

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE
LOPEZ"**



**DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA**

**GUÍA DE PRÁCTICAS
CLÍNICAS DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE
GINECOLOGÍA**

Jefa de Serv. Enf. Especialista Hilda Nelly Melgarejo Aranda

2023

Jefe del Departamento de Enfermería:

Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas

Jefe de Servicio de Enfermería en Hospitalización de Ginecología

Enf. Especialista Hilda Nelly Melgarejo Aranda

Documento elaborado por:

Lic. Hilda Nelly Melgarejo Aranda

Enf. Especialista en Cuidados Gineco Obstétricos

Lic. Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra

Enf. Especialista en Cuidados Gineco Obstétricos

Lic. Norma Beatriz Ipince Antúnez

Enf. Asistencial de Ginecología

Comité Revisor:

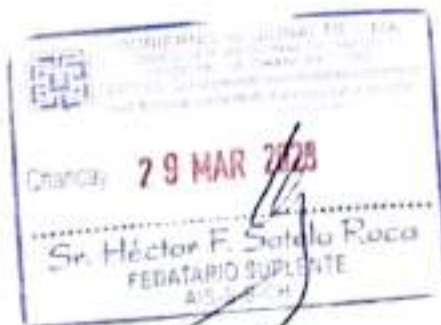
Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas

Mg. En Gerencia en Servicios de salud

Enf. Especialista en Emergencias y Desastres

Auditora en Servicios de Salud.

Marzo del 2023



N° 121-2023-LIMA-H-CH-SBS-DE

Chancay, 22 de marzo del 2023

Resolución Directoral

VISTO:

MEMORANDON N° 053 GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/DPTO.ENFER/2023, suscrito la Jefa del Departamento de Enfermería, el cual contiene la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de segunda oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos, con el objetivo de establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de las Guías de Práctica Clínicas" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, con la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" en el que se ha definido a la Guía Técnica: "Es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud, para regular los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud entre otros aspectos sanitarios, en el marco de las funciones y competencias rectoras de la ANS. También puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal o reglamentaria de carácter general." Señalando, además que, están basados en la revisión de la mejor evidencia científica existente y disponible, y busca resultados óptimos de beneficio para la comunidad. Su aplicación es de carácter permanente, su cumplimiento es obligatorio, y comprende los aspectos de prestación, organización, financiamiento y de gestión de los servicios de salud, entre otros aspectos regulatorios sanitarios;

Resolución Directoral

Chancay, 22 de marzo del 2023

Que, en el literal f), del artículo 37°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chancay y SBS°, aprobado con Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL, se establece como una de las funciones del Departamento de Enfermería, proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, asimismo, el antes previsto Reglamento, en el literal f), del artículo 13°, establece como una de las funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad, asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, el proyecto de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA, propuesto por la Jefa del Departamento de Enfermería tiene como finalidad de contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homologación del trabajo enfermero en el servicio de Enfermería en Hospitalización de Pediatría, lo que repercutirá en la del cuidado que se brinda;

Que, acorde al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atenderlo solicitado por la Jefa del Departamento de Enfermería, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutorio de aprobación de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA;

Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad, Departamento de Enfermería y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Ayoche López";

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Chancay y SBS, aprobada con Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-LR y Resolución Directoral N° 038-2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. – Aprobar a partir de la fecha de expedición de la presente resolución el GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE GINECOLOGÍA; el cual forma parte de la presente Resolución

ARTICULO SEGUNDO.- Disponer, que la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Chancay y SBS, realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución.

ARTICULO TERCERO.- Encargar al responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transferencia, publicará la presente resolución en el Portal de Transparencia del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud.



ARTICULO CUARTO.- Dejar sin efecto, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese

Transcribe:

- Dirección Administrativa
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Dpto. Enfermería
- Asesoría Legal
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo.



ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN.....	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA	6
VII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	20
VIII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST LEGRADO UTERINO	34
IX.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POS PARTO	50
X.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE COLPORRAFIA AP + TOT	68
XI.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL.....	91
XII.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL.....	105

I. PRESENTACION

El Departamento de Enfermería conocedor de la importancia que el personal enfermero cuente con sus Guías De Práctica Clínica de cuidados de enfermería de manera documentada, y que estas se conviertan en una herramienta de gestión del cuidado que contribuya a la optimización de los recursos humanos y materiales para el mejoramiento continuo de las intervenciones desarrolladas y así también contribuya en la consecución de la Misión, Visión y Objetivos estratégicos de nuestra institución ha propuesto el presente documento: Guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en el Servicio de Hospitalización de Ginecología, teniendo en cuenta la morbilidad y especificando los procedimientos, las actividades, sus interrelaciones con otros procedimientos, los responsables de su ejecución, y los puntos de control, así como las evidencias generadas con la ejecución de las actividades utilizando los planes de cuidado que se aplicaran de manera individualizada ayudando a cada paciente de manera independiente como ser humano único en sus características y/o necesidades.

II. FINALIDAD:

La presente guía tiene como finalidad contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homogenización del trabajo enfermero en el servicio de enfermería en Hospitalización de Ginecología, lo que repercutirá en el cuidado que se brinda.

III. OBJETIVOS

Estandarizar los criterios e intervenciones de enfermería de acuerdo a la morbilidad de la atención en el servicio de Enfermería en Hospitalización de Ginecología, en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica de enfermería es de uso obligatorio en el servicio de enfermería en Hospitalización de Ginecología, en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" y convertirse en documento de referencia para los servicios que pudieran intervenir de manera indirecta en el manejo de pacientes con los diagnósticos incluidos en el presente documento.

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización.
- ✓ Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. –
- ✓ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. –
- ✓ Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Decreto Supremo N° 007-2012-SA, Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 302 – 2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 419 - MINSNDGSP-V.01: -Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud».
- ✓ Resolución Ministerial N° 826 – 2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POST CESAREADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA



Edición N. ° 001

Página 6 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA

I FINALIDAD

Estandarizar el manejo y unificar conocimiento para mejorar la calidad en la atención integral basado en evidencia científica y el enfoque de pertinencia intercultural en el proceso del cuidado de enfermería.

II OBJETIVOS

- Brindar cuidados de enfermería oportuno basados en la investigación científica a las pacientes con post cesareadas
- Disminuir las complicaciones
- Disminuir la morbimortalidad materno fetal
- Asegurar la calidad del cuidado de enfermería,

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de cuidados de enfermería se aplicará en las pacientes del servicio de hospitalización de ginecología que está a cargo de la licenciada especialista en gineco obstetricia en el hospital de Chancay Dr. "HILDALGO ATOCHE LOPEZ"

IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en pacientes post cesareada.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARTO COMPLICADO

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

PARTO COMPLICADO (CIE10: O26.9)

Procedimiento

CESÁREA

V. CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERIA

5.1 DEFINICIÓN:

Por lo general un parto transcurre sin ningún problema. Los problemas graves son relativamente raros y la mayoría pueden proveerse y tratarse de forma eficaz. Sin embargo, El desarrollo de complicaciones durante la dilatación y el parto se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatales. Puede preverse algunas complicaciones si se logra identificar. Es fundamental que el profesional de la salud entienda el proceso normal del parto para que pueda prevenir las complicaciones que surjan durante el este proceso.

CESAREA:

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto es extraído a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Este procedimiento se realiza cuando se determina que este método es más seguro para la madre, para el bebé o para ambos que el parto vaginal. La incisión en la piel puede ser vertical (longitudinal) o transversa (horizontal), y la incisión en el útero puede ser vertical o transversal.

5.2 ETIOLOGÍA

- Macrosomía fetal
- Cesárea iterativa: >2 cesáreas previas



- Antecedente de RPM
- Infecciones maternas: condilomas que afecten extensamente el canal de parto. Pacientes VIH +, lesiones activas de herpes genital
- Patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía severa)
- En algunos casos de prematuridad,
- Gestaciones múltiples
- Frecuencia cardíaca fetal anormal
- Posición anormal del feto durante el parto (presentación de nalgas, transversa u oblicua)
- Falta de progreso o evolución anormal del trabajo de parto
- Complicaciones de la placenta (por ejemplo, placenta previa, situación en que la placenta bloquea el cuello uterino y presenta el riesgo de desprenderse del feto prematuramente)
- Lesiones por herpes activas en la vagina o en el cuello uterino de la madre.

5.3 FISIOPATOLOGIA:

El parto complicado es donde las contracciones se debilitan. El cuello uterino no se dilata (abre) lo suficiente o tarda demasiado en dilatarse. El bebé no está en la posición correcta, es demasiado grande o la pelvis demasiado pequeña para que el bebé pueda avanzar por el canal de parto. Si tiene problemas durante este proceso, es posible que el profesional de la salud necesite darle medicamentos para inducir o acelerar el parto, usar herramientas para ayudar a guiar al bebé fuera del canal de parto o dar a luz por cesárea.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS CESÁREAS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZAN:

- **Electiva o programada:** Es aquella que se realiza sin esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto.
- **Cesárea intraparto:** Es aquella que se realiza durante el trabajo de parto.
- **Cesárea urgente (urgentes, muy urgentes y emergentes):** Es aquella que se realiza cuando la vida de la madre o el feto corre riesgo. La clasificación de las cesáreas según la técnica quirúrgica:
- **Cesárea corporal:** Es aquella donde se realiza una incisión vertical en el cuerpo uterino. Actualmente ya casi no se realiza.
- **Cesárea segmentaria:** Es aquella donde se realiza una incisión transversa en uno de los segmentos uterinos. Actualmente es la más realizada.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Según la Organización Mundial de Salud, recomienda que la tasa ideal de cesáreas no debe sobrepasar el 15% del total de los partos. A nivel del Perú, los datos obtenidos en el ENDES 2019 nos expresan lo siguiente: se evidencia un crecimiento exponencial del parto por cesárea a lo largo de los años, representando en el 2019 el 34.7% de todos los partos, porcentaje que supera enormemente lo recomendado por la OMS. Se ha evidenciado que dicho crecimiento es más pronunciado en las áreas urbanas, representando el 40.9%, en comparación a el 17.1% de las zonas rurales, dando a entender que las diferencias socioeconómicas influyen. Comparando con el año 2014 (28.6%), ha habido un incremento de 6.1 puntos porcentuales. En el 2019, se ha visto que la prevalencia aumenta al aumentar la edad de la madre y disminuye a medida que del orden de la paridad va aumentando.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1 RIESGOS DEMOGRAFICOS

- Raza
- Edad (< menor de 17 años > de 35 años de edad)



- Madre soltera
- Nivel educativo

5.5.2 RIESGO POTENCIALES

- Antecedentes de parto pretérmino
- A. abortos
- Anomalías uterinas
- Diabetes e hipertensión
- Riesgo de embarazo actual
- Estrés
- Irritabilidad uterina
- Cambios cervicales
- Expansión inadecuada del volumen
- Deficiencia de progesterona
- Infecciones

5.5.3 RIESGOS DE COMPORTAMIENTO Y DE AMBIENTE

- Nutrición deficiente
- Tabaquismo
- Drogadicción
- Falta de cuidado prenatal
- Parto prolongado
- Trabajo físico pesado

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y síntomas



- Dolor
- Altura uterina por encima de cicatriz umbilical
- Control de sangrado vaginal
- Herida opera

6.1.2 gráficos, diagramas fotografías

FASES DEL NACIMIENTO POR CESÁREA



© 2010 by ...

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 9 de 117

6.1. 3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

1. DOMINIO 12: Confort

Código de diagnóstico (00132)

dolor agudo R/C agente físico E/P expresión verbal

2. DOMINIO 4: actividad y reposo

Dominio. 4. clase 2 concepto: movilidad

Código de diagnóstico (00085)

Deterioro de la movilidad física R/C dolor E/P limitación de la amplitud del movimiento

3. DOMINIO 5: percepción y cognición

Dominio 5. clase 4. concepto: conocimiento

Código de diagnóstico (00161)

4. DOMINIO 5: Percepción Cognición

Disposición para mejorar conocimientos R/C falta de información que se le proporciona al paciente E/P manifiesta interés por el aprendizaje

5. DOMINIO 9: afrontamiento /tolerancia al estrés

Código de diagnóstico (00146)

Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P temor impaciencia

6. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos E/P herida quirúrgica.

7. DOMINIO 11: seguridad y protección

Dominio 11. clase. concepto: infección

Código de diagnóstico (0004)

Riesgo de infección R/C herida quirúrgica

Código (00206)

8. DOMINIO 11: seguridad y protección

Dominio 11. clase. concepto: infección

Riesgo de hemorragia R/Complicaciones post parto (cesaría)

6.3. EXAMENES AUXILIARES: Actividades Interdisciplinarias De Enfermería

6.3.1 De patología clínica

Exámenes prequirúrgicos

- Hemograma completa
- Examen completo de orina
- Urea
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- Tiempo de coagulación y sangría
- Grupo y factor
- Elisa Hexagon
- Antígeno australiano latex
- VDRL



Exámenes posquirúrgicos

- Hemograma completo después de las 6 horas post operatorias

6.3.2 De imágenes

- Ecografía obstétrica

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA: No aplica en enfermería

6.4.1 Medidas generales y preventivas

No es posible prevenir la cesárea puesto que al ser de origen incierto inicialmente realizada solo en condiciones extremas presentara variantes en su realización relacionados al mecanismo de trabajo de parto.

6.4.2 Terapéutica

Actividad interdependiente como miembro del equipo multidisciplinario

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Observación como actividad interdependiente como miembro del equipo multidisciplinario

6.4.4 Signos de alarma

- Fiebre
- Loquios con mal olor
- Herida operatoria enrojecida, Empastada, elimina secreción serohemática por los puntos de incisión

6.4.5 Criterios de Alta Medica

No aplica

6.4.6 Pronostico

No aplica

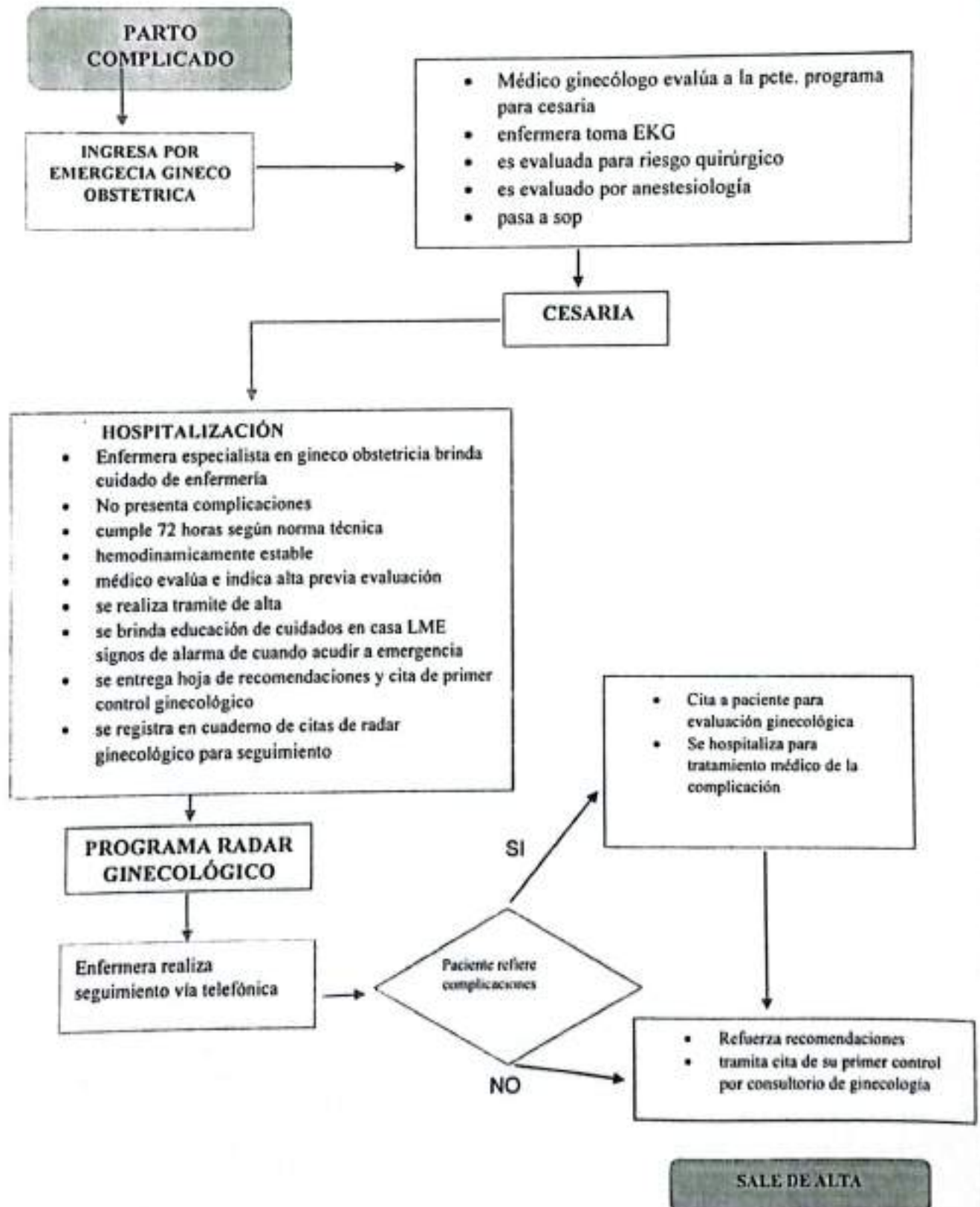
6.5. COMPLICACIONES

- Atonía uterina
- Infección de herida operatoria
- Endometritis

6.6 CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No aplica

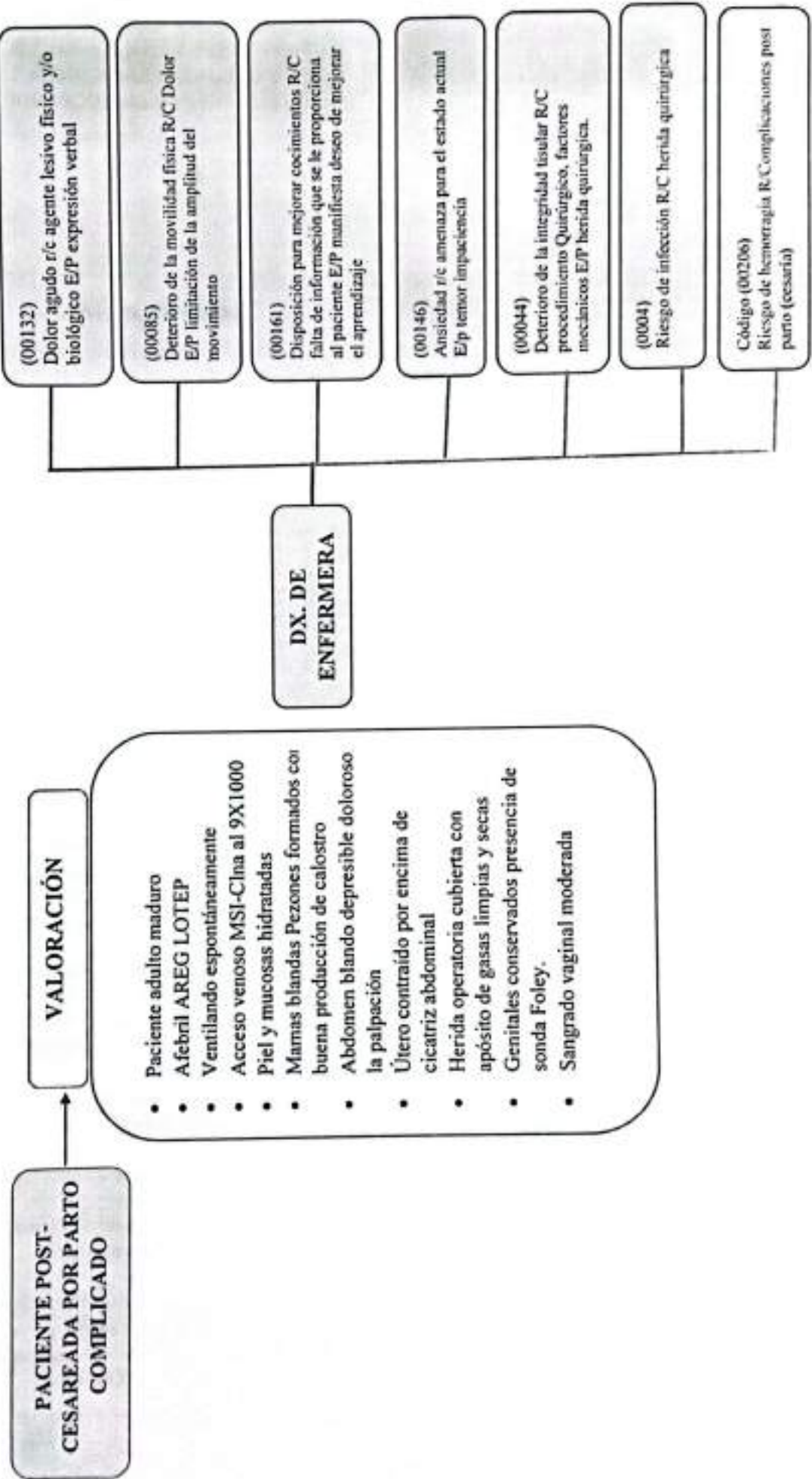
6.7. FLUXOGRAMA







PERÚ
Ministerio de Salud

FLUJOGRAMA



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 13 de 113

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código de diagnóstico (00132) dolor agudo r/c agente lesivo físico y/o biológico E/P expresión verbal	2102 nivel de dolor 1605 control del dolor	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas Aplicar escala del dolor Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor Proporcionar información acerca del dolor Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del Dolor Monitoreo de signos vitales (6680) Manejo de la medicación (2380) <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Administrar medicamentos según protocolo e indicación medica observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Registrar en notas de enfermería Acuerdo con el paciente (4420) <ul style="list-style-type: none"> Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados 	Nunca demostrado 1 Siempre demostrado 5



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POST CESAREADA





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA

Edición N.º 001

Página 14 de
117

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00161) Disposición para mejorar conocimientos R/C falta de información que se le proporciona al paciente E/P manifiesta deseo de mejorar el aprendizaje	(1818) salud materna en el puerperio (1002) mantenimiento de la lactancia materna	<p>Cuidados del postparto (6930)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales • Controlar el dolor de la paciente • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación • Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario • Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante (presencia de eritema equimoso, exudado y la aproximación de los bordes de la herida). • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos • fomentar una deambulacion precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario • instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias • monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones • instruir a la paciente sobre los cambios mamarios • monitorizar la vejiga urinaria incluida las entradas y salidas • facilitar la reanudación de una función urinaria normal • monitorizar la función intestinal (hora de la última defecación, ruidos intestinales, presencia de flato • proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo (tristeza del posparto, depresión y psicosis). 	Nunca demostrado (1) siempre demostrado (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.° 001 Página 15 de 117

		<p>(5244) Asesoramiento en la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna. • Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible). • Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios). • Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica. <p>Cuidados perineales (1750)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con la higiene • Mantener el periné seco • limpiar el periné exhaustivamente con regularidad • Aplicar medicación prescrita • Documentar características del drenaje (loquios) • Instruir al paciente sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (mal olor) 	
--	--	--	--



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUCION NOC ESCALA
<p>Código de diagnóstico. 00146</p> <p>Ansiedad r/c amenaza para el estado actual E/p temor impaciencia</p>	<p>Nivel de ansiedad (1211)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza y fortalezca la interacción con el paciente. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Escuchar con atención • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación • Evitar realizar comentarios desfavorables del estado de salud de la paciente. 	<p>Grave (1) Ninguno (5)</p>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUCION NOC ESCALA
<p>Código (00044)</p> <p>Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos E/P herida quirúrgica.</p>	<p>Integridad tisular piel (1101) Curación de la herida (1102)</p>	<p>Cuidados de las heridas (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener limpios los apósitos y en correcto estado. • Limpiar diariamente las heridas con el fin de favorecer su cicatrización. • Anotar en la gráfica de enfermería las características de la herida quirúrgica tras la cesárea. • Anotar en la gráfica de enfermería la evolución de la herida quirúrgica tras la cesárea. • Utilizar jabón antibacteriano para lavar la herida quirúrgica en caso de ser necesario. • Aplicar técnicas de cura estéril para evitar posibles contaminaciones de la herida quirúrgica tras cesárea. • Realizar una manipulación aséptica de los accesos venosos periféricos. 	



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POST CESAREADA



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA



Edición N.º 001

Página 17 de
117

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(0004) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso. (1908) Detección del riesgo	<p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener limpia el acceso venoso periférico de la paciente para evitar flebitis o infecciones sistémicas. Realizar una correcta limpieza, mantenimiento y cuidado del acceso venoso periférico para que sea seguro y funcional. <p>Protección contra las infecciones (6550)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un correcto aseo del paciente con el fin de mantenerlo limpio e higiénico. Lavarse las manos antes y después de atender al paciente utilizando guantes en aquellas actividades que lo requieran. Limitar el número de visitas con el fin de evitar contaminaciones del medio y de la propia paciente. Observa si existen signos o síntomas de infección tanto local como sistémica con el fin de actuar con rapidez evitando complicaciones. Facilitar el descanso de la paciente con el fin de acelerar su mejoría. Realizar un control a través de análisis sanguíneos para valorar de forma temprana la aparición de una infección sistémica. Valorar la vulnerabilidad de la paciente a sufrir una posible infección como complicaciones de su situación de salud presente. Informar de la importancia de una suficiente y correcta higiene de manos tanto de la paciente como de las visitas autorizadas. <p>Cuidado de catéter urinario (1876)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener la higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado estéril y sin obstrucciones Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga Evitar inclinar la bolsa o sistema de mediciones de orina para vaciar o medir la diuresis (evitar contaminaciones ascendentes) Realizar cuidado rutinario del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario Observar las características del líquido drenado y cambiar aparato de drenaje 	Nunca demostrado (1) siempre demostrado (5)





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00206) Riesgo de hemorragia R/Complicaciones post parto (cesaría)	Recuperación quirúrgica post operatorio inmediato (2305)	Prevención de la hemorragia (4010) <ul style="list-style-type: none">• Revisar la hcl del paciente para determinar factores• Vigilar de cerca el paciente para vigilar signos y síntomas de hemorragia• Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida sanguínea• Monitorizar los signos y síntomas de sangrado (hipotensión pulso débil y rápido piel fría)• Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación• Mantener el acceso venoso según corresponda• Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial• Mantener reposo en cama durante el sangrado activo• Instruir al paciente sobre los signos de hemorragia	Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (1)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST CESAREADA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 19 de 117

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.
2. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal 2ª. edición - setiembre 2018 lima Perú
3. Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018
4. Joaquín Sánchez, Salvador Espino y Sosa, et al. Cesárea: Tendencias y resultados internet artículo de revisión, Perinatol.Reprod. hum. México DF. 2014. vol 28. Non.1. pag .33 – 40 Disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n1/v28n1a6.pdf>
5. Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.
6. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.
7. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima; Ministerio de Salud; 2010.Dsponible en :
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf
8. Resumen Williams. Obstetricia. Mecanismos del trabajo de parto, Fisiología General ,Universidad Católica de Honduras.pag 8. octubre 2019. Disponible en:
<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-catolica-de-honduras/fisiologia-general/15-resumen-williams-obstetricia/5986351>
9. Valdivia, Lizz et al. Factores Maternos Asociados al Parto por Cesárea, en Mujeres de 12 a 49 años del Perú, entrevistadas en la Endes 2019 lima, Perú 2021 disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3820/VALDIVIA%20DE%20ROSSI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.° 001 Página 20 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA

I.FINALIDAD:

Los servicios de gineco obstetricia afrontan una demanda cada vez mayor de los casos de pre eclampsia en gestantes relacionados con los estilos de vida de la población gestante, que se hace evidente contar con personal especializado que le permita brindar una atención de calidad, permitiéndonos además la unificación de criterios. Así como mejorar los resultados de la evaluación de la intervención de enfermería en nuestro servicio además de ser parte de la recuperación del paciente.

II.OBJETIVO:

- Brindar cuidados de enfermería oportuno basados en la investigación científica a las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia
- Disminuir las complicaciones en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia
- Asegurar la calidad del cuidado de enfermería.

III.AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de cuidados de enfermería se aplicará en las pacientes del servicio de hospitalización de ginecología que está a cargo de la licenciada especialista en gineco obstetricia en el hospital de chancay Dr. "HILDALGO ATOCHE LOPEZ"

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia.

DAGNOSTCO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO



PREECLAMPSIA CIE: 10 O14.9

V.CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERIA

5.1. DEFINICION:

Es una enfermedad multisistémica específica del embarazo que pone en riesgo la integridad de la madre y de su hijo; se define como "trastorno del embarazo vinculado a hipertensión de inicio reciente, que suele presentarse después de las 20 semanas de gestación y con frecuencia a corto plazo. Así mismo puede asociarse o no a proteinuria de inicio reciente.

TIPOS DE PREECLAMPSIA: Según la ACOG (2020) sociedad americana de ginecología y obstetricia la clasifica como: **pre eclampsia sin signos de severidad:** En cuanto a la pre eclampsia sin signos de severidad, se tiene como parámetros clínicos la presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg, registrada en 2 oportunidades con intervalo de al menos 4 horas de diferencia.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 21 de 117

Pre eclampsia con signos de severidad: Para catalogar preeclampsia con signos de severidad, la presión arterial es más elevada, es así que la sistólica se encontraría ≥ 160 mm Hg y/o la diastólica ≥ 110 mm Hg registrada en 2 oportunidades con intervalo de al menos 4 horas de diferencia.

5.2. ETIOLOGIA:

Diversos investigadores han intentado explicar su etiopatogenia; hecho que hasta la fecha se desconoce. Sin embargo, se han encontrado posibles causas como: las relacionadas al aumento en masa de las vellosidades coriónicas (embarazos gemelares y molares), primera exposición de estas, afecciones cardiovasculares preexistentes y predisposición genética.

5.3. FISIOPATOLOGIA:

Las manifestaciones de estas patologías se pueden hacer evidentes en etapas tardías de la gestación debido a los cambios fisiopatológicos que se presentan como vasoespasmo e isquemia y de no ser controlado puede causar daño multisistémico e incluso pueden ser letales entre dichos hallazgos se mencionan a nivel cerebral "edema" perivascular(68.4%) hemorragia (36.8%), hemosiderina (31.6%), trombosis de vasos pequeños(10.5%), necrosis parenquimatosa (15.8%) y a nivel hepático necrosis periportal / fibrina sinusoidal (72.2%) con necrosis medial hepática asociada (44,4%); a nivel renal endoteliosis glomerular.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

En nuestro país, desde 2006 hasta el 2016, el 63,9 % de las muertes maternas se han dado por preeclampsia severa (INMP, 2017). De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; para el 2018 el 56,7 % de las muertes maternas se producen durante el puerperio, el 32,5 % durante la gestación, el 10,3 % durante el parto; siendo el porcentaje de muertes a causa preeclampsia, en estos grupos, del 52,8%, 28,6 % respectivamente; y en el 0,5 % de las muertes se dieron por causas desconocidas; constituyéndose la preeclampsia como la primera causa de muerte materna (Ministerio de Salud del Perú, 2018)



5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1. estilos de vida: la preeclampsia está relacionada con una mala alimentación durante la gestación como el consumo excesivo de carbohidratos, la poca costumbre de realizar ejercicios llevando al sedentarismo y dando como resultado la obesidad. Definida por la OMS como el exceso de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud en el cual se encuentran alterados diversos mecanismos metabólicos que son similares en la preeclampsia, entre los que se pueden mencionar: resistencia a la insulina, incremento en los lípidos corporales, mediadores inflamatorios elevados y disfunción endotelial.

5.5.2. Factores hereditarios:

- Antecedente de preeclampsia,
- Antecedente hipertensión crónica,
- Gestación múltiple.
- Antecedente de diabetes,
- Antecedente de enfermedad renal,
- Antecedente de enfermedad tiroidea

5.5.3 factores sociodemograficos:

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 22 de 117

- Edad materna
- Estado civil
- Nivel de estudio
- Ocupación
- Lugar de procedencia

5.5.4 Factores gineco obstetricos

- Paridad
- Edad gestacional
- Número de consultas prenatales

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

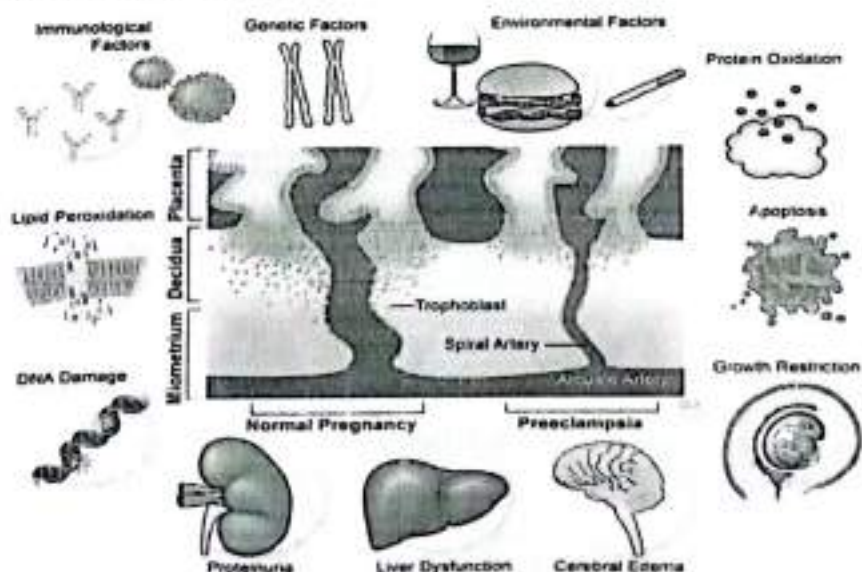
6.1.1 signos y síntomas: a valorar por enfermería



- P/A $\geq 170/90$
- Cefalea intensa y persistente
- Alteraciones visuales (visión borrosa o destellos de luz, visión doble)
- Dolor abdominal en hipocondrio derecho
- Hiper reflexia
- Confusión
- Náuseas y vómitos,
- Edema (+++) miembros inferiores y superiores
- Perdida de proteína en orina
- Debito urinario 0.3cc/h

6.1.2 interacciones cronológicas

- Menores de 19 y mayores de 35 años

6.1.2 gráficos, diagramas fotografías



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 23 de 147

6.2. DIAGNOSTICO:

6.2.1 Criterio de diagnóstico

- Presencia de hipertensión $\geq 140/90$ y proteinuria después de las 20 semanas de gestación

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- No aplica

6.2.3 Diagnósticos de enfermería

1. DOMINIO 4: Actividad y reposo

- Dominio 4, clase 4, respuesta cardiovascular. concepto: perfusión tisular
- Código de diagnóstico: 00204
- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c vasoespasmio aumento de la poscarga E/P hipertensión, edema (+++)

2. DOMINIO 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés

- Dominio 9. Clase 2. concepto: ansiedad.
Código de diagnóstico 00146
Ansiedad r/c amenaza para el estado actual E/p temor impaciencia

3. DOMINIO 2: Nutrición

- Dominio 2. Clase 5 hidratación. concepto: equilibrio de líquidos
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos R/C alteración de la presión arterial, edema, oliguria

4. DOMINIO 4: Reposo

- Dominio 4. Clase 4. respuesta cardiovascular. Concepto: perfusión tisular
Código de diagnóstico 00201
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C hipertensión



6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1 De patología clínica

- Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Proteínas en orina de 24 horas.

6.3.2 De exámenes Especializados complementarios

- Ecografía obstétrica.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	

- Perfil biofísico.
- Flujoimetria Doppler

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica

6.4.1 Medidas generales y preventivas.

Toda mujer embarazada debe realizarse sus controles prenatales de forma precoz y adecuada se debe tomar la presión después de la semana 20 de forma regular. Controlar si la paciente gana peso de manera excesiva

- Se recomienda mediciones seriadas de la presión arterial (2 veces por semana) perfil pre eclámpico 1 vez por semana.
- En mujeres con HTA gestacional monitorizar la presión arterial 1 vez por semana con proteinuria en el consultorio, y una medición adicional en su domicilio.
- En pacientes con HTA gestacional menor a 160/ 110 mmHg no se recomienda iniciar medicación antihipertensiva.
- No utilizar antiinflamatorios no esteroideos en el posparto.
- En mujeres que requieren analgesia para el trabajo de parto o anestesia para la cesárea se recomienda la espinal o epidural.
- En mujeres con HTA diagnosticada durante el embarazo se sugiere controles de presión arterial 72 horas posparto y luego a los 7 a 10 días posparto o antes si presenta síntomas.
- Educar a la paciente en síntomas y signos de preeclampsia posparto.
- Educar a la paciente sobre alimentación saludable
- Mujeres que en el posparto presenten inicio de HTA con cefalea y visión borrosa, o preeclampsia con HTA con signos de severidad requieren sulfato de magnesio parenteral.
- Pacientes con HTA persistente posparto $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos ocasiones con 4 o 6 horas de diferencia se sugiere iniciar terapia antihipertensiva
- Pacientes con HTA $\geq 160/110$ mmHg deben recibir tratamiento en menos de 1 hora.



Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Pre eclampsia sin signos de severidad: Actividades interdependientes

Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB.

- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.

Pre eclampsia con signos de severidad: (Actividades interdependientes) Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONB. Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral. Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N. ° 001 Página 25 de 117

- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis a horario
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- monitoreo de funciones vitales a horario •
- administración de sulfato de magnesio según protocolo
- vigilar signos de intoxicación por sulfato

6.4.2 **Terapéutica: Actividades interdependientes**

El tratamiento definitivo de este trastorno es la culminación de la gestación ya sea por vía vaginal (eutócico) o cesaria (distócico)

- **METILDOPA:**

Inhibidor del sistema nervioso simpático. Dosis de 0,5 a 3 gr / día en 2 dosis con efecto de 6 a 8 horas; actúa centralmente como agonista alfa 2 central adrenérgico se metaboliza a metil norepinefrina y reemplaza la norepinefrina en las vesículas neurosecretoras e las terminales nerviosas adrenérgicas.

Puede producir insomnio, hipotensión ortostática, fatiga, depresión y podría elevar las enzimas hepáticas en 5 %.

El labetalol, bloquea los receptores alfa y beta, disminuye la tensión arterial sin alterar la perfusión placentaria, los receptores a nivel renal pueden mediar cambios en la síntesis de renina, estos pequeños cambios pueden contribuir a un efecto antihipertensivo

- **NIFEDIPINO**

B Bloqueador de los canales de calcio

Solo administrar vía oral 10 mg control de PA en 20 min si persiste volver a administrar hasta máximo 30 mg por día. Tener mucho cuidado con el uso conjunto de Sulfato de magnesio ya que puede deprimir el miocardio y ocasionar colapso circulatorio

en emergencias hipertensivas el objetivo es disminuir la PAS en 25%

HIDRALAZINA Primera o segunda línea Endovenoso, subcutáneo, intramuscular



SULFATO DE MAGNESIO

dosis de ataque de 4 g EV en 10 a 15 minutos, seguida de la dosis de mantenimiento EV (1 g/hora por 24 horas)

6.4.3 **Efectos adversos o colaterales con el tratamiento: Observacion como Actividad interdependiente**

Sulfato de magnesio:

- ✓ **Metabólicos:** hipermagnesemia, hipocalcemia. **Neurológicos:** somnolencia, depresión del SNC, hiporreflexia, parálisis flácida
- ✓ **Digestivos:** administrado vía oral puede causar náuseas, distensión abdominal, calambres, vómitos y diarrea. **Cutáneos:** dolor en el punto de infusión rubor.
- ✓ **Cardiovasculares:** hipotensión rubor prolongación del PR y del QT bloqueo cardiaco completo asistolia
- ✓ **Respiratorios:** depresión respiratoria

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N * 001 Página 28 de 117

Nifedipino: Taquicardia, palpitaciones, rubicundez, náuseas, diarrea, urticaria, diarrea, aumento de la micción, mialgia, tremor, dolor ocular

Labetalol: hipotensión postural, dificultad para orinar, dolor de cabeza, fatiga

Hidralazina: Cefalea, náuseas, sudoración, arritmia, precipitación de angina, ansiedad, hiperreflexia.

6.4.4 Signos de Alarma

- Cefalea.
- Mareos.
- Tinnitus.
- Escotomas.
- Acúfenos.
- Epigastralgia

6.4.5 Criterios de alta Médica

- No aplica

6.4.6 Pronóstico:

No aplica

6.5. COMPLICACIONES PARA DIAGNOSTICOS DE RIESGO EN ENFERMERIA

Maternas

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.
- DPP.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular

Fetales

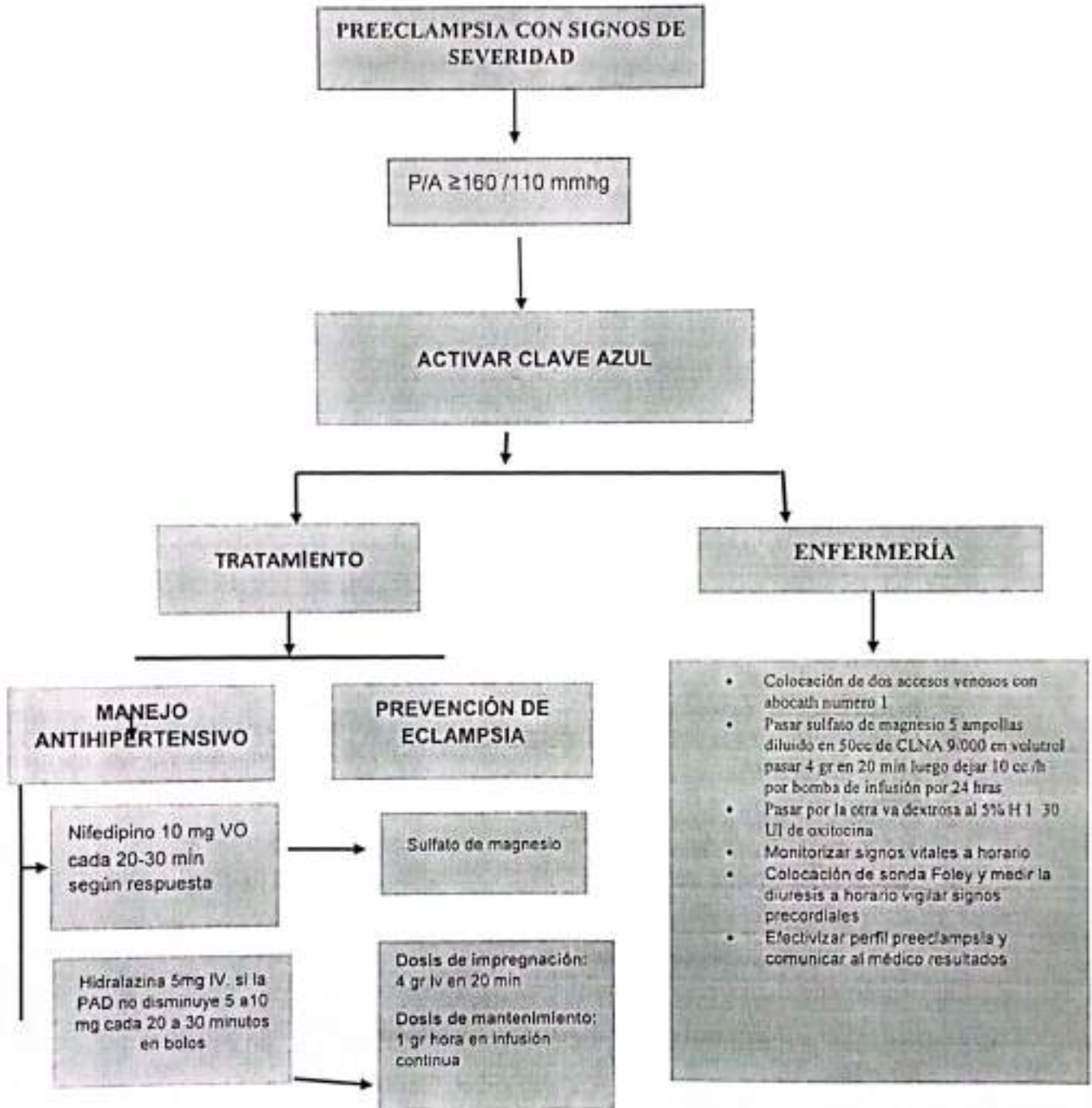
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Muerte fetal

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No aplica



6.7 ORGANIGRAMA



- Si paciente evoluciona favorablemente continua con manejo médico en hospitalización hasta el alta médica.
- Pasa a programa de radar ginecológico para seguimiento por enfermera.
- Si no evoluciona favorablemente Médico refiere a hospital de mayor complejidad resolutive.



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON PREECLAMPSIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001
Página 28 de
138

PREECLAMPSIA

VALORACIÓN

- Paciente adulto maduro
- Afebril REG LOTEP
- Ventilando espontáneamente
- Acceso venoso MSI-Clna al 9X1000 acceso venoso msd pasando sulfato de magnesio 10cc / por bomba de nsfucon
- p/A 160 /100
- oliguria
- edema
- cefalea
- Genitales conservados presencia de sonda Foley.

DX. DE ENFERMERA

00204)

Perfusión tisular periférica ineficaz r/c vasoespasmo aumento de la poscarga E/P hipertensión, edema

(00146)

Ansiedad r/c amenaza para el estado actual E/p temor impaciencia

(00025)

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido R/C alteración de la presión arterial, edema, oliguria

00201

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C hipertensión



VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACIÓN NOC (ESCALA)
<p>Código de diagnóstico:00204</p> <p>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c vasoespasmo aumento de la poscarga E/P hipertensión, edema (+++)</p>	<p>perfusión tisular: periférica (0407)</p>	<p>Regulación de la hemodinámica (4150) monitorizar la presión arterial, pulso tempera VII. ANEXOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • tura y estado respiratorio. • observar las tendencias de fluctuación de la presión arterial • Monitorizar la presión arterial después del que el paciente tome la medicación • Observar si se producen esquemas respiratorios anormales • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente • Valorar la expansión del edema • Monitorizar el estado de conciencia • Asegurar la canalización de dos venas de grueso calibre • Colocar catéter vesical y control de diuresis. • Monitorizar saturación O2 • Registrar los ingresos y egresos <p>Manejo de la medicación (2380)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación (antihipertensivos). • observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • Monitorizar la eficacia de la modalidad de dosis de ataque y dosis de mantenimiento según protocolo e indicación médica (sulfato de magnesio) • explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. <p>Manejo de electrolitos: hipermagnesemia (2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la diuresis en pacientes en tratamiento con magnesio. • Observar si hay manifestaciones cardiovasculares • Observar si existen manifestaciones de hipermagnesemia en el SNC (somnia, letargo, confusión y coma) • Observar si existen manifestaciones neuromusculares de hipermagnesemia (debilidad, ausencia de reflejos tendinosos profundos, parálisis muscular y depresión respiratoria). 	<p>Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)</p>



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACIÓN NOC (ESCALA)
Código de diagnóstico. 00146 Ansiedad r/c amenaza para el estado actual E/p temor impaciencia	nivel de ansiedad (1211)	<p>disminución de la ansiedad (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza y fortalezca la interacción con el paciente. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Escuchar con atención • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación • Evitar realizar comentarios desfavorables del estado de salud de la paciente. • Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos cuando proceda • Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos. <p>Manejo de electrolitos: hipermagnesemia (2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la diuresis en pacientes en tratamiento con magnesio. • Observar si hay manifestaciones cardiovasculares • Observar si existen manifestaciones de hipermagnesemia en el SNC (somnia, letargo, confusión y coma) • Observar si existen manifestaciones neuromusculares de hipermagnesemia (debilidad, ausencia de reflejos tendinosos profundos, parálisis muscular y depresión respiratoria). 	Grave (1) ninguno (5)



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON PREECLAMPSIA



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA



Edición N.º 001



Página 31 de
147

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADO ESPERADO NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION NOC (ESCALA)
<p>Código de diagnóstico 00201</p> <p>Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C hipertensión</p>	<p>Estado neurológico (0909)</p>	<p>Mejora de la perfusión cerebral (2550)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales (PA, FR, FC, SaO2) • Administrar y ajustar los medicamentos vasoactivos, según prescripción (dosis de mantenimiento de sulfato), para mantener los parámetros hemodinámicos • Vigilar las convulsiones • Administrar antihipertensivos, según prescripción médica • Monitorizar el estado neurológico • Monitorizar la presión arterial • Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo, y profundidad de la respiración) • Auscultar los sonidos pulmonares para detectar crepitantes u otros sonidos adventicios • Vigilar signos de sobrecarga de líquidos (roncus, edema, aumento de las secreciones pulmonares) • Monitorizar las entradas y salidas • Registrarlas anotaciones de enfermería <p>Monitorización neurológica (2620)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar en nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar la tendencia de escala de coma de Glasgow Controlar la presencia de trastornos visuales • Monitorizar los signos vitales Observar si el paciente refiere cefalea • Observar la respuesta a los medicamentos • Registrar en las anotaciones de enfermería 	<p>Gravemente comprometido (1) No comprometido (5)</p>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia. The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG., 113(1), 1-25.
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
2. Barriga Nina, F. L. (2019). Factores se encuentran asociados a preeclampsia de inicio temprano en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017 – 2018 (Tesis de Licenciatura). [Universidad Nacional del Altiplano].
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11312/Barriga_Nina_Fátima_Lizet_h.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Bejarano Saraguro, D. L., & Alarcón Villamar, D. E. (2018). Intervenciones de enfermería en gestantes con preeclampsia. [Universidad Estatal de Milagro].
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4176/1/INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.pdf>
4. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.
5. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). Williams Obstetrics (AccessMedicine (ed.); 25th ed.). McGraw-Hill Medical.
<https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1918>
6. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal 2ª. edición - setiembre 2018 lima Perú
7. Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER. 2018
8. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010. Disponible en:

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 33 de 113

http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf

9.Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.

10.Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 34 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST LEGRADO UTERINO

I.FINALIDAD:

La finalidad de esta guía de práctica clínica es establecer un referente en el servicio de Gineco-obstetricia para orientar al personal de enfermería a la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

II.OBJETIVOS:

- Brindar un adecuado cuidado de enfermería integral y especializada en pacientes con Diagnóstico de aborto que lleguen al servicio de hospitalización de ginecología evitando mayores complicaciones y logrando su Recuperación.

III.AMBITO DE APLICACIÓN.

La presente guía de cuidados de enfermería se aplicará en las pacientes del servicio de hospitalización de ginecología que está a cargo de la licenciada especialista en gineco obstetricia en el hospital de chancay Dr. "HILDALGO ATOCHE LOPEZ"

IV.PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en pacientes post **Legrado Uterino**

4.1 NOMBRE Y CODIGO

ABORTO CIE10: O.8

Procedimiento

LEGRADO UTERINO

V.CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICION:



Interrupción del embarazo espontaneo o provocado con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Aborto inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

Aborto completo: Es la eliminación total del contenido uterino.

Aborto incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Aborto retenido o diferido: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 35 de 117

Aborto séptico: Complicación infecciosa grave del aborto.

Aborto inducido o provocado: es la finalización voluntaria del embarazo mediante la eliminación o extirpación de un embrión o feto.

LEGRADO UTERINO:

El legrado uterino, también llamado *curetaje*, consiste en la evacuación del contenido uterino mediante la utilización de instrumentos donde se realiza un raspado del tejido de las paredes internas (endometrio) y/o los tejidos derivados del trofoblasto, la principal indicación del legrado es en caso de aborto (con fines terapéuticos) o diagnóstico (biopsia endometrial). Es una intervención realizada bajo anestesia con una duración de 15 minutos aproximadamente.

5.2. ETIOLOGIA:



- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.
- Enfermedades intercurrentes

5.3. FISIOPATOLOGIA

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados a alteraciones cromosómicas.

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos es el desarrollo anormal del cigoto:

- Trisomía autosómica es la alteración más frecuente y es el resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma siendo el más común en el 13,16,18,21 y 22, la edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este efecto.
- Monosomía X(45X) anomalía cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.
V triploidia. Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidia o trisomía del cromosoma 16. La triploidia puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero y segundo cuerpo polar es retenido.
- Tetraploidia
- monosomía Autosómica .es extremadamente rara e incompatible con la vida
- Polisomía sexual cromosómica 47XXY síndrome kleinefelter y 47XXX variedad super mujer. aborto euploide los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumentada dramáticamente la incidencia euploides , que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligenico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 36 de 117

PASOS DEL LEGRADO

Dilatación

consiste en la apertura del cérvix para facilitar la introducción hacia el útero del instrumental necesario para el curetaje. Para ello, el ginecólogo introduce tabletas (misoprostol) para dilatar el cuello uterino, luego introduce unos cilindros pequeños a través del cuello uterino, los cuales van ensanchándose y agrandando el cérvix poco a poco hasta conseguir un tamaño adecuado.

Curetaje

es la introducción de una varilla, denominada *legra* o *cureta*, que tiene en su extremo una pequeña y fina asa para poder hacer el raspado de la cavidad uterina. De este modo, el ginecólogo irá extrayendo poco a poco el endometrio por el cuello del útero. Por otro lado, también es posible realizar un legrado mediante aspiración del tejido endometrial.

INDICACIONES:

Terapéuticas: Aborto incompleto, aborto frustrado, aborto espontáneo, aborto fallido, interrupción voluntaria del embarazo, enfermedad trofoblástica gestacional, alumbramiento incompleto, hemorragia uterina disfuncional, embarazo ectópico.

Diagnósticas: Infertilidad, infecciones crónicas, hiperplasia endometrial, pólipo endometrial, biopsias.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.



Del 15% al 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Es causa importante de muerte materna y de secuelas que conducen a infertilidad

Es la complicación más frecuente del embarazo, produciéndose en el Perú 18.3 muertes maternas por cada 100.00 mujeres en edad reproductiva al año, con una tasa de mortalidad materna estimada en 185 por 100.000 nacidos vivos, considerando el aborto la 2ª causa de muerte materna

Según fuentes del Ministerio de Salud (Minsa), durante el 2020 se realizaron 27848 abortos en el Perú y a nivel mundial bordean los 19 millones de abortos inseguros, lo que se traduce en que el 13% de las muertes maternas en todo el planeta deriva de esta práctica. Es así como, estas cifras, colocan al aborto como un tema de salud pública.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socioeconómicas (desnutrición).
- Violencia familiar.
- Intoxicaciones ambientales.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N. ° 001 Página 37 de 114

- Factores hereditarios

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

6.1 CUADRO CLINICO

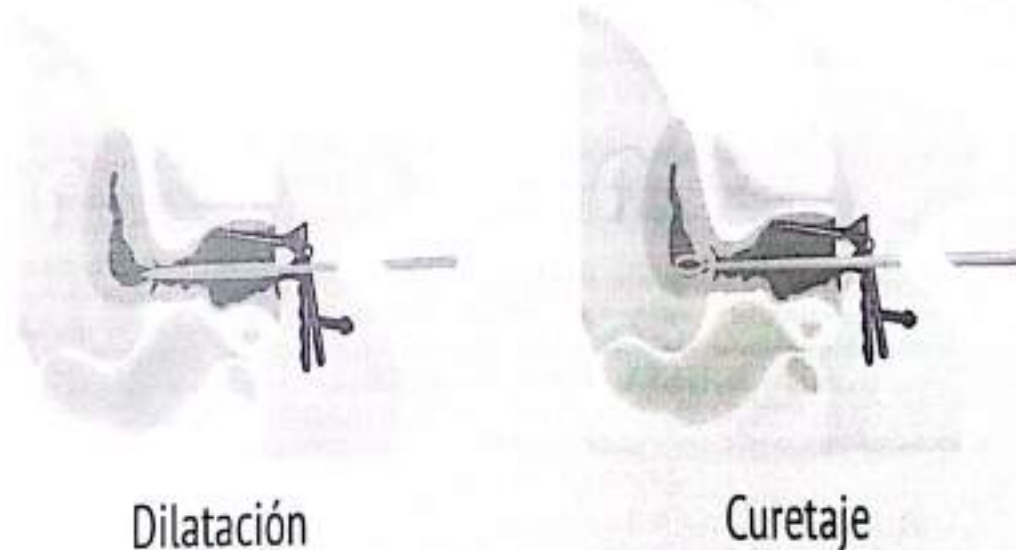
6.1.1 signos y sintomas:

- Dolor abdominal agudo y punzante
- Sensación de ardor en zona pélvica o vaginal
- Expulsión de flujo vaginal de olor y/o color inusual
- sangrado vaginal con o sin cambios cervicales.

6.1.2 Interacciones cronológicas

La población más frecuentemente afectada comprende a mujeres solteras mayores de 20 años y casi siempre primigestas.

6.1.3 Gráficos diagramas y fotografías



6.2 DIAGNOSTICO:

6.2.1 Criterios diagnostico No aplica



6.2.2 Diagnóstico diferencial

No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: PAE

1.DOMINIO 12: Confort

Código de diagnóstico (00132)

Dolor agudo r/c agente lesivo físico, biológico E/P expresión verbal de la paciente

2.DOMINIO 11: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00007)

Hipertermia r/c Enfermedad E/P T°38.5

3. DOMINIO 9: afrontamiento /tolerancia al estrés

Código de diagnóstico (00136)

Duelo R/C aborto espontaneo E/P Culpabilización

4. DOMINIO 9: afrontamiento /tolerancia al estrés

Código de diagnóstico (00146)

Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales

5.DOMINIO 11: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00205)

Riesgo de Shok R/C infección

6.DOMINIO 6: Autopercepción

Código de diagnóstico (00153)



Riesgo de baja autoestima situacional R/C antecedente de perdida

6.3 EXAMENES AUXILIARES: Actividades interdependientes

6.3.1 Patología Clínica

Exámenes prequirúrgicos

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR o VDRL.
- Prueba de ELISA para VIH o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N ° 001 Página 39 de 111

- Perfil de coagulación
- Fibrinógeno
- recuento de plaquetas
- tiempo de coagulación y sangría

EXAMENES POST QUIRURGICO (QUE PODRÍA INDICAR EL PROFESIONAL MEDICO)

- Hemograma completo a las 6 horas post quirúrgica
- 6.3.2 **De imágenes**
Ecografía, revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos.
- 6.3.3 **exámenes especializados complementarios**
cultivo de secreción
riesgo quirúrgico EKG
- 6.4 **MANEJO SEGÚN NIVEL COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:**
No aplica

6.4.1 Medidas generales preventivas

Un aborto es una experiencia relativamente frecuente ocasionada por diferentes causas como problemas con los genes, cromosomas, feto no desarrollado, también cabe mencionar que existe un porcentaje significativo de abortos provocados por lo cual es importante reforzar la parte preventiva:

- Educación sexual
- Anticonceptivos eficaces
- Control prenatal
- Vigilancia médica a las pacientes con alto riesgo
- Detección temprana de enfermedades maternas

FONE II- 1 Y FONE II- 2

Hospitalizar a la paciente, solicitar exámenes auxiliares y ecografía.

El tratamiento parenteral hasta que la paciente este asintomática durante 48 horas luego se suprime antibióticos no siendo necesario terapia oral posterior.



Proceder a un legrado uterino si el caso lo amerita

Si persiste la fiebre hasta 72 horas a pesar del tratamiento sospechar de infección pélvica, un absceso pélvico. fiebre farmacológica o por otras causas

El manejo debe ser multidisciplinario, inter consultar a cirugía y /o intensivista

Considerar el tratamiento quirúrgico, si fracasa lo anterior, con deterioro del estado general, proceder a histerectomía abdominal total o salpingooforectomía bilateral

6.4.2 Terapéuticas:
No aplica

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 40 de 117

6.4.3 Efectos adversos colaterales con el tratamiento a tener en cuenta por enfermería
 Los pacientes se recuperan después del procedimiento favorablemente y en poco tiempo de hospitalización los efectos secundarios son pocos como sangrado vaginal, cólico en la zona de pelvis y dolor de espalda.

6.4.4 signos de Alarma

- fiebre, desvanecimiento.
- Signos de hipotensión y shock

6.4.5 Criterios de Alta Medica

- No aplica

6.4.6 Pronostico:

No aplica

6.5 COMPLICACIONES PARA DIAGNOSTICOS DE RIESGO EN ENFERMERIA

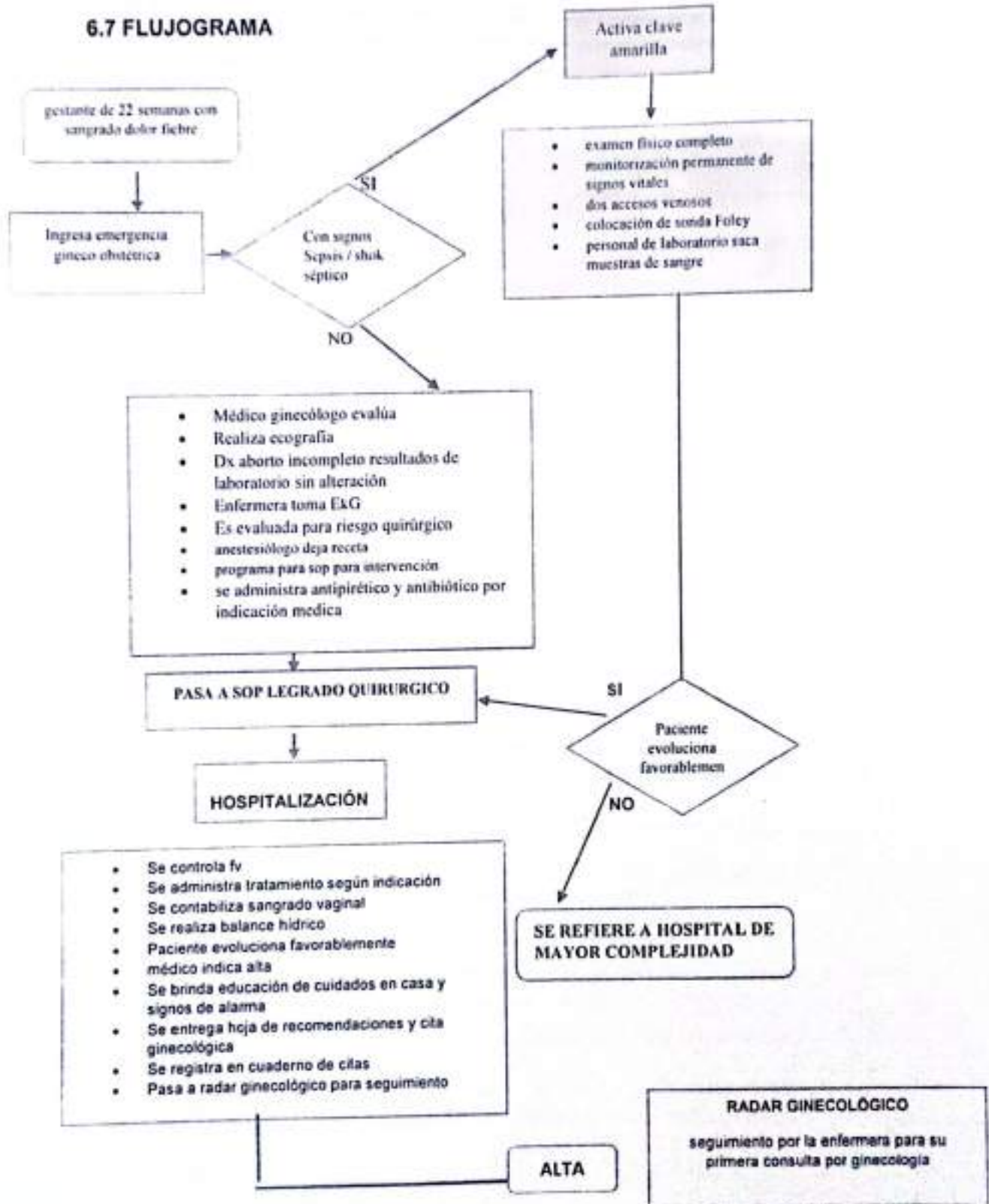
Daño en el útero perforación del útero durante el curetaje, desgarro de cérvix pelviperitonitis, histerectomía

- Síndrome de Asherman (mala cicatrización de las paredes uterinas causando infertilidad)
- Infecciones del útero o zona pélvica debido al traspaso de microorganismos de la vagina al útero
- Hemorragia shok hipovolémico
- Shok séptico
- Peritonitis
 - sepsis, SDOM y muerte
 - miositis necrotizante
 - fistula útero cutáneas
 - síndrome adherencias
 - obstrucción tubárica e infertilidad
 - dolor pélvico crónico

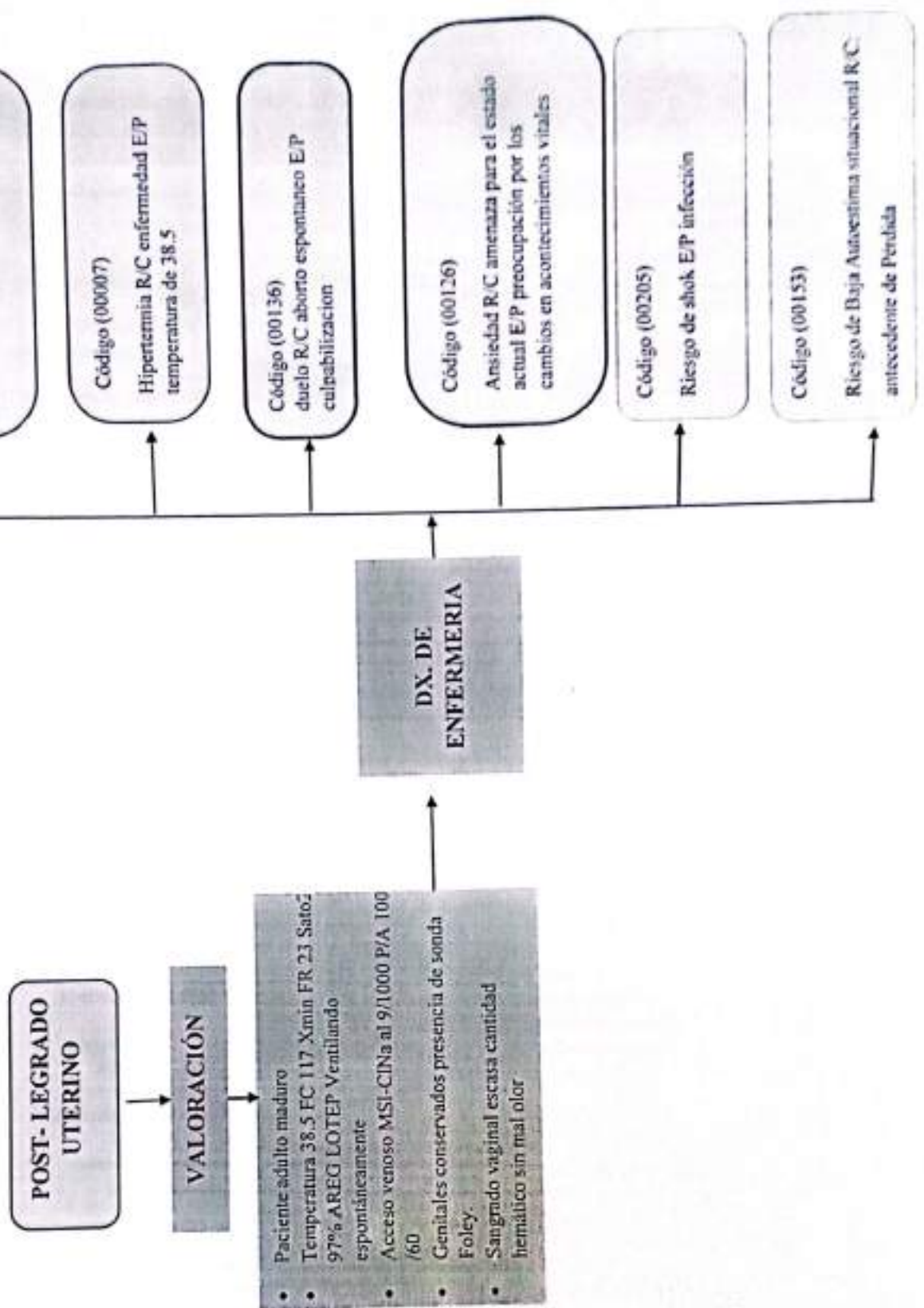
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No aplica

6.7 FLUJOGRAMA





FLUJOGRAMA



VALORACIÓN

- Paciente adulto maduro
- Temperatura 38.5 FC 117 Xmin FR 23 SatO2 97% AREG LOTEP Ventilando espontáneamente
- Acceso venoso MSI-CINA al 9/1000 P/A 100 /60
- Genitales conservados presencia de sonda Foley.
- Sangrado vaginal escasa cantidad hemático sin mal olor

DX. DE ENFERMERIA

 PERU Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.° 001 Página 43 de 117

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código de diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico y/o biológico E/P expresión verbal	2102 nivel de dolor 1605 control del dolor	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas Aplicar escala del dolor Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor Proporcionar información acerca del dolor Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del Dolor Monitoreo de signos vitales (6680) Manejo de la medicación (2380) <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Administrar medicamentos según protocolo e indicación médica observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Registrar en notas de enfermería enseñanza individual (5606) Acuerdo con el paciente (4420) <ul style="list-style-type: none"> Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POS LEGRADO UTERINO



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA



Edición N.º 001

Página 44 de
117



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADO S ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
<p>Código de diagnóstico: (00007) Hipertermia R/C Enfermedad E/P temperatura de 38.5°C</p>	<p>signos vitales (0802) termorregulación (0800)</p>	<p>Monitoreo de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda • Poner en marcha y mantener un dispositivo de control de temperatura según corresponda • Monitorizar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura, y la humedad de la piel • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. <p>Regulación de la temperatura ((3900</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda • Observar el color y la temperatura corporal • Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado <p>Tratamiento de la fiebre (3740)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de entradas y salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos • Administrar medicamentos o líquidos. Iv. (p.ej. antipiréticos antibióticos) • Cubrir al paciente con una manta o ropa ligera dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta calida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para la fase de fiebre y de defervescencia). • Fomentar el consumo de líquidos • Aplicar un baño tipo esponja con cuidado • Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Administrar medicamentos según protocolo e indicación medica • observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. • Registrar en notas de enfermería 	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)</p>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 45 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código de diagnóstico: (00205) Riesgo de shock R/C infección	Hidratación (0602) Estado circulatorio 0401	Prevención del shock (4260) <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar los procesos de compensación del shock (hipotensión, relleno capilar ligeramente atrasado, piel pálida / fría, taquipnea, sed aumentada debilidad) • Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos • Controlar los signos de procesos de compromiso cardíaco. (descenso del gasto cardíaco y de la diuresis aumento de las resistencias vasculares sistémicas) • Comprobar el estado circulatorio presión, color y temperatura de la piel ruidos cardíacos frecuencia y ritmo cardíaco presencia y calidad del pulso periféricos y lleno capilar. • Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada. • Controlar la pulsioximetría • Vigilar la temperatura y el estado respiratorio • Comprobar los valores del laboratorio, sobre todo • Hb, hto, perfil de coagulación, AGA, niveles del lactato, electrolitos, cultivos y perfil bioquímico. • Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda • Administrar líquidos iv mientras se monitoriza las presiones hemodinámicas y diuresis • administra concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado plaqueta etc control de infecciones (6540) administrar tratamiento antibiótico ordenar al paciente tome su tratamiento antibiótico según prescripción fomentar la ingesta nutricional adecuada	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



		<p>Reposición de líquidos (4140)</p> <ul style="list-style-type: none">• Obtener y mantener un acceso ev de gran calibre• Administrar líquidos ev según prescripción• Monitorizar respuesta hemodinámica• Observar si hay sobrecarga de líquidos <p>Regulación hemodinámica (4150)</p> <p>Terapia intravenosa (4200)</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar los 5 correctos antes de iniciar la administración ev• Seleccionar y preparar la bomba de infusión• Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción ev durante la infusión• Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación• Sustituir el sistema ev, o la solución de infusión cada 48 o 72 horas según protocolo• Realizar los cuidados del sitio de punción ev de acuerdo con protocolo• Monitorizar signos vitales• Lavar las vías ev entre la administración de soluciones incompatibles• Registrar ingresos y pérdidas• Observar si se presentan signos y síntomas asociados a flebitis por la infusión o infecciones locales• Documentar la terapia prescrita según protocolo• Mantener precauciones universales <p>Administración de la medicación (2300)</p> <p>Transcripción de ordenes (8060)</p> <p>Monitorización neurológica (2620)</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar el nivel de conciencia• Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow• Monitorizar signos vitales• Observar si hay trastornos visuales: diplopia, nistagmo, escotomas, visión borrosa)• Observar si el paciente refiere cefalea• Observar la respuesta a los medicamentos• notificar al médico los cambios en el estado del paciente	
--	--	--	--

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 47 de 113

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00153) Riesgo de Baja Autoestima situacional R/C: antecedente de Pérdida	Afrontamiento de problemas. (1302)	Asesoramiento (5240) <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Demostrar empatía calidez empatía y seguridad • Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad • Favorecer la expresión de sentimientos • Ayudar al paciente identificar el problema o la situación causante de problemas • Practicar técnicas de reflexión y la clarificación y facilitar la facilitación de problemas. Potenciación de la autoestima (5400) <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes • Ayudar al paciente encontrar la autoaceptación • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente según corresponda • Abstenerse de realizar críticas negativas • Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de si mismo • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo según corresponda • Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente 	Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)



PERÚ

Ministerio
de SaludGUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POS LEGRADO UTERINODEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001

Página 48 de
117

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
<p>Código de diagnóstico (00136)</p> <p>Duelo R/C aborto espontáneo E/P culpabilidad.</p>	<p>Resolución de la aflicción. (1304)</p> <p>Resolución de la culpa (1310).</p> <p>Modificación psicosocial: cambio de vida. (1305)</p>	<p>Facilitar el duelo (5290)</p> <ul style="list-style-type: none"> identificar la pérdida ayudar a la persona identificar el apego de la persona q se a perdido ayudar al paciente identificar la reacción inicial de la pérdida fomentar la expresión del sentimiento acerca de la pérdida fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida ayudar al paciente identificar estrategias personales de afrontamiento apoyar los progresos conseguido en el proceso de duelo fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores ayudar identificar la modificación necesaria de estilos de vida <p>facilitar la expresión del sentimiento de culpa (5300)</p> <ul style="list-style-type: none"> guiar al paciente /familia en la identificación del sentimiento dolorosa de la culpa ayudar al paciente a identificar y examinar la situación en la que experimenta y genera estos sentimientos ayudar al paciente que la culpa es una reacción común duelo facilitar el apoyo espiritual según corresponda enseñar al paciente técnicas de bloqueo de pensamiento y de sustitución del pensamiento junto con la relajación muscular deliberada s aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente. <p>Mejorar el Afrontamiento:(5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones. Disponer de un ambiente de aceptación. Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador Proporcionar un ambiente de aceptación Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones 	<p>Nunca demostrado (1)</p> <p>Siempre demostrado (5)</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludGUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POS LEGRADO UTERINODEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001

Página 48 de
117

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUCION NOC ESCALA
Código de diagnóstico (00136) Duelo R/C aborto espontáneo E/P culpabilidad.	Resolución de la aflicción. (1304) Resolución de la culpa (1310). Modificación psicosocial: cambio de vida. (1305)	<p>Facilitar el duelo (5290)</p> <ul style="list-style-type: none"> identificar la pérdida ayudar a la persona a identificar el apego de la persona que se ha perdido ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida fomentar la expresión del sentimiento acerca de la pérdida fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores ayudar a identificar la modificación necesaria de estilos de vida <p>facilitar la expresión del sentimiento de culpa (5300)</p> <ul style="list-style-type: none"> guiar al paciente /familia en la identificación del sentimiento doloroso de la culpa ayudar al paciente a identificar y examinar la situación en la que experimenta y genera estos sentimientos ayudar al paciente que la culpa es una reacción común en el duelo facilitar el apoyo espiritual según corresponda enseñar al paciente técnicas de bloqueo de pensamiento y de sustitución del pensamiento junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente. <p>Mejorar el Afrontamiento:(5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones. Disponer de un ambiente de aceptación. Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador Proporcionar un ambiente de aceptación Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones 	Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS LEGRADO UTERINO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 49 de 117

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón. M. A. Guías de manejo El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia. Artículo recibido el 25 de enero de 2007 y aceptado para publicación el 25 de mayo de 2007. pag 151 -152.

file:///C:/Users/julio/Downloads/administrador,+Gestor_a+de+la+revista,+1837-4965-1-CE.pdf

Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.

Corrales. J. (2021). Características Gineco Obstétricas de las Gestantes con Aborto Atendidas en el Hospital II-I de Atención General "JFS" Cangallo 2019 -Perú (Tesis de especialidad). [Universidad Nacional de Huancavelica].

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5a4eb7bd-617d-4065-8ba6-b8f7a7531153/content>

Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal 2ª. edición - setiembre 2018 lima Perú

Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018

Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo I. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2010.Dsponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf

Maravi. S.E. (2020). Aborto Espontáneo y Factores Asociados en Mujeres a partir de los 35 Años de Edad Atendidas en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" durante el año 2018(tesis para optar el título de médica cirujana). [universidad reardo palma].

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2992/SMARAVI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.

Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.

Príncipe. A. I. (2003). Nivel de Satisfacción de la Usuaría con Aborto Incompleto Sobre la Atención Integral que Brinda la Enfermera en el Instituto Materno Perinatal Noviembre del 2002" (Tesis de Licenciatura). [Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/principe_ca/T_completo.PDF

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680617i>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 50 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO

I. FINALIDAD: unificar protocolo de atención de enfermería y prevenir la incidencia de esta complicación obstétrica en el hospital de Chancay y SBS¹ Hidalgo Atoche López.

II. OBJETIVO:

- Brindar cuidados de enfermería integral
- Garantizar una atención eficaz oportuno y de calidad por el profesional especializado en gineco obstetricia.
- Disminuir el riesgo de shock hipovolémico

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de atención se aplicará en el servicio de ginecología en el hospital de Chancay y SBS¹ Hidalgo Atoche López.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POSPARTO

4.1. NOMBRE Y CODIGO:

HEMORRAGIAS POSPARTO CIE 10: O72.1

ATONIA UTERINA

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION:

HEMORRAGA POST PARTO (HPP)



- Complicación obstétrica de alta mortalidad materna siendo la atonía uterina la causa más frecuente de HPP.
- Pérdida hemática > 500 cc después de un parto vaginal
- Pérdida hemática > 1000 cc luego de un parto por cesárea.
- Sangrado posparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.
- Caída de hematocrito en más de 10 % y/o 2,9 g % en la Hemoglobina.
- Pérdida de sangre mayor al 1 % del peso corporal

CLASIFICACIÓN:

Hemorragia postparto precoz: pérdida hemática durante las primeras 24 horas del parto

Hemorragia postparto tardía: pérdida hemática después de las 24 horas tras el parto hasta la culminación del puerperio.

ATONÍA UTERINA: Es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen. Es la responsable del 50.0% de las hemorragias del alumbramiento y del 40% de las muertes maternas. La atonía uterina se refiere

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N. ° 001 Página 51 de 117

al útero que luego de haber expulsado la placenta no se retrae ni se contrae, alterando de esta forma la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto.

5.2. ETIOLOGIA HPP

- ✓ Retención de placenta.
- ✓ Atonía uterina.
- ✓ Retención de restos o alumbramiento incompleto.
- ✓ Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas).
- ✓ Inversión uterina.
- ✓ Coagulación intravascular diseminada.
- ✓ Retención de restos.
- ✓ Sub-involución uterina.

5.3. FISIOPATOLOGIA:

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el se produce la hemorragia.



5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

La HPP se asocia a una cuarta parte de las muertes maternas a nivel mundial con más de 125 000 muertes por año. En el Perú se estima que en 2011 ocurrieron 92,7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos y la HPP se presenta hasta en el 10 % de los partos, siendo la primera causa directa registrada (40,2 %) de muerte materna en el Perú. La HPP primaria se presenta en 4 % a 6 % de los partos y la HPP secundaria se presenta en 1 % a 3 % de los partos

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

ATONÍA UTERINA: multiparidad, gestación añosa, RPM prolongado, Gestación múltiple, Polihidramnios, Placenta previa, DPP, Corioamnionitis, Miomatosis, Maniobra Kristeller, Obesidad, Macrosomía, Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia) , Parto prolongado o precipitado, Trastornos de la coagulación, mal uso de oxitócicos anestésicos generales, sulfato de magnesio

RETENCIÓN PLACENTARIA: Cicatriz uterina previa, legrado uterino múltiples, miomatosis uterina, acretismo placentario, anomalías uterinas, Corioamnionitis, Alumbramiento manual incompleto, Mala conducción del Parto, Mal manejo alumbramiento.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 52 de 117

LESIÓN CANAL PARTO: Primigesta, Macrosomía, Parto precipitado, Expulsivo prolongado, Parto instrumentado, Extracción podálica, Periné corto y fibroso, Várices vulvoperineales, Episiotomía, Mala Actitud Presentación, Maniobra Kristeller, Mala atención del expulsivo

INVERSIÓN UTERINA Inversión previa, Multiparidad, Acretismo placentario, Cordón umbilical corto, Placenta fúndica, Mal manejo alumbramiento, Mala técnica extracción placenta, Tocolíticos.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

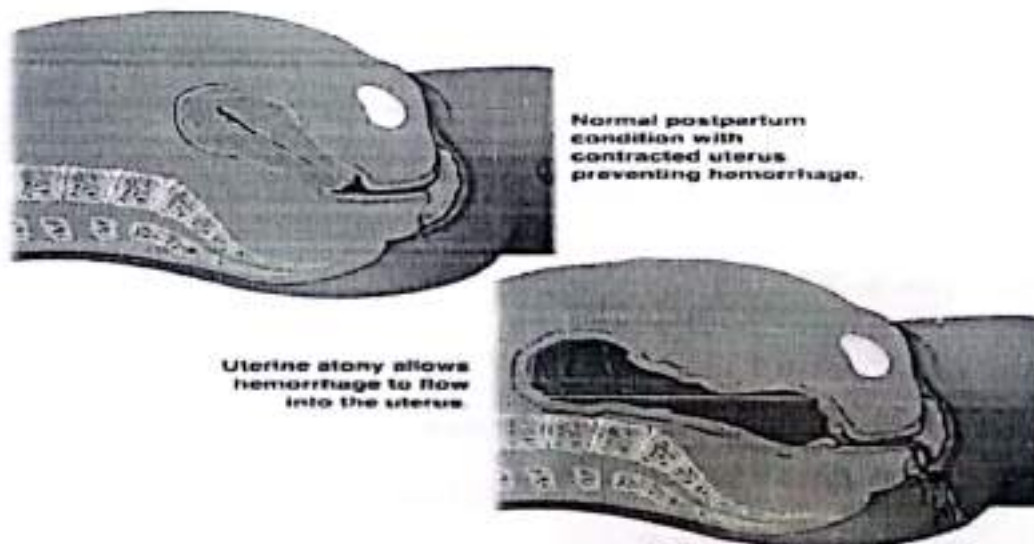
6.1.1. Signos y síntomas:



- Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño que no se contrae.
- Taquipnea.
- Taquicardia materna.
- Hipotensión arterial.
- Palidez marcada

6.1.2 interacciones cronológicas

Adolescentes y mayores de 35 años.

6.1.3 gráficos diagramas y fotografías



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 53 de 117

6.2. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: PAE

1. DOMINIO 12: Confort

Código de diagnóstico (00132)

Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos E/P expresión verbal

2. DOMINIO 2: Nutrición

Código de diagnóstico (00132)

Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquido E/P aumento de la concentración de la orina P/A90/50

3. DOMINIO 4: actividad y reposo

Código de diagnóstico (00029)

Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca E/P fc 100xmn

4. Dominio 4: actividad y reposo

Código de diagnóstico (00093)

Fatiga R/C enfermedad E/P hb 7mg /dl

5. DOMINIO 9: afrontamiento /tolerancia al estrés

Código de diagnóstico (00146)

Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales

6. DOMINIO 11: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00205)

Riesgo de shock R/C hipovolemia (sangrado vaginal)

7. DOMINIO 11: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00004)



Riesgo de infección R/C disminución en la hemoglobina

6.2.1 Criterios de Diagnóstico:

- Sangrado vaginal
- Útero que no se contrae

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

Trastornos de la coagulación como causa no obstétrica.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 54 de 117

6.3. EXAMENES AUXILIARES: Actividad Interdisciplinaria

6.3.1. Patología clínica

- Hemograma Hb Hto
- Grupo Sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar
- Pruebas Cruzadas.
- RPR o VDRL.
- Test de Elisa VIH o prueba rápida.
- Urea, Creatinina

6.3.2. De Imágenes

Ecografía Pélvica o Transvaginal

6.3.3. De exámenes complementarios especiales



- Test de Wiener (Prueba de retracción del coágulo).
- otros marcadores de daño de órganos

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Manejo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Activar la alarma o clave roja en la Institución
- Canalizar otra vía endovenosa con catéter N° 18, con CINA 9% 1000 cc, considerar uso de oxitocina (debe tener 2 vías seguras).
- Proceder inmediatamente en forma simultánea. Diagnóstico y Clasificación del grado de Choque Hipovolémico
- El líder identificado por todos distribuye correctamente las funciones de cada miembro del equipo en las acciones hacia: útero, cabeza y brazos de la paciente
- Verificar estado de involución del útero y revisión manual de la cavidad uterina.
- Se realiza la evaluación del A-B-C-D-E
 - A: Vía área permeable
 - B: Ventilación adecuada
 - C: Fluido terapia, sangre y hemoderivados
 - D: Diagnóstico de las 4 T: (tono uterino, trauma, Tejido, Trombina)
 - E: Evitar la hipotermia
- Comprobar integridad de placenta.
- Revisión de cavidad uterina.
- Revisión con valvas del canal del parto y descartar desgarros vagino-perineales y/o cervicales.
- Toma muestra para análisis de laboratorio
- Evitar hipotermia.
- Monitoreo estricto de funciones vitales
- Aporta la cantidad adecuada de sangre y hemoderivados según grado de shock
- Evacuar vejiga espontáneamente, de ser necesario colocar sonda Foley con bolsa colectora y medir diuresis horaria.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 55 de 117

- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.
- Tratamiento según la causa



PREVENCIÓN DE LA ATONÍA UTERINA

- uso de uterotónicos para la prevención de la HPP por atonía, durante la tercera etapa del parto, mediante manejo activo del alumbramiento.
- La administración de un agente uterotónico en el transcurso del minuto después de que el bebé haya nacido.
- Después de clampar el cordón, la liberación de la placenta mediante la tracción controlada del cordón (jalando el cordón umbilical) con contracción sobre el fondo
- Compresión bimanual externa del fondo del útero después de la liberación de la placenta
- La oxitocina (10 UI, IM) es el fármaco uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada).
- La carbetocina intravenosa (100 ug) es tan eficaz como la oxitocina para prevenir la HPP. En comparación a la oxitocina, la carbetocina se asoció con una menor necesidad de agentes uterotónicos adicionales y masaje uterino. Esta indicado en aquellas pacientes con factores de riesgo para hemorragia posparto que van a ser sometidas a cesárea electiva o de urgencia. Si no hay oxitocina, se recomienda el misoprostol oral (600 ug).

6.4.2. Terapéutica Manejo interdisciplinario

Atonía uterina

- Masaje uterino externo.
- Instalar vía endovenosa segura con NaCl 0,9 % 1000 ml.
- Instalar vía endovenosa con NaCl 0,9 % 1000 ml con Oxitocina (4 ampollas de 10 UI) e infundir a una velocidad inicial de 40 gotas por minuto (80 mU por minuto) e ir aumentando según el tono uterino y el sangrado.
- Si el sangrado es abundante, pasar retos de 500 cc con NaCl 0,9 % a 39° C en 5 minutos; evaluar respuesta.
- Aplicar Ergometrina 0,2 mg intramuscular, que se puede repetir a los 20 minutos.
- Aplicar el Misoprostol 800 µg vía sublingual o intrarrectal diluida en el tratamiento.
- Aplicar Ac. tranexámico 1 g ev en volutrol, pasar en 10 minutos.
- Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos, y realizar masaje uterino bimanual.
- Maniobras de compresión bimanual interna o externa, aplicación de balón de Bakri, realizar Técnica de Zea (pinzamiento vaginal de arterias uterinas).
- Si se controla el sangrado con balón de Bakri, este debe quedar dentro del útero durante 24 horas; el retiro se hace 100 cc cada 15 minutos.
- Si no cede, pasar a sala de operaciones. La decisión quirúrgica se tomará de acuerdo con la experiencia del cirujano y el estado de gravedad de la paciente para realizar:
 - Empaquetamiento del útero (Técnica de B-Lynch modificada).
 - Ligadura de arterias uterinas o hipogástricas según técnica usual.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N ° 001 Página 56 de 113

➤ Histerectomía Total si fallan las técnicas anteriores. Para la toma de decisión de la histerectomía se debe comprometer a un segundo médico y comunicar al jefe de la Guardia.

6.4.3. Efectos adversos colaterales con el tratamiento

Oxitocina: En las pacientes hipovolémicas deben emplearse dosis menores, pues puede ocurrir una hipotensión extrema por vasodilatación. Pueden producir, cólicos, diarreas, vómitos, epigastralgias, cefaleas, exantema cutáneo, mareos, hipotensión arterial e hipertermia.

Ergometrina: Puede producir un efecto hipertensor severo y repentino asociado con toxemia gravídica y antecedentes de hipertensión. Produce con menos frecuencia: angina, cefalea súbita y severa, prurito, calambres, náuseas, vómitos, confusión.

Ácido tranexámico: náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión, confusión (inmediatamente seguida de una inyección intravenosa demasiado rápida) convulsiones, hipersensibilidad incluyendo anafilaxis.

6.4.4. Signos de alarma

- Sangrado vaginal abundante
- Taquicardia materna.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.
- Palidez marcada
- Debilidad,
- Sudor,
- Palidez,
- Oliguria.

6.4.5. Criterios de alta

NO aplica

6.4.6. Pronóstico:

No aplica

6.5. COMPLICACIONES PARA DIAGNOSTICOS DE RIESGO EN ENFERMERIA

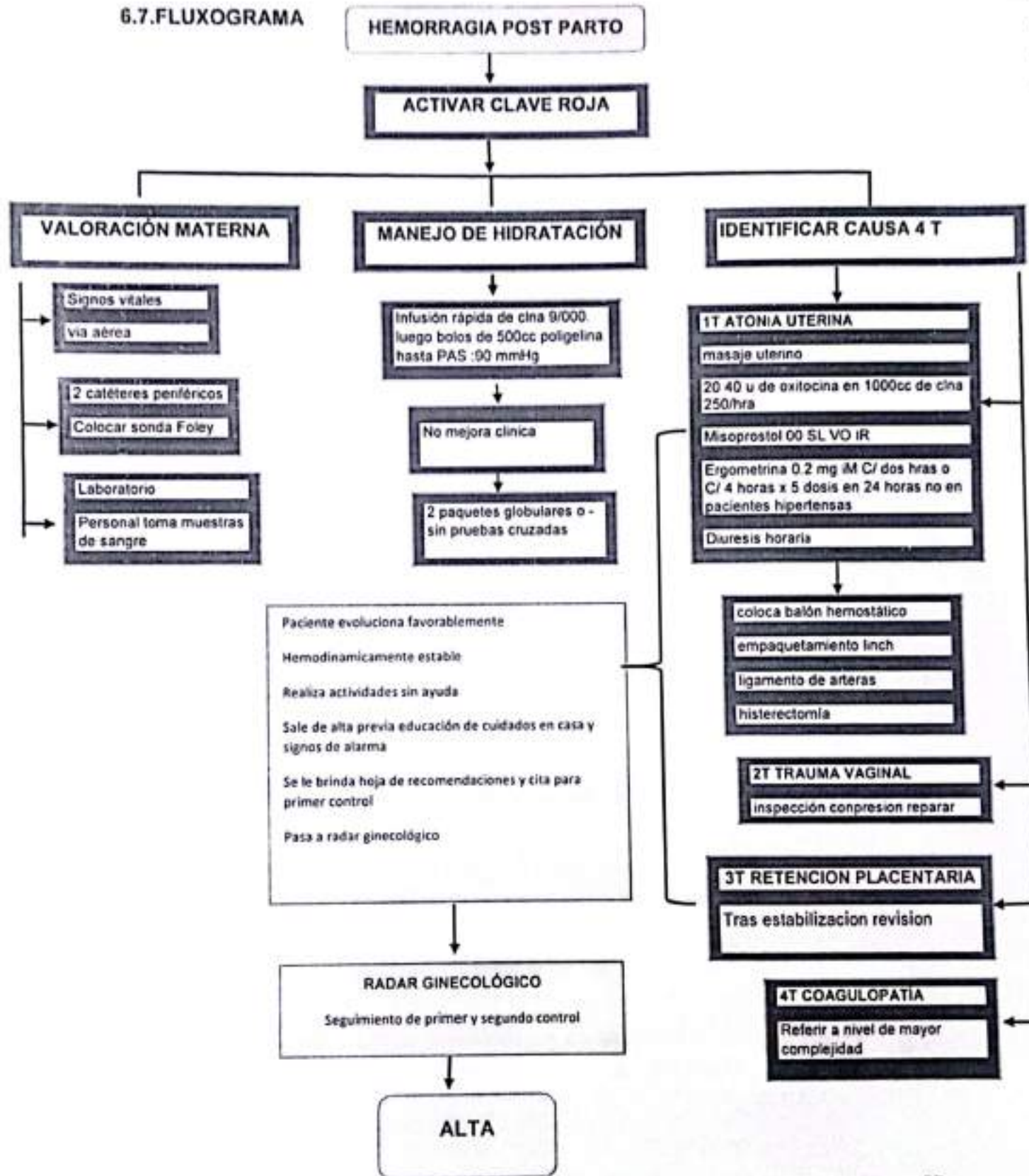
- Choque Hipovolémico.
- Coagulación Vascular Diseminada.
- Insuficiencia Renal.
- Insuficiencia Hepática.
- Isquemia de Miocardio.
- Síndrome de Dificultad Respiratoria.
- Panhipopituitarismo (Síndrome de Sheehan).
- Muerte.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No aplica

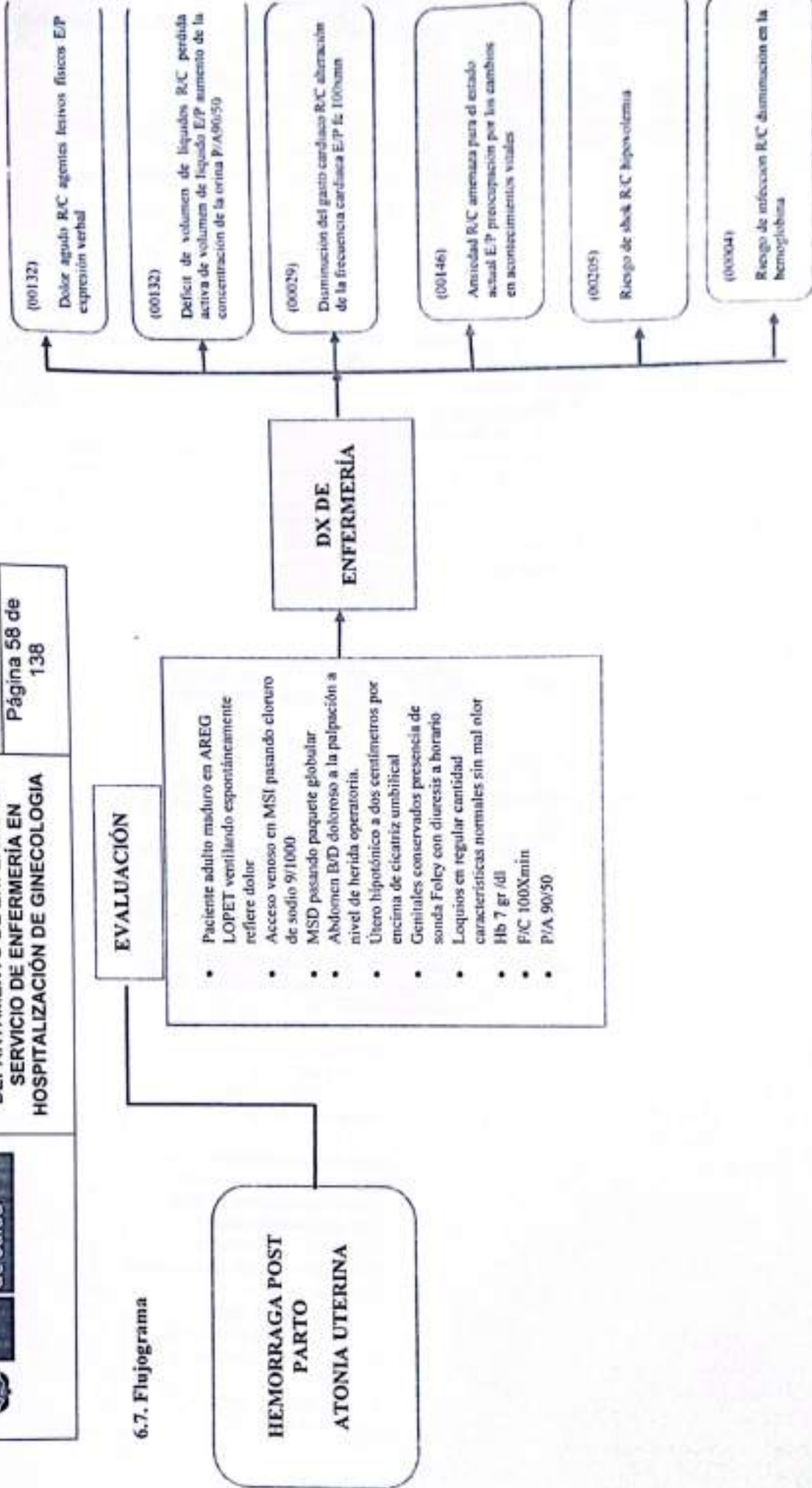




6.7.FLUXOGRAMA





6.7. Flujoograma



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 59 de 117

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO NANDA'	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos E/P expresión verbal	nivel de dolor (2102) control del dolor (1605) Conocimiento salud materna en el puerperio (1818)	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas Aplicar escala del dolor Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor Proporcionar información acerca del dolor Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del Dolor Monitoreo de signos vitales (6680) Disminución de la hemorragia útero post parto (4026) <ul style="list-style-type: none"> Realizar un masaje del fondo uterino para asegurar una consistencia firme Aumentar la frecuencia del masaje hasta que el útero se vuelva firme Observar las características del loquío olor coágulo y volumen Cuantificar la sangre perdida notificar al médico responsable sobre la pérdida excesiva Solicitar enfermeras adicionales que ayuden con los procedimientos de urgencia iniciar la infusión intravenosa con agujas adecuadas para la transfusión Poner en marcha una segunda vía administrar fármacos 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



PERÚ Ministerio de Salud



GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.° 001
Página 60 de 117

		<p>uterogénicos u oxitócicos según protocolo e indicación médica</p> <ul style="list-style-type: none">• Controlar los signos maternos cada 15 mn• Cubrir con mantas calientes• iniciar oxigenoterapia de 6 a 8 litros x min• Realzar sondaje vesical con sonda Foley• Monitorizar la diuresis• Solicitar análisis de sangre• Mantener a la paciente y familiares informados	
--	--	--	--

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 61 de 117

DIAGNOSTICO O NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00132) Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquido E/P aumento de la concentración de la orina P/A90/50	Equilibrio hídrico (0601) Hidratación (0602)90 Reacción transfusional sanguínea 0700	Manejo de líquidos (4120) <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorios o cardiacos que indiquen deshidratación. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o deshidratación (crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria, oliguria, ojos edematosos, respiración rápida y superficial) • Obtener muestras para el análisis de laboratorios de los niveles de líquidos o electrolitos alterados • Pesarse a diario y valorar la evolución • Pasar líquidos si está indicado. • Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v • Monitorizar el estado hemodinámico. • Llevar un registro preciso de entradas y salidas. Administrar el suplemento de electrolitos prescrito según corresponda • Vigilar los signos vitales según corresponda • Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita • explorar las mucosas bucales, esclera y la piel por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrico (sequedad cianosis e ictericia). • Observar si existe pérdida de líquidos, hemorragia • Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión • Comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión según corresponda • Administrar los hemoderivados • Comunicar al médico los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrico persiste o empeora 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON HEMORRAGIA POST
PARTO



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001

Página 62 de

117

		<p>Manejo de hemoderivados 4030</p> <ul style="list-style-type: none">• Verificar la orden médica• Obtener o comprobar el consentimiento informado• confirmar que el hemoderivado que se ha preparado y clasificado se ha determinado el grupo y que se realizaron las pruebas cruzadas correspondientes• Verificar que sea correcto el paciente el grupo sanguíneo el factor RH el número de unidad y la fecha de caducidad y registrar• Monitorizar los signos vitales• Monitorizar las reacciones transfusionales• Registrar duración de la transfusión• Registrar volumen de transfusión• En caso de reacción sanguínea notificar inmediatamente a laboratorio <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none">• Evitar las interrupciones al preparar verificar o administrar los medicamentos• Seguir las reglas de la administración correcta• Verificar la orden médica antes de administrar el medicamento• Administrar aterogénicos u oxióticos según protocolo e indicación médica• Verificar si existen posibles alergias interacciones y contraindicaciones• Notificar al paciente el tipo de medicación la razón para su administración las acciones esperadas y los efectos adversos antes de la administración• Vigilar signos vitales y exámenes de laboratorio antes de la administración de la medicación	
--	--	--	--



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
<p>Código (00029)</p> <p>Disminución del gasto cardiaco R/C pre y post carga alterada E/P taquicardia hipotensión,</p>	<p>Estado circulatorio (0401)</p> <p>Perfusión tisular cardiaca (0405)</p>	<p>Regulación de la hemodinámica (4150)</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorizar la presión arterial, pulso temperatura y estado respiratorio. • observar las tendencias de fluctuación de la presión arterial • Monitorizar la presión arterial después del que el paciente tome la medicación • Observar si se producen esquemas respiratorios anormales • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente • Valorar la expansión del edema • Monitorizar el estado de conciencia • Asegurar la canalización de dos venas de grueso calibre • Colocar catéter vesical y control de diuresis. • Monitorizar saturación O2 • Registrar los ingresos y egresos <p>Manejo de la hipotensión (4175)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles causas de hipotensión • Medir la presión arteria • Evitar la medicación para la P/A para despistaje cuan hay factores contribuyentes presentes (pérdida de sangre deshidratación) • Vigilar las complicaciones (confusión mareos visión borrosa piel fría) • Abordar cualquier situación que influya en la hipotensión según sea necesario <p>manejo de la hipovolemia (4180)</p> <ul style="list-style-type: none"> • vigilar signos de deshidratación • vigilar la fuente de perdida de liquido (hemorragia diarrea). • monitorizar las entradas y salidas. • monitorizar los datos de laboratorio de hemorragia (hb,hto)mantener un acceso iv permeable. • administrar soluciones isotónicas iv descritas (suero salino fisiológico. solución de Ringer lactato. • administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia. • administrar liquidos iv a temperatura ambiente. • instruir al paciente y familia sobre las medidas tomadas tratadas la hipovolemia. 	<p>Escala</p> <p>Desviación grave del rango normal (1)</p> <p>sin desviación del rango normal (5)</p>



PERÚ Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001

Página 64 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00146) Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales	Nivel de ansiedad (1211) Autocontrol de la ansiedad (1402)	Disminución de la ansiedad. (5820) <ul style="list-style-type: none">• utilizar un enfoque sereno que de seguridad• establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente• explicar todos los procedimientos incluida las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento• tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación del paciente• proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico• permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00205) Riesgo de shock R/C hipovolemia	Equilibrio hidrico (0601) Hidratación (0602) Estado circulatorio 0401	<p>Prevención del shock (4260)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprobar los procesos de compensación del shock (hipotensión, relleno capilar ligeramente atrasado, piel pálida / fría, taquipnea, sed aumentada debilidad) Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos Controlar los signos de procesos de compromiso cardiaco. (descenso del gasto cardiaco y de la diuresis aumento de las resistencias vasculares sistémicas) Comprobar el estado circulatorio presión, color y temperatura de la piel ruidos cardiacos frecuencia y ritmo cardiaco presencia y calidad del pulso periféricos y lleno capilar. Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada. Controlar la pulsioximetría Vigilar la temperatura y el estado respiratorio Comprobar los valores del laboratorio, sobre todo Hb, hto, perfil de coagulación, AGA, niveles del lactato, electrolitos, cultivos y perfil bioquímico. Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda Administrar líquidos iv mientras se monitoriza las presiones hemodinámicas y diuresis administra concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado plaqueta etc <p>manejo de la hipovolemia (4180)</p> <ul style="list-style-type: none"> vigilar signos de deshidratación vigilar la fuente de pérdida de líquido (hemorragia diarrea). monitorizar las entradas y salidas. monitorizar los datos de laboratorio de hemorragia (hb,hto)mantener un acceso iv permeable. administrar soluciones isotónicas iv descritas (suero salino fisiológico. solución de Ringer lactato. administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia. administrar líquidos iv a temperatura ambiente. instruir al paciente y familia sobre las medidas tomadas tratadas la hipovolemia. 	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación rango normal (5)</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA



Edición N.º 001

Página 66 de 113

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00004) Riesgo de infección R/C disminución en la hemoglobina	Control de riesgo de proceso infeccioso 1924 Autocontrol de la infección 3118	Control de infecciones (6540) <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una ingesta nutricional adecuada • Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda • Fomentar el reposo • Administrar un tratamiento de antibiótico cuando sea indicado • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes • Cambiar los equipos y accesos venosos según protocolo • Instruir al paciente la técnica correcta de lavado de manos • Lavarse antes y después de cada actividad de cuidado del paciente • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías • Instruir al paciente y familia sobre los signos y síntomas de infección 	Escala Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)

 PERU Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 67 de 117

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabrera. A. (2016). Factores de Riesgo Asociados a Atonia Uterina Durante el Parto hospital regional de Cuilapa. Periodo enero 2012 a diciembre 2013 (tesis especialidad en ginecología y obstetricia) [Universidad de San Carlos de Guatemala].

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10082.pdf

Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.

Gámez E. Proceso (2017). Proceso Cuidado Enfermero a Paciente con Hemorragia post Evento Obstétrico por Atonia Uterina en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de San Luis Potosí. (Tesis de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Crítico). [Universidad Autónoma de San Luis Potosí].

<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4580/TESINA%20PORTADA%20ESTE%20LA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal 2ª. edición - setiembre 2018 lima Perú

Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018

Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2010. Disponible en:



http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf

Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.

Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.

Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 159-167. Recuperado en 29 de noviembre de 2022, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.° 001 Página 68 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT

I.FINALIDAD: La finalidad de realizar esta guía es unificar criterios y estandarizar protocolo de enfermería mejorando la calidad de la atención.

II.OBJETIVOS:

- Brindar cuidados especializado basadas en la evidencia científica
- Brindar atención integral
- Disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las pacientes

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de atención se aplicará en el servicio de hospitalización de ginecología del hospital de Chancay "Hidalgo Atoche López"

IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS (POP) CIE: 10 N81

PROCEDIMIENTO:

CAP A/P - TOT

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN:

El prolapso genital es el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos (útero, vejiga, intestino o el recto) a través del canal vaginal, debido a un relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélviano.



COLPORRAFIA

Esta cirugía que consiste en reparar y fortalecer el piso pélvico después de un prolapso.

colporrafia anterior: procedimiento quirúrgico que consiste en la reparar y reforzar la capa de tejido (fascia) que sostiene la vagina y vejiga.

colporrafia posterior: procedimiento quirúrgico que consiste en reparar la facia de soporte entre el recto y la vagina

TOT (cinta trans-obturadora)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 69 de 117

consiste en colocar la malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de viscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

5.2 ETIOLOGÍA

Es poco frecuente encontrar un único factor etiológico del prolapso, siendo habitual la coexistencia de varios factores causales más o menos evidentes y con mayor frecuencia, de forma adquirida, casi siempre asociada al embarazo y parto.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del prolapso es multifactorial, usualmente en pacientes con factores de riesgo, incompetencia del suelo pélvico por hipotonía, baja fuerza de contracción o ausencia de automatismo durante un esfuerzo abdominal, incapacidad de la musculatura abdominal para orientar las presiones generadas durante un esfuerzo, ausencia de sinergia entre ambos grupos musculares, hipertonia del diafragma torácico y alteraciones de la estática lumbopélvica.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El 33% de mujeres sufren de prolapso de órgano pélvico (POP) y el 33.5% de ellas se les realizará una intervención quirúrgica.

En USA la prevalencia de Disfunción del piso pélvico es 23.7% y se duplica a la edad de 80 años. La cirugía de POP es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes. A los 80 años, 1 de 5 mujeres (20%) tendrá al menos una cirugía de POP.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Factores predisponentes: raza, anatómicos, neurológicos, musculares, tejido conectivo, genética.
- Factores agravantes: partos, lesión nerviosa, lesión muscular, radiación, disrupción de tejido, cirugía.
- Factores promotores: estreñimiento, obesidad, cirugías, fumar, comorbilidades, fármacos, infecciones, menopausia.
- Factores que descompensan: edad, demencia, fármacos, comorbilidades.
- Factores intervinientes: estilos de vida, farmacológicos, dispositivos, cirugías previas de piso pélvico.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.

6.1. CUADRO CLINICO.

6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS:

- Síntomas frecuentes: sensación de presión o pesadez en la vagina, dolor en la vagina o perineo, sensación de protrusión o tensión vaginal, dolor bajo de espalda, presión o dolor pélvico

- Síntomas urinarios: incontinencia de estrés, aumento de la frecuencia al miccionar (diurna y nocturna), urgencia e incontinencia urinaria de esfuerzo, flujo urinario pobre o prolongado, sensación de evacuación incompleta, tenesmo.
- Síntomas Intestinales: dificultad en la defecación, urgencia en la defecación, sensación de defecación incompleta.
- Síntomas sexuales: dispareunia. Dificultad para tener coito.

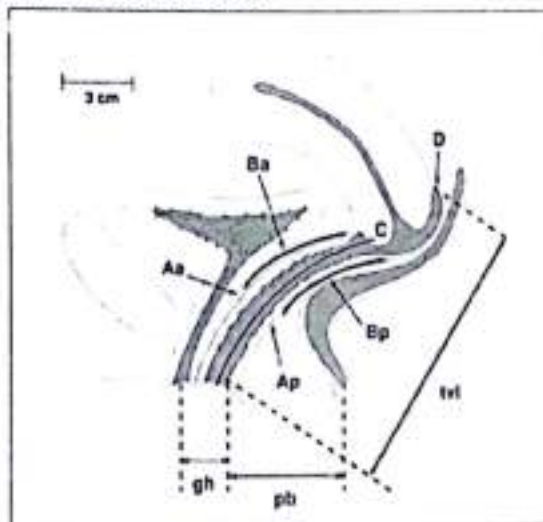
6.1.2 interacciones cronológicas

No aplica

6.1.3 gráficos diagnóstico tratamiento

No aplica

6.2. DIAGNOSTICO



Pared anterior	Pared anterior	Cuello uterino o cupula vaginal
Aa	Ba	C
Wato genital	Cuerpo perinatal	Largo vaginal total
gh	ph	tvf
Pared posterior	Pared posterior	Ferrix posterior
Ap	Bp	D

1. DOMINIO 9: afrontamiento /tolerancia al estrés

Código de diagnóstico (00146)

Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales

2. DOMINIO 12: Confort

Código de diagnóstico (00132)

Dolor R/C agentes lesivos físicos E/P expresión verbal del paciente

3. DOMINIO 5: percepción /cognición



Código de diagnóstico (00161)

Disposición para mejorar conocimientos R/C falta de información E/P manifiesta interés por el aprendizaje

4. DOMINIO 3: eliminación e intercambio

Diagnóstico de enfermería (00023)

Riesgo de retención Urinaria R/C obstrucción del tracto urinario.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N ° 001 Página 71 de 113

5.DOMINIO II: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00004)

Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

VI.CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico:

incontinencia urinaria de esfuerzo

protrusión de la pared vaginal

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

- Quiste de Bartholino
- Quistes vaginales
- Tumores pediculados uterinos (miomas, pólipos)
- Divertículo uretral
- Tumores de uretra y vejiga
- Elongación hipertrófica del cuello

6.3. EXAMENES AUXILIARES: Actividades interdisciplinarias

6.3.1 Patología clínica

- Hemograma Hb Hto
- Grupo Sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar
- Pruebas Cruzadas.
- RPR o VDRL.
- Test de Elisa VIH o prueba rápida.
- Urea, Creatinina
- Sedimento urinario y urocultivo

6.3.2 De Imágenes

- Ecografía Transvaginal
- Ecografía vesical para evaluar residuo postmiccional.



6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica

6.4.1 Medidas generales y preventivas

está indicado cuando el prolapso es de primer y segundo grado, no hay pérdida de orina y es asintomática:

- Cambios en el estilo de vida (disminuir de peso si IMC>30 Kg/m², evitar esfuerzo físico, combatir el estreñimiento)
- Entrenamiento supervisado de músculo de piso pélvico por lo menos 16 semanas, si hay buena respuesta continuar con el entrenamiento.
- Estrogenoterapia
- Régimen higiénico dietético, especialmente con proteínas.
- Considerar pesarios vaginales en pacientes con prolapso de órganos pélvicos sintomático.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 72 de 114

6.4.2 **Terapéutica:** Actividades interdisciplinarias

- Continuar con fluidoterapia en el post operatorio
- Administrar tratamiento para manejo del dolor según indicación médica
- Realizar balance hídrico
- Monitorizar funciones vitales
- Orientar a la paciente como realizar ejercicio de kegel
- Realizar reeducación vesical
- Vigilar signos de alarma
- NPO por horas luego dieta blanda

6.4.3 **Efectos adversos o colaterales con el tratamiento**

- Retención urinaria
- Hematoma de cúpula vaginal
- Granuloma de cúpula vaginal
- Infección urinaria

6.4.4 **Signos de alarma**

- Fiebre
- Loquios con mal olor
- Herida operatoria enrojecida. Empastada. elimina secreción serohemática por los puntos de incisión

6.4.5 **Criterios de Alta Medica**

- NO aplica

6.4.6 **Pronostico No aplica para enfermería, pero enfermería podría vigilar lo siguiente:**

- NO aplica

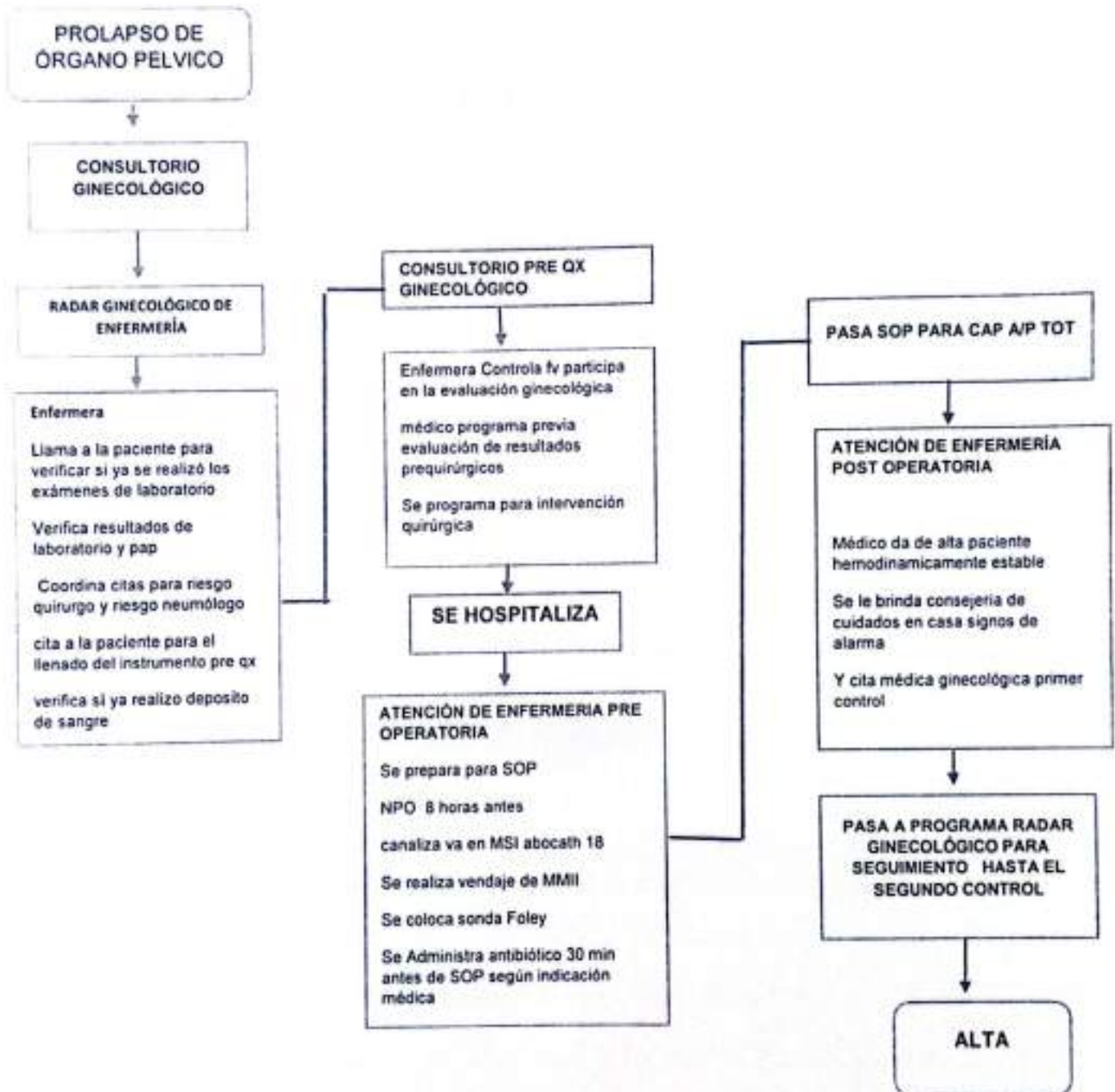
6.5. **COMPLICACIONES PARA DIAGNOSTICOS DE RIESGO EN ENFERMERIA**

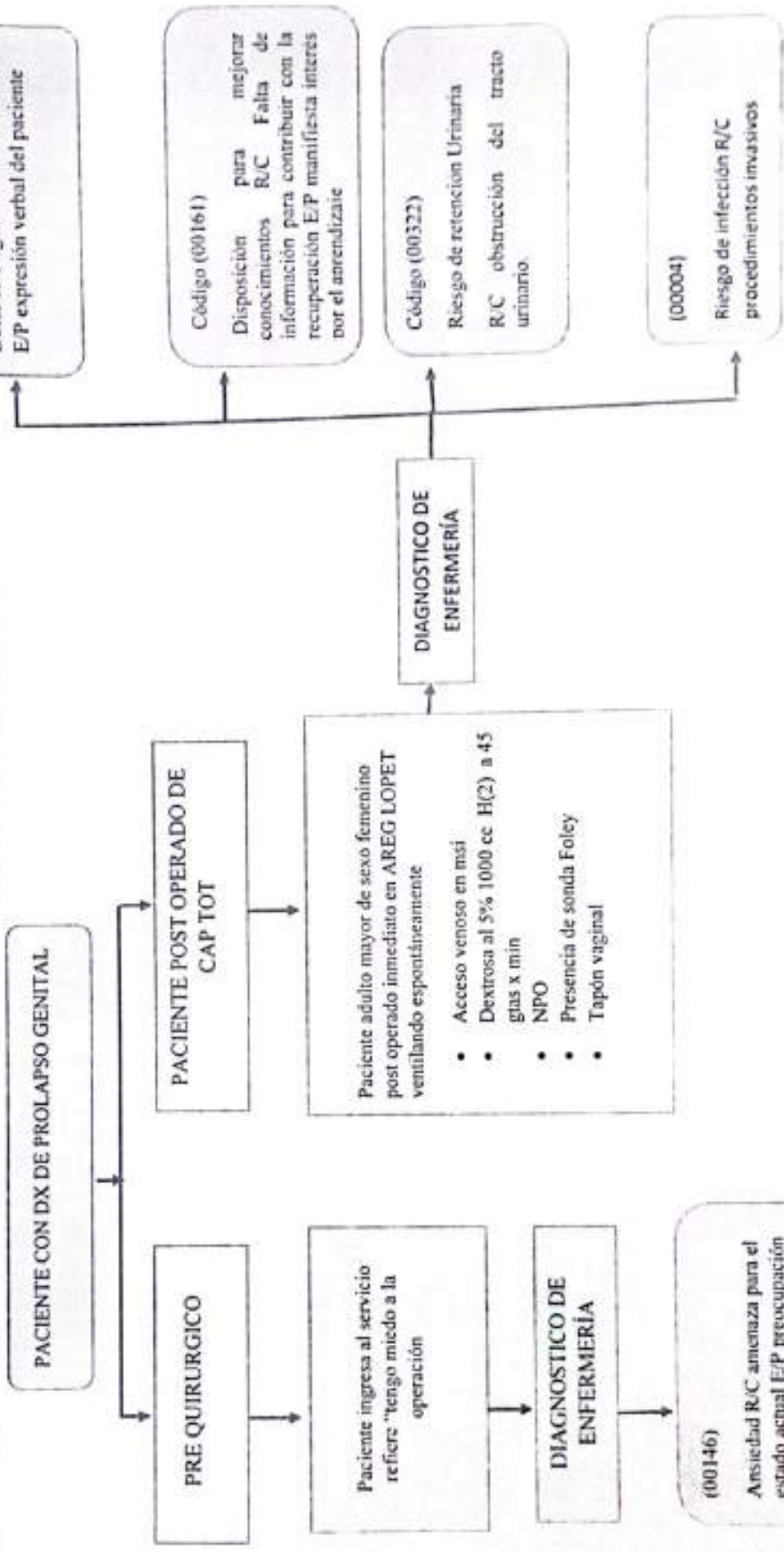
- Erosiones e infecciones del cérvix y vagina
- Infecciones urinarias recurrente
- Dispareunia
- Inmovilización crónica



6.6 **CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

No aplica en enfermería

6.7 FLUXOGRAMA







 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	 Edición N.º 001 Página 75 de 138
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00146) Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales	Nivel de ansiedad (1211) Autocontrol de la ansiedad (1402)	<p>Disminución de la ansiedad. (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizar un enfoque sereno que de seguridad • establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente • explicar todos los procedimientos incluida las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación del paciente • proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico • permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo <p>Enseñanza prequirúrgica (5610)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía • Informar al paciente y a familia de la duración esperada de la operación • Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente sus antecedentes nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes • Describir las rutinas preoperatorias según corresponda • Informar al paciente de la duración esperada de la operación. • Evaluar la ansiedad de la paciente relacionada con la cirugía. • Describir toda la medicación preoperatoria lo efectos y e fundamento de su utilización. • Corregir las expectativas poco realistas de la cirugía según corresponda • Documentar la enseñanza, incluida la respuesta del paciente a la misma. 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)





DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos E/P expresión verbal	nivel de dolor (2102) control del dolor (1605) Conocimiento salud materna en el puerperio (1818)	<p>Manejo del dolor (1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas Aplicar escala del dolor Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor Proporcionar información acerca del dolor Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del Dolor <p>Monitoreo de signos vitales (6680)</p> <p>Manejo de la medicación (2380)</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Administrar medicamentos según protocolo e indicación medica observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Registrar en notas de enfermería <p>enseñanza individual (5606)</p> <p>Acuerdo con el paciente (4420)</p> <p>Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados</p>	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)</p>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 77 de 117



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00161) Disposición para mejorar conocimientos R/C falta de información para contribuir con la recuperación E/P manifiesta interés por el aprendizaje	Estado materno: puerperio (2511)	Facilitar el aprendizaje 5520 <ul style="list-style-type: none"> Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender. Establecer metas de aprendizaje realista Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente Adaptar el contenido de acuerdo a las capacidades y discapacidades cognitivas y psicomotoras y/o afectivas del paciente Establecer la información en una secuencia lógica Asegurar que el material de enseñanza este actualizado Utilizar un lenguaje familiar Fomentar la participación del paciente Cuidados perineales (1750) <ul style="list-style-type: none"> Ayudar con la higiene Mantener el periné seco limpiar el periné exhaustivamente con regularidad Aplicar medicación prescrita Documentar características del drenaje (loquios) Instruir al paciente sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (mal olor) Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570) <ul style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad de la urgencia de la eliminación urinaria Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria Establecer los intervalos de pautas inicial para ir al baño en función del patrón de eliminación urinaria Llevar al paciente al baño o recordarle que orine en intervalos prescritos 	Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango (5)



DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00004) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	Control de riesgo de proceso infeccioso (1924) Autocontrol de la infección (3118)	<p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar una ingesta nutricional adecuada Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda Fomentar el reposo Administrar un tratamiento de antibiótico cuando sea indicado Limpieza del ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes Cambiar los equipos y accesos venosos según protocolo Instruir al paciente la técnica correcta de lavado de manos Lavarse antes y después de cada actividad de cuidado del paciente Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías Instruir al paciente y familia sobre los signos y síntomas de infección Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de vejiga <p>Cuidado de catéter urinario (1876)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener la higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado estéril y sin obstrucciones Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga Evitar inclinar la bolsa o sistema de mediciones de orina para vaciar o medir la diuresis (evitar contaminaciones ascendentes) Realizar cuidado rutinario del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario Observar las características del líquido drenado Cambiar el aparato de drenaje urinario según protocolo. 	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)</p>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 79 de 111

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00004) Riesgo de retención urinaria R/C obstrucción del tracto urinario	Eliminación urinaria (0503)	Manejo de la eliminación urinaria (0590) <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia • Anotar la hora de la última eliminación urinaria • Control de Ingesta y eliminación. • Palpar vejiga cada 4h en busca distensión vesical, "incapacidad para orinar". • Control de ingesta y eliminación. • Valorar cantidad y aspecto de la diuresis espontánea. • Iniciar maniobras de estimulación si no se consigue diuresis. Ejercicios de suelo pélvico 0560 <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara orinar o defecar • Enseñar al paciente evitar contraer los músculos abdominales, músculos y glúteos, a aguantar la respiración o hace sobre esfuerzos durante la realización de los ejercicios • Asegurarse de que el paciente pueda diferenciar entre la elevación y la contracción del musculo deseada y el esfuerzo de pujo no deseado • Enseñar a la paciente ejercicios para tensar los músculos manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundo entre contracciones • Explicar a la paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6 a 12 semanas • Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POS OPERADO DE COLPORRAFIA A/P + TOT	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 90 de 117

VIII. referencias bibliográficas:



1. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.
2. Cruz Miñano, J. (2021) "Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en el Hospital I La Esperanza, durante el periodo julio-diciembre 2019" Trujillo – Perú 2021 (tesis de médico cirujano) [Universidad Privada Antenor Orrego].

https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7958/1/REP_JHOMIRA_CRUZ_PROLAPSO.DE.ORGANOS.PELVICOS.pdf
3. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología instituto nacional materno perinatal marzo 2020 Lima Perú
4. Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018
5. Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.
6. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.

<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol 2020;63(1):54-59. DOI: 10.20960/j.pog.00262

https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
8. Valencia, C., De la Cruz, J., Correa, L., & Arango, P. (2020). Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de enero - diciembre 2018. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 9(1), 11–16

<https://doi.org/10.33421/inmp.2020184>

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 91 de 112

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL

I.FINALIDAD:

Prevenir la incidencia de Complicaciones con diagnóstico de pacientes post histerectomía total por leiomioma de útero que son atendidos en el Hospital Chancay.

II.OBJETIVO:

- Favorecer la enseñanza sobre las técnicas y protocolos preoperatorio.
- Disminuir el riesgo de infección.
- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente.
- Brindar atención integral y de calidad al paciente

III.AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de atención se aplicará en el Departamento de Gineco Obstetricia

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR:

Guía Técnica de Intervención de Enfermería en Pacientes Post-Operados con miomatosis uterina.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO LEIOMIOMA DEL UTERO

4.1. NOMBRE Y CODIGO:

LEIOMIOMA DEL UTERO CIE 10: D25.9

Procedimiento

HISRERECTOMIA TOTAL

V.CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION:

Tumor benigno que se forma a nivel del miometrio uterino. Conformado por fibras musculares lisas y tejido conectivo. Pueden ser únicos o múltiples. Presentan una pseudocápsula.



CLASIFICACION

- Leiomioma Submucoso
- Leiomioma Intramural
- Leiomioma Subseroso
- Leiomioma sin otra especificación

5.2. ETIOLOGIA:

Desconocida

5.3. FISIOPATOLOGIA:

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N. ° 001 Página 92 de 148

- Etiología desconocida
- Cada fibroma se desarrolla a partir de una célula (desarrollo mono clonal)
- Alteración genética cambia fenotipo de miocito hacia un proliferativo
- 50% de muestras de miomas muestran alteraciones genéticas
- Regulación del crecimiento:
 - Crecimiento mayor durante fase lútea y embarazo -Aumento de receptores de estrógenos y progestágenos -Crecimiento es regulado por estrógenos y progestágenos, aumento de enzima aromataasa en mioma.
- Angiogénesis: Menor vascularización de tejido miomatoso Miometrio circundante vascularizado.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

- Tumor sólido más común de la pelvis, se presenta en un 25 a 50% en mujeres en edad reproductiva y en 30-40% en mujeres mayores de 40años. La mayor incidencia entre los 40-50 años, luego de la cual disminuye.
- Frecuentemente asintomáticos (50%)
- Constituye el 7% de la consulta externa el 19% de los egresos hospitalarios

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Herencia familiar de primer grado
- Raza: más frecuente en mujeres afroamericanas
- Edad: incidencia y tamaño se incrementó con la edad, siendo más frecuente entre los 45-50 años (20 veces)
- Uso de anticoncepción orales, depoprovera y T-LNG
- Obesidad
- Hipertensión
- Nuliparidad
- Dieta rica en carnes

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS



6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y síntomas: para valoración de enfermería

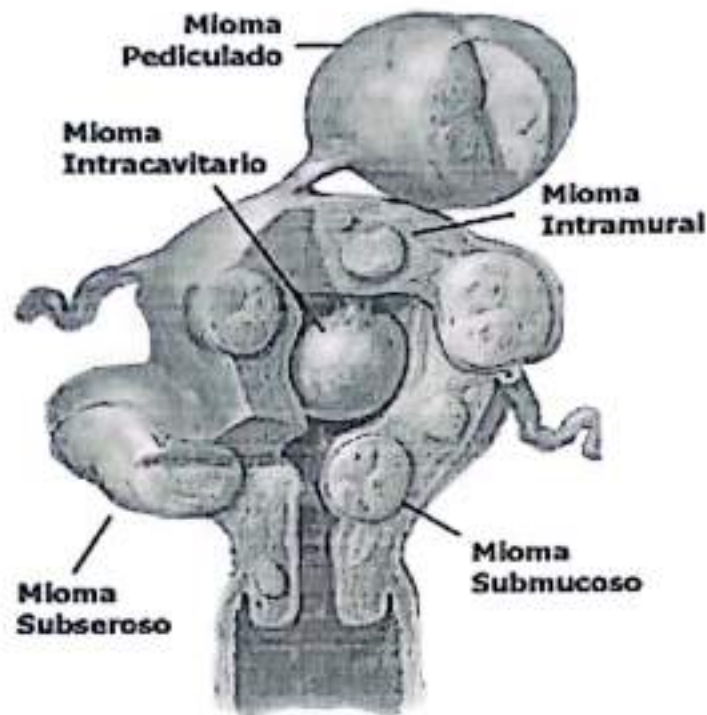
- La mayoría son asintomáticos 50%
- Sangrado uterino
- Dolor pélvico
- Dificultades para la concepción

6.1.2 Interacciones cronológicas

Mayor prevalencia en mujeres de 45 a 50 años

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMIA TOTAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 93 de 117

6.1.3 gráficos diagnóstico tratamiento



6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

- NO APLICA

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

- No aplica



6.2.2. Diagnósticos de enfermería

1. DOMINIO 12: Confort

Diagnóstico de enfermería Código (00132)
 Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P expresión verbal

2. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Diagnóstico de enfermería Código (00044)
 Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos E/P herida quirúrgica.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 94 de 117

3. DOMINIO 4: actividad y reposo

Diagnóstico de enfermería Código (00085)

Deterioro de la movilidad física R/C Dolor E/P limitación de la amplitud del movimiento

4. DOMINIO 5: percepción /cognición

Código de diagnóstico (00161)

Disposición para mejorar el conocimiento R/C manifiesta deseo de mejorar en el aprendizaje

5. DOMINIO 11: seguridad y protección

Código de diagnóstico (00004)

Riesgo de infección R/C procedimientos invasivo

6.3 EXAMENES AUXILIARES: Actividades interdisciplinarias

6.3.1 Patología clínica

Exámenes Pre quirúrgicos

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR o VDRL.
- Prueba de ELISA para VIH o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).
- Perfil de coagulación
- Fibrinógeno
- recuento de plaquetas
- tiempo de coagulación y sangría

EXAMENES POST QUIRURGICO

- hemograma completo a las 6 horas post quirúrgica

6.3.2 De Imágenes



- Ecografía transvaginal
- Histerosonografía
- Ultrasonografía
- Histerosalpingografía

6.3.3 De exámenes complementarios especializados

- Estudio Doppler
- Tomografía
- Resonancia magnética nuclear

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 95 de 117

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Se debe realizar diagnóstico precoz

6.4.2 Terapéutica

Tratamiento médico: Actividades interdisciplinarias

Consiste en aliviar los síntomas y permitir la conservación del útero la opción farmacológica debe considerarse como la primera línea de tratamiento y va a depender de los síntomas, edad, expectativa de reproducción, contraindicaciones quirúrgicas, tiempo esperado para el inicio de la menopausia.

El tratamiento consiste en estrógenos y progestinas, moduladores selectivos de los receptores de progesterona, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (análogos de GnRH), moduladores de los receptores esteroideos (SERMs) y terapia androgénica.

Los análogos de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) son otra opción de tratamiento médico de los miomas. Estos fármacos regulan, a la baja, los receptores de GnRH en la hipófisis, lo que hace que disminuyan considerablemente las concentraciones de hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y esteroideos ováricos; esto, a su vez, origina un incremento repentino inicial, que da lugar a hiperestrogenismo y luego hipoestrogenismo. Con esto sobreviene la amenorrea y la reducción del tamaño del mioma (35-65%), evidente a los tres meses de tratamiento. Los agonistas de la GnRH son importantes en el tratamiento preoperatorio de pacientes con anemia y miomas de gran tamaño.

Histerectomía



Los leiomiomas son la principal indicación para la histerectomía y representan 30% de las indicaciones en mujeres blancas y 50% en mujeres de origen afroamericano. La morbilidad asociada con la histerectomía puede sobrepasar las ventajas cuando solo existe un mioma subseroso, un mioma pediculado o un mioma submucoso, que pueden extraerse mediante laparoscopia o histeroscopia.

La histerectomía se sugiere en mujeres con hemorragia aguda que no reacciona a otros tratamientos, en quienes han completado su paridad y tienen algún riesgo de otras enfermedades que se elimina o disminuye con la histerectomía:

- neoplasia cervical
- endometriosis
- Adenomiosis
- hiperplasia endometrial
- incremento del riesgo de cáncer ovárico

6.4.3 Efectos adversos colaterales con el tratamiento

- Hemorragia intra y post operatoria
- Anemia o necesidad de transfusiones

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N. * 001 Página 96 de 117

- Infección de herida quirúrgica
- Reparación de fibromas
- Lesiones intestinales y vesicales
- Reacciones adversas a la anestesia
- Adherencias pélvicas
- Necesidad de histerectomía (en caso de miomectomía)
- Infertilidad.

6.4.4 signos de alarma

- HUA severo
- Anemia severa

6.4.5 Criterios de alta

No aplica

6.4.6 Pronostico

No aplica

6.5 COMPLICACION PARA DIAGNOSTICOS DE RIESGO EN ENFERMERIA

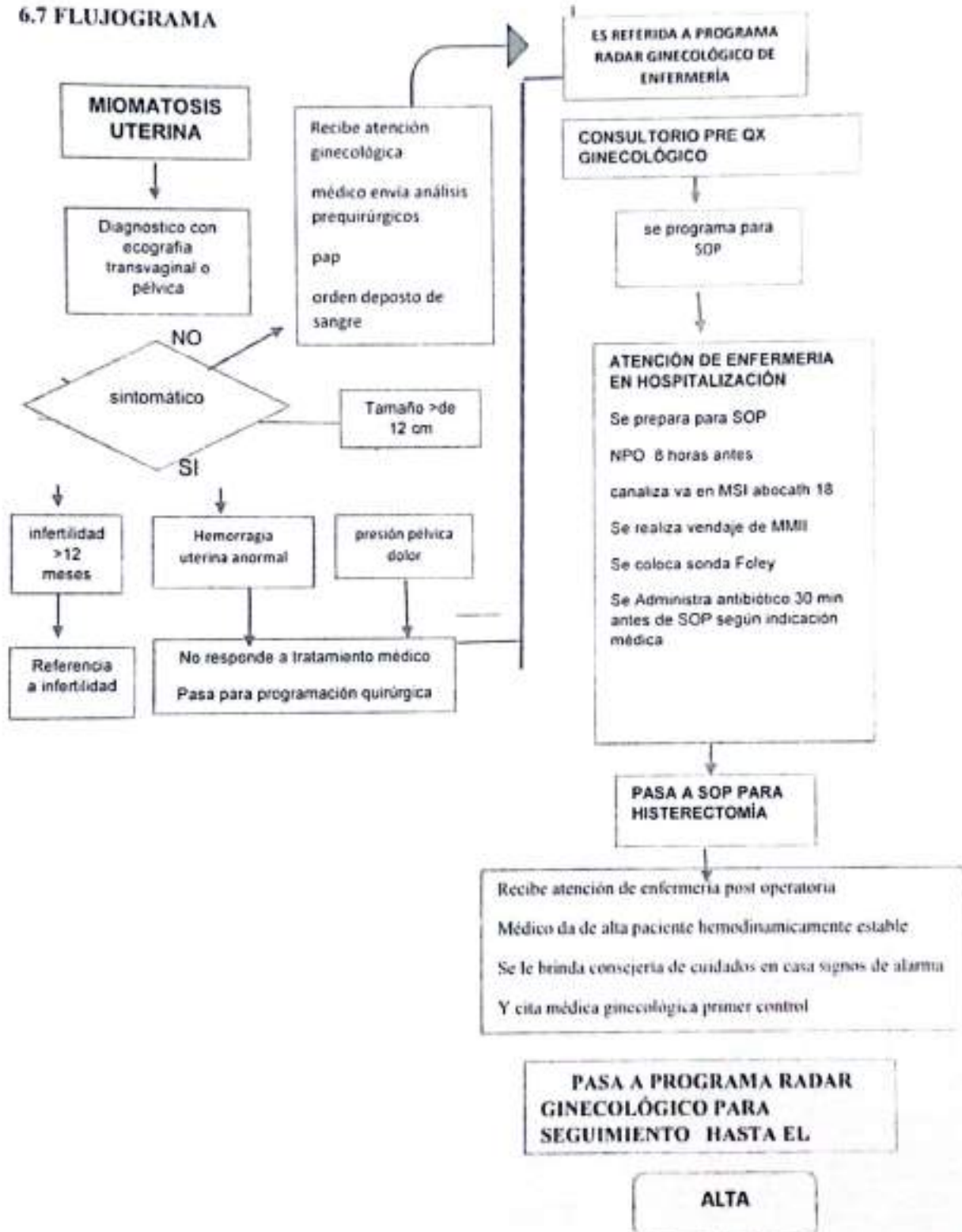
- HUA severo
- Anemia severa
- Transformación maligna (1%)

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No aplica



6.7 FLUJOGRAMA





PERÚ
Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POST OPERADO DE
HISTERECTOMIA TOTAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001
Página 98 de
138

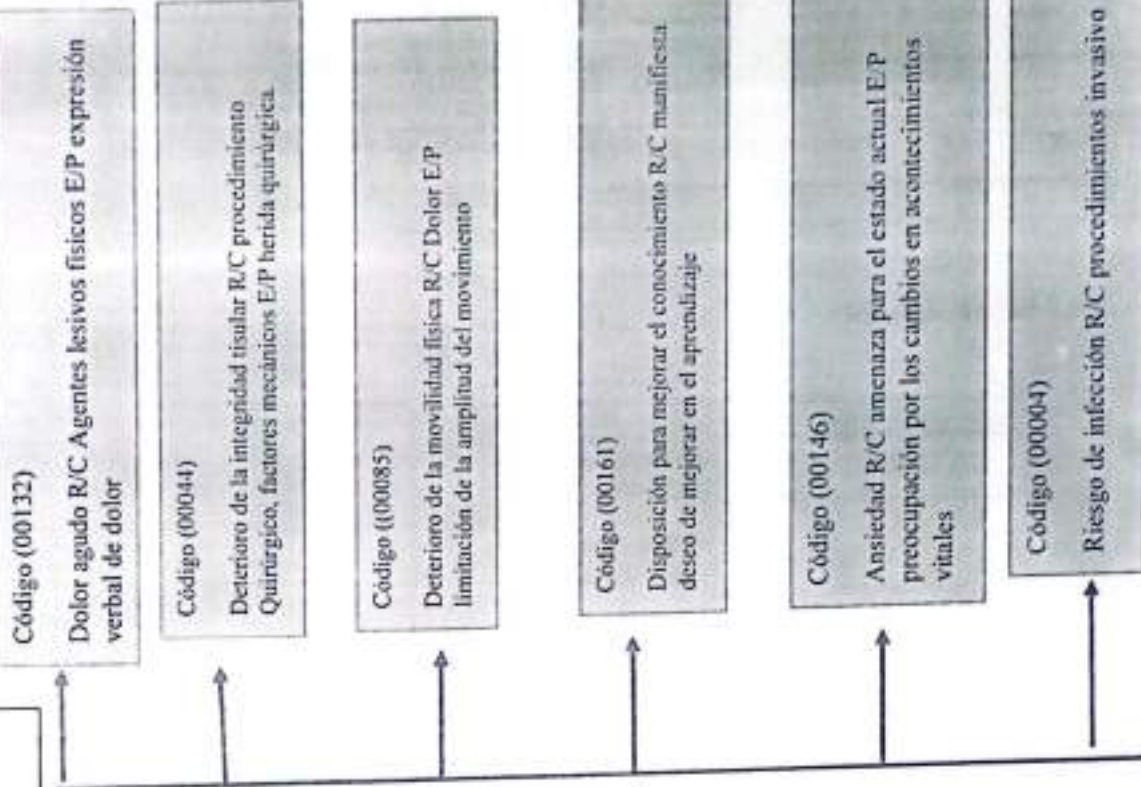
PACIENTE POST
OPERADO DE
HISTERECTOMÍA



Valoración

Paciente adulto maduro de sexo femenino post operado inmediato de histerectomía abdominal total se encuentra en AREG LOTE P ventilando espontáneamente con acceso venoso en MSI

- Dextrosa al 5 % hipertónico (2) 45 gms x min
- Dolor en herida operatoria
- Ansiedad
- Herida operatoria cubierta con gasa limpia y seca

DIAGNÓSTICO DE
ENFERMERÍA



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMIA TOTAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00132) Dolor agudo R/C lesiones por agentes físicos E/P expresión verbal	nivel de dolor (2102) control del dolor (1605) Conocimiento salud materna en el puerperio (1818)	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor • Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas • Aplicar escala del dolor • Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias • Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor • Proporcionar información acerca del dolor • Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona • Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios • Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del Dolor Monitoreo de signos vitales (6680) Manejo de la medicación (2380) <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Administrar medicamentos según protocolo e indicación médica • observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. • Registrar en notas de enfermería enseñanza individual (5606) Acuerdo con el paciente (4420) Determinar con el paciente los objetivos de los cuidado	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



PERÚ

Ministerio
de Salud

**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE POST OPERADO DE
HISTERECTOMA TOTAL.**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA**





Edición N.° 001

Página 100 de
117


DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
<p>Código (00044)</p> <p>Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico E/P herida quirúrgica.</p>	<p>(3124) Autocontrol de la herida</p>	<p>Cuidado de la herida (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, color, tamaño, olor. • Limpiar con solución salina fisiológica según corresponda. • Administrar cuidado del sitio de incisión según sea necesario. • Reforzar el apósito si es necesario. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Fomentar la ingesta de líquido según corresponda. • Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. • Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. <p>Ayuda con el autocuidado: baño /higiene (1801)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. • Determinar la cantidad de ayuda que necesita • Facilitar que el paciente se bañe el mismo según corresponda • Controlar a integridad cutánea del paciente mantener rituales higiénicos • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. 	<p>Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)</p>





DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00161) Disposición para mejorar el conocimiento R/C manifiesta deseo de mejorar en el aprendizaje	(1300) estado de salud (1910) Ambiente seguro del hogar (0305) autocuidado higiene	<p>Facilitar el aprendizaje (5520)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender. Establecer metas de aprendizaje realista Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas y psicomotoras y/o afectivas del paciente Establecer la información en una secuencia lógica Asegurar que el material de enseñanza este actualizado Utilizar un lenguaje familiar Fomentar la participación del paciente <p>Educación para la salud (5510)</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables Determinar el contexto personal y el historial socioculturales la conducta sanitaria personal Determinar los conocimientos sanitarios actual y las conductas del estilo de vida <p>Preparación del hogar (6485)</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los cuidados domiciliarios Encargar y confirmar la entrega de cualquier medicación y suministro necesario. Preparar programas de formación para utilizar en casa que estén de acuerdo con cualquier enseñanza anterior ya realizada. Realizar un seguimiento para asegurarse de que los programas son factibles y se llevaron acabo Proporcionar información escrita respecto a la medicación los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia según sea necesario. Proporcionar documentación de acuerdo con las normas del centro Educar al paciente y familia sobre las actividades que el paciente puede realizar luego del alta. Informar sobre la dieta que el paciente puede consumir 	Inadecuado (1) Completamente adecuado (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N.º 001 Página 102 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00146) Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales	Nivel de ansiedad (1211) Autocontrol de la ansiedad (1402)	Disminución de la ansiedad. (5820) <ul style="list-style-type: none"> • utilizar un enfoque sereno que de seguridad • establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente • explicar todos los procedimientos incluida las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación del paciente • proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico • permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMIA TOTAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
(00004) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	(1924) Control de riesgo de proceso infeccioso (3118) Autocontrol de la infección	Control de infecciones 6540 <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una ingesta nutricional adecuada • Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda • Fomentar el reposo • Administrar un tratamiento de antibiótico cuando sea indicado • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes • Cambiar los equipos y accesos venosos según protocolo • Instruir al paciente la técnica correcta de lavado de manos • Lavarse antes y después de cada actividad de cuidado del paciente • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías • Instruir al paciente y familia sobre los signos y síntomas de infección • Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de vejiga Cuidado de catéter urinario 1876 <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado estéril y sin obstrucciones • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga • Evitar inclinar la bolsa o sistema de mediciones de orina para vaciar o medir la diuresis (evitar contaminaciones ascendentes) • Realizar cuidado rutinario del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario • Observar las características del líquido drenado • Cambiar el aparato de drenaje urinario según protocolo. 	Escala Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMA TOTAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 104 de 117

VIII. referencias bibliográficas:

1. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.
2. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología instituto nacional materno perinatal marzo 2020 Lima Perú
3. Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.
4. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.
5. Hernández M, Valerio E, Tercero Valdez-CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex 2017 sept;85(9):611 1- 633.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>
6. Hernández-Valencia, M, Valerio-Castro, E, Tercero-Valdez-Zúñiga, CL, Barrón-Vallejo, J, & Luna-Rojas, RM. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecología y obstetricia de México, 85(9), 611-633. Recuperado en 16 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es&tlng=es.
7. Herrera Paz, Omar Abe (2021) Miomatosis uterina: factores asociados; clínicos y epidemiológicos; hospital maría auxiliadora. 2017-2020 (título médico cirujano) [universidad César vallejo]
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74952/Herrera_POA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 105 de 117

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL

I.FINALIDAD:

Fortalecer las competencias y unificar los conocimientos y criterios en el proceso del cuidado de enfermería en pacientes con diagnóstico de mastitis puerperal.

II.OBJETIVO:

- Brindar cuidados de enfermería oportuno a las pacientes con diagnóstico de mastitis puerperal
- Disminuir las complicaciones en pacientes con diagnóstico de mastitis puerperal

III.LAMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de cuidados de enfermería se aplicará en las pacientes del servicio de hospitalización de ginecología que está a cargo de la licenciada especialista en gineco obstetricia en el hospital de chancay Dr. "HILDALGO ATOCHE LOPEZ"

IV.PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR:

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO LEIOMIOMA DEL UTERO

4.1. NOMBRE Y CODIGO:

MASTITIS PUERPERAL CIE 10: O91.2



V.CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION:

La mastitis puerperal o de la lactancia es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria acompañada o no de infección. Se presenta más frecuentemente en el puerperio, es decir, durante el periodo que sigue inmediatamente al parto y que se extiende, normalmente, de seis a ocho semanas o 40 días.

CLASIFICACIÓN:

- **Flemón Subareolar:** La infección queda circunscrita al tejido retroareolar.
- **Parenquimatosa o galactoforitis supurada:** La afección de uno o varios lobulillos mamarios puede producir una importante destrucción tisular, con formación de gran cantidad de exudado purulento que drena al exterior a través de los ductos y el pezón. Se localiza frecuentemente en los cuadrantes externos.
- **Intersticial:** Afectación principalmente del tejido conectivo y adiposo situado entre los lobulillos
- **Abcesificada:** En general procede de una mastitis glandular o intersticial con exudación leucocitaria muy intensa. Se forma una colección purulenta rodeada por una membrana piógena que dará lugar a un absceso. Los abscesos pueden ser Superficiales, Intramamarios o Retromamarios.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA	Edición N. * 001 Página 106 de 117

- **Flemonosa.** Es causada por estreptococos y se caracteriza por su gran componente edematoso y un acumulo purulento no delimitado por membrana piógena

5.2. ETIOLOGIA:

El microorganismo que se aísla con mayor frecuencia es por estafilococo aureus coagulasa positivo, en especial la cepa resistente a la meticilina. el origen inmediato que causa mastitis es siempre la nariz o la garganta del recién nacido. Las bacterias penetran a través del pezón en el sitio de una fisura o abrasión pequeña. Los microorganismos casi siempre se cultivan en la leche

5.3. FISIOPATOLOGIA: La mayoría de las bacterias causantes de la infección mamaria se pueden evidenciar entre las 18-24 horas de incubación. Fisiológicamente, puede haber recuentos que indican una concentración de bacterias menor de 1000 UFC/ ml cualquier valor por encima de esta cifra es sugestivo de infección mamaria y se relaciona con la formación biopelículas en el interior de los conductos galactóforos, que ocasionan su obstrucción. Generalmente, la presencia de Staphylococcus y Streptococcus en la concentración señalada se considera anormal; estos pueden proliferar y sintetizar toxinas que ocasionan inflamación mamaria. Cuando las toxinas se absorben y alcanzan la circulación sistémica, pueden dar lugar a un cuadro semejante a la gripa. En estos casos es conveniente evaluar si hace falta suspender la lactancia del seno afectado, hasta la negativización del cultivo.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

La incidencia varía entre 2 % a 33 %. Tasas de recurrencia de 4 % a 15 %. La mastitis es más frecuente en las semanas segunda y tercera del posparto, y la mayoría de los estudios señala que entre el 74 % y el 95 % de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año. El absceso mamario, que ocurre entre el 1-5 %, también es más frecuente en las primeras 6 semanas del posparto, pero puede ocurrir más tarde

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Primiparidad.
- Pezones aplanados, hundidos o muy pequeños.
- Mastitis previas.
- Labio o paladar hendido del neonato.
- Lesiones en el pezón como grietas o fisuras.
- Sala de neonatos contaminada con Staphylococcus aureus intrahospitalario.
- Contaminación de las manos de la madre.
- Trabajo fuera del hogar.
- Mala técnica de amamantamiento. – Estrés materno.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

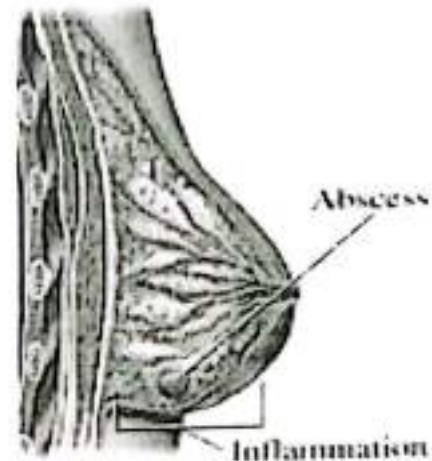
6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y síntomas:

dolor mamario y signos inflamatorios (calor, rubor y eritema). Puede haber cambios sistémicos que incluyen temperaturas superiores a 38 – 39°C se acompaña de taquicardia, decaimiento, dolores articulares, escalofríos, náuseas (similares a cuadros gripales), absceso mamario.



6.1.2 gráficos diagnóstico tratamiento



6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico:

- Temperatura ≥ 38 °C en dos medidas con 6 horas de diferencia, después de 7 días posparto.
- Escalofríos, pueden presentar náuseas, vómitos
- Sensibilidad, eritema, tumefacción o fluctuación focal o difusa generalmente de una mama.
- Secreción purulenta por el pezón.
- Inflamación de ganglios axilares.

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

- No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: PAE

1. DOMINIO 12: Confort



- Código de diagnóstico (00132)
- Dolor agudo r/c agente lesivo físico, biológico

2. DOMINIO 11: seguridad y protección

- Diagnóstico de enfermería código (00007)
- Hipertermia r/c Enfermedad E/P T°38.

3. DOMINIO 11: Seguridad/protección

- Clase 2: lesión física
- Diagnóstico de enfermería Código (00047)
- Deterioro de la integridad de la piel R/C enfermedad E/P lesiones en la piel

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 108 de 117

4. DOMINIO 2: Nutrición

- Dominio 2 clase I concepto: lactancia materna
- Diagnóstico de enfermería Código (00104)
- Lactancia materna ineficaz R/C conocimiento insuficiente de los padres acerca de las técnicas de amamantamiento E/P vaciado insuficiente de cada pecho durante la lactancia

5. DOMINIO 2 Nutrición

- Dominio 2 clase I concepto: lactancia materna
- Código de diagnóstico 00106
- Disposición para mejorar la lactancia materna r/C conocimiento insuficiente de los padres acerca de la importancia del amamantamiento

6. DOMINIO 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés

- Código de diagnóstico (00146)
- Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales

6.3 EXAMENES AUXILIARES (QUE PODRÍA INDICAR EL PROFESIONAL MEDICO)

6.3.1 Patología clínica

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo, factor Rh
- marcadores de daño de órganos, si infección es severa.
- La PAAF es la técnica de elección ya que permite un estudio citológico (diagnóstico diferencial con el carcinoma inflamatorio) y microbiológico (gram, cultivo y antibiograma) de la secreción láctea o purulenta.

6.3.2 De Imágenes

- Ecografía de mamas



6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales: FONE (Categorías II-1, II-2)

- Asegurar un buen agarre del pecho.
- Correcta higiene de manos y extractores lácteos.
- No limitar las tomas del bebé ni en cantidad ni en duración. Ofrecer siempre el pecho afectado.
- No usar ropas que puedan comprimir el pecho.
- Aplicar masaje y calor local en la zona afectada previo al inicio de las tomas. Esto ayudara a que el pecho se vacíe mejor.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL.	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N ° 001 Página 109 de 117

- Si el vacío del pecho no es completo es necesario extraer la leche manualmente.
- La aplicación de frío local en la mama puede aliviar la inflamación y las molestias.
- Es conveniente que la mujer guarde reposo.

6.4.2 Terapéutica Actividades interdependientes

Terapia sintomática: Paracetamol 500 mg VO c/6 clindamicina (300-600 mg/6 h VO o EV), cloxacilina (500 mg/6 h VO) + metronidazol (7,50 mg/kg/6 h EV), o amoxicilina-clavulánico (875/125 mg/8 h VO).

Terapia parenteral: Cefazolina 1 g, Oxacilina, Clindamicina. La duración usual del tratamiento antibiótico es de 10 a 14 días. En Absceso Mamario: El tratamiento consiste en la incisión y drenaje quirúrgico, sin esperar a la fistulización espontánea. Las incisiones deben ser arqueadas, concéntricas a la areola, sobre la zona de máxima fluctuación o sobre el más declive. Se realiza desbridamiento de todos los posibles tabiques y lavado con abundante suero salino fisiológico. Se debe dejar un drenaje tipo Penrose, que se retirará a las 48 horas. Si vemos que en la cavidad drenada queda alguna zona sangrante, se realizará un taponamiento con compresas o gasas las primeras 24 horas. Se debe enviar una muestra de pus para cultivo y antibiograma y la pared del absceso para estudio anatomopatológico. El antibiótico será cloxacilina 2 g/4 h EV o cefazolina 1 g/6-8 h EV. La alternativa para las pacientes alérgicas será vancomicina 1 g/12 h EV o teicoplanina 400 mg/24 h EV. Se realizarán curas diarias lavando la cavidad con suero salino

6.4.3 efectos adversos colaterales con el tratamiento: No aplica

6.4.4 signos de alarma

Tumefacción a tensión e intensamente dolorosa sugestiva de absceso o con obstrucción al drenaje lácteo y/o con decoloración o necrosis cutánea. Compromiso del estado general, Hipotensión, Fiebre alta y persistente.

6.4.5 Criterios de alta

No aplica

6.4.6 Pronostico aplica para enfermería,

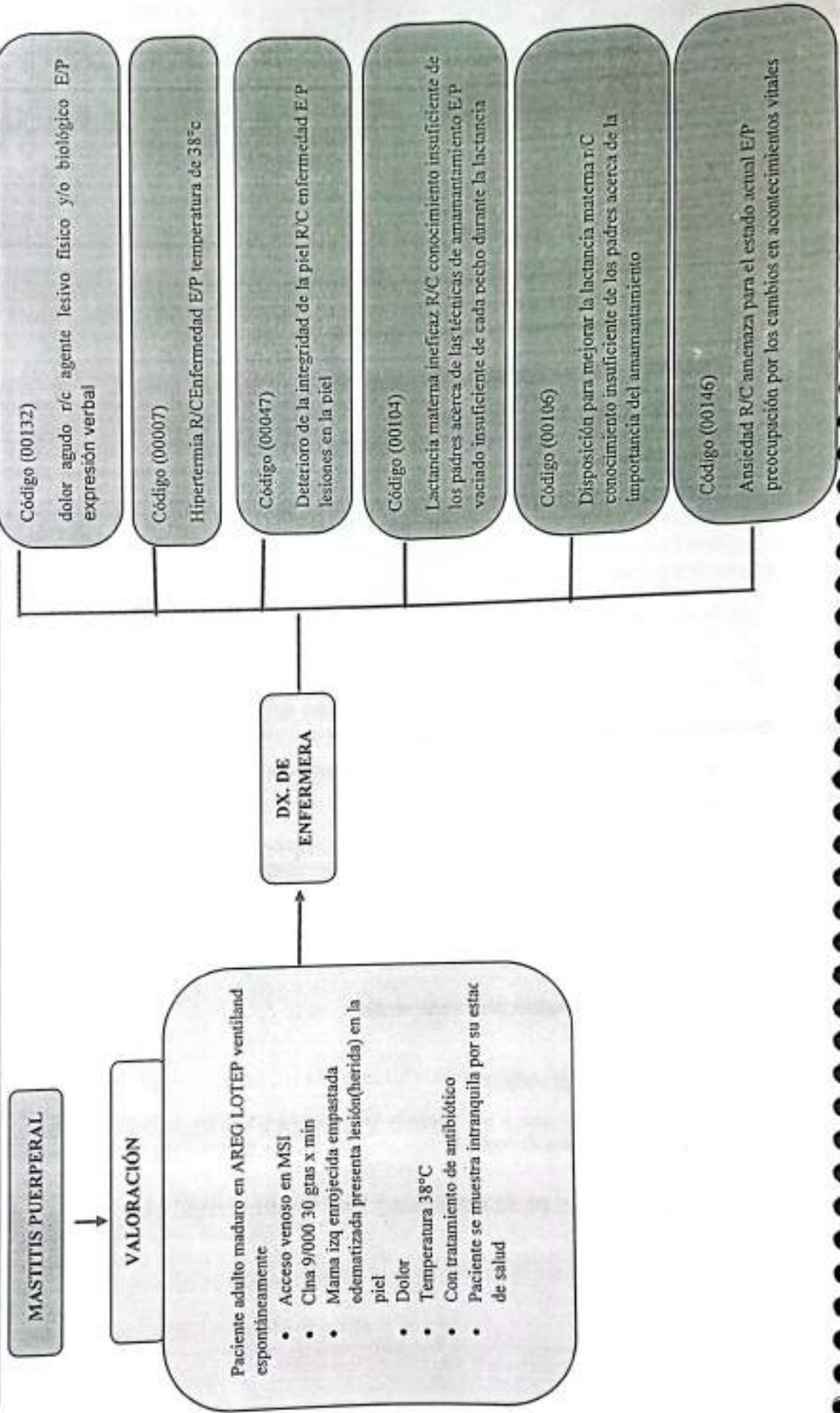
No aplica



6.3 COMPLICACION

Absceso mamario con o sin Necrosis que requiera resección de tejido mamario. Sepsis y su asociada disfunción de órganos.

6.5 CRITEROS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No aplica



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	

VII. ANEXOS

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código de diagnóstico (00132) dolor agudo r/c agente lesivo físico y/o biológico E/P expresión verbal	2102 nivel de dolor 1605 control del dolor	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor Informar al paciente de los aspectos relacionados con el adecuado control de dolor y de las modalidades analgésicas Aplicar escala del dolor Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor cultura experiencias Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor Proporcionar información acerca del dolor Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona Favorecer el descanso evitar procedimientos innecesarios Monitorizar el grado de satisfacción del paciente respecto al alivio del dolor Monitoreo de signos vitales (6680) Manejo de la medicación (2380) <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Administrar medicamentos según protocolo e indicación medica observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Registrar en notas de enfermería Enseñanza individual (5606) Acuerdo con el paciente (4420) <ul style="list-style-type: none"> Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados 	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)



DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
<p>Código de diagnóstico: (30007) Hipertermia R/C Enfermedad E/P temperatura de 38°C</p>	<p>(0802) signos vitales (0800) termorregulación</p>	<p>Monitoreo de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda • Poner en marcha y mantener un dispositivo de control de temperatura según corresponda • Monitorizar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura, y la humedad de la piel • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. <p>Regulación de la temperatura ((3900</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda • Observar el color y la temperatura corporal • Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado <p>Tratamiento de la fiebre (3740)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de entradas y salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos • Administrar medicamentos o líquidos. Iv. (p.ej. antipiréticos antibióticos) • Cubrir al paciente con una manta o ropa ligera dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta calidad para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para la fase de fiebre y de defervescencia). • Fomentar el consumo de líquidos • Aplicar un baño tipo esponja con cuidado Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. <p>Administración de la medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Administrar medicamentos según protocolo e indicación medica • observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. • Registrar en notas de enfermería <p>Transcripción de ordenes (8060) Interpretación de datos de laboratorio 7690</p>	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5)</p>



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA

Edición N.º 001

Página 113 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00047) Deterioro de la integridad de la piel R/C enfermedad E/P lesión en la piel	(3124) Autocontrol de la herida	<p>Cuidado de la herida (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, color, tamaño, olor. • Limpiar con solución salina fisiológica según corresponda. • Administrar cuidado del sitio de incisión según sea necesario. • Reforzar el apósito si es necesario. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Fomentar la ingesta de líquido según corresponda. • Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. • Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. 	Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 114 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código Lactancia materna ineficaz R/C conocimiento insuficiente de los padres acerca de las técnicas de amamantamiento	(1002) Mantenimiento de la lactancia materna (1001) Establecimiento de la lactancia materna	Asesoramiento en la lactancia (5244) <ul style="list-style-type: none"> informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna. Ayudar a asegurar que el lactante se sujete bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible). Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p.ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios). Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica. Instruir sobre los signos del lactante (hociqueo, succión y estado de alerta tranquila). Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia. Explicar la diferencia de succión nutritiva y no nutritiva. Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y engancho en el pezón) Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda Explicar a la madre los cuidados el pezón Monitorizar el dolor del pezón y la alteración de la integridad cutánea Protección contra las infecciones (6550) <ul style="list-style-type: none"> Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito. Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones. 	Inadecuado (1) Completamente inadecuado (5)



PERÚ

Ministerio
de Salud

**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE
MASTITIS PUERPERAL**





**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA**



Edición N.º 001

Página 115 de
117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Disposición para mejorar la lactancia materna R/C conocimiento insuficiente de los padres acerca de la importancia del amamantamiento	Conocimiento: lactancia materna (1800)	<p>Asesoramiento en la lactancia (5244)</p> <p>Mejora de la autoconfianza (5395)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada. • Proporcionar información sobre la conducta deseada. • Identificar los obstáculos al cambio de conducta. • Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta. • Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta. • Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. <p>Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) (5640)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas. • Enseñar a los progenitores/cuidador a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses). 	Ningún conocimiento (1) Conocimiento extenso (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N. ° 001 Página 116 de 117

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	ACTIVIDADES NIC	EVALUACION NOC ESCALA
Código (00146) Ansiedad R/C amenaza para el estado actual E/P preocupación por los cambios en acontecimientos vitales	Nivel de ansiedad (1211) Autocontrol de la ansiedad (1402)	Disminución de la ansiedad. (5820) <ul style="list-style-type: none"> • utilizar un enfoque sereno que de seguridad • establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente • explicar todos los procedimientos incluida las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación del paciente • proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico • permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo 	Escala de desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MASTITIS PUERPERAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGIA	Edición N.º 001 Página 117 de 117

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arantzazu Igoa, E Mastitis en el puerperio, prevención y manejo Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Vol. XV; nº 14; 746 España

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/mastitis-en-el-puerperio-prevencion-y-manejo/>

2. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.

3. Howard K. Butcher G. Bulechek j. Docherman C. Warner. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 7ª edición. España. ELSEIVER.2018.

4. Moorhea S. Johnson.M. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.6 sexta edición Elsevier 2013.

5. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermeros definición y clasificación 2021 -1023 12ª edición España. Elsevier 2021.

6. Krogerus, C., Wernheden, E., & Hansen, L. B. (2019). [Mastitis]. *Ugeskrift for Laeger*, 181(47).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31791447>

7- Viduedo, A. de F. S., Leite, J. R. de C., Monteiro, J. C. dos S., dos Reis, M. C. G., & Gomes-Sponholz, F. A. (2015). Severe lactational mastitis: particularities from admission. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1116–1121.