene un impacto positivo en los partos prematuros, en el ingreso de los neonatos a la UCI, en el daño placentario y en el desarrollo de arritmias fetales ⁵⁹.

MEDICAMENTOS ALTERNATIVO: Se realizará tratamiento escalonado, comenzando por las soluciones tópicas y los antihistamínicos en pacientes poco sintomáticas, y reservando el ácido ursodesoxicólico para aquellas pacientes con más sintomatología o alteraciones analíticas.⁶⁰

Soluciones tópicas: Son seguros. Aunque su eficacia no se encuentra demostrada, pueden producir un alivio temporal del prurito.

- Loción de calamina
- Pomadas de mentol 0.25% (no se da en postparto por riesgo de apnea neonatal)

Antihistamínicos: aunque su eficacia en el tratamiento del prurito es mínima, pueden tener un papel por su efecto sedante por la noche.

Maduración pulmonar fetal con Glucocorticoides: Debido al alto riesgo de parto pretérmino, está indicado Betametasona 12 mg IM c/24 hrs. por 2: dosis:

- Entre las 24 y 34 semanas de gestación.

⁵² Yanque, O. Colestasis Intrahepática Gestacional. Revista Peruana de Investigación en Salud. 2020; 4(1): 37-42 <https://doi.org/10.35839/repis.4.1.608>

⁵³ Estiú, Marcela., Frailuna, M., Dericco, M. y Otero, C. Guía de Práctica Clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. Revista Hospital Materno Infantil Ramon Sarda. 2019; 1(4): 48-71. https://www.sarda.org.ar/images/2019/2019-1_4_Guia.pdf.

⁵⁴ Arriaga. Op. Cit., p.4

⁵⁵ Almeida. Op. Cit., p. 1

⁵⁶ Mego, S. Colestasis Intrahepática del Embarazo y sus Resultados Perinatales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo 2011-2020. [Tesis de Especialización] Lima – Perú. 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9625>

⁵⁷ Estiú. Op. Cit., p. 3

⁵⁸ Arriaga. Op. Cit., p. 2-3

⁵⁹ Toro, L., Correa, E., Calle, L., Ocampo, A. y Vélez, S. Enfermedades hepáticas y embarazo. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2019; 34(4): 385-398. <https://doi.org/10.22516/25007440.367>

⁶⁰ Almeida. Op. Cit., p. 2



- En menores de 34 semanas, con inminencia de nacimiento dentro de los 7 días y que hubieran recibido MPF hace más de 14 días.
- Con inmadurez comprobada por test de Clements (Amniocentesis).

g. COMPLICACIONES: Las pacientes que desarrollan CIH tienen mayor prevalencia de desarrollar diabetes gestacional y preeclampsia. Los nacimientos pretérminos, mayoritariamente electivos, generan una población de neonatos con probabilidad de desarrollar distrés respiratorio de mayor severidad que el esperado por edad gestacional.⁶¹ Además, se ha asociado consistentemente a una creciente incidencia de resultados perinatales adversos, incluyendo parto pretérmino espontáneo, estado fetal inestable, tinción meconial del líquido amniótico y muerte fetal intrauterina (óbito)⁶².

- 4. POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes con Colestasis Intrahepática que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
- 5. PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
- 6. GRADO DE DEPENDENCIA:** II
- 7. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, Laboratorio, UBF, Médico Internista y Nutrición.
- 8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COLESTASIS INTRAHEPÁTICA:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)</p> <p>C/A</p> <p>- Prurito persistente</p> <p>Factores de riesgo:</p> <p>- Conocimiento inadecuado de la protección de la integridad de la piel.</p> <p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: Lesión Física</p>	<p>Integridad tisular: piel, membranas y mucosas 1101:</p> <p>110113 integridad de la piel</p> <p>110115 lesiones cutáneas</p> <p>110120 raspado cutáneo</p> <p>110121 eritema</p>	<p>Vigilancia de la piel (3590):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el color y la temperatura de la piel. - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel y las mucosas. - Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel - Documentar los cambios en la piel y las mucosas. <p>Manejo del prurito (3550):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones). - Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según prescripción médica. - Administrar antipruriginosos, según este indicado. - Aplicar frío para evitar la irritación. - Enseñar a la paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumado. - Enseñar a la paciente a mantener las uñas cortas. - Instruir a la paciente s que se bañe con agua tibia y secarse bien. - Enseñar a la paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la

⁶¹Estiu. Op. Cit., p. 49

⁶²Williamson, C. y Geenes, V. Colestasis Intrahepática del Embarazo. *Obstetric and Gynecology*. 2014; 124: 1-22. https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/July2014_Translation_Williamson.pdf



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<p>piel o a pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.</p> <p>Administración de medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el medicamento. - Tomar nota de las alergias de la paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado. - Notificar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarlas, según sea apropiado. - Ayudar a la paciente a tomar la medicación. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta de la paciente (nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración, y efecto logrado con la medicación).
<p>Riesgo de alteración de la diada materno fetal (00209)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transporte de oxígeno fetal comprometido - Complicaciones del embarazo - Régimen terapéutico <p>Factor de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado prenatal inadecuado <p>Dominio 8: Sexualidad</p> <p>Clase3: Reproducción</p>	<p>Estado fetal prenatal (0111):</p> <p>011102 patrones de desaceleración en los hallazgos de la monitorización fetal electrónica.</p> <p>011103 variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>011110 puntuación del perfil biofísico</p> <p>011114 Doppler del flujo umbilical</p> <p>Estado materno parto (2509):</p> <p>250901 apego emocional al feto</p> <p>250902 afrontamiento de las molestias del embarazo</p> <p>250923 enzimas hepáticas</p>	<p>Cuidados prenatales (6960):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados. - Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación y alentar la implicación de la pareja o de otro familiar. - Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorizar la actividad fetal. - Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata. <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo. - Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo. - Determinar la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificado. - Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y las pruebas y procedimientos habituales de vigilancia.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos antihistamínicos, soluciones tópicas y ácido ursodexocólico. - Efectivizar pruebas evaluar el estado fetal y la función de la placenta. - Proporcionar orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto. - Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico. - Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.
<p>Disconfort (00214)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas relacionados con la enfermedad. <p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Expresa Disconfort - Expresa tener picazón - Verbaliza ciclo de sueño-vigilia alterado. - Intranquilidad en la situación. <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control inadecuado de la situación. - Recursos inadecuados de salud <p>Dominio 12. Confort</p> <p>Clase 1. Confort físico</p>	<p>Nivel de malestar (2109):</p> <ul style="list-style-type: none"> 210902 ansiedad 210906 estrés 210914 inquietud 210916 picor 	<p>Manejo de la medicación (2380)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicamento antipruriginoso, según prescripción médica. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. <p>Terapia de relajación (6040)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente tranquilo. - Sugerir a la paciente que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. - Invitar a la paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. - Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. - Utilizar la relación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o como otras medidas, si procede.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

1. **CODIGO CIE X:** O24.0
2. **DEFINICION:** La diabetes gestacional (DG) es una condición en la que se desarrolla intolerancia a los carbohidratos y se diagnostica por primera vez en el embarazo sin una preexistencia clara de diabetes tipo 1 o tipo 2 ⁶³. La DG se asocia con incremento de las complicaciones para la madre durante el embarazo y en la vida posterior del feto, neonato, joven y adulto ⁶⁴.
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** Ocurre cuando el cuerpo no puede producir la insulina adicional que necesita durante el embarazo. La insulina, una hormona producida en el páncreas, ayuda al cuerpo a convertir la glucosa en energía y a controlar los niveles de glucosa en la sangre. Durante el embarazo, el cuerpo produce hormonas especiales y pasa por otros cambios, como el aumento de peso. Debido a estos cambios, las células del cuerpo no usan bien la insulina, lo que se conoce como resistencia a la insulina. Todas las mujeres embarazadas tienen cierta resistencia a la insulina al final del embarazo. La mayoría de las mujeres embarazadas pueden producir suficiente insulina para vencer la resistencia a la insulina, pero otras no. Estas mujeres desarrollan diabetes gestacional ⁶⁵.
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** La resistencia a la insulina y el daño en la función de las células beta son los principales mecanismos participantes en la generación de la diabetes mellitus gestacional ⁶⁶.

En el tejido adiposo se producen las adipocitoquinas, las cuales actúan como hormonas implicadas en la regulación del metabolismo materno y resistencia a la insulina; incluyen la leptina, adiponectina, factor necrosis tumoral alfa (TNF α), interleucina-6 (IL-6), resistina, visfatina, y apelina, y se producen en la placenta, llevando a la modificación de la sensibilidad a la insulina por medio de mecanismos que incluyen la alteración del metabolismo de la glucosa, la atenuación de mecanismos de señalización de la insulina y el favorecimiento de un estado proinflamatorio ⁶⁷. Antes de conseguir el embarazo, la paciente con diabetes gestacional ya tiene resistencia a la insulina, que se traduce en disminución más marcada de la sensibilidad de la insulina, que produce intolerancia a la glucosa. Esta alteración repercute en la producción de insulina por las células B del páncreas, en donde una disfunción persistente se traduce en mayor severidad de la intolerancia a la glucosa durante el embarazo ⁶⁸.

⁶³Espinoza, A. y Fernández, R. Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(4): 41-54. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i4.180>

⁶⁴Medina, E., Sánchez, A., Hernández, A., Martínez, M., Jiménez, C., Serrano, I., Maqueda, A., Islas D. y Cruz, M. Diabetes gestacional: Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Revista de Medicina Interna de México. 2017; 33(1): 91-98 <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim171.pdf>.

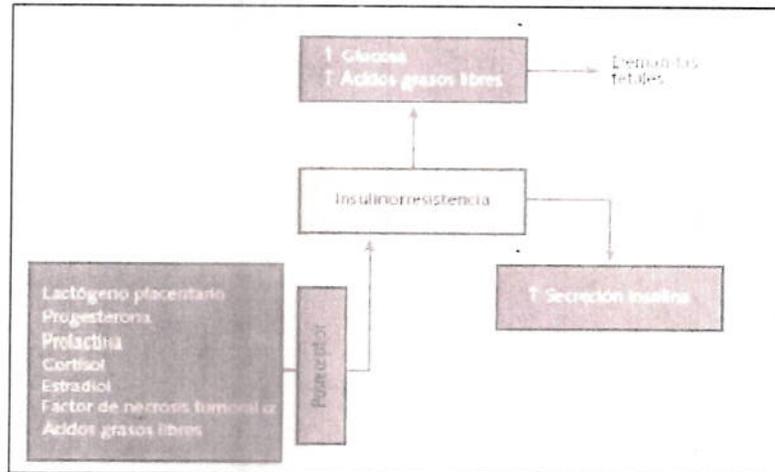
⁶⁵Vigil, D. y Olmedo, J. Diabetes gestacional: Conceptos actuales. Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana. 2017; 85(6): 380-390. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom176g.pdf>

⁶⁶Medina. *Op. Cit.*, p 94

⁶⁷Morales, M., Acho, E., Castrillón, C., Marcelo, H., Vera, E., López, E., Zhang, C., y Leey, J. Monitoreo continuo de glucosa en tiempo real y mejora del control glicémico en diabetes gestacional. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal. 2022; 11(1): 43-48. <https://doi.org/10.33421/inmp.2022249>

⁶⁸Vigil. *Op.Cit.*, p 382

ESQUEMA DE LA DIABETES GESTACIONAL



- c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Las mujeres con DG generalmente no presentan síntomas. La mayoría se entera que tiene esta condición en las pruebas y controles de rutina del embarazo. Los síntomas son leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada. Estos pueden ser: Visión borrosa, Fatiga, Infecciones frecuentes incluyendo las de vejiga, vagina y piel, Aumento de sed, Incremento de la micción, Náuseas y vómitos, Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito ⁶⁹.
- d. **EPIDEMIOLOGIA:** Se calcula que una de cada siete mujeres embarazadas puede padecer hiperglucemia, que en el 85% de los casos corresponde a DG. La proporción de mujeres afectadas puede llegar al 30%, pero muchos casos de diabetes gestacional no se diagnostican, lo cual acarrea consecuencias potencialmente mortales para la madre y el bebé. Hay pocos datos sobre la frecuencia de DG, pues no existe un enfoque uniforme a escala mundial para su tamizaje y diagnóstico. La presencia de la diabetes gestacional en el Perú, según el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se encuentran hasta un 16% ⁷⁰.
- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** La obesidad y la edad avanzada siguen siendo los más importantes y que esta última se encuentra asociada con resistencia a la insulina. Las mujeres con índice de masa corporal (IMC) de 35 o más tienen 5 a 6 veces mayor probabilidad de desarrollar DG, asociada, a su vez, a otras complicaciones como aborto espontáneo, muerte fetal, aumento de la frecuencia de malformaciones congénitas, macrosomía fetal, hipertensión inducida por el embarazo y cesárea ⁷¹.
- f. **TRATAMIENTO**^{72 73}: El tratamiento tiene como propósito mantener un nivel de glucosa en la sangre equivalente al de las embarazadas sin diabetes gestacional. Los niveles -establecidos para las embarazadas con DG son:
 - Antes de una comida (pre prandial): 95 mg/dl o menos

⁶⁹Larrabure, G., Martínez, S., Luque, M., Sánchez, S., Mascaró, P., Ingar, H., Castillo, W., et al. Prevalencia y factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional: hallazgos de un programa de factibilidad de tamizaje universal en Lima, Perú. 2018; 18(303): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1904-0>

⁷⁰Organización Panamericana de la Salud (OPS) Hiperglucemia y Embarazo en las Américas: Informe final de la Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo (Lima, Perú. 8-10 de septiembre del 2015). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28207>

⁷¹Frías, J., Pérez, C. y Saavedra, D. Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. Revista de la Facultad de Medicina. 2016; 64(4): 769-775. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54569>

⁷²Medina. Op. Cit., p 97

⁷³Espinoza. Op. Cit., p 47



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
'San Bartolomé'Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- 1 hora después de una comida (postprandial): 140 mg/dl o menos
- 2 horas después de una comida (postprandial): 120 mg/dl o menos

El tratamiento siempre incluye dieta y actividad física.

Dieta: Se recomienda repartir el contenido calórico de la dieta de tal manera que el 40-50% deben ser hidratos de carbono, 30-40% grasas y 20% proteínas. También es recomendable una ingesta abundante de fibra vegetal en forma de fruta y vegetales frescos.

Actividad Física: Se aconseja la realización de ejercicio moderado durante al menos 30 minutos al día, como puede ser caminar deprisa. Si al final de la gestación existen limitaciones físicas para realizarlo, deberían practicarse al menos 10 minutos de ejercicios en sedestación (estando sentada) después de las 3 comidas.

MEDICAMENTOS: En aquellas mujeres que no consigan mantenerse dentro de los objetivos de buen control con el tratamiento dietético y la realización de ejercicio precisarán insulina. En aquellas embarazadas con fetos grandes para la edad gestacional, incluso en los casos en que están dentro de los objetivos de control, es recomendable también iniciar el tratamiento con insulina.

La insulina se comenzará con una dosis inicial de 0,1 UI/Kg/día, titulando la dosis en función de los controles de la glucemia. En la actualidad existen varios estudios acerca de la eficacia y seguridad del tratamiento de la DG con antidiabéticos vía oral (metformina) con buenos resultados; sin embargo, debido a la gran experiencia de que dispone y a su excelente respuesta, la insulina sigue siendo el tratamiento de elección para todas las mujeres embarazadas con cualquier tipo de diabetes.⁷⁴

TIPOS DE INSULINA:^{75 76} Existen tres grupos principales de insulinas:

- **Insulina de acción rápida:** Se absorbe rápidamente desde el tejido adiposo (subcutáneo) en la corriente sanguínea. Se usa para controlar el azúcar en sangre durante las comidas y aperitivos y para corregir los niveles altos de azúcar en sangre. La insulina de acción rápida (Insulina Rápida). Se administra en tejido subcutáneo, tiene su inicio de acción de 5 a 15 minutos, efecto pico de 1 a 2 horas y duración de la acción de unas 4 a 6 horas.
- **Insulina NPH:** Insulina humana NPH que tiene un inicio de acción de 1 a 2 horas, un efecto pico de 4 a 6 horas, y una duración de más de 12 horas. Las dosis muy pequeñas tendrán un efecto pico más temprano y una duración de la acción más corta, mientras que las dosis más altas tendrán un tiempo más largo hasta llegar al efecto pico y duración prolongada.
- **Insulina de acción prolongada:** Se absorbe lentamente, tiene un efecto pico mínimo, y un efecto de meseta estable que dura la mayor parte del día. Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas tendrán un efecto pico más temprano y una duración de la acción más corta, mientras que las dosis más altas tendrán un tiempo más largo hasta llegar al efecto pico y duración prolongada.

⁷⁴Vigil. Op. Cit., p 383

⁷⁵Ibid., p 384

⁷⁶Espinoza. Op. Cit., p 50



	INICIO	PICO	DURACIÓN	APARIENCIA
A. ACCIÓN RÁPIDA				
Regular/Normal	½ a 1 hora	2 - 4hrs	6 - 8 hrs	Clara
Lyspro/Aspart/Glulisina	<15 min	1 - 2 hrs	4 - 6 hrs	Clara
B. ACCIÓN INTERMEDIA				
NPH	1 - 2 hrs.	6 - 10 hrs.	12 - hrs.	Turbia
C. ACCIÓN PROLONGADA				
Determir	1 hrs.	Plano, efecto máximo de 5 hrs.	12 - 24 hrs	Claro
Glargina	1.5 hrs.	Plano, efecto máximo de 5 hrs.	24 hrs.	Claro

g. COMPLICACIONES^{77 78}:

Complicaciones Maternas: Amenaza de parto prematuro, Riesgo de Preeclamsia, Polihidramnios e Infecciones urinarias o vaginales.

Complicaciones Fetales:

- *Retraso en la maduración:* Los fetos con macrosomía presentan mayor riesgo de dificultades respiratorias debido a que falta maduración en el pulmón; compensan peor los niveles bajos de glucosa, retraso en la maduración del hígado y eliminan peor el exceso de bilirrubina.
- *Hipoglucemia neonatal*
- *Otras complicaciones:* Poliglobulia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y mayor probabilidad de obesidad en infancia y edad adulta ⁷⁹.

- POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes con Diabetes Gestacional que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
- PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
- GRADO DE DEPENDENCIA:** II y III
- INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Endocrinología, Laboratorio, Ecografía, UBF y Nutrición.
- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Sobrepeso (00233) Factores de riesgo: - Patrones anormales de conducta alimentaria - Consumo de bebidas endulzadas con azúcar - Frecuencia alta de ingesta de comida de restaurante o frita	Conocimiento: dieta saludable (1854): 185401 objetivos dietéticos alcanzables 185402 peso personal optimo 185404 ingesta de líquidos a las	Asesoramiento nutricional (5246): - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente. - Facilitar la identificación de las conductas que se desean cambiar. - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.

⁷⁷Vigil. Op. Cit., p 388

⁷⁸Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Hospital Clinic. Hospital Sant Joan de Déu. Protocolo: Diabetes Gestacional. 2018. 1-18. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf>

⁷⁹Larrabure. Op. Cit., p 2



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño de las porciones mayor que la recomendada - La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto: índice de masa corporal próximo a 25 kg/m² <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p>	<p>necesidades metabólicas</p> <p>185407 pautas nutricionales recomendadas</p> <p>185408 alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas</p> <p>185422 estrategias para aumentar el cumplimiento de las dietas</p> <p>Conocimiento: manejo del peso (1841):</p> <p>184101 peso óptimo</p> <p>184102 índice de masa corporal óptimo</p> <p>184106 riesgos de salud relacionados con el sobrepeso</p> <p>184109 practicas nutricionales saludables</p> <p>184114 beneficio del ejercicio regular</p> <p>184118 cambios de estilos de vida para favorecer el peso óptimo</p> <p>184117 estrategias para modificar la conducta</p> <p>184129 técnicas de autocontrol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. - Ayudar a la paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. <p>Manejo del peso (1260):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar con la paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. - Comentar con la paciente las condiciones médicas que pueden afectar al peso. - Comentar con la paciente los hábitos, las costumbres, factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. - Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. - Determinar el peso corporal del individuo.
<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento excesivo de peso 	<p>Nivel de glucemia (2300):</p> <p>230001 concentración sanguínea de glucosa</p>	<p>Manejo de la hiperglucemia. 2120:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la glucemia, si está indicado. - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, letargo, visión borrosa o cefalea. - Administrar insulina, según prescripción. - Potenciar la ingesta oral de líquidos. - Mantener una vía IV, si lo requiere el caso.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento inadecuado del régimen terapéutico - Autocontrol inadecuado de la glicemia - Autogestión inadecuada de la diabetes - Ingesta dietética inadecuada - Conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad - Estilo de vida sedentaria - Personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus - Personas con antecedentes de diabetes gestacional. - Mujeres con antecedentes de sobrepeso antes del embarazo. <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus - Infecciones - Preeclampsia - Hipertensión inducida por el embarazo - Enfermedad pancreática <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 4: Metabolismo</p>	<p>230004 hemoglobina glicosilada.</p> <p>Autocontrol: Diabetes (1619): 161907 participa en las decisiones de los cuidados sanitarios. 161911 controla la glucemia. 161915 informa los síntomas de las complicaciones. 161920 sigue la dieta recomendada. 161924 mantiene el peso óptimo. 161943 obtiene asesoramiento antes de la concepción.</p> <p>Conocimiento: control de la diabetes (1820): 182002 papel de la dieta en el control de la glucemia. 182003 plan de comida prescrito. 182006 hiperglucemia y síntomas relacionados. 182009 hipoglucemia y síntomas relacionados. 182012 importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar balance hídrico. - Administrar líquidos IV, si es preciso. - Fomentar el autocontrol de la glucemia. - Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia. - Comunicar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. <p>Manejo de la hipoglucemia (2130):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los signos y de hipoglucemia. - Vigilar la glucemia, si está indicado. - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, taquicardia, escalofríos, piel sudorosa, palidez, etc.). - Administrar glucosa IV, si está indicado. - Enseñar a la paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. <p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar diariamente y controlar la evolución. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico estricto) - Monitorizar signos vitales, según corresponda. - Controlar la ingesta de alimentos. - Monitorizar estado nutricional. - Administrar líquidos según corresponda. <p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria. <p>Administración de medicación: subcutánea (2317):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de medicación. - Elegir la aguja y jeringa correcta. - Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial. - Elegir el lugar de inyección adecuada (antebrazo y abdomen). - Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina dentro de una zona anatómica. - Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa. - Evitar zonas con cicatrices, contusiones o infecciones. - Administrar la inyección utilizando una técnica aséptica. - Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la paciente. <p>Muestra de sangre capilar (4035):</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	182016 régimen de insulina prescrito. 182034 uso correcto de la insulina. 182027 técnica adecuada para preparar y administrar insulina. 182018 plan de rotación de las zonas de inyección. 182035 eliminación adecuada de jeringas y agujas. 182038 almacenamiento adecuado de la medicación. 182039 efectos terapéuticos de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la identificación correcta de la paciente. - Elegir el lugar de punción (falanges distales de los dedos de la mano). - Utilizar técnica cutánea aséptica. - Puncionar manualmente la piel con una lanceta. - Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba de Hemoglucoest
<p>Riesgo de alteración de la diada materno fetal (00209)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transporte de oxígeno fetal comprometido - Trastorno del metabolismo de la glucosa - Complicaciones del embarazo - Régimen terapéutico <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado prenatal inadecuado - Abuso de sustancias <p>Dominio 8: Sexualidad</p> <p>Clase 3: Reproducción</p>	<p>Estado fetal: prenatal (0111):</p> <p>011101 observar la frecuencia cardiaca fetal</p> <p>011103 observar y comunicar la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal</p> <p>011104 valorar y comunicar los resultados de la ecografía fetal</p> <p>011105 observar y comunicar la frecuencia del movimiento fetal</p> <p>011110 valorar la puntuación del perfil biofísico</p> <p>011114 valorar el resultado del</p>	<p>Cuidados prenatales (6960)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la ganancia de peso. - Enseñar a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales. - Enseñar a la paciente sobre signos de peligro que requieren su notificación inmediata: sangrado vaginal pérdida de líquido, disminución de movimientos fetales. - Enseñar a la paciente sobre las pruebas de control rutinario que deben realizarse durante el embarazo: glucosa, test de tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glicosilada <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente sobre técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable. - Enseñar a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (insulina subcutánea) - Enseñar a la paciente sobre técnicas de auto monitorización (signos vitales, prueba de glucemia mediante Hemoglucoest, control de movimientos fetales,



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	Doppler del flujo umbilical Estado materno: parto (2509) Indicadores: 250904 cambio peso 250907 estado cognitivo 250908 agudeza visual 250916 presión arterial 250921 glucemia	administración de medicación subcutánea), según corresponda - Efectivizar pruebas de bienestar fetal y pruebas de laboratorio. - Comunicar inmediatamente al médico sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y fetal. - Administrar insulina subcutánea, según indicación médica y escala móvil. - Monitorizar la glucosa mediante Hemoglucolest, según indicación medica



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISTOPIA GENITAL

1. **CODIGO CIE X:** N81.9
2. **DEFINICION:** La distopia genital o prolapso de los órganos pélvicos (POP) es el descenso de los órganos pélvicos (útero, cúpula vaginal, recto o vejiga) a través del canal vaginal debido al relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélvico. Esta patología engloba diversos aspectos como físicos, psicológicos, emocionales y de pareja⁸⁰.
La distopia genital según sus síntomas se clasifica en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas las funciones sexuales y urinarias (incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero) y del compartimiento posterior relacionado con la función colorrectal, incontinencia fecal y trastornos de la defecación⁸¹.
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** La etiología de esta patología es multifactorial. Las principales causas de esta lesión son el embarazo y el parto, especialmente el parto vaginal. Otras causas incluyen cirugía pélvica previa, menopausia y envejecimiento ^{82 83}
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** El punto de inicio es una lesión del músculo elevador del ano. Como consecuencia de estas lesiones se producen un aumento del área del hiato urogenital que, a su vez, produce estiramiento y ruptura de los elementos de soporte, como son las fascias y los ligamentos. Dependiendo de que estructura está rota se manifestará el prolapso⁸⁴.
 - c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Dolor abdominal bajo, sensación de pesadez o presión que mejora al pasar de estar de pie a acostarse, sensación de un "bulto" en los genitales, dolores en la parte baja de la espalda(sacro-lumbar), dificultad, insatisfacción, dolor o pérdidas de orina o heces durante las relaciones sexuales, molestias al caminar o al realizar ejercicio físico, estreñimiento, náuseas, molestias en la defecación, incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia de micción, episodios de urgencia urinaria, retención urinaria e incapacidad para vaciar completamente la vejiga⁸⁵.
 - d. **EPIDEMIOLOGIA:** La frecuencia de esta disfunción no se sabe con exactitud; se estima que 9 de cada 10 mujeres experimentan algún grado de prolapso durante su vida. Su prevalencia oscila entre el 5 a 10 %, según se detecte una masa prominente en la vagina. La incidencia de la cirugía por prolapso aumenta con la edad⁸⁶.
El POP es un problema de salud que afecta a miles de mujeres en todo el mundo y es una de las indicaciones más frecuentes para la histerectomía en los Estados

⁸⁰Valencia, C. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el periodo enero - diciembre 2018. [Tesis de Titulación]Lima - Perú 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2888>

⁸¹ Gutiérrez, P. Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidos en consulta externa de ginecología del hospital II Ramon Castilla de lima en el periodo 2012 - 2015. [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2016: <http://repositorio.unibg.edu.pe/handle/UNJBG/2214>

⁸²Valencia. *Op. Cit.*, p. 6

⁸³Gutiérrez. *Op. Cit.*, p. 9

⁸⁴Cohen, D. Prolapso Genital Femenino: lo que debería saber. Revista Médica Clínica Condes. 2013; 24(2): 202-209. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf

⁸⁵Gutiérrez. *Op. Cit.*, p. 37-42

⁸⁶Abreu, Y., Martínez, J., Rodríguez, E., Alerm, A. y García, J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016; 8(supl): 99-110. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfrs161i.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

Unidos, donde se estima que cada año se realizan más de 5 millones de procedimientos de este tipo⁸⁷.

Se estima que hasta el 33% de las mujeres en el Perú pueden experimentar el POP, lo que lo convierte en una de las principales indicaciones de cirugía ginecológica, ya que a su vez el 33% de estas mujeres serán intervenidas quirúrgicamente para reparar el defecto⁸⁸.

- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** Paridad, edad avanzada, raza y etnia, antecedentes familiares, enfermedad del tejido conectivo o del colágeno, menopausia y la presión intraabdominal como: obesidad, tos crónica, estreñimiento, etc.^{89 90}. La paridad y los antecedentes de histerectomía vaginal son factores de riesgo más comunes asociados con POP⁹¹.
- f. **TRATAMIENTO**⁹²: Las mujeres con prolapso sintomático pueden recibir tratamiento conservador con pesarios vaginales y ejercicios de los músculos del piso pélvico o cirugía. Las mujeres con prolapso asintomático no necesitan tratamiento. El tratamiento es individualizado en función de los síntomas de cada paciente y su impacto en la calidad de vida.

Pesario vaginal: Son dispositivos de silicona de varias formas y tamaños que sostienen los órganos pélvicos. Los pesarios deben retirarse y limpiarse regularmente.

Ejercicios musculares del piso pélvico (Kegel): El entrenamiento de los músculos del piso pélvico parece mejorar la etapa del prolapso de órganos pélvicos.

Tratamiento quirúrgico: Las candidatas para la cirugía incluyen mujeres con prolapso sintomático que han fallado o rechazado el tratamiento conservador. Hay muchas cirugías de prolapso, tanto vaginales como abdominales, con y sin materiales de injerto.

- g. **COMPLICACIONES:** Infección del tracto urinario, retención urinaria, infección de la herida quirúrgica, sangrado y hematomas; lesiones urinarias (vejiga, uretra, uréteres), intestinales (recto) y neurológicas. También se han descrito la aparición de nuevos síntomas como dispareunia, dificultad para miccionar o defecar y dolor pélvico crónico⁹³
4. **POBLACION OBJETIVO:** Pacientes ginecológicas con Distopia Genital o Prolapso de Órganos Pélvicos que son hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia.
5. **PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
6. **GRADO DE DEPENDENCIA:** II
7. **INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Laboratorio, Ecografía y Nutrición.
8. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISTOPIA GENITAL:**

⁸⁷Hidalgo W. Principales características clínicas y epidemiológicas de distopia genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital II-2 Tarapoto, periodos julio 2017 - junio 2018. [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2020. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3696>

⁸⁸Valencia. *Op. Cit.*, p. 9

⁸⁹*Ibid.*, p. 22-24

⁹⁰Cohen. *Op. Cit.*, p. 20-23

⁹¹Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Prolapso de los Órganos Pélvicos. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2020; 63(1): 54-59. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11 Prolapso de los organos pelvicos 2019.pdf>

⁹²Valencia. *Op. Cit.*, p. 28-29

⁹³Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Op. Cit.*, p. 58-59



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Incontinencia urinaria mixta (00310)</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresa vaciamiento incompleto de la vejiga. - Perdida involuntaria de orina al toser - Perdida involuntaria de orina al esfuerzo. - Perdida involuntaria de orina al reírse. - Perdida involuntaria de orina al estornudar - Nicturia - Urgencia urinaria <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolapso de órganos pélvicos. <p>Dominio 3: Eliminación e Inter cambio.</p> <p>Clase 1. Función urinaria.</p>	<p>Continencia Urinaria (0502)</p> <p>050201 reconoce la urgencia miccional.</p> <p>050205 llega al inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.</p> <p>050209 vacía la vejiga completamente.</p> <p>050222 mantiene limpia y seca la zona perineal.</p> <p>050207 perdida de orina entre micciones.</p> <p>050210 residuo posmiccional mayor de 100-200ml.</p> <p>050211 perdidas de orina al estornudar.</p>	<p>Cuidados de la incontinencia urinaria (6109):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyen la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. - Proporcionar intimidad para la evacuación. - Obtener muestras de orina para un cultivo, si es necesario. - Limitar los líquidos durante 2 a 3, horas antes de irse a la cama, según corresponda. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Enseñar a la paciente a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda. - Instruir a la paciente sobre beber un mínimo de 1,5 litro de líquidos al día. - Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico. <p>Ejercicios de Kegel (0560):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara orinar o defecar.
<p>Estreñimiento (00011)</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heces duras. - Eliminación de menos de tres deposiciones por semana. - Sensación de evacuación incompleta. - Esfuerzo excesivo en la defecación. <p>Problemas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del suelo pélvico. <p>Dominio 3: Eliminación e Intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>050101 patrón de eliminación.</p> <p>050102 control de movimientos intestinales.</p> <p>050103 color de las heces.</p> <p>050104 cantidad de heces en relación con la dieta.</p> <p>050119 tono muscular para la evacuación fecal.</p> <p>050129 ruidos abdominales.</p> <p>050110 estreñimiento.</p>	<p>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos a menos que este contraindicado. - Pesar a la paciente regularmente. - Administrar laxante (lactulosa), según prescripción médica. - Administrar enema, según prescripción médica. <p>Manejo de la nutrición (1100):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar dieta prescrita por el medico (alimentos ricos en fibra). - Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. - Tramitar interconsulta con nutrición previa indicación médica y coordinar con dicho servicio. - Instruir a la paciente acerca de los efectos adversos esperados de la



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<p>medicación (dolor abdominal, diarrea, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
<p>Trastorno de la imagen corporal (00118).</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas depresivos - Expresa temor a la reacción de otros - Expresa preocupación por el cambio - Expresa preocupación por la parte del cuerpo ausente - Rechazo a reconocer el cambio <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Obesidad. <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos quirúrgicos. <p>Dominio 6. Autopercepción</p> <p>Clase 3: Imagen corporal.</p>	<p>Imagen corporal (1200)</p> <p>120001 imagen interna de sí mismo</p> <p>120002 congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal</p> <p>120003 descripción de la parte corporal afectada</p> <p>120007 adaptación a cambios en el aspecto físico</p> <p>120008 adaptación a cambios en la función corporal</p> <p>120009 adaptación a cambios en el estado de salud.</p> <p>120014 adaptación a cambios corporales por cirugía</p>	<p>Mejora de la imagen corporal (5220):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación de la paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. - Ayudar a la paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. - Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. - Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio - Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica. - Ayudar a la paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas. - Ayudar a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto <p>Documentación (7920)</p>



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENDOMETRITIS PUERPERAL

1. **CODIGO CIE X:** O85.0
2. **DEFINICION:** La endometritis es una infección de la capa mucosa del útero (endometrio o decidua) que puede extenderse al miometrio e incluso comprometer el parametrio, se asocia al parto vaginal y cesárea. Con frecuencia se presenta en fecha posterior a siete o más días después del parto ⁹⁴.
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** Se trata de una infección polimicrobiana en la que de manera habitual se encuentran agentes aerobios y anaerobios del tracto genital, en un 60% y 70% de las infecciones ⁹⁵. La endometritis puede aparecer después de una corioamnionitis durante el trabajo de parto o en el posparto ⁹⁶.
 - **Anaerobios:** Peptostreptococcus, Peptococcus, Bacteroides, Prevotella y Clostridium.
 - **Aerobios:** Los grupos A y B Streptococcus, Enterococcus, Staphylococcus, Klebsiella pneumoniae, especies de Proteus y Escherichia coli.
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** El útero es habitualmente aséptico, sin embargo, el viaje de microorganismos en forma ascendente desde el tracto genital inferior o gastrointestinal son los causantes de dicha infección. La rotura del saco amniótico permite el intercambio de la flora bacteriana normal desde el cuello uterino y la vagina hasta el útero. Esta bacteria coloniza el tejido uterino que ha sido desvitalizado, sangrando o dañado de otra manera como en el caso de una cesárea, causando inflamación e infección ⁹⁷.
 - c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Las pacientes con endometritis tienen fiebre como primer signo de infección. La fiebre puerperal (38° C a más) se manifiesta de distintas maneras: forma localizada, forma propagada y como un shock séptico con dolor abdominal (comúnmente en una ubicación suprapúbica), sensibilidad uterina, sangrado o loquios malolientes y purulentos. También hay palidez, taquicardia y leucocitosis ^{98 99}.
 - d. **EPIDEMIOLOGIA:** La incidencia de la endometritis posparto se ve afectada principalmente por el modo de extracción del feto ¹⁰⁰. Los partos por cesárea (especialmente para la gestación múltiple) tienen una probabilidad mucho mayor de provocar endometritis y un aumento de 25 veces en la mortalidad relacionada con infecciones ¹⁰¹.
 - Partos por vía vaginal: 1 a 3%
 - Cesáreas programadas (antes de que comience el trabajo de parto): 5 a 15%.

⁹⁴Ibaceta, R. Protocolo de referencia y contrarreferencia en Endometritis Puerperal. Complejo Hospitalario San José. Unidad Obstetricia y Ginecología. 2015. Versión 1.

https://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrarreferencia/hospital_clinico_san_jose/ginecologia/endometritis.pdf
⁹⁵Chaverri, G. Endometritis Postparto. Revista Médica Sinergia. 2016; 1(12): 21-25.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/56>

⁹⁶Moldenhauer, J. Endometritis posparto. Manual MSD. Versión para Profesionales Atención posparto y trastornos asociados. 2022.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecologia/C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-posparto>

⁹⁷Taylor, M. y Pillarisety, L. Endometritis. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine. National Institutes of Health. 2022;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553124/>

⁹⁸Chaverri. Op. Cit., p. 3-5

⁹⁹Taylor. Op. Cit., p. 2

¹⁰⁰Moldenhauer. Op. Cit., p. 1

¹⁰¹Taylor. Op. Cit., p. 2



- Cesáreas no programadas (después de que se inició el trabajo de parto): 15 a 20%.
- Las características de las pacientes también afectan la incidencia ¹⁰².

e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS** ^{103 104}: Anemia severa, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas bajo nivel socioeconómico, presencia de meconio en el líquido amniótico, embarazo postérmino, parto pre termino, inmunosupresión y colonización por el estreptococo grupo B. Asimismo, se pueden clasificar en factores específicos durante embarazo, parto y cesárea los cuales se han reportado en el siguiente cuadro:

Factores de Riesgo¹⁰⁵

DURANTE EMBARAZO	EL DURANTE EL PARTO	DURANTE LA CESAREA
Control prenatal deficiente	Trabajo de parto prolongado	Técnica quirúrgica inadecuada
Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud	Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)	Tiempo quirúrgico prolongado
Infecciones de vías urinarias	Corioamnionitis	Cesárea de urgencia
Infecciones cervico vaginales	Parto instrumentado (utilización de fórceps)	Perdida hemática mayor de 1000 ml.
Procedimiento invasivo de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos	Desgarros cervicales y vagino perineales mal reparados	RPM más de 6 horas
RPM más de 6 horas	Revisión manual de la cavidad uterina	
Óbito fetal	Perdida hemática mayor de 500 ml.	

f. **TRATAMIENTO:**

Medicamentos ¹⁰⁶:

- Clindamicina 600 a 900 mg (o 2700 mg c/24 h) EV c/6-8 h más Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal cada 24 horas con/sin Ampicilina 1-2 gr EV c/4-6 horas. La clindamicina intravenosa más gentamicina es más eficaz que otros antibióticos o combinaciones de antibióticos para el tratamiento de la infección del útero después del parto ¹⁰⁷.
- Otra alternativa: Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas, más Amikacina 500 mg EV cada 12 horas, más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.
- El uso de vancomicina para cubrir enterococos también es válido. Si a pesar del esquema de antibióticos la fiebre persiste, deben realizarse estudios de imagen como tomografía o sonografía.

Además, el tratamiento parenteral continuará hasta que la puérpera esté afebril durante 48 horas. Luego se suspenden los antibióticos, no siendo necesaria la

¹⁰²Moldenhauer. *Op., Cit.*, p. 2

¹⁰³Taylor. *Op. Cit.*, p. 2

¹⁰⁴Moldenhauer. *Op. Cit.*, p. 2

¹⁰⁵Chaverri. *Op. Cit.*, p. 2-5

¹⁰⁶Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018, Lima – Perú. p. 121. [Instituto Nacional Materno Perinatal](http://www.inmp.gob.pe)

¹⁰⁷Mackeen, A., Packard, R., Ota, E. y Speer, L. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001067.pub3>



terapia oral posterior. Si la fiebre persiste hasta 72 horas a pesar del tratamiento adecuado, debe sospecharse en tromboflebitis pélvica, un absceso pélvico, fiebre farmacológica o fiebre por otras causas. Manejo interdisciplinario, interconsulta a cirugía y/o intensivista.

Quirúrgico: Si fracasan las medidas anteriores (antibioticoterapia, legrado uterino), con deterioro del estado general de paciente proceder a histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral.

- g. COMPLICACIONES:** Las complicaciones pueden incluir: Infertilidad, peritonitis pélvica (infección pélvica generalizada), Formación de absceso pélvico o uterino, septicemia y shock séptico. También es una importante causa de muerte materna en todo el mundo, aunque con el uso de antibióticos, esto es muy raro en los países de ingresos altos ¹⁰⁸.
 - h. PREVENCIÓN:** Prevenir o minimizar los factores predisponentes es esencial. Debe realizarse el lavado de manos apropiado. El parto por vía vaginal no puede ser estéril, pero deben usarse las técnicas asépticas y reducir el número de tactos vaginales. Cuando el parto es por cesárea, la antibioticoterapia profiláctica administrada dentro de los 30 minutos previos a la cirugía puede reducir la endometritis en hasta un 75% ¹⁰⁹. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda un agente de espectro estrecho (cefazolina) capaz de alcanzar niveles terapéuticos contra los patógenos más comunes al momento de la exposición ¹¹⁰.
- 4. POBLACION OBJETIVO:** Pacientes puérperas con endometritis puerperal que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
 - 5. PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
 - 6. GRADO DE DEPENDENCIA:** II y III
 - 7. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Centro Obstétrico, Laboratorio, Ecografía, UBF y Nutrición.
 - 8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENDOMETRITIS PUERPERAL:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Hipertermia (00007) Características definitorias: - Rubor - Piel caliente al tacto - Taquicardia - Estado de ánimo irritable C/A - Deterioro del estado de salud - Sepsis	Termorregulación (0800): 080011 Tiritona con el frío. 080013 frecuencia respiratoria 080010 sudoración con el calor 080001 temperatura cutánea aumentada 080019 hipertermia	Tratamiento de la fiebre (3740): - Controlar la temperatura y otros signos vitales. - Administrar medicamentos o líquidos intravenoso (antipiréticos, antibióticos, otros). - Cubrir a la paciente con una manta o ropa ligera dependiendo de la fase de la fiebre. - Aplicar un baño tibio de esponja con cuidado. - Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre.

¹⁰⁸Mackeen. *Op. Cit.*, p. 1

¹⁰⁹Moldenhauer. *Op. Cit.*, p. 1

¹¹⁰Chaverri. *Op. Cit.*, p. 4-5



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOG	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>- Incremento de la tasa metabólica</p> <p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p>	<p>080003 cefalea</p> <p>080004 dolor muscular.</p>	<p>Administración de la medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. - Verificar las indicaciones medicas antes de administrar el fármaco. - Verificar que la paciente no sea alérgica al fármaco. - Notificar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.) - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente. - Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta de la paciente.
<p>Dolor agudo (00132)</p> <p>F/R:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión por agentes biológicos <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort Físico</p>	<p>Nivel de dolor (2102):</p> <p>210204 duración de los episodios de dolor.</p> <p>210206 expresiones faciales de dolor.</p> <p>210208 inquietud.</p> <p>Control de dolor (1605):</p> <p>160502 reconoce el comienzo del dolor.</p> <p>160501 reconoce los factores causales.</p>	<p>Manejo del dolor: agudo (1410):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y capacidad de comunicación. - Administrar analgésicos durante las primeras 24 y 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiado antes y después de la administración de analgésicos. - Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. - Documentar la repuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
<p>Riesgo de shock (00205)</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento inadecuado de las estrategias de manejo de la infección. <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus 	<p>Severidad del shock séptico (0421):</p> <p>042101 disminución de la presión arterial sistólica</p> <p>042102 disminución de la</p>	<p>Prevención del shock (4260):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar los signos precoces de síndrome de repuesta inflamatoria sistémica (aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia). - Vigilar la temperatura y el estado respiratorio. - Controlar la pulsometría.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Sepsis <p>Dominio 11: Seguridad/ Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p>	<p>presión arterial diastólica 042103 aumento del ritmo cardiaco 042104 pulso débil, filiforme 042106 aumento de la frecuencia respiratoria 042109 disnea 042115 piel fría y húmeda 042117 coagulación intravascular 042118 disminución de la diuresis 042125 disminución de la conciencia 042126 acidosis metabólica</p> <p>Signos vitales (0802): 080201 temperatura corporal 080202 frecuencia del pulso radial 080204 frecuencia respiratoria 080205 presión arterial diastólica 080206 presión arterial sistólica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar la administración precoz de agentes antimicrobianos y monitorizar estrechamente su eficacia. - Administrar líquidos intravenosos mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda. <p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. - Monitorizar si hay signos y síntomas de hipertermia o hipotermia. - Monitorizar la pulsometría. - Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO

- CODIGO CIE X:** H02.4
- DEFINICION:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la hemorragia postparto (HPP) como pérdida de sangre de 500 ml o más dentro de las 24 horas posteriores al parto normal y 1000cc en una cesárea. La hemorragia puede ocurrir antes o después de la expulsión de la placenta¹¹¹. La HPP se clasifica como temprana si ocurre dentro las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, generalmente las dos primeras horas, y tardía si ocurre entre las 24 y las 6 semanas del postparto¹¹².

3. ASPECTOS GENERALES:

a. ETIOLOGIA: La literatura menciona condiciones clínicas del posparto clasificadas como "las 4Ts": tono, trauma, tejido y trombina, que pueden ocasionar complicaciones en esta etapa. Dentro de las alteraciones del tono es característica la atonía uterina. El trauma es la segunda causa principal de HPP e incluye lesiones del tracto genital como los desgarros y la episiotomía. La tercera causa, ocurre por alteraciones en el tejido causados por anomalías placentarias o por retención de restos placentarios y, por último, con menor frecuencia, los trastornos de la coagulación¹¹³.

b. FISIOPATOLOGIA: El miometrio es el componente muscular del útero; durante el alumbramiento, sus fibras se contraen y retraen, ocasionando engrosamiento y disminución del volumen uterino; y cuando la placenta se separa por sí sola hace que los vasos sanguíneos se rompan, provocando un sangrado de 600 a 900 ml. En respuesta, el miometrio se contrae, ocasionando la formación de un coágulo retroplacentario. Toma alrededor de 15 a 35 minutos y se considera alumbramiento prolongado si se extiende. Este proceso fisiológico, llamado atonía uterina, no permite la contracción y produce la hemorragia¹¹⁴.

c. SIGNOS Y SINTOMAS¹¹⁵:

Perdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg	Estado de conciencia	Presión arterial sistólica (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lpm)	Perfusión	Gasto urinario	Grado de shock
10-15% 500-1000ml	Normal	Normal	60-90	Normal	Normal	Compensado
16-25% 1000-1500ml	Normal y/o agitada	80-90	91-100	Palidez frialdad	Normal	Leve
26-35% 1500-2000ml	Agitada y confusión	70-80	101-120	Palidez frialdad y sudoración	Oliguria	Moderado
>35% 2000-3000ml	Letárgica, colapso e inconsciente	<70	>120	Palidez, frialdad, sudoración y llenado capilar >3seg.	Anuria	Severo

¹¹¹Crespo, D. y Mendieta, L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Memorias del Instituto de Investigación en Ciencias la Salud. 2019; 17(3): 5-9. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n3/1812-9528-iics-17-03-5.pdf>

¹¹²Castiblanco, R., Coronado, C., Morales, L., Polo, T. y Saavedra, A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. 2022; 13(1): 1-18. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>

¹¹³*ibid.*, p. 8

¹¹⁴*ibid.*, p. 7

¹¹⁵Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaria distrital de salud. Guía de cuidados de enfermería a la mujer en el periodo posparto. Enfermería basada en la evidencia (EBE). Capítulo 5. Cuidados de Enfermería a la mujer con hemorragia postparto. 2015. p. 36. <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>



d. **EPIDEMIOLOGIA:** La HPP primaria es una complicación obstétrica terrible que ocurre en el 1-5% de las mujeres embarazadas. Además, entre el 0.5 y el 1% de las mujeres desarrollarán HPP severa, con presencia de coagulopatía o la necesidad de una transfusión sanguínea. Entre ellos, la causa más frecuente con un 26.6% corresponde a placentación anormal. La incidencia global de HPP secundaria o tardía es de 1 en 100 embarazos¹¹⁶.

La mortalidad materna por HPP es de aproximadamente 2% y varía ampliamente en todo el mundo, según el estado de salud general de las mujeres embarazadas y los recursos disponibles para tratar la hemorragia.

En los Estados Unidos la causa más frecuente de HPP es la atonía uterina, que ocurre en 1 de cada 40 nacimientos y representa al menos 75% de los casos de hemorragia postparto. En países desarrollados es la principal causa de morbilidad materna severa y motivo de ingresos a la unidad de cuidados intensivos relacionados con el embarazo¹¹⁷.

e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** Parto prolongado, embarazo múltiple; alteraciones placentarias, multiparidad, inducción del trabajo de parto con oxitocina, antecedentes de HPP, edad < 20- > 35 años, corioamnionitis; anemia, IMC>35, macrosomía fetal, trastornos hipertensivos, desgarros del tracto vaginal, embolia de líquido amniótico y polihidramnios¹¹⁸.

f. **TRATAMIENTO**¹¹⁹:

Tratamiento farmacológico. EL objetivo de la intervención farmacológica es controlar inmediatamente la pérdida de volumen sanguíneo para reducir el riesgo de shock hipovolémico. Por otro parte, los agentes uterotónicos se utilizan porque aumentan la contractilidad y el tono uterino; los fármacos de primera elección son la oxitocina y la ergometrina, ya que su inicio de acción es de 2 a 3 minutos, siendo la dosis inicial del primer fármaco 10 UI IM o 10-40 UI IV con una dosis máxima de 60 UI/día; el segundo tiene una dosis inicial de 0.2-0.4mg IV o IM durante 15 a 20 minutos, cada 4 a 6 horas, hasta un máximo de 1 mg; alternativamente se administra misoprostol 600-1000 microgramo (mcg) sublingual o rectal y ácido tranexámico en las primeras tres horas del sangrado a dosis de 1g IV cada 4 horas, hasta un máximo de 4 g. Al mismo tiempo, se debe continuar con la dosis de mantenimiento: 10-30 UI IV de oxitocina. Este medicamento debe sellarse, protegerse de la luz y conservarse a una temperatura de hasta 30°C.

Tratamiento no farmacológico. En el tratamiento no farmacológico como primera medida tenemos la reposición de líquidos cristaloides y/o hemoderivados según las pérdidas. Se recomienda la administración de plasma fresco congelado y/o glóbulos rojos; se debe canalizar una vía periférica con un catéter de gran calibre Nro 16-18 de uso exclusivo para la transfusión de hemocomponentes, en caso de emergencia se administran 2 unidades de glóbulos rojos. Se sugiere 12-15 ml/kg de plasma fresco congelado por cada 6 unidades de glóbulos rojos, mantener la monitorización de las constantes vitales y vigilar las reacciones adversas presentes durante la transfusión haber alcanzado el eutiroidismo.

¹¹⁶Rivera, S., Chacón, C. y González, A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6): e512. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>

¹¹⁷Vargas, S. y Duarte, M. Hemorragia postparto. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(11): 1-12. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603/1033>

¹¹⁸Castiblanco. *Op. Cit.*, p. 7

¹¹⁹*Ibid.*, p. 10-12



Controlar la diuresis horaria mediante una sonda Foley; el vaciamiento vesical promueve contracciones uterinas, el volumen diurético adecuado es de > 30 ml/hora. Otras alternativas incluyen el balón Bakri, que se utiliza en el taponamiento uterino, compresión manual con gasas estériles y compresas en la cavidad uterina, y/o compresión uterina bimanual con puño a través del tracto vaginal y una mano comprimiendo el fondo uterino.

El balón Bakri, debe usarse cuando falla la terapia uterotónica de elección. Si este no controla eficazmente la hemorragia, está indicada una laparotomía u otro procedimiento quirúrgico.

- g. COMPLICACIONES:** Anemia severa postparto, shock hipovolémico, síndrome de distrés respiratorio, coagulación intravascular diseminada, falla renal aguda, pérdida de fertilidad, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, infarto al miocardio, síndrome de Asherman y trastorno de estrés postraumático¹²⁰.

4. **POBLACION OBJETIVO:** Pacientes púerperas inmediatas con hemorragia postparto que son hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia.
5. **PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia.
6. **GRADO DE DEPENDENCIA:** III
7. **INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Centro Obstétrico, Laboratorio, Ecografía y Nutrición.
8. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en las características de la piel. - Tiempo de llenado capilar > 3 segundos. - Disminución de presión arterial en las extremidades. - Disminución de los pulsos periféricos. - Edema. - Palidez de la piel a la elevación de las extremidades <p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p>	<p>Perfusión tisular periférica (0407):</p> <p>040715 llenado capilar de los dedos de las manos.</p> <p>040716 llenado capilar de los dedos de los pies.</p> <p>040727 presión sanguínea sistólica</p> <p>040728 presión sanguínea diastólica.</p> <p>040712 edema periférico.</p> <p>040741 aturdimiento.</p> <p>040743 palidez.</p> <p>040744 debilidad muscular.</p>	<p>Regulación hemodinámica (4150):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, etc.). - Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (disnea, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, etc.). - Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipovolemia). - Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente). - Monitorizar la presencia de signos y síntomas del estado de perfusión (hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluido los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante, etc.). - Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades. - Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise. - Monitorizar los niveles de electrolitos.

¹²⁰Rivera. Op. Cit., p. 11-12



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Clase 4: Respuesta cardiovasculares / pulmonares		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso de la paciente, según corresponda. - Realizar un sondaje vesical, según indicación. vesical, si corresponde. - Evaluar los efectos de la fluidoterapia. <p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. - Monitorizar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Monitorizar si hay cianosis central y periférica. <p>Terapia intravenosa (IV.) (4200):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia IV. - Realizar técnica aséptica estricta. - Administrar medicamentos intravenosos, según prescripción médica. - Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción IV. durante la infusión. - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. - Monitorizar signos vitales. - Registrar los ingresos y las pérdidas de modo adecuado.
<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)</p> <p>Factores de riesgo: - Tono muscular insuficiente.</p> <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación.</p>	<p>Hidratación (0602):</p> <p>060201 turgencia cutánea.</p> <p>060202 membranas mucosas húmedas</p> <p>060215 ingesta de líquidos.</p> <p>060211 diuresis.</p> <p>060217 perfusión tisular</p> <p>060205 sed.</p> <p>060219 orina oscura.</p> <p>060212 disminución de la presión arterial</p>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos vitales. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Pesar los pañales del sangrado. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso. - Controlar los resultados de laboratorio: disminución del hematocrito y hemoglobina. - Administrar líquidos, según indicación. - Administrar terapia endovenosa, según indicación médica. - Coordinar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, según indicación - Preparar a la paciente para la administración de hemoderivados (comprobar la sangre con la identificación



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	060221 pulso rápido y filiforme. 060224 calambres musculares	<p>de la paciente y preparar el equipo de transfusión), según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar los hemoderivados, según corresponda. <p>Monitorización de líquidos (4130):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar el relleno capilar manteniendo la mano de la paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos). - Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberándola (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada). - Monitorizar el peso. - Monitorizar las entradas y salidas (balance hídrico estricto) - Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración. - Llevar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Observa las mucosas, turgencia de la piel y la sed. - Observar el color y cantidad de orina. - Administrar líquidos, según corresponda. - Comunicar al médico en casos de diuresis <30cc/h. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. - Observa las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. - Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda. - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). - Monitorizar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Monitorizar si hay cianosis central y periférica. <p>Sondaje vesical (0580)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el procedimiento.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada de la paciente para preservar su pudor mediante biombo. - Inserta una sonda vesical con balón de retención para favorecer la contracción uterina gracias al vaciado vesical y controlar la diuresis. - Inflar el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño. - Mantener una técnica séptica estricta. - Colocar a la paciente de forma adecuada en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla. - Utilizar la sonda de calibre adecuado Nro 14 o 16. - Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón. - Conecta el catéter urinario a la bolsa colectora de pie de cama. - Fijar el catéter a la piel, según corresponda. - Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. - Monitorizar las entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Retirar la sonda en cuanto está indicado por el médico - Documentar los cuidados. <p>Cuidados del catéter urinario (1876)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar inclinar la bolsa o sistema de medición de orina para vaciar o medir la diuresis. - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. - Observar las características de la orina drenada. - Observar si hay distensión vesical. <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la eliminación orinaría (frecuencia, olor, consistencia, volumen y color). - Comunicar al médico de cualquier alteración de las características de la orina. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de la medicación.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Administrar la medicación (cristaloides 0,9% de cloruro de Sodio) con la técnica y vía adecuada - Observa los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. - Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta de la paciente.
<p>Riesgo de Shock (00205)</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado arterial - Presión arterial inestable <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos quirúrgicos - Traumatismo <p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: Lesión Física</p>	<p>Severidad de shock hipovolémico (0419):</p> <p>041903 disminución de la presión arterial sistólica.</p> <p>041904 disminución de la presión arterial diastólica.</p> <p>041906 aumento de la frecuencia cardiaca</p> <p>041907 pulso débil filiforme.</p> <p>041910 aumento de la frecuencia respiratoria.</p> <p>041913 disminución del oxígeno arterial.</p> <p>041916 palidez.</p> <p>041920 disminución de la diuresis.</p>	<p>Prevención del shock (4260)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las respuestas precoces del shock. - Comprobar el estado circulatorio. Presión arterial, temperatura de la piel, ritmo cardiaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y relleno capilar. - Controlar la pulsioximetría - Comprobar los valores de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, gasometría arterial, etc. - Administrar líquidos endovenosos y/o vía oral según el caso. - Canalizar y mantener una vía endovenosa de calibre grande, según corresponda. - Administrar líquidos endovenosos mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda. - Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la P.A, FC, T° y FR, según corresponda. - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. - Ausculta la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda. - Monitorizar si hay signos y síntomas de hipotermia. - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar el ritmo y frecuencia cardiacos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría). - Monitorizar la pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Monitorizar si hay cianosis central y periférica. <p>Punción intravenosa (4190)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden del tratamiento intravenoso.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la técnica aséptica estricta. - Seleccionar una vena apropiada para la venopunción. - Elegir un catéter intravenoso de calibre 18 para la administración de sangre en adultos. - Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o sistema. - Retirar el torniquete lo antes posible. - Fijar la aguja con apósito transparente pequeño o esparadrapo en el sitio de inserción intravenoso. - Etiquetar el apósito del sitio intravenoso con la fecha, calibre e iniciales, según protocolo de la institución. - Mantener precauciones universales. <p>Terapia intravenosa (4200).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia intravenosa (IV.). - Realizar una técnica aséptica estricta. - Comprobar las 10 reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones. - Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV., si está indicado. - Administrar medicamentos uterotónicos (oxitocina, ergometrina y misoprostol), según prescripción médica y observar resultados. - Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción IV. durante la infusión. - Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. - Monitorizar signos vitales. - Lavar las vías IV. entre la administración de soluciones incompatibles. - Registrar los ingresos y las pérdidas de modo adecuado - Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión. - Documentar la terapia - Mantener precauciones universales. <p>Reposición de líquidos (4140).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obtener y mantener un acceso de gran calibre. - Administrar líquidos IV. cristaloides y coloides, según prescripción médica. - Efectivizar muestra de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda. - Administrar hemoderivados, según prescripción. - Monitorizar respuesta hemodinámica.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el estado de oxigenación. Administración de hemoderivados (4030) - Verificar las órdenes del médico. - Obtener la historia de transfusiones de la paciente - Obtener o comprobar el consentimiento informado de la paciente. - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor. - Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad y registrar según el protocolo de la institución. - Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado y el estado inmunitario del receptor. - Cebiar el sistema de administración. - Preparar una bomba IV. aprobada para la administración del hemoderivado, si se indica. - Realizar una venopunción con la técnica apropiada. - Monitorizar el sitio de punción IV. para ver si hay signos de infiltración y flebitis. - Monitorizar los signos vitales antes, durante y después de la transfusión. - Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales - Monitorizar una posible sobrecarga de líquidos - Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión. - No administrar medicamentos o líquidos por vía IV. (salvo solución salina isotónica) en las vías de administración de sangre o del hemoderivado. - No transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas. - Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada 4 horas. - Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado. - Registrar la duración de la transfusión. - Registrar el volumen transfundido - Detener la transfusión si se producen reacciones sanguíneas y mantener las venas permeables con solución salina. - Coordinar la devolución del recipiente de sangre al laboratorio después de una reacción sanguínea.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Notificar inmediatamente al laboratorio, en caso de reacción sanguínea. - Aplicar precauciones universales. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que este realizando los análisis. - Anotar la hora y sitio de la recogida de las muestras, si procede. - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo (si están disponibles) para determinar los niveles basales. - Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos. - Confirmar los resultados de análisis extremadamente anormales con especial atención a la identificación de la paciente y de la muestra, estado de la muestra y rapidez de entrega al laboratorio. - Enviar muestras separadas al laboratorio para la verificación de los resultados, según corresponda. - Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico. - Informar inmediatamente de los valores críticos al médico. <p>Documentación (7920)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados. - Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros profesionales. - Describir las conductas de la paciente de manera objetiva y precisa. - Registrar las desviaciones de los resultados esperados. - Registra la respuesta de la paciente a las intervenciones de enfermería. - Registra que el medico ha sido informado de los cambios en el estado de la paciente. - Registrar las desviaciones de los resultados esperados. - Registrar la conducta específica de la paciente utilizando sus palabras exactas. - Firmar la documentación con firma y título legal.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA

1. **CODIGO CIE X:** O21.1
2. **DEFINICION:** La hiperémesis gravídica (HG) es una afección caracterizada por náuseas y vómitos severos y persistentes durante el embarazo, que generalmente comienza antes de la semana 16 y puede causar daño orgánico¹²¹.
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** Existen varias teorías que explican la patogénesis de esta enfermedad, pero probablemente su origen sea multifactorial. Entre ellas, se pueden mencionar: la teoría hormonal, teoría genética y teoría psicológica¹²².
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** La hiperémesis parece estar asociada con concentraciones séricas altas o en aumento rápido de la hormona gonadotropina coriónica (hCG); estrógenos o ambos. Los receptores de la hormona gonadotropina coriónica y hormona luteinizante (LH) ubicadas en las células lúteas del ovario producen la estimulación de progesterona en la decidua para la comunicación inicial entre el blastocisto y el endometrio, y también están ubicados en varias regiones del cerebro como en el hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral lo cual explica HG. El efecto de la hCG provoca HG al estimular la vía secretora en el tracto gastrointestinal superior. Entre los efectos de los estrógenos durante el embarazo, se sabe que causan retraso en el vaciamiento gástrico y retraso en la motilidad gastrointestinal. Finalmente, en los casos más severos, pueden existir factores psicológicos interrelacionados¹²³.
Los vómitos persistentes provocan una depleción del volumen plasmático, un aumento del hematocrito, alteraciones metabólicas, que incluyen urea, nitrógeno, hiponatremia, hipocalcemia, hipocloremia y acidosis metabólica¹²⁴.
 - c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Náuseas, vómitos intensos y persistentes, trastornos electrolíticos, trastornos ácido-base con pérdida de peso superior al 5% del peso corporal previo al embarazo, deshidratación (boca seca), hipotensión ortostática, letargo y taquicardia. La sialorrea se produce en aproximadamente el 60% de los casos y puede haber intolerancia a la vía oral¹²⁵.
 - d. **EPIDEMIOLOGIA:** Los vómitos y las náuseas afectan al 70% de todos los embarazos, son leves en el 40%, moderados en el 46% y severos en el 14%. En los casos leves y moderados, estos síntomas desaparecen después del segundo trimestre de embarazo, y generalmente no requiere tratamiento. En cambio, la prevalencia de HG es de aproximadamente del 0,3-3% de los casos y, afortunadamente, esta condición no suele durar todo el embarazo. Esta condición es más común en mujeres primigestas, no caucásicas y no fumadoras¹²⁶.
 - e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** Embarazo múltiple o embarazo molar, antecedente de hiperémesis gravídica en embarazos previos, mujeres jóvenes,

¹²¹Mou, M., Rivera, Y. y Vargas, M. Hiperémesis gravídica: abordaje y opciones terapéuticas. Revista Médica Sinergia. 2022; 7(4): 1-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms224f.pdf>

¹²²*ibid.*, p. 3-4

¹²³Sibaja, L. y Vargas, N. Manejo de la Hiperémesis Gravídica. Revista Médica Costa Rica y Centroamérica. 2011; 68(599): 441-445. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>

¹²⁴Barzola, K. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hiperémesis gravídica. Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú. 2019: 1-16. https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_370-2019-HCH-DG.pdf

¹²⁵Mou. *Op. Cit.*, p. 4-5

¹²⁶*ibid.*, p. 3



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

nuliparidad, cesáreas previas, concepción por técnicas de reproducción asistida, diabetes, úlcera péptica, producto de sexo femenino, factores emocionales y psicológicos¹²⁷.

f. TRATAMIENTO:

NO FARMACOLÓGICO¹²⁸.

Dieta: Proporcionar pequeñas cantidades de alimentos y líquidos. Alimentos que contienen más carbohidratos que grasas; rico en proteína para reducir los síntomas e identificar los alimentos que causan náuseas.

Estilo de vida: Evitar el estrés, mantener el descanso y apoyo emocional con psicología.

FARMACOLÓGICO^{129 130}. El tratamiento inicial para HG debe ser la prevención. Existen varias opciones farmacológicas, y su uso depende de la gravedad de la enfermedad.

- **Líquidos y electrolitos:** Las soluciones de elección son: Solución salina al 0.9%, lactato de Ringer o solución glucosada al 5%; agregar potasio y sodio según sea necesario.
- **Piridoxina (Vitamina B6) y doxilamina:** La piridoxina es un tratamiento de primera línea para la HG que reduce las náuseas y proporciona una seguridad materno-fetal adecuada. Estudios recientes han demostrado que es un fármaco seguro que no tiene efectos teratogénicos.
- **Antagonistas dopaminérgicos:** La metoclopramida y las fenotiazinas reducen las náuseas y vómitos al bloquear la estimulación dopaminérgica en el tracto gastrointestinal y del área postrema.
- **Antihistamínicos:** Los antihistamínicos como el dimenhidrinato, la difenhidramina y la doxilamina son antieméticos de primera línea en todo el mundo. Actúan sobre la vía vestibular bloqueando los receptores H1 en el área postrema e impidiendo la comunicación con la zona gatillo quimiorreceptora.
- **Antagonistas de los receptores de serotonina 5-hidroxitriptamina tipo 3 (5-HT₃):** (ondansetrón) actúan inhibiendo los receptores serotoninérgicos presentes en el intestino, el nervio vago y la zona gatillo quimiorreceptora.
- **Esteroides:** El uso de esteroides debe considerarse en los casos séveros de hiperémesis. En el primer trimestre del embarazo y en presencia de malformaciones fetales orales (paladar hendido), se recomienda evitar el uso de corticosteroides como antieméticos de primera línea de tratamiento en los embarazos menores a 10 semana.

g. COMPLICACIONES:

Complicaciones Maternas. Alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación, desnutrición, deficiencias vitamínicas como tiamina (vitamina B1), encefalopatía de Wernicke, oliguria y falla renal (prerenal, por la hipovolemia), trombosis venosa, avulsión esplénica, ruptura esofágica, lesiones de Mallory-Weiss y necrosis tubular aguda.

¹²⁷Rodríguez, J. Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero - Junio 2017 [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2018. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1249>

¹²⁸Haro, K., Toledo, K., Fonseca, Y., Arenas, D., Arenas, H. y Leonher, K. Hiperémesis gravídica: Manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. Revista Nutrición Hospitalaria. 2015; 31(2): 988-991. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8143>

¹²⁹Mou. Op. Cit., p. 7-9

¹³⁰Haro. Op. Cit., p. 989



El espectro emocional y psicológico también es muy importante, ya que la HG puede ser un factor muy estresante durante el embarazo, provocando ansiedad, depresión, estrés postraumático y puede afectar en gran medida la calidad de vida de la mujer.

Complicaciones Fetales. -Las náuseas y los vómitos durante el embarazo generalmente no se asocian con problemas fetales, pero algunos estudios sugieren que la HG puede causar bajo peso al nacer, parto pretérmino (si los síntomas persisten después del primer trimestre) y neonatos pequeños para la edad gestacional. A largo plazo, algunos estudios muestran que puede afectar el desarrollo neurológico y causar trastornos como déficit de atención, problemas de aprendizaje, alteraciones sensoriales o de procesamiento, trastorno del espectro autista y de ansiedad social.

- 4. POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes con Hiperémesis gravídica que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
- 5. PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
- 6. GRADO DE DEPENDENCIA:** III
- 7. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** UCI, Laboratorio, Ecografía, UBF, Obstetricia y Nutrición.
- 8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Nausea (00134) Factores relacionados: - Estímulos sensoriales desagradables Población en riesgo: - Mujeres embarazadas. Características definitorias: - Incremento de la salivación. - Aversión a la comida. Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico	Severidad de náuseas y vómitos (2107): 210701 frecuencias de las náuseas. 210702 intensidad de la náuseas. 210704 frecuencias de las arcadas. 210707 frecuencia de los vómitos 210710 secreción excesiva de la saliva. 210712 intolerancia a los olores 210713 pérdidas de peso. 210714 pirosis 210715 dolor gástrico. 210720 desequilibrio electrolítico	Manejo de las náuseas (1450) - Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes. - Asegurar de que se han administrado antieméticos eficaces para las náuseas. - Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. - Animar a que se ingiera pequeñas cantidades de comida que seas atractivas para la persona con náuseas. - Pesarse a la paciente con regularidad. - Proporcionar apoyo emocional - Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas. Administración de la medicación (2300) - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de medicación. - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. - Observa si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. - Tomar nota de las alergias de la paciente antes de la administración de cada fármaco. - Verificar los cambios en la presentación de la medicación antes de administrarla



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los signos vitales antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. <p>Manejo de los vómitos (1570)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el color, la consistencia olor, frecuencia y la duración de la emesis. - Valorar o estimar el volumen de la emesis. - Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito. - Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. - Limpiar después del episodio del vomito poniendo especial atención en eliminar el olor. - Esperar como minimos 30 minutos - Después del episodio del vomito antes de dar líquido a la paciente. - Aumentar gradualmente la ingesta de líquido si durante un periodo de 30 minutos no se han producido vómitos. - Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. - Pesar a la paciente con regularidad.
<p>Déficit de volumen de líquidos (00027)</p> <p>C/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida activa del volumen de líquidos. <p>Características definitorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del estado mental - Alteraciones en la turgencia de la piel. - Disminución de la presión arterial. - Disminución en la turgencia de la lengua. - Disminución en la producción de la orina. - Sequedad de las membranas mucosas. - Sequedad de la piel. - Incremento en la temperatura corporal - Incremento de la FC. - Incremento de los niveles de hematocrito sérico. - Incremento de la concentración de orina. - Pérdida de peso. - Ojos hundidos. 	<p>Equilibrio Hídrico (0601):</p> <p>060101 presión arterial</p> <p>060105 pulsos periféricos</p> <p>060107 entradas y salidas diarias equilibradas</p> <p>060109 peso corporal estable</p> <p>060116 hidratación cutánea</p> <p>060117 humedad de membranas mucosas</p> <p>060127 cantidad de orina.</p> <p>060119 hematocrito.</p> <p>060113 ojos hundidos.</p> <p>060114 confusión.</p> <p>060115 sed.</p> <p>060130 olor de orina.</p>	<p>Manejo de líquidos (4120)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar a diario y controlar la evolución. - Realizar un registro de entradas y salidas (Balance hídrico estricto). - Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial, según sea el caso) - Registrar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos - Monitorizar signos vitales - Administrar líquidos según corresponda - Vigilar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita - Administrar terapia IV. según indicación. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria). - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial (PA). - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Monitorizar si hay cianosis central y periférica. <p>Monitorización de líquido (4130)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (mareos, alteraciones del nivel de



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>- Sed. - Debilidad.</p> <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>		<p>consciencia, aturdimiento, irritabilidad náuseas y aprensión).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el llenado capilar manteniendo la mano de la paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos ,tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color(debería ser menor de 2 segundos). - Valorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla manteniendo la presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada). - Monitorizar el peso. - Monitorizar las entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda. - Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. - Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina - Administrar líquidos, según corresponda. - Comunicar al médico en caso de diuresis menor del valor normal (no debe ser menor de 25 a 30 ml/h). <p>Terapia intravenosa (IV.) (4200).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia IV. - Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV., si está indicado. - Realizar una técnica aséptica estricta. - Administrar medicamentos IV. según prescripción y observar los resultados. - Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. - Monitorizar signos vitales. - Registrar los ingresos y perdidas de modo estricto. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio de la institución. - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo para determinar los niveles basales (hematocrito, examen de orina y otros). - Informar inmediatamente de los cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)</p> <p>Factores de riesgo: - Vómitos</p> <p>Dominio2. Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>	<p>Equilibrio electrolítico (0606):</p> <p>060601 disminución del sodio sérico</p> <p>060602 aumento del sodio sérico</p> <p>060603 disminución del potasio sérico</p> <p>060604 aumento del potasio sérico</p> <p>060605 disminución del cloruro sódico</p> <p>060606 aumento del cloruro sérico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos. <p>Manejo de electrolitos (2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad. - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. - Mantener un acceso intravenoso permeable. - Suministrar líquidos según prescripción. - Observar si se producen pérdida de líquidos ricos en electrolitos: (diaforesis, vómitos, etc.). - Monitorizar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita. - Mantener un registro adecuado de entradas y salidas (balance hídrico estricto) - Mantener una solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante, según corresponda. - Obtener muestras para análisis de los niveles de electrolitos (gasometría arterial, orina y suero), según corresponda. <p>Monitorización de electrolitos (2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel sérico de los electrolitos (Cl, Na, K). - Observar si hay pérdidas de líquidos y electrolitos, según corresponda. - Observar si hay manifestaciones neurológicas de desequilibrios de electrolitos (alteración del nivel de consciencia y debilidad). - Observar si se producen náuseas y vómitos. - Administrar suplementos prescritos de electrolitos, según corresponda. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo para determinar los niveles basales (examen de electrolitos). - Informar inmediatamente de los valores críticos al médico. <p>Documentación (7920)</p>



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA

1. **CODIGO CIE X:** D25
2. **DEFINICION:** Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas o fibromas, son tumores benignos que surgen del músculo liso de la pared uterina (miometrio) y son los más comunes del aparato reproductor femenino y el motivo más frecuente de cirugía mayor ginecológica; su transformación en maligna es inusual¹³¹. Están constituidos de matriz extracelular, en cuya formación interviene, grandes cantidades de colágeno, fibronectina y proteoglicanos¹³².
3. **ASPECTOS GENERALES:**
 - a. **ETIOLOGIA:** La causa de los fibromas aún se desconoce, pero son sensibles a los estrógenos y progesterona, se desarrollan durante la edad fértil. Los fibromas se caracterizan por crear un ambiente hiperestrogenico. Los fibromas generalmente no presentan actividad mitótica y no aparecen ni crecen después de la menopausia¹³³.
 - b. **FISIOPATOLOGIA:** Los fibromas uterinos son tumores benignos mesenquimatosos monoclonales derivados de las células musculares lisas organizadas en el seno de un miometrio adyacente de estructura normal. Los fibromas casi siempre afectan al cuerpo uterino y rara vez, al cuello o al istmo¹³⁴.
 - c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** La mayoría de las mujeres diagnosticadas de miomas son asintomáticas. En mujeres sintomáticas, los signos y síntomas incluyen: hemorragia uterino anormal, anemia, síntomas compresivos (polaquiuria, disuria, estreñimiento), dolor pélvico crónico, dolor pélvico agudo, mioma uterino en expulsión, metrorragia postparto, alteraciones reproductivas, distocia de presentación fetal, aborto espontaneo¹³⁵.
 - d. **EPIDEMIOLOGIA:** La incidencia en mujeres en edad reproductiva oscila entre el 30 y el 70% y aumenta con la edad. La mayoría de las pacientes con esta patología son asintomáticas, y solo alrededor del 25% de mujeres en edad reproductiva tiene síntomas. A los 50 años, el 70 % de las mujeres blancas y más de 80% de las mujeres negras tienen miomas. Representan el 40% de las indicaciones de histerectomía¹³⁶.
Se desconoce la verdadera incidencia de los miomas porque la mayoría de los casos son asintomáticos y es poco probable que se diagnostiquen¹³⁷.

¹³¹Carvajal, J. y Barriga, M. Capítulo 52. Miomas Uterinos (Leiomiomas). Manual de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, 13ra edición. Chile., 2022. p. 506-515. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf

¹³²López, A. Diagnóstico y tratamiento de los leiomiomas uterinos. [Tesis de Titulación] Santa Cruz de Tenerife - España. 2021. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/22684>

¹³³Carvajal. *Op. Cit.*, p.506

¹³⁴Debras, E., Neveu, M., Capmas, P. y Fernández, H. Mioma e infertilidad. EMC - Ginecología y Obstetricia. 2022; 58(1): 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)46051-6](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)46051-6)

¹³⁵Carvajal. *Op. Cit.*, p. 508

¹³⁶Pacheco, J. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina. Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú. 2019: 1-13. https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf

¹³⁷Calderón, M., Hidalgo, J., Baquerizo, M., Benítez, Y., Mendoza, R. y Valencia, M. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Revista Universitaria con Proyección Científica, Académica y Social. MEDICIENCIAS Universidad Técnica de Ambato. 2022; 6(2): 60-65. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1626/1424>



En los Estados Unidos, los fibromas uterinos tienen una incidencia acumulada del 59 % en mujeres negras, lo que sugiere que los fibromas uterinos tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres¹³⁸

- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** Raza afroamericana, edad (35-54), obesidad, antecedentes familiares de primer grado, menarquía temprana, índice de masa corporal elevado (IMC) y síndrome de ovario poliquístico^{139, 140}.
 - f. **CLASIFICACION DE MIOMAS:** Según su localización en: Intramural, Submucoso, Subseroso, transmural, cervicales, pediculados e intraligamentoso. Los miomas subserosos generalmente se desarrollan en la porción externa del miometrio, no causan sangrado, pero sí dolor y no afectan la fertilidad; los intramurales se desarrollan dentro de la pared uterina y es el más común, al igual que los subserosos; los submucosos se desarrollan justo debajo del revestimiento de la cavidad uterina y son los que causan más síntomas y afecta negativamente la fertilidad; los pediculados ocurren cuando el mioma crece en un tallo. Cuando el mioma gira sobre el pedículo que lo sostiene puede producir dolor intenso^{141, 142}.
 - g. **TRATAMIENTO**^{143, 144, 145}: El tratamiento dependerá en gran medida de los síntomas del paciente, edad, tipo, tamaño, localización, y el deseo de tener hijos.

Farmacológico: El objetivo es aliviar los síntomas, evitar complicaciones quirúrgicas y preservar el útero. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), anticonceptivos orales combinados, análogos de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), agentes anti-progestágenos, moduladores de los receptores de progesterona, esteroides androgénicos, agentes antifibrinolítico no hormonal (ácido tranexámico) y otros medicamentos (vitaminas y hierro) si hay sangrado menstrual abundante y anemia.

Tratamiento no quirúrgico: Procedimiento lo menos invasivo posible que garantiza la mejoría y/o erradicación de la patología, así como la embolización de la arteria uterina y ablación ecográfica con guía de resonancia magnética.

Tratamiento quirúrgico: La cirugía brinda garantía de la extirpación completa de estos tumores. En el tratamiento quirúrgico tenemos: miomectomía histeroscópica, miomectomía e hysterectomía.
 - h. **COMPLICACIONES**^{146, 147}: hemorragias, dolor pélvico, compresión de órganos adyacentes, torsiones de los miomas, necrobiosis aséptica, complicaciones en el embarazo, transformación maligna, anemia infertilidad y aborto espontáneo.
4. **POBLACION OBJETIVO:** Pacientes con miomatosis uterina que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
 5. **PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia.
 6. **GRADO DE DEPENDENCIA:** II
 7. **INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, UCEO, Laboratorio, Ecografía y Nutrición.

¹³⁸Ayala, J. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al hospital nacional Atzobispo Loayza, 2020. [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9671>

¹³⁹Carvajal. *Op. Cit.*, p. 506

¹⁴⁰Pacheco. *Op. Cit.*, p. 3

¹⁴¹Carvajal. *Op. Cit.*, p. 507

¹⁴²Lopez. *Op. Cit.*, p. 3-5

¹⁴³Carvajal. *Op. Cit.*, p. 509-514

¹⁴⁴Lopez. *Op. Cit.*, p. 10-22

¹⁴⁵Pacheco. *Op. Cit.*, p. 7-8.

¹⁴⁶*Ibid.*, p. 9

¹⁴⁷Calderón. *Op. Cit.*, p. 63



8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA:

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Dolor agudo (00132)</p> <p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta expresiva - Expresión facial de dolor. - Conducta defensiva - Postura para aliviar el dolor. - Conducta protectora. - Verbalización acerca de la intensidad, utilizando escalas estandarizadas de dolor. - Verbaliza acerca de las características, utilizando escalas estandarizadas de dolor. <p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones por agentes físicos <p>Domino 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p>	<p>Control de dolor (1605):</p> <p>160502 reconoce el comienzo del dolor</p> <p>160516 describe el dolor.</p> <p>160505 utiliza analgésicos como se recomienda.</p> <p>160509 reconoce los síntomas asociados al dolor.</p> <p>160511 refiere dolor controlado.</p> <p>Nivel de dolor (2102):</p> <p>210201 dolor referido.</p> <p>210204 duración de los episodios de dolor.</p> <p>210206 expresión facial de dolor.</p> <p>210223 irritabilidad.</p> <p>210224 muecas de dolor.</p> <p>210225 lagrimas.</p> <p>210210 frecuencia respiratoria.</p> <p>210220 frecuencia del pulso radial.</p> <p>210212 presión arterial.</p> <p>210214 sudoración.</p>	<p>Administración de analgésicos (2210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis, y frecuencia del medicamento prescrito. - Comprobar la respuesta previa de la paciente a los analgésicos. - Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos. - Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos. - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. - Administra analgésicos antes de procedimientos o actividades que produzcan dolor. - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración. - Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. <p>Manejo del dolor: agudo (1410)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración de las características del dolor (localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad). - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos durante las actividades de recuperación (tos, respiración profunda, deambulacion, transferencia a una silla). - Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía. - Comunicar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. - Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria. <p>Prevención de hemorragias (4010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar de cerca a la paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa. - Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre según se indica. - Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente.
<p>Riesgo de sangrado (00206).</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado. <p>C/A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma 	<p>Severidad de la pérdida de sangre (0413):</p> <p>041301 perdida sanguínea visible.</p> <p>041307 sangrado vaginal.</p> <p>041313 palidez de piel y mucosas.</p>	



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p>	<p>041316 disminución de la hemoglobina.</p> <p>041317 disminución de hematocrito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el acceso intravenoso según corresponda. - Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación. - Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. - Administrar hemoderivados según corresponda. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. - Auscultar la PA en ambos brazos y comparar según corresponda para detectar signos y síntomas de hipotensión. - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. - Monitorizar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. <p>Punción intravenosa (4190)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una técnica aséptica estricta. - Elegir un catéter IV. de calibre 18 para la administración de sangre. <p>Administración de hemoderivados (4030)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden del médico. - Obtener la historia de transfusiones de la paciente. - Comprobar el consentimiento informado de la paciente. - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor. - Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el número de unidad y la fecha de caducidad y registrar según el protocolo. - Enseñar a la paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional (prurito, mareos, disnea y dolor torácico). - Cebiar el sistema de administración con solución salina isotónica. - Monitorizar el sitio de punción IV. para ver si hay signos de infiltración y flebitis. - Monitorizar los signos vitales durante y después de la transfusión. - Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco-
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar una posible sobrecarga de líquido. - Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión. - No administrar medicamentos o líquido por vía IV. (salvo solución salina isotónica) en las vías de administración de sangre o del hemoderivado. - Cambiar el equipo de transfusión (filtro) por cada paquete globular - Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado. - Registrar la duración de la transfusión. - Registrar el volumen transfundido. - Detener la transfusión si se producen reacciones sanguíneas y mantener las venas permeables con solución salina. - Notificar inmediatamente a laboratorio en caso de reacción sanguínea y comunicar al médico. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. - Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos. - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de la medicación. - Administrar la medicación (ácido tranexámico 1gr intravenoso, vitaminas y hierro vía oral) según indicación médica. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta de la paciente. <p>Terapia intravenosa (IV.) (4200).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicamentos IV., según prescripción, y observar los resultados. - Vigilar el flujo IV. y el sitio de punción durante la infusión. - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio de la institución. - Comparar los resultados con los valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo para determinar los niveles basales (Hb, Hto). - Informar inmediatamente de los cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Riesgo de infección (00004)</p> <p>C/A</p> <p>- Procedimientos invasivos.</p> <p>Dominio 11. Seguridad/ Protección</p> <p>Clase 1: Infección</p>	<p>Severidad de la infección (0703):</p> <p>070307 fiebre</p> <p>07033 dolor</p> <p>070339 cefalea</p> <p>070331 letargia</p> <p>070332 pérdida de apetito</p> <p>070329 hipotermia</p> <p>070326 aumento de leucocitos</p> <p>070327 disminución de leucocitos</p>	<p>- Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento de la paciente y su estado clínico.</p> <p>Protección contras las infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Vigilar el recuento absoluto de leucocitos y la formula leucocitaria. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado de paciente - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. <p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Monitoriza saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar y registra si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia. <p>Administración de la medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de medicación. - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. - Administrar la medicación(antibióticos) con la técnica y vía adecuadas. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio - Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio. - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo para determinar los niveles basales (hemograma y otros exámenes). - Informar inmediatamente de los cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.
<p>Riesgo de Shock (00205)</p>	<p>Severidad de shock</p>	<p>Prevención del shock (4260)</p>



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Factores de riesgo: - sangrado Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 2: Lesión Física	hipovolémico (0419): 041903 disminución de la presión arterial sistólica. 041904 disminución de la presión arterial diastólica. 041906 aumento de la frecuencia cardiaca 041907 pulso débil filiforme. 041910 aumento de la frecuencia respiratoria. 041913 disminución del oxígeno arterial. 041916 palidez. 041920 disminución de la diuresis.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las respuestas precoces del shock. - Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos. - Comprobar el estado circulatorio. Presión arterial, temperatura de la piel, ritmo cardiaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y relleno capilar. - Controlar la pulsometría - Comprobar los valores de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, gasometría arterial, etc. - Administrar líquidos endovenosos y/o vía oral según el caso. - Canalizar y mantener una vía endovenosa de calibre grande, según corresponda. - Administrar líquidos endovenosos mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda. - Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda. <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. <p>Documentación (7920)</p>



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

1. CODIGO CIE X: O14.1

2. **DEFINICION:** La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se presenta después de las 20 semanas de gestación y continua durante el embarazo, parto y puerperio. Se caracteriza por hipertensión arterial, con o sin proteinuria y disfunción orgánica en cadena. La hipertensión se define como la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o presión arterial $\geq 160/110$ mmHg¹⁴⁸.

La Proteinuria es la excreción urinaria de proteínas ≥ 300 mg en orina de 24 horas, al utilizar tira reactiva 2+, con ácido sulfasalícilico 1+ y la medición con el índice de proteína/creatinina (IPC) ≥ 0.3 mg¹⁴⁹

La preeclampsia es un proceso patológico complejo que provoca cambios sistémicos en el binomio madre-hijo¹⁵⁰. Anteriormente la preeclampsia se clasificaba en leve, moderada y severa, actualmente solo se habla de preeclampsia sin o con criterios de severidad¹⁵¹.

3. ASPECTOS GENERALES:

a. **ETIOLOGIA:** Aunque se han descrito muchos mecanismos patológicos para el desarrollo de la preeclampsia, la patogenia aún no se comprende por completo. El principal mecanismo descrito para explicar esto es la invasión anormal de los vasos uterinos. También se han informado intolerancia inmunitaria y efectos genético entre los tejidos maternos y cardiovasculares en el embarazo normal^{152 153}.

b. **FISIOPATOLOGIA:** En la placenta, hay daño y fallo en la reorganización de las arterias espirales, lo que lleva a la liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción e hipercoagulación¹⁵⁴.

Esta patología se asocia a la presencia de tejido placentario, y desaparece en los primeros días o semanas posteriores al parto. Cuando se produce isquemia del tejido placentario, se liberan factores tisulares que alteran el tejido endotelial, provocando disfunción vascular endotelial. Un cambio secundario en el tono vascular provoca presión arterial resultante, además de un aumento de la permeabilidad vascular, se produce proteinuria y edema¹⁵⁵.

En definitiva, desde el punto de vista fisiopatológico, la preeclampsia se caracteriza por dos fenómenos: un cambio en la invasión trofoblástica de las arterias espirales (transformación fisiológica incompleta) y una disfunción endotelial¹⁵⁶.

¹⁴⁸Escobar, D. y Tapia, M. Preeclampsia con signos de severidad, actualización de la teoría y manejo emergente. Revista Polo del Conocimiento. 2022; 7(6): 769-787 <https://www.poloconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4103/9614>

¹⁴⁹Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Trastornos hipertensivos en la gestación. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2020; 63(1): 244-272. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>

¹⁵⁰Escobar, Op. Cit., p.328

¹⁵¹Herrera, K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2018; 3(3): 8-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>

¹⁵²*ibid.*, p. 10

¹⁵³Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J. y Hoffman, B. et. al. Capítulo 40: Trastornos Hipertensivos. Williams Obstetricia. ACCES Medicina. eds. Williams. Obstetricia, 24e. McGraw Hill; 2015.; 1-8. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100461353>.

¹⁵⁴Herrera, Op. Cit., p. 10

¹⁵⁵Pereira, J., Pereira, Y. y Quiroz, L. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(1): 1-13. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/686>

¹⁵⁶Carvajal, J. y Barriga, M. Capítulo 22. Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE). Manual de Obstetricia y Ginecología: Escuela de Medicina, facultad de Medicina, 13ra edición. Chile, 2022. p. 240-256. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf



- c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Los síntomas comienzan gradualmente en algunos casos, mientras que otros conducen a complicaciones potencialmente mortales en cuestión de horas. Los síntomas más comunes de la preeclampsia son neurohipertensivos como dolor de cabeza, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, dolor abdominal o epigastralgia, dificultad para respirar y dolor torácico¹⁵⁷.
- d. **EPIDEMIOLOGIA:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preeclampsia y la eclampsia son la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y fetal en todo el mundo, con 25 % de casos en América Latina y el caribe¹⁵⁸. En Estados Unidos ocurre en 3 a 4 de cada 100 embarazadas. En todo el mundo el 4.6% de todos los embarazos, se pueden complicar con preeclampsia; ante esta emergencia hay que proceder de la manera más oportuna posible.¹⁵⁹ En el Perú los trastornos hipertensivos son la segunda causa de muerte materna ¹⁶⁰.
- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**^{161 162 163}:

Factores de riesgo	Otros factores de riesgo
Enfermedad renal	Edad < 20 años
Hipertensión arterial crónica (HTA)	Preeclampsia severa (PES) en embarazo previo
Historia familiar	Obesidad
Embarazo gemelar	Insulinorresistencia
Edad > 40 años	Bajo peso al nacer materno
Nuliparidad	Lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades autoinmunes
Diabetes mellitus insulino dependiente (DM)	Hidrops fetal
Síndrome antifosfolípídico (SAAF) y Trombofilia	Edema placentario

f. TRATAMIENTO:

Medidas Generales. – En hospitalización monitorizar a la paciente, colocarla en posición de decúbito lateral izquierdo, canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (catéter # 18) con cloruro de sodio al 0.9% como vía y otro para sulfato de magnesio, colocar sonda foley con bolsa colectora para cuantificar diuresis, balance hídrico estricto y efectivizar pruebas de preeclampsia(hemograma, perfil de coagulación, lamina periférica, perfil hepático ,deshidrogenasa láctica, urea, creatinina, ácido úrico, etc.) y pruebas de bienestar fetal(NST, test estresante, perfil biofísico y ecografía Doppler)¹⁶⁴.

Dentro del tratamiento farmacológico se utiliza lo siguiente¹⁶⁵

ANTIHIPERTENSIVO

¹⁵⁷Pereira. *Op. Cit.*, p. 8

¹⁵⁸Velumani, V., Duran, C. y Hernandez, L. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2021; 64(5): 7-18. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>

¹⁵⁹Escobar. *Op. Cit.*, p. 330

¹⁶⁰Ministerio de salud del Perú. (MINSa). Boletín epidemiológico. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. 2022; 31-SE13: 414-446. https://www.dge.gob.pe/epi/public/uploads/boletin/boletin_202213_29_141926.pdf

¹⁶¹Herrera. *Op. Cit.*, p. 9

¹⁶²Pereira. *Op. Cit.*, p. 8

¹⁶³Carvajal. *Op. Cit.*, p. 242

¹⁶⁴Herrera. *Op. Cit.*, p.8-12

¹⁶⁵Sairitupac, L Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Lima - Peru.. 2019: 1-20. <https://heves.gob.pe/resoluciones/directoriales/2018/RD-079-2018-DE-HEVES.pdf>



Nifedipino 10mg vía oral condicional a presión arterial (PA) \geq 160/110 mmHg. Si la paciente continua con crisis hipertensiva 20 minutos después de iniciado el tratamiento para la preeclampsia severa puede repetirse la dosis cada 20 minutos (máximo 3 dosis). Se debe tener mayor precaución cuando se combina con sulfato de magnesio ya que puede causar hipotensión No administrar por vía sublingual.

Metildopa 500 a 1000 mg vía oral cada 12 horas para mantener la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, cuidando de no causar hipotensión.

ANTICONVULSIVANTE

Sulfato de magnesio, se diluye 5 ampollas al 20% (ampollas de 10ml) en cloruro de sodio al 0.9% 1000cc y se administra vía endovenoso por volutrol con bomba de infusión según protocolo.

- **Protocolo de Sibai:** La dosis de carga es de 6gr (600cc) endovenoso lento de 15 a 20 minutos y la dosis de mantenimiento es de 2g por hora(200cc/h) endovenoso en bomba de infusión. Mantener la infusión por 24 horas después del parto.
- **Protocolo de zuspan:** La dosis de carga es de 4gr (400cc) endovenoso lento de 15 a 20 minutos y la dosis de mantenimiento es de 1gr por hora(100cc/h) endovenoso en bomba de infusión. Mantener la infusión por 24 horas después del parto.

Durante la administración de sulfato de magnesio se controlará los reflejos rotulianos, control de diuresis horaria, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno (SatO2) con pulsioximetria, control estricto de funciones vitales c/hora en hoja aparte y control de nivel sérico de magnesio en caso de disfunción renal y/o ausencia de reflejos. Administrar cautelosamente en insuficiencia renal aguda.

En caso de sobredosis por sulfato de magnesio, administrar gluconato de calcio al 10%, ampolla de 10ml diluido en 100ml de suero fisiológico y pasar por volutrol de 10 a 15 minutos endovenoso.

CORTICOIDES

Se administra en gestantes entre 32 a 34 semanas para promover el desarrollo de los pulmones del bebé antes del parto.

- **Betametasona** 12mg IM cada 24h x 2 dosis o
- **Dexametasona** 6mg IM cada 12h x 4 dosis

g. COMPLICACIONES:

Complicaciones Maternas¹⁶⁶

SISTEMA	COMPLICACIONES
Cardiovascular	- Crisis hipertensivas a repetición (más de 3 crisis) - Insuficiencia cardíaca
Hematológico	- Coagulación intravascular diseminada (CID) - HELLP
Renal	- Insuficiencia renal aguda - Oliguria
Neurológico	- Eclampsia - Accidente vascular encefálico
Otros Sistemas	- Edema pulmonar agudo (EPA) - Daño hepatocelular (HELLP, infarto y/o rotura hepática)

¹⁶⁶Carvajal. Op. Cit., p. 243



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- Desprendimiento prematuro de placenta (25% de los casos asociado a PE)
- Falla multisistémica y muerte

Complicaciones Fetales¹⁶⁷: Retardo de crecimiento fetal (RCF), desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI), muerte fetal intrauterino (MFIU), prematuridad indicada medicamente, muerte en periodo neonatal y muerte fetal intrauterino.

- POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes y púerperas con Preeclampsia con criterios de severidad que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
- PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
- GRADO DE DEPENDENCIA:** III
- INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Centro Obstétrico, Neonatología, UCINeo, Cardiología, Oftalmología, Laboratorio, Ecografía, UBF y Nutrición.
- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)</p> <p>C/A: - Hipertensión.</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares.</p>	<p>Perfusión tisular cerebral 0406:</p> <p>040613 presión sanguínea sistólica</p> <p>040614 presión sanguínea diastólica</p> <p>040617 presión arterial media</p> <p>040603 cefalea</p> <p>040605 inquietud</p> <p>040619 nivel de consciencia disminuida.</p> <p>040620 reflejos neurológicos alterados.</p>	<p>Manejo de la hipertensión (41602).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión: PA \geq 140/90 mmHg o PA \geq 160/110. - Monitorizar a la paciente de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (dolor de cabeza severo, náuseas o vómitos, palidez, sudoración, cambios y trastornos en la visión, inquietud). - Controlar signos vitales como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar precozmente las complicaciones. - Vigilar a la paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión. <p>Mejora de la perfusión cerebral (2550)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar calcio antagonista (nifedipino 10mg vía oral condicional PA \geq 160/110 mmHg) - Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (saturación de oxígeno y hemoglobina). - Monitorizar las entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Monitoriza pruebas de perfil de coagulación. - Administrar y vigilar los efectos de los medicamentos administrados. <p>Monitorización Neurológica (2620)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de consciencia - Comprobar el nivel de orientación - Evaluar escala de coma de Glasgow - Observar si el paciente presenta cefalea

¹⁶⁷Ibid., p. 244



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay trastornos visuales: fotofobia, tinnitus, escotomas y visión borrosa. - Vigilar reflejo osteotendinoso. - Observar la respuesta a los medicamentos administrados. - Comunicar al médico los cambios en el estado de la paciente. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada. - Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos. - Seguir las 10 reglas de la administración correcta de la medicación. - Observa los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. - Administrar gluconato de calcio al 10% endovenoso en caso de toxicidad por sulfato de magnesio. <p>Terapia intravenosa (IV.) (4200).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia IV. - Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV. - Administrar medicamentos IV. según prescripción y/o protocolo (sulfato de magnesio según zuspan o sibai), y observar los resultados. - Vigilar el flujo IV. y el sitio de punción durante la infusión. - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. <p>Punción intravenosa (4190)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una técnica aséptica estricta. - Elegir un catéter IV. de calibre 18 para la administración del protocolo del sulfato de magnesio.
<p>Exceso de volumen de líquido (00026)</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial alterada. - Ansiedad - Edema - Oliguria - Aumento de peso en un corto periodo de tiempo. 	<p>Función renal (0504):</p> <ul style="list-style-type: none"> 050402 balance de ingesta y diuresis en 24 horas. 050425 turgencia cutánea. 050406 color de la orina. 050427 aumento de creatinina. 	<p>Manejo de líquidos (4120)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar a diario y controlar la evolución. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Realizar sondaje vesical si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación. - Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos - Evaluar la ubicación y extensión del edema. - Administrar los diuréticos prescritos según corresponda. - Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución en niveles de hematocrito sérico - Disminución del nivel de hemoglobina sérica. <p>C/A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones que afectan la eliminación de líquidos <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>	<p>050430 aumento de proteinuria.</p> <p>050414 hematuria.</p> <p>050418 aumento de peso.</p> <p>050419 hipertensión</p> <p>050432 edema.</p> <p>Severidad de la sobrecarga de líquidos (0603):</p> <p>060302 edema de manos.</p> <p>060305 edema de pierna.</p> <p>060313 cefalea</p> <p>060315 convulsiones</p> <p>060317 aumento de la presión sanguínea.</p> <p>060318 aumento de peso.</p> <p>060319 disminución de la diuresis.</p> <p>Equilibrio hídrico (0601):</p> <p>060101 presión arterial.</p> <p>060125 frecuencia respiratoria.</p> <p>060107 entradas y salidas diarias equilibradas.</p> <p>060109 peso corporal estable.</p> <p>060119 hematocrito.</p> <p>060127 cantidad de orina.</p> <p>060105 edema periférico.</p> <p>060129 cefalea.</p>	<p>Sondaje vesical (0580)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar a la paciente en decúbito supino con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y rodilla. - Mantener una técnica aséptica estricta. - Limpiar el área que rodea el meato con una solución antibacteriana(sablón), suero salino estéril o agua estéril. - Utilizar sonda de calibre 14 o 16. - Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón. - Llenar el globo de la sonda con la cantidad de agua destilada o suero fisiológico indicada en la válvula. - Conectar el catéter urinario a la bolsa colectora. - Sujetar la sonda con esparadrapo a la cara interna del muslo de la paciente. - Colocar la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga urinaria para evitar reflujos de la orina. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. - Monitorizar las entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Retirar la sonda cuando este indicado por el médico. <p>Cuidados del catéter urinario (1876)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar inclinar la bolsa o sistema de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (esto evita la contaminación ascendente). - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. - Observa las características de la orina drenado. - Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato. - Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado. - Observar si hay distensión vesical. <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la eliminación urinaria (frecuencia, olor, consistencia, volumen y color). - Comunicar al médico de cualquier alteración de las características de la orina. <p>Cuidados prenatales (6960)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente sobre la percepción de movimientos fetales.
Riesgo de alteración de la diada materna fetal (00209)	Detección de riesgo (1908):	Cuidados prenatales (6960)



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>C/A: -Transporte de oxígeno fetal comprometido.</p> <p>Dominio 8: Sexualidad</p> <p>Clase 3: Reproducción</p>	<p>190801 reconoce los signos y síntomas que indiquen riesgo.</p> <p>190802 identifica los posibles riesgos para la salud.</p> <p>190809 utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales.</p> <p>190810 utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>190813 controla los cambios en el estado general de salud.</p> <p>190812 obtiene información sobre cambios en recomendaciones sanitarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente a identificar signos de alarma (hemorragia vaginal, disminución de movimientos fetales, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, tinnitus, escotomas, etc.). - Monitorizar ganancia de peso. <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectivizar pruebas de bienestar fetal y pruebas de preeclampsia prescritas. - Informar al médico sobre los resultados alterados de las pruebas. - Administrar corticoides, según prescripción médica en gestantes entre 32 y 34 semanas (betametasona 12mg IM). <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las tendencias y fluctuaciones de la PA. - Monitorizar la PA después de que el paciente tome la medicación. - Auscultar la PA en ambos brazos y comparar según corresponda. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio de la institución. - Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y cambios llamativos (pruebas de preeclampsia de 6h, 12h y de control). - Corroborar los resultados de análisis extremadamente anormales. - Informar inmediatamente de los cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico. <p>Documentación (7920)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados. - Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros profesionales. - Registrar las desviaciones de los resultados esperados. - Registra la respuesta de la paciente a las intervenciones de enfermería. - Registra que el medico ha sido informado de los cambios en el estado de la paciente. - Firmar la documentación con firma y título legal.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1. CODIGO CIE X: O42

2. **DEFINICION:** La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de solución de continuidad de membranas corioamnióticas que se produce con salida de líquido amniótico espontáneamente durante más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto¹⁶⁸.

La RPM se puede dividir en ^{169 170} :

- RPM termino: después de las 37 semanas de gestación.
- RPM de pretérmino (RPMpt): antes de las 37 semanas de gestación
- RPM prolongado: por 24 horas o más de ruptura. También se puede combinar con las dos anteriores.
- RPM previable (RPMpv: ocurre antes de las 24 semanas de gestación).

3. ASPECTOS GENERALES:

a. **ETIOLOGIA**^{171 172}: Se desconoce la causa exacta de la RPM, pero es de origen multifactorial y varía según la edad gestacional.

Cuando la RPM se presenta a menor edad gestacional, existe una mayor asociación con la infección de corion/decidua y cuando ocurre a mayor edad gestacional se asocia más con disminución del contenido de colágeno en las membranas.

b. **FISIOPATOLOGIA:** Se produce por un debilitamiento fisiológico normal de las membranas con fuerzas de cizallamiento causadas por las contracciones uterinas y estiramientos repetidos. La infección local en las membranas fetales y debajo del cuello uterino puede ser un mecanismo importante de ruptura de membranas, ya que se produce una inflamación local y se liberación prostaglandinas ^{173 174}.

c. **SIGNOS Y SINTOMAS:** Pérdida de líquido vaginal, continua o intermitente ^{175 176}.

d. **EPIDEMIOLOGIA:** La RPM ocurre en 4% y 18% de los partos y es causa de 50% de nacimientos prematuros. En el Perú, el hospital Edgardo Rebagliati de ESSALUD reporto una tasa anual de partos pretérminos del 7%, María Auxiliadora de Lima detectó el 15.7% de 1523 partos, o 1 caso de RPM por cada 6 nacimientos; en el instituto especializado Materno Perinatal, su incidencia es de 10.1% de partos. En el hospital Almenara, es la segunda complicación más frecuente del embarazo, con una incidencia del 11.2%. En Europa, la tasa de incidencia es de

¹⁶⁸ Alfaro K. Factores asociados a ruptura prematura de membranas de pretérmino [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2017: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2565>

¹⁶⁹ Orias, M. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(11): 1-10. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.606>

¹⁷⁰ Grupo Desarrollador de la Guía. Universidad Nacional de Colombia. Alianza CINETS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: Sección 3. Infecciones en el embarazo: Ruptura Prematura de Membranas (RPM). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 66(4): 263-286. <http://dx.doi.org/10.18597/rco.g.293>

¹⁷¹ Alfaro. *Op. Cit.*, p. 2

¹⁷² Monge, T. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica Sinergia. 2017; 2(11): 3-6. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/98/157>

¹⁷³ *Ibid.*, p. 4.

¹⁷⁴ Vallejo, J. Fisiopatología de la Ruptura Prematura de Membranas y Marcadores. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; (607): 543-5499. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>

¹⁷⁵ Vargas, K. y Vargas, C. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; (613): 719-723. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145h.pdf>

¹⁷⁶ Servicio de Gineco - Obstetricia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de ruptura prematura de membranas en gestantes pre-termino (Adopción de Recomendaciones). Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Lima - Perú. 2018. 1-93. <https://heves.gob.pe/resoluciones/directorafes/2018/RD-079-2018-DE-HEVES.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

alrededor del 5%-15%, y en China, del 2.7%-17%¹⁷⁷. Actualmente, la RPM es considerada un problema de salud con un impacto directo y grave en la salud pública, debido a las múltiples complicaciones que puede ocasionar en la madre y él bebe, especialmente si se presenta en etapas tempranas del embarazo¹⁷⁸.

- e. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**^{179 180 181}: Antecedentes de RPM, infecciones del tracto genital/intrauterino, hemorragia del segundo y tercer trimestre antes del parto, anomalías cervicales antes del embarazo, procedimientos invasivos, tabaquismo, índice de masa corporal disminuido, medio socioeconómico bajo, conización cervical, enfermedades del tejido conectivo, sobredistension uterina por polihidramnios o embarazo gemelar y uso de drogas ilícitas.
- f. **TRATAMIENTO**^{182 183}: El manejo de estas pacientes va a depender de la edad gestacional. Existen dos tipos de manejos:

- Activo (inducción del parto).
- Expectante (ingreso hospitalario)

No farmacológico. Una vez hospitalizada, colocar a la paciente en reposo, en decúbito lateral, canalizar vía periférica, controlar funciones vitales, constatar perdidas por genitales externos (líquido amniótico por vía vaginal), control estricto del ingreso hídrico y fluidos endovenosos administrados, efectivizar pruebas de bienestar fetal y exámenes de laboratorio. Se recomienda tomar las muestras antes de iniciar cualquier tratamiento.

Evitar el examen digital, salvo en que la paciente presente signos de trabajo de parto activo, continuar con la higiene habitual.

Terapia tocolítica. Su finalidad es postergar el parto por lo menos 24-48 horas para facilitar la maduración pulmonar fetal.

Terapia con corticoides. Se recomienda en gestantes entre 24-34 semanas de edad gestacional y se sugiere los siguientes esquemas.

- Betametasona 12mg IM cada 24 por 2 dosis
- Dexametasona 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis

Terapia antibiótica. Su objetivo es prevenir infecciones y prolongar el tiempo de latencia hasta el parto.

- Ampicilina 2g IV como dosis inicial y luego 1gr cada 6 horas por 7 días, previa prueba de sensibilidad.
- Eritromicina 500mg oral cada 6 horas por 7 días.
- Clindamicina 900mg IV cada 8 horas en caso de alergia a la penicilina

Terapia neuroprotectora. Se utiliza en gestantes entre 24-34 semanas de edad gestacional que se encuentran en riesgo inminente de parto prematuro. El esquema de Sulfato de Magnesio es de 4gr IV en 20 minutos lento y en bolo, seguido de 1gr cada hora durante 12 horas.

¹⁷⁷Ramos, W. Factores maternos de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas. Revista Médica Panacea. 2020; 9 (1): 36-42- <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/295/409>

¹⁷⁸Meléndez, N. y Barja, J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas de un hospital del callao, Perú. Revista Ginecología y Obstetricia Mexicana. 2020; 88(1): 23-28. <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v88n1/0300-9041-gom-88-01-23.pdf>

¹⁷⁹Orias. *Op. Cit.*, p. 4

¹⁸⁰Alfaro. *Op. Cit.*, p. 4

¹⁸¹Ramos. *Op. Cit.*, p. 37

¹⁸²Orias. *Op. Cit.*, p. 6-8

¹⁸³Susacasa, S., Frailuna, M., Swistak, E., Mondani, M., Fabra, L. y Martínez, M. Guía de práctica clínica: Rotura prematura de membranas. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires - Argentina; 2019. 1-47. https://www.sarda.org.ar/images/GPC_RPM_HMIRS_2019.pdf

**g. COMPLICACIONES¹⁸⁴:**

Complicaciones Maternas: Corioamnionitis, sepsis ovular, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), endometritis y fiebre puerperal.

Complicaciones Perinatales: Prematurez, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, hipoplasia pulmonar, sepsis, sufrimiento fetal, deformaciones esqueléticas, prolapso de cordón umbilical y mayor riesgo de mortalidad.

4. **POBLACION OBJETIVO:** Pacientes gestantes con ruptura prematura de membranas que son hospitalizados en el Servicio de Gineco Obstetricia.
5. **PERSONA RESPONSABLE:** Enfermera especialista en Gineco Obstetricia
6. **GRADO DE DEPENDENCIA:** III
7. **INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:** SOP, UCI, Centro Obstétrico, Laboratorio, Ecografía, UBF y Nutrición.
8. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Riesgo de infección (00004) C/A: - Ruptura prematura de la membrana amniótica. Dominio 11: Seguridad / protección Clase 1: Infección	Severidad de la infección (0703): 070307 fiebre 07033 dolor 070339 cefalea 070331 letargia 070332 pérdida de apetito 070329 hipotermia 070326 aumento de leucocito 070327 disminución de leucocitos	Protección contra las infecciones (6550) <ul style="list-style-type: none"> - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Vigilar el recuento absoluto de leucocitos y la formula leucocitaria. - Mantener asepsia para la paciente de riesgo. - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. - Instruir a la paciente acerca de los signos y síntomas de infección. Control de infecciones (6540) <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de la paciente - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. - Administrar tratamiento antibiótico, según indicación médica. Monitorización de signos vitales (6680) <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Monitorizar saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. - Monitorizar y registrar si hay signos de hipertemia. - Monitorizar la calidad de los pulsos. Terapia IV. (4200) <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la orden de la terapia IV. - Realizar una técnica aséptica estricta.

¹⁸⁴Meléndez. Op. Cit., p. 24



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
		<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las 10 reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones. - Administrar líquidos IV. a temperatura ambiente. - Administrar medicamentos IV. (antibióticos), según indicación médica y observar los resultados. - Vigilar el flujo IV. y el sitio de punción durante la infusión - Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. - Monitorizar los signos vitales. - Lavar las vías intravenosas entre la administración de soluciones incompatibles. - Documentar la terapia prescrita. - Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis. - Mantener las precauciones universales. <p>Interpretación de datos de laboratorio (7690)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los rangos referenciales de laboratorio. - Comprobar los resultados con los valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo para determinar los valores basales de (hemograma y PCR). - Informar inmediatamente de los cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico. - Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento de la paciente y su estado clínico. - Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.
<p>Riesgo de alteración de la Diada materno / fetal (00209)</p> <p>C/A: - Complicaciones del embarazo</p> <p>Dominio 8: Sexualidad</p> <p>Clase 3: Reproducción</p>	<p>Detección de riesgo (1908):</p> <p>190801 reconoce los signos y síntomas que indiquen riesgo.</p> <p>190802 identifica los posibles riesgos para la salud.</p> <p>190809 utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales.</p>	<p>Cuidados prenatales (6960)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente sobre la percepción de movimientos fetales. - Enseñar a la paciente a identificar los signos de alarma (sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, flujo vaginal, contracciones uterinas, disminución de movimientos fetales, etc.). - Enseñar a contar los movimientos fetales. <p>Cuidados de embarazo de alto riesgo (6800)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectivizar pruebas de laboratorio y de bienestar fetal. - Informar inmediatamente al médico sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno- fetal.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	190810 utiliza los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar corticoides para la maduración pulmonar (betametasona 12mg I.M), según indicación médica. - Mantener en reposo absoluto, según indicación médica. Manejo de líquidos (4120) - Pesar y contar los pañales, según corresponda. - Pesar a diario a la paciente. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico estricto). - Vigilar el estado de hidratación. - Administrar terapia IV. según indicación médica. Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura, y frecuencia respiratoria según corresponda. Punción IV (4190) - Verificar la orden del tratamiento IV. - Utilizar una técnica aséptica estricta. - Seleccionar una vena apropiada para la venopunción. - Elegir el tipo adecuado de catéter en función del propósito y duración de uso. - Mantener precauciones universales. Terapia IV (4200) - Verificar la orden de la terapia IV. - Realizar técnica aséptica estricta. - Comprobar las 10 reglas de la administración de correcta antes de iniciar la infusión administración de medicamentos. - Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV, si está indicado. - Administrar medicamentos IV (sulfato de magnesio como neuroprotector), según indicación médica y observar los resultados. - Vigilar el flujo y el sitio de punción IV. durante la infusión. - Realizar los cuidados del sitio de punción IV. Interpretación de datos de laboratorio (7690) - Anotar la hora y sitio de la recogida de las muestras, si procede. - Enviar muestras separadas al laboratorio (examen de orina y urocultivo) - Informar inmediatamente al médico de los valores críticos. - Tomar las muestras antes de iniciar cualquier tratamiento, ya que tienen efecto en los valores de laboratorio.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Ducente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
<p>Estreñimiento (00011)</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heces duras - Eliminación de menos de tres defecaciones por semana. - Sensación de evacuación incompleta - Esfuerzo excesivo en la defecación. <p>Población de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas que experimentan hospitalización prolongada. - Mujeres embarazadas <p>Dominio 3: Eliminación e Intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>050101 patrón de eliminación</p> <p>050103 color de las heces.</p> <p>050104 cantidad de heces en relación con la dieta.</p> <p>050112 facilidad de eliminación de las heces</p> <p>050118 tono esfinteriano.</p> <p>0501129 ruidos abdominales.</p> <p>050110 estreñimiento</p> <p>050128 dolor con el paso de las heces</p>	<p>Manejo del estreñimiento /impactación fecal (0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Vigilar la existencia de peristaltismo. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado. - Enseñar a la paciente para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. - Comunicar al médico si persiste el estreñimiento. - Administrar enema, según indicación médica. - Pesar regularmente a la paciente. - Administrar laxante (lactulosa), según indicación médica. <p>Manejo de la nutrición (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar dieta prescrita por el médico. - Asegurar que la dieta incluya alimentos con fibra para evitar estreñimiento. - Coordinar con el servicio de nutrición. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. - Enseñar a la paciente acerca de los efectos adversos esperados de la medicación (dolor abdominal, diarrea, etc.). - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
<p>Riesgo de Estreñimiento (00015)</p> <p>Población de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas que experimentan hospitalización prolongada. - Mujeres embarazadas <p>Dominio 3: Eliminación e Intercambio</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>050101 patrón de eliminación.</p> <p>050103 color de las heces.</p> <p>050104 cantidad de heces en relación con la dieta.</p> <p>050112. facilidad de eliminación de las heces.</p>	<p>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Vigilar la existencia de peristaltismo. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causas del estreñimiento o que contribuyan al mismo. - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
'San Bartolomé'Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
Clase 2: Función gastrointestinal	050118 tono esfinteriano. 050121 eliminación fecal sin ayuda. 050129 ruidos abdominales. 050108 sangre en las heces. 050110 estreñimiento 050128 dolor con el paso de las heces.	- aconsejar a la paciente que consulte con un médico si el estreñimiento persiste. - Pesar a la paciente regularmente. - Administrar laxante (lactulosa), según médica. Documentación (7920)



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Gineco-
Obstetricia

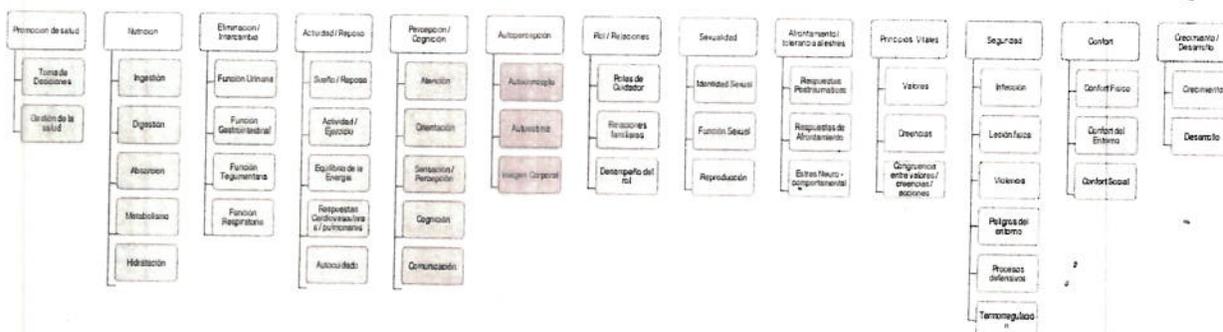


VII. RECOMENDACIONES

Las guías de intervención de enfermería deben ser actualizadas cada 2 o 3 años debido a los cambios en el manejo de las patologías, la actualización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados establecidos por la NANDA, NIC y NOC.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1
TAXONOMIA NANDA



Fuente: NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2021-2023, 12va Edición. Barcelona: Elsevier, 2021. p. 156



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Departamento de Enfermería	Servicio de Gineco Obstetricia
------	---------------------	--	----------------------------	--------------------------------

**ANEXO 2
TAXONOMIA NOC**

	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
Nivel 1 Dominio	Salud Funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social	Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad	Salud percibida Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Salud familiar Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia	Salud comunitaria Resultado que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población
Nivel 2 Clases	<p>Mantenimiento de la energía: Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona</p> <p>Crecimiento y Desarrollo: Resultados que describen la movilidad física de una persona</p> <p>Movilidad: Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos</p> <p>Autocuidado: Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</p>	<p>Cardiopulmonar: Resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona</p> <p>Digestión y Nutrición: Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona</p> <p>Eliminación: Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona</p> <p>Líquidos y electrolitos: Resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona</p> <p>Respuesta Inmune: Resultados que describen la reacción fisiológica de una persona a sustancias</p>	<p>Bienestar psicológico: Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada</p> <p>Adaptación psicosocial: Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona y la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida</p> <p>Autocontrol: Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para sí mismo y para los demás</p> <p>Interacción social: Resultados que describen las relaciones de una</p>	<p>Conducta de salud: Resultados que describen las acciones de una persona para promover o restaurar la salud.</p> <p>Creencias sobre la salud: Resultados que describen las ideas y percepciones de una persona que influyen en la conducta de salud</p> <p>Gestión de la salud: Resultados que describen las acciones de una persona para controlar una enfermedad aguda o crónica</p> <p>Conocimientos sobre su condición de salud: Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para promover, mantener o restablecer la salud</p>	<p>Salud y calidad de vida: Resultados que describen el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella</p> <p>Satisfacción con los cuidados: Resultados que describen percepciones de una persona de la calidad y la adecuación de la asistencia sanitaria</p> <p>Sintomatología: Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida de una persona</p>	<p>Desempeño del cuidado familiar: Resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente</p> <p>Estado de salud de los miembros de la familia: Resultados que describen la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia</p> <p>Bienestar familiar: Resultados que describen el entorno familiar, el estado de salud global y la competencia social de la familia como unidad</p> <p>Ser padre: Resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y el desarrollo óptimos de un hijo</p>	<p>Protección de la salud comunitaria: Resultados que describen las estructuras y programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos sanitarios y aumentar la resistencia comunitaria a las amenazas sanitarias</p> <p>Bienestar comunitario: Resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o comunidad</p>



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Departamento de Enfermería	Servicio de Gineco Obstetricia
------	---------------------	--	----------------------------	--------------------------------

	<p>extrañas o que el organismo considera extrañas.</p> <p>Regulación metabólica: Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal</p> <p>Neurocognitiva: Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona</p> <p>Función Sensitiva: Resultados que describen la percepción de una persona y el uso de la información personal</p> <p>Respuesta terapéutica: Resultados que describen una reacción sistémica de una persona a un tratamiento, agente o método sanitario</p> <p>Integridad tisular: Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona</p>	<p>persona con los demás</p>	<p>Conocimientos sobre promoción de la salud: Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para optimizar la salud</p> <p>Control de riesgos: Resultados que describen las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud</p> <p>Seguridad: Resultados que describen el comportamiento o estado de una persona para promover la protección contra el daño</p>			
--	---	------------------------------	---	--	--	--

Fuente: Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Medición de Resultados en Salud, 6ta Edición. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 54-55



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Departamento de Enfermería	Servicio de Gineco Obstetricia
------	---------------------	--	----------------------------	--------------------------------

ANEXO 3 TAXONOMIA NIC

	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
Nivel 1 Campos	1. Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	2. Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	3. Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	4. Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños	5. Familia Cuidados que apoyan a la unidad familiar	6. Sistema Sanitario Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	7. Comunidad Cuidados que apoyan la salud de la comunidad
Nivel 2 Clases	<p>A. Control de actividad y ejercicio: intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía</p> <p>B. Control de la evacuación: intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.</p> <p>C. Control de la Inmovilidad: intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas</p> <p>D. Apoyo Nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional</p>	<p>G. Control de electrolitos y acido básico: intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acido básico y prevenir complicaciones.</p> <p>H. Control de fármacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos</p> <p>I. Control Neurológico: intervenciones para optimizar la función neurológica</p> <p>J. Cuidados Periooperatorios: intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía</p> <p>K. Control Respiratorio: intervenciones para fomentar la permeabilidad de las</p>	<p>O. Terapia Conductual: intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables</p> <p>P. Terapia Cognitiva: intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable</p> <p>Q. Potenciación de la Comunicación: intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p> <p>R. Ayuda para el afrontamiento: intervenciones para ayudar a otros a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento</p>	<p>U. Control en casos de crisis: intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en caso de crisis psicológicas o fisiológicas</p> <p>V. Control de Riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.</p>	<p>W. Cuidados de un bebé: intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto</p> <p>Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé: intervenciones para ayudar en la crianza de los niños</p> <p>X. Cuidados durante la vida: intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.</p>	<p>Y. Mediación del sistema sanitario: intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria</p> <p>a. Gestión del sistema sanitario: intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados.</p> <p>b. Control de la Información: intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria</p>	<p>c. Fomento de la salud de la comunidad: intervenciones que fomentan la salud de toda comunidad</p> <p>d. Control de riesgos de la comunidad: intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.</p>



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Departamento de Enfermería	Servicio de Gineco Obstetricia
------	---------------------	--	----------------------------	--------------------------------

<p>E. Fomento de la Comodidad Física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas</p> <p>F. Facilitación del Autocuidado: intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria</p>	<p>vías aéreas y el intercambio gaseoso</p> <p>L. Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.</p> <p>M. Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales</p> <p>N. Control de la Perfusión tisular: intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.</p>	<p>S. Educación de los pacientes. Intervenciones para facilitar el aprendizaje</p> <p>T. Fomento de la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas</p>			
---	---	--	--	--	--

Fuente: Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. y Wagner, C. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma Edición, Barcelona: Elsevier; 2019. p. 28 - 29

**IX. BIBLIOGRAFIA**

- Abreu, Y., Martínez, J., Rodríguez, E., Alern, A. y García, J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016; 8(supl): 99-110.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfrs161i.pdf>
- Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaria distrital de salud. Guía de cuidados de enfermería a la mujer en el periodo posparto. Enfermería basada en la evidencia (EBE). Capítulo 5. Cuidados de Enfermería a la mujer con hemorragia posparto. 2015. p. 36.
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>
- Alfaro K. Factores asociados a ruptura prematura de membranas de pretérmino [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2565>
- Almeida, L., Vázquez, I., López, M. y García, L. Protocolo: Colestasis Intrahepática Gestacional. Centro Medicina fetal-neonatal Barcelona. 2020. p.1-8.
<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis-intrahepatica.html>
- Arriaga, A., Rosales, L., Martínez, L., Pérez, Y., Jiménez, S., Marcial, A., et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Un reto para la obstetricia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2021; 64(3): 20-36
<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.3.03>
- Ayala, J. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al hospital nacional Arzobispo Loayza, 2020. [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. 2021.
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/9671>
- Barzola, K. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hiperémesis gravídica. Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú. 2019: 1-16. https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_370-2019-HCH-DG.pdf
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. y Wagner, C. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma Edición, Barcelona: Elsevier; 2019. p. xii
- Calderón, M., Hidalgo, J., Baquerizo, M., Benitez, Y., Mendoza, R. y Valencia, M. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Revista Universitaria con Proyección Científica, Académica y Social. MEDICIENCIAS Universidad Técnica de Ambato. 2022; 6(2): 60-65.
<https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/medl/article/view/1626/1424>
- Carvajal, J. y Barriga, M. Capítulo 22. Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE). Manual de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, 13ra edición. Chile., 2022. p. 240-256. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
- Carvajal, J. y Barriga, M. Capítulo 52. Miomas Uterinos (Leiomiomas). Manual de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, 13ra edición. Chile., 2022. p. 506-515. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
- Castiblanco, R., Coronado, C., Morales, L., Polo, T. y Saavedra, A. Hemorragia posparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. 2022; 13(1): 1-18.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Hospital Clinic. Hospital Sant Joan de Déu. Protocolo: Diabetes Gestacional. 2018. 1-18.
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf>
- Chaverri, G. Endometritis Postparto. Revista Médica Sinergia. 2016; 1(12): 21-25).
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/56>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- Cohen, D. Prolapso Genital Femenino: lo que debería saber. *Revista Médica Clínica Condes*. 2013; 24(2): 202-209. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf
- Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima: CEP; 2015. Pág. 18 - 19
- Crespo, D. y Mendieta, L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. *Memorias del Instituto de Investigación en Ciencias la Salud*. 2019; 17(3): 5-9. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n3/1812-9528-iics-17-03-5.pdf>
- Cruz, A., Medina, G. y Ávila, S. Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Revista Cuba Enfermería*. 2020; 36(2), 1-19. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3208> p.1
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J. y Hoffman, B. et. al. Capítulo 40: Trastornos Hipertensivos. *Williams Obstetricia*. ACCES Medicina. eds. Williams. Obstetricia, 24e. McGraw Hill; 2015.: 1-8. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100461351>
- Debras, E., Neveu, M., Capmas, P. y Fernández, H. Mioma e infertilidad. *EMC - Ginecología y Obstetricia*. 2022; 58(1): 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)46051-6](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)46051-6)
- Decreto Supremo N° 004-2004-SA "Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o)" Capítulo I.
- Decreto Supremo N° 004-2004-SA, Art. 9°, Inciso a.
- Elsevier Connet (sede web). NANDA-1, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. 2022. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
- Escobar, D. y Tapia, M. Preeclampsia con signos de severidad, actualización de la teoría y manejo emergente. *Revista Polo del Conocimiento*. 2022; 7(6): 769-787 <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4103/9614>
- Espinoza, A. y Fernández, R. Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(4): 41-54. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i4.180>
- Espinoza, A., Vilchez, M. y Webb, K. Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(6): 14-23. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.196>
- Estiú, Marcela., Frailuna, M., Dericco, M. y Otero, C. Guía de Práctica Clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. *Revista Hospital Materno Infantil Ramon Sarda*. 2019; 1(4): 48-71. https://www.sarda.org.ar/images/2019/2019-1_4_Guia.pdf
- Frailuna, M., Echegaray, M., Estiú, C., Di, L., Betular, A., Navarro, L. y Salvo, M. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO 2016. p.1y13. [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso de obstetricia Colestasis y embarazo 2016.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso%20de%20obstetricia%20Colestasis%20y%20embarazo%202016.pdf)
- Frías, J., Pérez, C. y Saavedra, D. Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016; 64(4): 769-775. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54569>
- Grupo Desarrollador de la Guía. Universidad Nacional de Colombia. Alianza CINETS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: Sección 3. Infecciones en el embarazo: Ruptura Prematura de Membranas (RPM). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 66(4): 263-286. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.293>
- Gutiérrez, P. Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidos en consulta externa de ginecología del hospital II Ramon Castilla de lima en el periodo 2012 - 2015. [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2016. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2214>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- Haro, K., Toledo, K., Fonseca, Y., Arenas, D., Arenas, H. y Leonher, K. Hiperémesis gravídica: Manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31(2): 988-991. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8143>
- Herrera, K. Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*. 2018; 3(3): 8-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Hidalgo W. Principales características clínicas y epidemiológicas de distopia genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital II-2 Tarapoto, periodos julio 2017 - junio 2018. [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2020. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3696>
- Hospital Provincial Neuquen Dr. Eduardo Castro Rendon. El proceso de atención de enfermería. 2020; 1(1), 1-32 <http://hospitalneuquen.org.ar>
- Ibaceta, R. Protocolo de referencia y contrarreferencia en Endometritis Puerperal. Complejo Hospitalario San José. Unidad Obstetricia y Ginecología. 2015. Versión 1. https://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/hospital_clinico_san_jose/ginecologia/endometritis.pdf
- Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018, Lima – Perú. p. 121. Instituto Nacional Materno Perinatal
- Larrabure, G., Martínez, S., Luque, M., Sánchez, S., Mascaró, P., Ingar, H., Castillo, W., et al. Prevalencia y factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional: hallazgos de un programa de factibilidad de tamizaje universal en Lima, Perú. 2018; 18(303): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1904-0>
- Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o), Capítulo I.
- López, A. Diagnóstico y tratamiento de los leiomiomas uterinos. [Tesis de Titulación] Santa Cruz de Tenerife - España. 2021. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/22684>
- López, M. Enfermería Relaciones Humana. 2015. <http://marlopezmorejon.blogspot.pe/2015/02/enfermeria-relaciones-humana.html>
- Mackeen, A., Packard, R., Ota, E. y Speer, L. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001067.pub3>
- Matos, L., Reyes, K., Lopez, G., Reyes, M., Aguilar, E., Pérez, O., et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. 2020; 7(3): 179-186. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
- Medina, E., Sánchez, A., Hernández, A., Martínez, M., Jiménez, C., Serrano, I., Maqueda, A., Islas D. y Cruz, M. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Revista de Medicina Interna de México*. 2017; 33(1): 91-98 <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim171j.pdf>
- Mego, S. Colestasis Intrahepática del Embarazo y sus Resultados Perinatales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo 2011-2020. [Tesis de Especialización] Lima – Perú. 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9625>
- Ministerio de salud del Perú (MINSa). Boletín Epidemiológico. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. 2019; 28-SE 46: 1166-1190. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
- Ministerio de salud del Perú. (MINSa). Boletín epidemiológico. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. 2022; 31-SE13: 414-446. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202213_29_141926.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. 2013; 3(1): 41-48 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964686>



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Gineco Obstetricia



- Ministerio de Salud, Oficina General de Defensa Nacional. Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres. Lima: MINSA; 2006. Pág. 17
- Ministerio de Salud. Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2021. Pág. 15, 16, 37 y 38
- Moldenhauer, J. Endometritis posparto. Manual MSD, Versión para Profesionales Atención posparto y trastornos asociados. 2022. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-posparto>
- Monge, T., Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica Sinergia. 2017; 2(11): 3-6. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/98/167>
- Montero, A., Ferrer, R., Paz, D., Pérez, M. y Díaz, Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Revista Médica Multimed. 2019; 23(5): 1155-1173 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92822>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Medición de Resultados en Salud, 6ta Edición. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 7
- Morales, M., Acho, E., Castrillón, C., Marcelo, H., Vera, E., López, E., Zhang, C., y Leey, J. Monitoreo continuo de glucosa en tiempo real y mejora del control glicémico en diabetes gestacional. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal. 2022; 11(1): 43-48. <https://doi.org/10.33421/inmp.2022249>
- Mou, M., Rivera, Y. y Vargas, M. Hiperémesis gravídica: abordaje y opciones terapéuticas. Revista Médica Sinergia. 2022; 7(4): 1-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms224f.pdf>
- NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2021-2023, 12va Edición. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 85
- Naranjo, Y., González, L., y Sánchez, M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2018; 22(6): 831-842 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831 p.1
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hiperglucemia y Embarazo en las Américas: Informe final de la Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo (Lima, Perú. 8-10 de septiembre del 2015). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28207>
- Orias, M. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(11): 1-10: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.606>
- Pacheco, J. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina. Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 2019: 1-13. https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf
- Pereira, J., Pereira, Y. y Quiroz, L. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(1): 1-13: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/686>
- Quiroz, G., Alfaro, R., Bolivar, M, y Solano, N. Amenaza de parto pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. UCR - HSJD. 2016; 6(1): 75-80. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>
- Ramos, W. Factores maternos de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas. Revista Médica Panacea. 2020; 9 (1): 36-42. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/295/409>
- Rivera, S., Chacón, C. y González, A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6): e512. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>
- Robles, V., Rojas, S. y Thuel, M. Actualización en el manejo de labor de parto pretérmino. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(1): 1-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.330>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- Rodríguez, J. Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero - Junio 2017 [Tesis de Titulación] Lima - Perú. 2018. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1249>
- Ruoti. M. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). 2020; 53(3): 115-130. <https://doi.org/10.18004/anales/2020.053.03.115>
- Sairitupac, L Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Lima - Peru. 2019: 1-20. <https://heves.gob.pe/resoluciones/directorales/2018/RD-079-2018-DE-HEVES.pdf>
- Servicio de Gineco – Obstetricia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de ruptura prematura de membranas en gestantes pre-termino (Adopción de Recomendaciones). Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Lima – Peru. 2018. 1-93. <https://heves.gob.pe/resoluciones/directorales/2018/RD-079-2018-DE-HEVES.pdf>
- Sibaja, L. y Vargas, N. Manejo de la Hiperémesis Gravídica. Revista Médica Costa Rica y Centroamérica. 2011; 68(599): 441-445. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Amenaza de Parto Pretérmino. medicina perinatal. 2014; 1-21. <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretermino21.pdf>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Parto pretérmino. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2020; 63(1): 283-321. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Prolapso de los Órganos Pélvicos. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2020; 63(1): 54-59. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Trastornos hipertensivos en la gestación. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2020; 63(1): 244-272. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
- Taylor, M. y Pillarisety, L. Endometritis. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. 2022; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553124/>
- Toro, L., Correa, E., Calle, L., Ocampo, A. y Vélez, S. Enfermedades hepáticas y embarazo. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2019; 34(4): 385-398. <https://doi.org/10.22516/25007440.367>
- Urure, I. Importancia de la enfermería basada en la evidencia. Rev. Enferm. Vanguard. 2017; 5(2), 35-36. <https://doi.org/10.35563/revan.v5i2.216>
- Valencia, C. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el periodo enero - diciembre 2018. [Tesis de Titulación] Lima - Perú 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2888>
- Vallejo, J. Fisiopatología de la Ruptura Prematura de Membranas y Marcadores. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; (607): 543-5499. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Gineco
Obstetricia

- Vargas, K. y Vargas, C. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; (613): 719-723.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145h.pdf>
- Vargas, S. y Duarte, M. Hemorragia postparto. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(11): 1-12. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603/1033>
- Velumani, V., Duran, C. y Hernandez, L. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2021; 64(5): 7-18.
<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>
- Vigil, D. y Olmedo, J. Diabetes gestacional: Conceptos actuales. Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana. 2017; 85(6): 380-390.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom176g.pdf>
- Williamson, C. y Geenes, V. Colestasis Intrahepática del Embarazo. Obstetric and Gynecology. 2014; 124: 1-22.
<https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/July2014/TranslationWilliamson.pdf>
- Yanque, O. Colestasis Intrahepática Gestacional. Revista Peruana de Investigación en Salud. 2020; 4(1): 37-42 <https://doi.org/10.35839/repis.4.1.608>