

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

**Proceso de Atención de Enfermería vinculado al lenguaje taxonómico NANDA,
NIC y NOC en el cuidado de hemorragias postparto en el Hospital Vicente
Corral Moscoso enero-diciembre 2021**

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Licenciado en Enfermería.

Modalidad: Proyecto de Investigación


Autores:

Paulina Fernanda Criollo Cajamarca

Manuel Adrián Miranda Domínguez

Director:

Nube Janeth Clavijo Morocho

ORCID:  0000-0003-1987-6347

Cuenca, Ecuador

18-abril-2023

Resumen

Antecedentes: Las emergencias obstétricas son problemas que se presentan a diario en la mujer gestante y puérpera. Entre las principales complicaciones obstétricas tenemos las hemorragias postparto siendo esta una de las tres causas de mortalidad materna en el mundo, pues de acuerdo a datos de la OMS es la responsable del 25% de muertes maternas, cuyos casos se presentan en mayor magnitud en los países en vías de desarrollo.

Objetivo: Determinar el Proceso de Atención de Enfermería vinculado al lenguaje taxonómico NANDA, NIC Y NOC en el cuidado de hemorragias postparto en el hospital Vicente Corral Moscoso enero-diciembre 2021.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de hemorragias postparto en el año 2021. Para la recolección de datos se utilizó un formulario pre elaborado, los datos se tabularon usando Microsoft Excel creando una base de datos codificada Para el análisis de los datos, se utilizó el software estadístico SPSS versión 25. Los resultados se presentarán en tablas de frecuencias y porcentajes.

Resultados: El Proceso de Atención de Enfermería según el lenguaje taxonómico NANDA, NOC y NIC en el cuidado de la hemorragia postparto determino que en el diagnóstico de déficit de volumen de líquidos el cumplimiento por parte de la enfermera fue muy bueno con un porcentaje de 40,48%, en el diagnóstico de deterioro del intercambio de gases el cumplimiento fue regular con un 78,78%. En el deterioro de la eliminación urinaria el cumplimiento fue bueno con un 59,25%, en el diagnóstico de riesgo de shock el 46,25% tuvo un cumplimiento bueno. En los diagnósticos de hipotermia y dolor agudo el cumplimiento fue bueno con un porcentaje de 64,28% y 44,04% respectivamente. Finalmente, en el diagnóstico de disminución del gasto cardiaco el cumplimiento fue regular con un 52,38%.

Conclusiones: En la mayoría de diagnósticos como el de Deterioro de la eliminación urinaria, hipotermia, riesgo de shock y dolor agudo tuvieron un cumplimiento bueno por parte de la enfermera, mientras que el cumplimiento fue regular en el diagnóstico de Disminución del gasto cardiaco y Deterioro del intercambio de gases.

Palabras clave: hemorragia postparto, atonía uterina, mortalidad materna, proceso de atención de enfermería, taxonomía

Abstract

Background: Obstetric emergencies are problems that occur daily in pregnant and postpartum women. Among the main obstetric complications are postpartum hemorrhages, which are one of the three causes of maternal mortality in the world. According to WHO data, postpartum hemorrhages are responsible for 25% of maternal deaths, with the greatest number of cases occurring in developing countries.

Objective: To determine the nursing care process linked to the taxonomic language NANDA, NIC and NOC in the care of postpartum hemorrhage at the Vicente Corral Moscoso Hospital January-December 2021.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted, reviewing all the medical records of patients diagnosed with postpartum hemorrhage in the year 2021. A pre-prepared form was used for data collection and the data were tabulated using Microsoft Excel to create a coded database. For data analysis, SPSS version 25 statistical software was used.

Results: The Nursing Care Process according to the taxonomic language NANDA, NOC and NIC in the care of postpartum hemorrhage determined that in the diagnosis of fluid volume deficit, compliance by the nurse was very good with a percentage of 40.48%, in the diagnosis of deterioration of gas exchange, compliance was regular with 78.78%. In the diagnosis of impaired urinary elimination, compliance was good with 59.25%; in the diagnosis of risk of shock, 46.25% had good compliance. In the diagnoses of hypothermia and acute pain, compliance was good with a percentage of 64.28% and 44.04% respectively. Finally, in the diagnosis of decreased cardiac output, compliance was fair with 52.38%.

Conclusions: Most diagnoses such as impaired urinary elimination, hypothermia, risk of shock and acute pain had good nurse compliance, while compliance was fair for decreased cardiac output and impaired gas exchange.

Keywords: postpartum hemorrhage, uterine atony, maternal mortality, nursing care process, taxonomy

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract.....	3
Dedicatoria.....	7
Agradecimiento	8
CAPÍTULO I.....	9
1.1 Introducción.....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación.....	12
CAPÍTULO II.....	14
2. Marco teórico	14
2.1 Hemorragias postparto.....	14
2.1.1 Definición	14
2.1.2 Etiología	14
2.1.3 Epidemiología.....	14
2.1.4 Clasificación de las hemorragias postparto.....	15
2.1.5 Factores de riesgo.....	15
2.1.6 Manifestaciones clínicas	16
2.1.7 Diagnóstico de las hemorragias postparto	17
2.1.8 Tratamiento.....	18
2.1.9 Definición de lenguaje estandarizado	19
2.1.10 Lenguaje taxonómico NANDA, NIC y NOC.....	19
2.1.11 Proceso de Atención de Enfermería	21
2.1.12 Proceso de Atención de Enfermería en las hemorragias postparto	21
CAPÍTULO III.....	26
3. Objetivos	26
3.1 Objetivo general	26
3.2 Objetivos específicos	26
CAPÍTULO IV.....	27
4. Diseño metodológico.....	27
4.1 Tipo de estudio:.....	27
4.2 Área de estudio:	27

UCUENCA	5
4.3 Universo y Muestra	27
4.3.1 Universo	27
4.3.2 Muestra	27
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	27
4.4.1 Criterios de inclusión	27
4.4.2 Criterios exclusión	27
4.5 Operacionalización de variables	28
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	28
4.7 Plan de tabulación y análisis	30
4.8 Aspectos éticos	30
CAPÍTULO V.....	32
5. Resultados	32
CAPÍTULO VI.....	40
6. Discusión.....	40
CAPÍTULO VII.....	42
7. Conclusiones y Recomendaciones	42
7.1 Conclusiones.....	42
7.2 Recomendaciones.....	42
Referencias	44
Anexos	48

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características sociodemográficas; edad y procedencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022 ..	32
Tabla 2. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características sociodemográficas; escolaridad y estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022	33
Tabla 3. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características gineco-obstétricas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022.....	34
Tabla 4. Distribución según los diagnósticos de enfermería presentes en las 84 madres estudiadas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022	35
Tabla 5. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022 ...	36
Tabla 6. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022 ...	37
Tabla 7. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022 ...	38
Tabla 8. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022 ...	39

Dedicatoria

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme y darme la fuerza necesaria para concluir con este trabajo, por darme vida y salud para seguir este largo camino. A mi familia que son un pilar fundamental, un apoyo incondicional y una motivación para seguir adelante. A mis docentes que me han brindado sus conocimientos y me han ayudado en mi formación profesional. A mis amigas que han estado desde el comienzo de esta nueva etapa y me han brindado su sincera amistad.

Paulina Fernanda Criollo Cajamarca

Quiero agradecer a Dios por brindarme salud, fuerza y conocimientos necesarios para poder salir en adelante y concluir con este proyecto de investigación, A mis padres de crianza Mercedes Duran y Luciano Ortiz, a mis padres biológicos Julia Domínguez y Jaime Miranda quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos Andrés Miranda y María Ortiz por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias, siempre las llevo en mi corazón.”

Manuel Adrián Miranda Domínguez

Agradecimiento

Damos gracias a Dios por guiarnos en esta nueva etapa de nuestras vidas, por darnos sabiduría y fortaleza para cumplir todas nuestras metas y por permitirnos terminar con éxito este trabajo.

Nuestro más profundo agradecimiento a la licenciada Nube Clavijo por brindarnos sus conocimientos, orientarnos y ayudarnos a concluir esta investigación.

A nuestras familias por ser un pilar fundamental en nuestras vidas, por brindarnos su apoyo incondicional y por darnos motivación en nuestros momentos más difíciles.

A la escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca por ayudarnos en nuestra formación como profesionales y permitirnos brindar servicio a la comunidad.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso por darnos la apertura para realizar esta investigación y en especial al personal de estadística quien nos brindó su ayuda en todo este proceso.

Todos los mencionados anteriormente muchas gracias y que Dios los Bendiga.

Los Autores

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los resultados; estas etapas se encuentran íntimamente relacionadas entre sí y le dan sustento científico a la práctica de enfermería.²

En Enfermería, es fundamental el uso de un lenguaje estandarizado y científico que permita desarrollar el pensamiento crítico, y, que además proporcione una comunicación asertiva que garantice la práctica de los cuidados enfermeros con calidad y eficacia. Por tal razón, se creó las taxonomías NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería); su uso permite la regularización de la práctica enfermera, generalizando y unificando la práctica clínica en base a las necesidades específicas del paciente, familia o comunidad.²

La taxonomía NANDA comprende diagnósticos enfermeros basados en la evidencia y práctica clínica.⁵ De acuerdo con Carrillo y Rubiano, un diagnóstico enfermero se puede estructurar mediante la identificación del problema de salud, factores etiológicos, la observación y manifestación de signos y síntomas identificados como características definitorias.⁶ Como complemento se utiliza el NOC para establecer los objetivos del cuidado y el NIC para identificar las intervenciones necesarias para lograrlos.⁴ Las emergencias obstétricas son problemas que se presentan a diario en la mujer gestante y puérpera, entre las principales complicaciones obstétricas están las hemorragias post parto siendo este uno de los cinco causantes de mortalidad materna en el mundo en especial en países en vías de desarrollo, en Ecuador es considerada la segunda causa de muerte en mujeres puérperas.¹

Datos estadísticos según la OMS muestra que la hemorragia postparto es la responsable del 25% de muertes maternas en todo el mundo, en América Latina alrededor del 8,2% de las mujeres sufren una hemorragia postparto requiriendo una atención inmediata.²

Según la gaceta epidemiológica del ministerio de salud pública del Ecuador en relación a la mortalidad materna evidencia que en el año 2018 y 2019 hubo 28 muertes maternas a causa

de hemorragias obstétricas, en cambio en el año 2020 hubo 31 muertes maternas como consecuencia de hemorragia obstétrica.³

Las hemorragias postparto son pérdidas sanguíneas mayores a 1000 ml estas pueden estar relacionadas a signos y síntomas de hipovolemia y se dan entre las primeras 24 horas luego del parto ya sea vía vaginal o cesárea.¹ El riesgo de muerte por una hemorragia después del parto no depende solamente de la cantidad de sangre que se pierde sino también de la duración del trabajo de parto, su estado de salud anterior, malnutrición, pobreza y sobre todo la falta de control de la salud reproductiva, por lo tanto el personal de enfermería debe tener conocimiento científico para elaborar diagnósticos enfermeros que apoyen al mejoramiento de salud de la materna.⁴

La cantidad de pérdida de sangre normal que se produce después del parto no está cuantificada actualmente por lo que es difícil para el personal de enfermería considerar una hemorragia, sus causas son multifactoriales y la más común es la atonía uterina.⁵

Según el tiempo la hemorragia posparto puede clasificarse en primaria y secundaria, la primaria ocurre dentro de las primeras 24 horas, la secundaria se da después de las 24 horas y hasta los 3 meses después del parto.⁶

Las hemorragias post parto están consideradas como la forma más común de pérdida sanguínea, con la posibilidad de conducir a insuficiencia multiorgánica, varias transfusiones sanguíneas histerectomía periparto y daños a los órganos dentro de cavidad pélvica produciéndose así también pérdida de la fertilidad, problemas psicológicos, y trastornos postraumáticos.⁷

1.2 Planteamiento del problema

Uno de los desafíos para Enfermería continúa siendo la solución de problemas basados en la aplicación del PAE, en el cual se incluye las taxonomías NANDA, NOC y NIC.⁴ Lograr integrar esta metodología en la práctica de los estudiantes resulta difícil, esto se confirma en el estudio denominado “Factores que intervienen en la aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica clínica del estudiante de licenciatura en Enfermería”, señalando que el 99.9% de los participantes poseen conocimientos teóricos sobre el tema, pero no todos logran aplicarlos al momento de ofrecer los cuidados enfermeros; el 70% lo aplica siempre, el otro porcentaje limita su desempeño al no utilizar esta metodología.

En el Ecuador se muestran aproximadamente 34.000 muertes al año debido a las hemorragias después del parto, según datos de INEC en el 2015 la mortalidad materna fue de 42,2 por 100.000 nacidos vivos siendo la hemorragia postparto una de las dos causas más frecuentes.⁸

Datos estadísticos según la OMS muestra que la hemorragia postparto es la responsable del 25% de muertes maternas en todo el mundo, en América Latina alrededor del 8,2% de las mujeres sufren una hemorragia postparto requiriendo una atención inmediata.²

Según un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2020, en el Hospital José Carrasco Arteaga, en donde participaron 248 mujeres puérperas de las cuales 15 tuvieron hemorragia postparto representando un 6,05%.

Según la gaceta epidemiológica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en relación a la mortalidad materna evidencia que en el año 2020 hubo un mayor número de muerte materna a causa de hemorragias obstétricas en comparación al año 2018 y 2019.³

En nuestro país y en Cuenca no hay registros actualizados de las hemorragias postparto, por lo que no se puede evidenciar de forma precisa su prevalencia, debido a esto existe un déficit de conocimiento de la situación actual lo que puede llevar a una falta de estrategias adecuadas orientadas a la prevención de las hemorragias postparto ocasionando importantes problemas de salud pública.

A pesar de lo mencionado anteriormente es importante recalcar que la mayoría de muertes maternas pueden ser evitadas gracias a soluciones terapéuticas o profilácticas que actualmente existen. Es responsabilidad del equipo de salud detectar esta complicación a

tiempo y brindar un tratamiento oportuno evitando complicaciones graves o inclusive la muerte de la madre. Es por esta razón que se considera importante conocer más acerca de las hemorragias postparto y el cuidado correcto de las mismas por parte del personal de enfermería, pues el mismo representan un factor clave que delimitará el éxito o fracaso en la atención de una hemorragia postparto.

1.3 Justificación

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite identificar correctamente las necesidades existentes y los riesgos potenciales de cada paciente. Los planes de atención brindan comunicación entre las enfermeras, sus pacientes y otros proveedores de atención médica para lograr resultados de atención médica. Sin el proceso de planificación del cuidado de enfermería, se perdería la calidad y consistencia de la atención al paciente.

El cuidado en el embarazo, parto y puerperio de manera temprana, adecuada e integral ayuda a disminuir el riesgo de muerte materna, asegurando una mejor calidad de vida para la madre y el recién nacido. No obstante, en los últimos años gracias a registros médicos se ha podido visualizar que dicho cuidado no siempre se cumple a carta cabal desencadenando así problemas en la salud de la madre. A nivel nacional estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública demuestran que un mal cuidado durante el embarazo y parto ocasionan problemas como hemorragias obstétricas posparto, las cuales hasta el 2019 fueron las causantes del 27,6% de las muertes maternas en el Ecuador y a nivel mundial son una de las tres causas de mortalidad materna.⁹

Las enfermeras en ejercicio deben saber por qué es importante documentar la atención utilizando lenguajes de enfermería estandarizados, especialmente a medida que más y más organizaciones se están moviendo hacia la documentación electrónica (ED) y el uso de historias clínicas electrónicas. De hecho, es imposible que la medicina, la enfermería o cualquier asistencia sanitaria disciplina relacionada para implementar el uso de la disfunción eréctil sin tener un lenguaje o vocabulario estandarizado para describir los componentes clave del proceso de atención. Es importante comprender las muchas formas en que la utilización de los lenguajes de enfermería proporcionará beneficios a la práctica de la enfermería y a los resultados de los pacientes.

En complemento a estos datos a nivel local un estudio realizado en el año 2017 en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca nos muestra la existencia de una prevalencia

de hemorragias postparto en esta ciudad, pues de los partos registrados el 23,2% presentaron una hemorragia posparto, 19 casos presentaron atonía uterina de los cuales 10 de ellos produjeron hemorragia postparto, asimismo se exhiben 77 casos de el desgarro cervical los cuales 33 causaron hemorragia postparto. ⁹

De la misma manera con este trabajo de investigación se pretende crear información actualizada que sirva en investigaciones posteriores en relación a este tema. Los datos que se obtendrán serán de libre acceso y estarán en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca. La información obtenida será brindada al hospital Vicente Corral Moscoso para que a través de ella se puedan desarrollar estrategias para prevenir dicha complicación obstétrica y disminuir los factores de riesgo, favoreciendo así a la reducción de la mortalidad materna.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Hemorragias postparto

2.1.1 Definición

Según la OMS, la hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto.¹⁰

La OPS define a la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea de 500cc posterior a un parto vaginal o mayor a 1000cc posterior a un parto por cesárea, y se considera una hemorragia masiva cuando dentro de las primeras 24 horas postparto se ha dado una pérdida sanguínea de 1000cc.¹¹

2.1.2 Etiología

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador menciona que una de las causas principales de la hemorragia postparto es la atonía uterina que se define como la incapacidad del útero para contraerse de manera normal después del alumbramiento.¹² Otras causas relacionadas son las lesiones del canal del parto como desgarros del tracto genital o inversión uterina, retención de tejidos y las coagulopatías hereditarias o adquiridas.¹³

2.1.3 Epidemiología

Las hemorragias postparto son un factor primordial de mortalidad materna en países con ingresos bajos y es la causa principal de alrededor de un cuarto de todas las muertes maternas en todo el mundo, afecta al 2% de mujeres después del parto.¹⁰

Datos estadísticos según la OMS muestra que la hemorragia postparto es la responsable del 25% de muertes maternas en todo el mundo, en América Latina alrededor del 8,2% de las mujeres sufren una hemorragia postparto requiriendo una atención inmediata.²

Según la gaceta epidemiológica del ministerio de salud pública del Ecuador en relación a la mortalidad materna evidencia que en el año 2018 y 2019 hubo 28 muertes maternas a causa de hemorragias obstétricas, en cambio en el año 2020 hubo 31 muertes maternas como consecuencia de hemorragia obstétrica.³

En el Ecuador se muestran aproximadamente 34.000 muertes al año debido a las hemorragias después del parto, según datos de INEC en el 2015 la mortalidad materna fue de 42,2 por 100.000 nacidos vivos siendo la hemorragia postparto una de las dos causas más frecuentes.⁸ Según un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2017 muestra que la prevalencia de la hemorragia postparto inmediata fue del 23.2%, la principal causa relacionada fue atonía uterina representando el 52.6% y el desgarro cervical con el 42.8%.⁹

2.1.4 Clasificación de las hemorragias postparto

Hemorragia postparto primaria o inmediata: La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina.¹⁴

Hemorragia postparto secundaria o tardía: La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas.¹⁴

2.1.5 Factores de riesgo

Es de gran importancia para el personal de enfermería identificar los factores de riesgo de la paciente que le podrían llevar a presentar una hemorragia postparto. Entre los principales tenemos:

A. Factores de riesgo presentes antes del parto, asociados al incremento sustancial de la incidencia de hemorragias postparto:

Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario, placenta previa conocida, embarazo múltiple, preeclampsia e hipertensión gestacional, a las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de mayor complejidad.¹⁴

B. Factores presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de hemorragias postparto:

Hemorragia postparto previa, tono Etnia asiática, obesidad (IMC >35) y anemia (Hb <9 g/dL), si presenta una de estas patologías se debe tomar en cuenta a discutir el lugar donde se atenderá el parto.¹⁴

C. Presentes durante el trabajo de parto y parto.

Cesárea de emergencia, cesárea electiva, inducción del trabajo de parto, placenta retenida, episiotomía medio lateral, parto vaginal asistido (fórceps/vacum), trabajo de parto prolongado

(>12 horas), macrosomía fetal (>4 kg), pirexia durante la labor, edad mayor de 40 años y primípara, estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio.¹⁴

2.1.6 Manifestaciones clínicas

Incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Los síntomas que presenta son: taquicardia, hipotensión, hemorragia transvaginal rojo brillante continuo, indoloro, esto podría representar un posible diagnóstico de atonía uterina cuya patología se presenta con una frecuencia de un 80% siendo su origen la incapacidad de contractibilidad uterina.¹⁵

Retención de la placenta o restos placentarios después de 30 minutos luego del manejo activo del alumbramiento y de realizar la tracción controlada.

Esto se le cataloga con un posible diagnóstico de retención placentaria, con una frecuencia de un 10% las principales causas para que se de esta patología tenemos la retención de productos de la gestación.¹⁵

Traumatismo del canal de parto.

El mismo que podría ser la razón para originar una hemorragia post parta, esta patología se caracteriza por sangrado persistente en menor cantidad que en la atonía y la retención de tejidos, laceraciones de cuello uterino, vagina o periné, la causa principal para que se presente esta patología es el traumatismo del cuello uterino o de la vagina, relacionada a un parto instrumentado o la presencia de un feto macrosómico.¹⁵

Placenta Acreta.

Es cuando la placenta se adhiere a las paredes uterinas especialmente al miometrio, se presenta en el 80% de los casos, este es uno de los posibles causantes de hemorragias post parto, como un signo de alerta podría presentar sangrado en el tercer trimestre, esta patología se da en la población de mujeres puérperas con una frecuencia del 5%, cuando el útero no presenta cicatriz previa, con una cicatriz previa de cesárea el porcentaje aumenta a un 10%, y con más de una cesárea las posibilidades aumentan a un 50%.¹⁶

La inversión uterina.

La misma que se trata de una hemorragia transvaginal profusa, con dolor y shock, como una de las causas tenemos la constitución de la musculatura uterina, el estado de ligamentos y peritoneo visceral; ubicación placentaria; primípara; y edad joven ¹⁷

Hemorragias ocultas.

Las mismas que se caracterizan por presentar hipovolemia, sin observación de la hemorragia o no existe correlación con la pérdida, frecuentemente localizada en el retroperitoneo, ligamento ancho, hematomas del suelo pélvico y tabique recto vaginal ¹⁸, entre las principales causas tenemos la rotura uterina concomitante y las lesiones de la arteria uterina.¹⁵

2.1.7 Diagnóstico de las hemorragias postparto

El personal de salud debe tener en cuenta signos y síntomas de hipovolemia y realizar una cuantificación objetiva del sangrado para lo cual se han implementado la utilización de bolsas retrocecales para que la cuantificación de la pérdida sanguínea sea más certera, es importante que el personal de enfermería monitorice los signos vitales antes, durante y después del parto.¹⁹

En base a los signos vitales podemos identificar el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico para lo cual se ha tomado una tabla de referencia para diagnóstico del estado de choque que ha sido tomado del Consenso de la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO) del año 2019.⁶

Clasificación del shock hipovolémico.

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

Fuente: Consenso FASGO 2019.⁶

El índice de choque se utiliza como uno de los parámetros de mayor predicción para el pronóstico adverso en hemorragia postparto, es la relación entre 2 signos clínicos que son la frecuencia cardíaca sobre la presión arterial sistólica. Esto nos ayuda a entender la respuesta fisiológica que se presenta en el aparato cardiovascular ante una pérdida sanguínea grande e identificar pacientes con un choque severo que aún no presenten hipotensión.⁶

En un estudio en el que se realizó la correlación del índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en pacientes con hemorragia obstétrica se evidencio que el riesgo de tener un índice de choque aumentado incrementa el riesgo 28 veces de tener alteraciones hemodinámicas (choque hipovolémico) y hasta 35 veces la probabilidad de requerir productos sanguíneos.²⁰

Índice de choque (32,33)

Indicador: frecuencia cardíaca / presión arterial sistólica

Índice > 1: se debe iniciar transfusión inmediata de 2 unidades de sangre sin cruzar- O negativo- . Si no está disponible se puede usar –O positivo- y solicitar las unidades adicionales cruzadas.

Si se transfunden 6 unidades o más de glóbulos rojos, se debe mantener la relación 1:1:1, por cada unidad de glóbulos rojos se debe administrar 1 unidad de plasma y 1 unidad de plaquetas.

Fuente: Protocolo SCORE MAMÁ y claves obstétricas 2017.²¹

Las pruebas de laboratorio nos ayudarán a evaluar la perfusión tisular sistémica, entre los exámenes requeridos tenemos: hemograma, fibrinógeno, lactato y tiempos de coagulación.⁶ Identificar la causa y empezar el tratamiento es crítico, varios estudios demuestran que la mayoría de muertes maternas ocurren dentro de las primeras 4 horas después del parto.²²

2.1.8 Tratamiento

El MSP ha implementado la utilización y activación de claves obstétricas con el fin de tratar adecuadamente las diferentes emergencias que se pueden producir en el embarazo, parto y puerperio. En este caso el manejo de la hemorragia postparto se inicia con la activación de la CLAVE ROJA.

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes: comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado para activación de clave roja, reanimación, monitorización e investigación de la causa e implementación de medidas para detener el sangrado, estos cuatro componentes del manejo se deben implementar de forma SIMULTÁNEA en todos los casos de hemorragias postparto.¹⁴

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, inicie con maniobras de reanimación y detención del sangrado y derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de capacidad resolutive apropiada.¹⁴

2.1.9 Definición de lenguaje estandarizado

Keenan (1999) observó que a lo largo de la historia las enfermeras han documentado los cuidados de enfermería utilizando métodos individuales y específicos de la unidad; en consecuencia, existe una amplia gama de terminología para describir el mismo cuidado. Aunque existen otras explicaciones más complejas, Keenan proporciona una definición sencilla de lenguaje de enfermería estandarizado como un "lenguaje común, fácilmente comprendido por todas las enfermeras, para describir la atención".³⁰ La Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias (AORN) agrega una dimensión al explicar que un lenguaje estandarizado proporciona a las enfermeras un medio común de comunicación.³² Ambos transmiten la idea de que las enfermeras deben acordar una terminología común para describir evaluaciones, intervenciones y resultados relacionados con la documentación de la atención de enfermería. De esta manera, enfermeras de diferentes unidades, hospitales, áreas geográficas, o los países podrán utilizar terminología comúnmente entendida para identificar el problema específico o la intervención implícita y el resultado observado. Estandarizar el lenguaje de la atención (desarrollar una taxonomía) con definiciones de términos comúnmente aceptadas permite que una disciplina utilice un sistema de documentación electrónica.

2.1.10 Lenguaje taxonómico NANDA, NIC y NOC

La Asociación de Diagnostico de Enfermería de Norte América (NANDA) define los diagnósticos clínicos como un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad, sobre problemas de salud y procesos de vida potenciales o reales. El diagnóstico de enfermería es fundamental para elegir las intervenciones de enfermería con el fin de lograr los resultados esperados.³⁰

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) son los tratamientos de enfermería que emplean las enfermeras, con base en el juicio y conocimiento clínico, para obtener mejores resultados en los pacientes. Las NIC incluyen las intervenciones terapéuticas, que se implementan directamente en el paciente.³¹

La Clasificación de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés) es una clasificación integral y estandarizada de los resultados del paciente, la familia y la comunidad desarrollada para valorar el impacto de las intervenciones suministradas por enfermeras u

otros profesionales de la salud. Los resultados son fundamentales para la documentación en registros electrónicos, para su uso en sistemas de información clínica, para el desarrollo del conocimiento de enfermería y la educación de enfermeras profesionales y estudiantes.³⁴ Un resultado se define como una etapa, conducta o percepción mensurable de un individuo, una familia o una entidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería. La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) son cambios en el estado de salud de los pacientes, según el NIC que se efectuaron³⁴.

Los diagnósticos de enfermería (ND) de NANDA - I, NIC y NOC también se conocen como el sistema NNN. De hecho, estos componentes son tres fases que se relacionan entre sí como "Los bucles de una cadena".³⁵ En el primer paso una enfermera identifica los problemas del paciente, con signos y síntomas que se ven en el paciente, y esta es la etapa de identificación del Diagnóstico o Diagnósticos. En el siguiente paso, la enfermera planifica y selecciona las intervenciones adecuadas para el paciente, que se denomina Intervenciones de enfermería, y en el paso final, determina los resultados esperados.

Los diagnósticos de NANDA-I tienen diferentes áreas para las necesidades del paciente, denominadas "Dominio". Entre estos dominios, un dominio particular está dedicado a la Seguridad del Paciente, categorizado como Seguridad / Protección. Este dominio tiene clases como Infección, Daño físico, Violencia, Riesgos ambientales, Procesos defensivos y Termorregulación. Varios diagnósticos de enfermería en este dominio son los siguientes: riesgo de violencia relacionada con otros, riesgo de violencia autodirigida, automutilación, riesgo de automutilación y riesgo de suicidio.

La importancia de utilizar el sistema NNN y sus componentes se puede evaluar de diferentes formas. La practicidad del proceso de atención de enfermería está en línea con el avance de los NANDA, NOC y NIC, que generalmente conducen a la sistematización del cuidado de enfermería.

El uso de diagnósticos de enfermería adecuados es un requisito previo para elegir las intervenciones adecuadas para alcanzar los resultados de enfermería esperados. Por lo tanto, la coherencia en el uso de diagnósticos, intervenciones y clasificaciones de resultados es crucial Empleando los diagnósticos de enfermería.

Las intervenciones y los resultados también mejoran la calidad de los documentos de enfermería. Se sugiere utilizar el sistema NNN en la documentación de los informes de enfermería, debido a que el uso del lenguaje estándar de enfermería en los informes brinda la oportunidad de evaluar los resultados de enfermería, que es esencial para evaluar el impacto y la calidad de la atención de enfermería brindada.

2.1.11 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería o PAE es una de las herramientas actuales en las que se apoyan los enfermeros no sólo para identificar acciones para el tratamiento del paciente, sino también para asegurar el cuidado integral e integrado. Así, el PAE se define como “la aplicación sistemática del método científico en todos los niveles de atención que facilita al profesional de enfermería brindar el cuidado adecuado para cada paciente, de forma sistemática, razonable y basada en un sistema establecido y estandarizado.”

Está compuesto de 5 fases:

VALORACIÓN: Se realiza una toma de datos del paciente para conocer su situación. Las fuentes de información son generalmente: su historial médico, el paciente, su familia o personas allegadas a él. Son la base para las decisiones posteriores.

DIAGNOSTICO: En este paso, se extrae una conclusión basada en la evaluación desde el punto de vista de enfermería de los datos realizados durante el período anterior. También es llamado el juicio o conclusión de enfermería.

PLANIFICACIÓN: Durante esta fase, una vez evaluada la información y establecido un diagnóstico de enfermería, se establecerán los cuidados de enfermería a realizar, con el fin de minimizar o corregir los problemas que presenta el paciente.

EJECUCIÓN: Suponiendo que la aplicación de decisiones fue hecha por en la etapa anterior, significa que se ejerce la consideración de la decisión de aplicación.

EVALUACIÓN: Durante esta etapa del proceso, se evalúa si la evolución es correcta si conseguimos los objetivos planteados.

2.1.12 Proceso de Atención de Enfermería en las hemorragias postparto

1. VALORACIÓN:

- El profesional de enfermería debe “identificar las posibles causas de la HPP, con la finalidad de normar la conducta a seguir según sea la causa, como puede ser: inversión uterina, retención de placenta, atonía uterina y presencia de hematomas” (Jiménez & Mares, 2015).

- Existen estudios que determinan que “el PAE comienza al momento en el que la enfermera evalúa y calcula una pérdida sanguínea estimada entre 500 ml o más, o una pérdida en cantidades inferiores pero asociada con signos de choque” (Acosta, Yised, Becerra, & Bejarano, 2015).

- Entre otras actividades el profesional de enfermería debe “valorar signos vitales, involución uterina, observar el estado general de la paciente, si presenta frialdad sudoración y valorar su estado de ánimo” (Suarez & Caballero, 2014).

2. DIAGNÓSTICO

Después de valorar a la paciente podemos identificar el diagnóstico real o potencial.

Según un estudio realizado en Milagro en el año 2019 los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto son:

Dominio 2: Nutrición

Déficit de volumen de líquidos 00027

Riesgo de desequilibrio electrolítico 00195

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 00025

Dominio 3 Eliminación e intercambio

Clase 1. Función urinaria: Deterioro del intercambio de gases 00030

Clase 4. Función respiratoria: Deterioro de eliminación urinaria 00016

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2. Actividad/ejercicio: Deterioro de la bipedestación 00238

Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Disminución del gasto cardiaco 00029

Patrón respiratorio ineficaz 00032

Perfusión tisular periférica ineficaz 00203

Deterioro de la ventilación espontánea 00033

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca 00200

Riesgo de deterioro de la función cardiovascular 00239.

Dominio 8: Sexualidad

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz 00227

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase 2: respuestas de afrontamiento: Ansiedad 00146

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 2: lesión física

Riesgo de disfunción neurovascular periférica 00086

Riesgo de shock 00205

Clase 6. Termorregulación

Hipotermia 00006

Termorregulación ineficaz 00008

Clase 12: Confort

Dolor agudo 00132

(DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Definiciones y Clasificación (NANDA), 2015 - 2017).

3. PLANIFICACIÓN

Posterior a la identificación y establecimiento del diagnóstico enfermero, el siguiente paso en aplicarse dentro del proceso de atención de enfermería es la planificación, este a su vez, según (Scholtz, Johnson, & Smith-Temple, 2018), está compuesto por 7 pasos, los cuales son:

1. El establecimiento de prioridades hacia el diagnóstico enfermero, lo cual resulta positivo y a modo de refuerzo en la aplicación de cuidados, para la elección de estas prioridades puede tomarse de base la escala de necesidades de Maslow.
2. La determinación de resultados a esperar, tanto a largo como a corto plazo, mediante la aplicación de intervenciones de enfermería.
3. El definir objetivos de alcance inmediato, de mediano y largo plazo respecto las medidas de enfermería.
4. El establecer las diferentes intervenciones especificándolas según el problema que pretenda solucionarse y que propicien el alcance de los objetivos planteados.
5. La identificación de intervenciones de enfermería interdependientes.

6. La elaboración de un registro tanto del diagnóstico enfermero, como de los resultados a esperar, los objetivos planteados y las intervenciones identificadas para darle solución al problema identificado.

7. Finalmente, la comunicación y posterior derivación al personal de salud que le corresponda, algún problema que el profesional de enfermería bajo su criterio considere que puede ser mejor tratado por el personal multidisciplinario.

Resultados NOC en una Hemorragia postparto

Generalmente en esta etapa el profesional de enfermería dispone de indicadores que hacen de objetivos, usualmente estos están establecidos en la “Nursing Outcomes Classification” o también conocida por sus siglas NOC, estos sientan la meta hacia la que las intervenciones de enfermería se encaminaran, en cuanto a la hemorragia postparto, los estudios realizados en cuanto a la aplicación del PAE a esta patología, se determinan como objetivos clave los siguientes indicadores:

Dominio: salud familiar (VI)

Clase: Estado de Salud de los miembros de la familia.

Estado materno puerperio: confort, presión arterial, altura de fondo uterino, cantidad de loquios, color de loquios, temperatura corporal, eliminación urinaria, lesiones, hemoglobina.

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase cardiopulmonar (E)

Severidad de la pérdida sanguínea: sangrado vaginal, disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, pérdida de calor corporal, palidez y mucosas, ansiedad, disminución de la cognición, disminución de hemoglobina y hematocrito.

Estado respiratorio: inquietud, disnea en reposo, cianosis, somnolencia, deterioro cognitivo, saturación, equilibrio entre la ventilación y perfusión, llenado capilar.

Perfusión tisular: flujo de sangre a través de los vasos periféricos, flujo de sangre a través de la vascularización coronaria, flujo de sangre a través de la vascularización pulmonar. Pulso apical, radial, presión sanguínea sistólica.

Severidad del shock hipovolémico: acidosis metabólica, hiperpotasemia, disminución de la presión arterial, retraso del llenado capilar, taquicardia, arritmias, dolor torácico, taquipnea, respiraciones superficiales, disminución del oxígeno arterial, tiempo de coagulación prolongado, disminución de la diuresis, confusión, disminución del nivel de conciencia, respuesta pupilar.

Clase: Líquidos y electrolitos (G)

Equilibrio hídrico: entradas y salidas, hidratación cutánea, humedad de membranas mucosas, hematocrito, densidad urinaria, ruidos respiratorios patológicos, ojos hundidos, confusión.

Clase: Regulación metabólica (I)

Termorregulación: hipotermia, somnolencia, cambios de coloración, frecuencia cardíaca y respiratoria.

(CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC) Medición de Resultados en Salud, 2014).

4. EJECUCIÓN

Esta fase se la entiende como la puesta en práctica de lo planeado en la fase previa, esta fase del Proceso de Atención de Enfermería, también conocida como Implementación, es aquella en la que el profesional de enfermería asume la total responsabilidad respecto a la implementación de intervenciones, así como la coordinación de actividades tanto dependientes como interdependientes (Doenges & Frances, 2014).

Intervenciones de enfermería en hemorragia postparto: Las intervenciones de enfermería que pueden aplicarse a una patología como la HPP pueden ambientarse tanto en las estipuladas en la “Nursing Interventions Classification” también conocida como NIC.

5. EVALUACIÓN

La evaluación, última fase del Proceso de Atención de Enfermería, es aquella que permite la determinación de la respuesta que haya mostrado el paciente a las medidas terapéuticas planeadas y ejecutadas por el personal de enfermería, así como el reconocimiento del alcance que se obtuvieron en cuanto a los objetivos trazados en la etapa de planificación.

CAPÍTULO III

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el Proceso de Atención de Enfermería vinculado al lenguaje taxonómico NANDA, NOC y NIC en el cuidado de hemorragias postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Describir las características sociodemográficas tales como edad, procedencia, escolaridad y estado civil; y los antecedentes gineco-obstétricos de la madre como el número de gestas y tipo de parto.
- 3.2.2 Analizar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en las hemorragias postparto.
- 3.2.3 Determinar el nivel de cumplimiento del lenguaje taxonómico NANDA, NOC y NIC en el cuidado de hemorragias postparto.

CAPÍTULO IV

4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo retrospectivo.

4.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Está ubicado en la Avenida Los Arupos y Avenida 12 de abril, de la ciudad de Cuenca, en el año 2021.

4.3 Universo y Muestra

4.3.1 Universo

Estuvo constituido por 3546 historias clínicas de madres del Hospital Vicente Corral Moscoso, que dieron a luz en el periodo comprendido entre el 1 enero del 2021 a 31 de diciembre del 2021.

4.3.2 Muestra

Se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia con 84 madres que ingresaron en el 2021 con hemorragia postparto.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas de las madres con diagnóstico de Hemorragias postparto en el periodo del 1 enero del 2021 a 31 de diciembre del 2021, en esta casa de salud.

4.4.2 Criterios exclusión

No se tomarán en cuenta historias clínicas incompletas.

4.5 Operacionalización de variables

Véase anexo A

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Método: Se observaron las historias clínicas de las madres que tuvieron hemorragias postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso en los meses de enero a diciembre de 2021, a través de un check list en la guía de observación que se utilizara como instrumento mencionado anteriormente.

Técnicas: Se recolecto y analizó los datos de las historias clínicas de las madres con hemorragias postparto del Hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1 enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021.

Instrumento: Se registró los datos de las historias clínicas mediante el formulario de recolección de datos. (Anexo N.2)

El formulario consta de dos partes:

- La primera consiste en las características sociodemográficas de las madres y sus antecedentes gineco obstétricos.
- Y la segunda parte en el Proceso de Atención de enfermería y el nivel de cumplimiento del mismo mediante la aplicación de las actividades para cada diagnostico establecido.

Se realizó una prueba piloto a 20 enfermeras de Hospital Vicente Corral Moscoso a las cuales se les aplico solamente la segunda parte del instrumento. La primera parte se realizó el pilotaje en 10 historias clínicas de pacientes con hemorragia postparto.

La escala de medición que se utilizara es la de Lickert en donde:

- Nunca: 01 punto
- A veces: 03 puntos
- Siempre: 05 puntos

De acuerdo a los diagnósticos tenemos los siguientes puntajes:

En base a la escala Likert, obtendremos los puntajes mínimo y máximo posible de cada diagnóstico de enfermería, posterior a eso clasificaremos según los rangos de las categorías:

Cumplimiento deficiente, Cumplimiento regular. Cumplimiento bueno y Cumplimiento muy bueno, el instrumento consta de siete alternativas diagnósticas, cada uno con un número diferente de actividades por lo que los puntajes de los rangos varían de acuerdo al número de actividades de cada diagnóstico.

El puntaje obtenido de cada rango fue calculado en relación al número de actividades de cada diagnóstico.

Déficit de volumen de líquidos 00027	Cumplimiento deficiente: 85-170 Cumplimiento regular: 171-255 Cumplimiento bueno: 256-340 Cumplimiento muy bueno: 341-425
Deterioro del intercambio de gases 00030	Cumplimiento deficiente: 49-98 Cumplimiento regular: 99-148 Cumplimiento bueno: 149-198 Cumplimiento muy bueno: 199-245
Deterioro de eliminación urinaria 00016	Cumplimiento deficiente: 98-196 Cumplimiento regular: 197-294 Cumplimiento bueno: 295-392 Cumplimiento muy bueno: 393-490
Riesgo de shock	Cumplimiento deficiente: 37-74 Cumplimiento regular: 75-111 Cumplimiento bueno: 112-148 Cumplimiento muy bueno: 149-185
Hipotermia	Cumplimiento deficiente: 18-36 Cumplimiento regular: 37-54 Cumplimiento bueno: 55-72 Cumplimiento muy bueno: 73-90
Dolor agudo	Cumplimiento deficiente: 70-140 Cumplimiento regular: 141-210 Cumplimiento bueno: 211-280 Cumplimiento muy bueno: 281-350
Disminución del gasto cardiaco	Cumplimiento deficiente: 96-192 Cumplimiento regular: 193-288

	Cumplimiento bueno: 289-384 Cumplimiento muy bueno: 384-480
--	--

Los diagnósticos de enfermería fueron tomados del libro NANDA, en donde constan todas las actividades de cada diagnóstico mencionados en el instrumento. (Herdman. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier; 2017.)

4.7 Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos mediante los formularios se tabularon utilizando Microsoft Excel 2010. Esta tabulación fue codificada y graficada mediante el software estadístico SPSS versión 22. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias y porcentajes.

4.8 Aspectos éticos

En el presente estudio se respetarán los principios éticos según lo establecido en la declaración de Helsinki y de la misma manera las normas del Ministerio de Salud Pública. La información es estrictamente confidencial y no serán utilizados los nombres, ni datos particulares en la investigación, la información únicamente se autorizará al personal que se encuentre conveniente y para fines académicos.

Riesgo: La presente investigación implica un riesgo mínimo debido a que puede filtrarse la base de datos y de esta manera afectaría la privacidad de los mismos, por lo tanto, se manejarán los datos con responsabilidad y de manera profesional para que esto no suceda.

Confidencialidad: Se garantiza la confidencialidad absoluta y la protección de los datos obtenidos cumpliendo de esta manera los aspectos éticos que son: proteger la integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información, responsabilidad y uso adecuado de los datos obtenidos. Se utilizarán códigos alfanuméricos para evitar utilizar los nombres directos de la población estudiada. Las historias clínicas del Hospital Vicente Corral Moscoso son anonimizadas.

Además, se pretende crear información actualizada que sirva en investigaciones futuras en donde los datos que se obtendrán serán de libre acceso y estarán en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca. La información obtenida será brindada al hospital Vicente Corral Moscoso para que a través de ella se puedan desarrollar estrategias de prevención. Toda la información publicada no revelará nombres ni afectará la privacidad de los participantes, al

final de la investigación toda la información que comprometa la privacidad de los participantes, será eliminada y destruida.

Declaración de conflicto de interés: Declaramos no tener ningún conflicto de interés dentro de la investigación, no percibiremos ni brindaremos remuneración alguna y los resultados que se obtendrán serán únicamente con fines investigativos.

CAPÍTULO V

5. Resultados

Tabla 1. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características sociodemográficas; edad y procedencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Características sociodemográficas		#	%
EDAD	15-19	4	4,76%
	20-24	17	20,24%
	25-29	23	27,38%
	30-34	17	20,34%
	>35	16	19,05%
TOTAL		84	100%
PROCEDENCIA	Urbana	66	78,57%
	Rural	18	21,42%
TOTAL		84	100%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

Según la tabla podemos observar que el 27,38% de madres están en el rango de 20 a 24 años y el porcentaje de 78,57% de madres son de procedencia urbana.

Tabla 2. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características sociodemográficas; escolaridad y estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Características sociodemográficas		#	%
ESCOLARIDAD	Analfabeta	3	3,57%
	Primaria	33	39,29%
	Secundaria	42	50,00%
	Superior	6	7,14%
TOTAL		84	100%
ESTADO CIVIL	Soltera	21	25,00%
	Casada	30	35,71%
	Unión libre	32	38,10%
	Divorciada	1	1,19%
TOTAL		84	100%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

Según la tabla podemos observar que el 50,00% de madres tienen instrucción secundaria y el porcentaje de 38,10% de madres tienen un estado civil de unión libre.

Tabla 3. Distribución de las madres con hemorragia postparto según las características gineco-obstétricas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Características gineco-obstétricas		#	%
NUMERO DE GESTAS	Primigesta	20	23,81%
	Bigesta	28	33,33%
	Trigesta	17	20,24%
	Multigesta	14	16,67%
	Gran multigestas	5	5,95%
TOTAL		84	100%
TIPO DE PARTO	Vaginal	37	44,05%
	Cesárea	47	55,95%
TOTAL		84	100%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

Según la tabla podemos observar que el 33,33% de madres son bigestas y el 55,95% de madres tuvo un parto por cesárea.

Tabla 4. Distribución según los diagnósticos de enfermería presentes en las 84 madres estudiadas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Diagnósticos de Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Déficit de volumen de líquidos	84	100,00%
Deterioro del intercambio de gases	33	39,28%
Deterioro de la eliminación urinaria	27	32,14%
Riesgo de shock	80	95,23%
Hipotermia	28	33,33%
Dolor agudo	84	100,00%
Disminución del gasto cardiaco	42	50,00%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

En las 84 madres estudiadas los diagnósticos Déficit de volumen de líquidos y Dolor agudo se presentaron en la totalidad, el de Deterioro del intercambio de gases se presentó en 33 pacientes que representa el 39,28%. El diagnóstico Deterioro de la eliminación urinaria se presentó en 27 pacientes que representa el 32,14%, mientras que el de Riesgo de shock se presentó en 80 pacientes que representa el 95,23%. La Hipotermia se presentó en 28 pacientes que representa el 33,33% y la Disminución del gasto cardiaco se presentó en 42 pacientes que representan el 50,00%.

Tabla 5. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Diagnósticos de Enfermería	Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Déficit de volumen de líquidos	0	0%	6	7,14%	34	40,48%	44	52,38%
Deterioro del intercambio de gases	1	3,03%	26	78,78%	6	18,18%	0	0%
Deterioro de la eliminación urinaria	0	0%	10	37,03%	16	59,25%	1	3,70%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

Según la tabla de resultados referente al cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería el porcentaje más alto con un cumplimiento regular fue de 78,78% para el diagnóstico de deterioro del intercambio de gases y el más bajo con un cumplimiento deficiente fue de 3,03% para el diagnóstico de deterioro del intercambio de gases.

Tabla 6. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Diagnósticos de Enfermería	Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Riesgo de shock	0	0%	18	22,50%	37	46,25	25	31,25%
Hipotermia	0	0%	7	25%	18	64%	3	10,71%
Dolor agudo	0	0%	15	17,85%	37	44,04%	32	38,09%
Disminución del gasto cardiaco	1	2,38%	22	52,38%	14	33,33%	5	11,90%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

Según la tabla de resultados referente al cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería el porcentaje más alto con un cumplimiento bueno fue de 64% para el diagnóstico de hipotermia y el más bajo con un cumplimiento deficiente fue de 2,38% para el diagnóstico de disminución del gasto cardiaco.

Tabla 7. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Objetivos	#	%
Hidratación.	84	100,00%
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	33	39,28%
Control del dolor.	27	32,14%
Nivel del dolor.	80	95,23%
Tolerancia a la actividad.	28	33,33%
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	84	100,00%
Conocimiento: procedimientos terapéuticos.	42	50,00%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

En las 84 madres estudiadas los resultados Hidratación y Estado nutricional se presentaron en la totalidad, el de Estado respiratorio: intercambio gaseoso se presentó en 33 pacientes que representa el 39,28%. El resultado Control del Dolor se presentó en 27 pacientes que representa el 32,14%, mientras que el de Nivel de dolor se presentó en 80 pacientes que representa el 95,23%. Tolerancia a la actividad se presentó en 28 pacientes que representa el 33,33% y la de Conocimiento: procedimientos terapéuticos se presentó en 42 pacientes que representan el 50,00%.

Tabla 8. Cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería en los diagnósticos más utilizados en las hemorragias postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2022

Intervenciones	#	%
Disminución de la hemorragia: útero postparto	84	100,00%
Manejo de la hipovolemia	33	39,28%
Manejo de líquidos	27	32,14%
Manejo de shock: volumen	80	95,23%
Manejo del equilibrio acido base	28	33,33%
Regulación hemodinámica	84	100,00%
Oxigenoterapia	42	50,00%
Manejo del dolor	84	100%
Monitorización de signos vitales	84	100%

Realizado por: los autores

Fuente: Historias Clínicas con HPP del Hospital Vicente Corral Moscoso

En las 84 madres estudiadas las intervenciones disminución de la hemorragia: útero postparto, regulación hemodinámica, manejo del dolor y monitorización de signos vitales se presentaron en la totalidad, el de manejo de hipovolemia se presentó en 33 pacientes que representa el 39,28%. Manejo de líquidos se presentó en 27 pacientes que representa el 32,14%, mientras que el de manejo de shock: volumen se presentó en 80 pacientes que representa el 95,23%. Manejo del equilibrio acido base se presentó en 28 pacientes que representa el 33,33% y la de oxigenoterapia se presentó en 42 pacientes que representan el 50,00%.

CAPÍTULO VI

6. Discusión

Según un estudio realizado en el Hospital General "Dr. Agostinho Neto" en Guantánamo en el año 2017 se evidenció que el 38 % de pacientes que tuvieron hemorragia postparto estaba en el rango comprendido entre 20 y 34 años y el 28 % en el rango de mayores de 35 años, por otro lado en esta investigación el porcentaje más alto con el 27,38% fue entre el rango de edad comprendido entre los 25 a 29 años y el menor porcentaje de mujeres fue el rango de edad establecido para mayor igual a 35 años con un porcentaje del 19,05%, por lo que los resultados son similares en ambos estudios.⁴

En un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca en el año 2020 con respecto a la prevalencia de las hemorragias postparto se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con la zona de procedencia de las madres, en su mayoría la procedencia fue urbana con un 58%, y rural con un 42%, mientras que en nuestro estudio se obtuvieron resultados muy similares en los cuales la procedencia urbana fue del 78,57% y la rural fue del 21,42%.³⁶

Con respecto al nivel de instrucción de las mujeres con hemorragia postparto en un trabajo investigativo realizado en Perú en el año 2021, el mayor porcentaje tenía instrucción secundaria con el 55,00% y el menor fue el 13,00% que correspondía a la instrucción primaria, mientras que en nuestro estudio el mayor porcentaje tenía instrucción secundaria con un 50,00% y el menor porcentaje 3,57% correspondiente a analfabeta.³⁷

En un estudio realizado en Ambato en el año 2017 en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés en relación al estado civil de mujeres con hemorragia postparto se pudo observar que un 46% tienen un estado civil de unión libre, el 35% son casadas y el 19% son solteras, en comparación con nuestro estudio el 38,10% tienen un estado civil de unión libre, el 35,71 son casadas y el 25,00% son solteras.³⁸

En Perú en el año 2021 se realizó un estudio de factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar García en el cual las pacientes multigestas desarrollaron hemorragia postparto en un 80,90% y las pacientes gran multigestas en un 14,2%, comparado con nuestro estudio en el cual las mujeres bigestas desarrollaron hemorragia postparto en un 33,33%, las multigestas en un 16,67% y las gran multigestas en un 5,95%.³⁹

Entre el año 2017 y 2018 se realizó un estudio relacionado a la incidencia de los factores clínicos y sociodemográficos de hemorragias postparto en el Hospital Niño Jesús en Barranquilla, se analizaron los datos del tipo de parto en mujeres que tuvieron hemorragia postparto presentándose el 72% en el parto vaginal y el 28% en la cesárea, mientras que en nuestro trabajo de investigación se presentó el 55,45% en la cesárea y 44,05% en el parto vaginal.⁴⁰

Según un estudio realizado en Guayaquil en año 2015 en relación a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariano de Jesús, hubo un porcentaje del 85% que corresponde al personal de enfermería que siempre aplica el Proceso de Atención de Enfermería y un 15% al personal de enfermería que casi siempre lo aplican, en comparación con nuestro estudio en el cual la mayoría de diagnósticos tienen un cumplimiento bueno con porcentajes que están entre el 40% y 64%.⁴¹

En Ecuador en el año 2017 se realizó una investigación en relación a conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en pacientes con hemorragia post parto en el Hospital San Luis de Otavalo en donde el nivel de cumplimiento adecuado del Proceso de Atención de Enfermería fue de 76,8%, en relación a nuestro estudio en donde el nivel de cumplimiento muy bueno se presentó en un solo diagnostico con un 52,38% y el resto de diagnósticos presentaron cumplimiento regular y bueno.⁴²

CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y Recomendaciones**7.1 Conclusiones**

Después del análisis de los datos obtenidos se concluyó que:

- 7.1.1 Las características socio demográficas de las madres que tuvieron hemorragia postparto fueron: mujeres con una edad comprendida entre los 25 a 29 años, que habitan en el área urbana, de instrucción secundaria, tienen un estado civil de unión libre. Las madres que con mayor frecuencia tuvieron hemorragia postparto fueron las bigestas y las que tuvieron parto por cesárea.
- 7.1.2 Todas las mujeres con hemorragias postparto presentaron con mayor frecuencia el diagnóstico déficit de volumen de líquidos y dolor agudo. Con menor frecuencia el diagnóstico de deterioro de la eliminación urinaria e hipotermia.
- 7.1.3 El Proceso de Atención de Enfermería según el lenguaje taxonómico NANDA, NOC y NIC en el cuidado de la hemorragia postparto determino que en la mayoría de diagnósticos como el de deterioro de la eliminación urinaria, hipotermia, riesgo de shock y dolor agudo tuvieron un cumplimiento bueno por parte de la enfermera, mientras que el cumplimiento fue regular en el diagnóstico de disminución del gasto cardiaco y deterioro del intercambio de gases.
- 7.1.4 El único diagnóstico que tuvo un cumplimiento muy bueno fue el de déficit de volumen de líquidos.

7.2 Recomendaciones

- 7.2.1 Debido a que no existen más estudios en relación a este tema se recomienda realizar más investigaciones en donde se evalué el cumplimiento adecuado del Proceso de Atención de Enfermería con el fin de prevenir malas prácticas en la atención del paciente y realizar las intervenciones necesarias según el caso.
- 7.2.2 Se recomienda al personal de enfermería el correcto registro de cada actividad realizada al paciente, en base a esto quedaría constancia de un buen cuidado enfermero.

- 7.2.3 Fomentar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en todos los pacientes, teniendo en cuenta el uso correcto del lenguaje taxonómico NANDA, NIC y NOC. Ya que ayuda a brindar cuidados enfermeros de calidad, debido a una mejor comunicación entre las enfermeras y otros proveedores de atención médica, mayor visibilidad de las intervenciones de enfermería, mejor recopilación de datos para evaluar los resultados de la atención de enfermería y mayor cumplimiento de los estándares de atención.
- 7.2.4 Es importante que el personal de enfermería conozca el manejo y cuidado adecuado de la hemorragia postparto para evitar la mortalidad materna.
- 7.2.5 Se recomienda al personal de enfermería mantenerse actualizado constantemente en relación a los nuevos diagnósticos enfermeros y al tema estudio en esta investigación.

Referencias

1. Vargas S, Duarte M. Hemorragia postparto. Revista médica Sinergia 1 de noviembre de 2020: 5(11); 603.
2. Narváez H, Flores M. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en pacientes con hemorragias de postparto inmediato, mediato, tardío [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 7 julio 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragia-postparto/>
3. Ministerio de Salud Pública. Gaceta epidemiologica de muerte maternas SE 53 Ecuador 2020 [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>
4. Fiffe R, Sierra L, Cala O. Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. Revista Información Científica. 2017; 96(4):605-14.
5. García S, Álvarez E, Rubio P, Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2017; 85(4):254-66.
6. Casale R, Basanta N, Fabiano P, Lukeстик J, Tissera D. Consenso de la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia. 2019; 40.
7. Soto R, Oyola A, Quispe M. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. 2019. Revista Cubana Médica; 35(1):12.
8. Crespo D, Mendieta L, Crespo D, Mendieta L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Diciembre de 2019; 17(3):5-9.
9. Bermeo G. Prevalencia y etiología de hemorragia posparto inmediata y tardía en mujeres que acuden al hospital básico Sucúa en el periodo de enero a junio del 2017. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Cuenca: 42.
10. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto /WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. World Health Organization; 2014.
11. Rangel A. Atención de emergencias obstétricas. Revisión de la Guía para la atención de la hemorragia posparto - OPS.: 25.
12. Aldo A, Caterina G, Alex F, Marcos G, Omar G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Condes. 1 de noviembre de 2014; 25(6):993-1003.
13. Radek B. Definición, etiología y tratamiento de la hemorragia postparto - Página 2 -

Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 7 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=16602&pagina=2>

14. Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Guía de Práctica Clínica. 2013. :36
15. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz. 2014; 20(2):57-68.
16. Espinoza B, Medalid Z. Línea de investigación: Salud Materno Perinatal y Neonatal. 2017; 7(2):90.
17. Sinche Alejandro M. Inversión uterina en puérpera inmediata, Huánuco - 2018. [Tesis de Licenciatura]. Universidad José Carlos Mariátegui. 2020; 37.
18. Martínez A. Hemorragia oculta por desprendimiento prematuro de placenta en un Hospital de III Nivel. Lima- 2017. [Tesis de Licenciatura]. Universidad José Carlos Mariátegui. 2017; 25-79.
19. Secretaria de Salud México. Guía Práctica Clínica de Prevención y Manejo de la Hemorragia Postparto en el primero, segundo y tercer nivel de atención. 2018; 1(2):106.
20. Martínez E, Domínguez A. Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. Revista Médica México. 2019; 33(2):6.
21. Ministerio de Salud Pública. Score MAMÁ y claves obstétricas. 2017.:69
22. Cruz G, Flores M. Guía de atención de hemorragia postparto. [Tesis de Licenciatura] Universidad Central del Ecuador. 2020.:43. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2177/1/T-UCE-0006-57.pdf>
23. González. Z. El conocimiento del personal de enfermería relacionado al rol y funciones de un manejador de caso de hemorragia postparto. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Metropolitana. [Internet]. 2018. 2009 [citado 2021 Nov 06]. Disponible en: https://documento.uagm.edu/cupey/biblioteca/biblioteca_tesissalud_gonzalezrodriguez2018.pdf
24. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. 2009; 32:159–67.
25. Morales A, Insunza F, Latorre R. Manejo exitoso de la hemorragia postparto por acretismo placentario mediante taponamiento con balón de bakri. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006; 71(2):121–4.
26. Calle, A., Barrera, M., Guerrero, A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008; 54 (4): 233-243.

27. Noguera S, Campos M, Campos Z. Cuidados de enfermería en hemorragias postparto. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. 2017 [citado 2021 Nov 04]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>
28. Estrada G, Gómez L. Estrategia de enfermería para pacientes con hemorragia postparto inmediata que son atendidas en el servicio del centro obstétrico del hospital general Latacunga. [Proyecto de investigación de licenciatura en Enfermería] Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2020:91.
29. Ruiz C. Cuidados de enfermería en hemorragia postparto. [Tesis de Licenciatura]. Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, México. 2018. :72. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/283680>
30. Pérez C, Álvarez L, Palacios D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería intensiva*, 23(2), 68–76.
31. Elsevier, Elsevier Connect. Uso de la NIC en la práctica clínica: 6 factores para la selección de una intervención [Internet]. Elsevier Connect. 2020 [citado el 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nic-practica-clinica-seleccion-intervencion>
32. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Plan de cuidados de enfermería con las taxonomías: Diagnósticos de enfermería (NANDA), Clasificación de resultados de enfermería (NOC), Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). *Revista Educativa Médica*. Citado noviembre 18, 2021, Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/m1.html>
33. Sanabria F, Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Artículo de Revista Científica. Enfermería Universal*. 2016; 13(4):208–15.
34. Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5th. Ed. Madrid-España: Elsevier; 2014
35. Elsevier. Taxonomías NANDA, NOC, NIC Planes de Cuidados. [Internet]. Elsevier Connect. 2018 [citado el 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nic-practica-clinica-seleccion-intervencion>
36. Matute J. Prevalencia de hemorragia postparto en puérperas adolescentes y factores asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, cuenca-ecuador 2020. [Tesis de Postgrado]. Universidad de Cuenca. 2020; 31. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3990/1/MEDGO36.pdf>
37. Lupaca L. Características generales de puérperas inmediatas con hemorragia post parto

- en el Hospital Félix Mayorca Soto año 2019. [Tesis de Postgrado]. 2019; 13. Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8295/Lupaca%20_%20SLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Loya A, Muso L. Hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato en mujeres atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés, 2017. [Tesis de Postgrado]. 2019; 99. Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4570/1/TUAMEQ004-2013.pdf>
39. Mowerg L. Factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021. [Tesis de Postgrado]. 2021; 27. Disponible en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1603/LUISA%20FRANCESCA%20MOWERG%20SANCHEZ%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Bolaños M, Ferrer L, Martínez, J. (2020). Incidencia De Factores Clínicos Y Sociodemográficos De Hemorragia Postparto En Pacientes Atendidas En El Hospital Niño Jesús En Barranquilla. Enero 2017-Enero 2018. Biociencias, 15(2). Disponible en:
<https://doi.org/10.18041/2390-0512/biocien-cias.2.7344>
41. Parra D. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes que presentan hemorragias postparto en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariana de Jesús. [Tesis de Licenciatura]. 2021; 17. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8832>
42. León J. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en pacientes con hemorragia post parto en el Hospital San Luis de Otavalo, 2017. [Tesis de Licenciatura]. 2021; 38. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7342/1/06%20ENF%20836%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables

Características sociodemográficas de la madre				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del parto	Adolescente Adulta joven Adulta mayor	Edad en años	< 15 15 a 19 20 a 24 25 a 29 30 a 34 >35
Procedencia	Área geográfica de donde proviene el individuo	Urbana Rural	Área	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel de estudio recibido por la embarazada al momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nivel alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por la ley.	Soltero Casado Unión Libre Divorciado	Historia clínica	Soltero Casado Unión Libre Divorciado
Gestas	Estado de embarazo	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta	Historia clínica	1 2 3 4-5

		Gran multigesta		≥6
Tipo de parto	Proceso por el cual una mujer expulsa al feto y la placenta al final de la gestación.	Parto vaginal Parto por cesárea	Historia clínica	Vaginal Cesárea
Instrumento				
Déficit de volumen de líquidos 00027	Disminución del líquido intravascular, intersticial y/ o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	Escala de Lickert	Historia Clínica	Cumplimiento deficiente: 85-170 Cumplimiento regular: 171-255 Cumplimiento bueno: 256-340 Cumplimiento muy bueno: 341-425
Deterioro del intercambio de gases 00030	Exceso o déficit en la oxigenación V/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.	Escala de Lickert	Historia Clínica	Cumplimiento deficiente: 49-98 Cumplimiento regular: 99-148 Cumplimiento bueno: 149-198 Cumplimiento muy bueno: 199-245
Deterioro de eliminación urinaria 00016	Disfunción en la eliminación urinaria	Escala de Lickert	Historia Clínica	Cumplimiento deficiente: 98-196

				<p>Cumplimiento regular: 197-294</p> <p>Cumplimiento bueno: 295-392</p> <p>Cumplimiento muy bueno: 393-490</p>
Riesgo de shock	<p>Riesgo de aporte sanguíneo o inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.</p>	<p>Escala de Lickert</p>	<p>Historia Clínica</p>	<p>Cumplimiento deficiente: 37-74</p> <p>Cumplimiento regular: 75-111</p> <p>Cumplimiento bueno: 112-148</p> <p>Cumplimiento muy bueno: 149-185</p>
Hipotermia	<p>Estado en que la temperatura corporal desciende por debajo de los límites normales.</p>	<p>Escala de Lickert</p>	<p>Historia Clínica</p>	<p>Cumplimiento deficiente: 18-36</p> <p>Cumplimiento regular: 37-54</p> <p>Cumplimiento bueno: 55-72</p> <p>Cumplimiento muy bueno: 73-90</p>
Dolor agudo	<p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por</p>	<p>Escala de Lickert</p>	<p>Historia Clínica</p>	<p>Cumplimiento deficiente: 70-140</p> <p>Cumplimiento regular: 141-210</p>

	una lesión tisular real o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado			Cumplimiento bueno: 211-280 Cumplimiento muy bueno: 281-350
Disminución del gasto cardiaco	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.	Escala de Lickert	Historia Clínica	Cumplimiento deficiente: 96-192 Cumplimiento regular: 193-288 Cumplimiento bueno: 289-384 Cumplimiento muy bueno: 384-480

Anexo B Instrumento de recolección de datos



Universidad de Cuenca

Facultad de ciencias médicas

Carrera de Enfermería

“Proceso de Atención de Enfermería vinculado al lenguaje taxonómico NANDA, NOC y NIC en el cuidado de hemorragias postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, enero-diciembre 2021”.

Formulario N° _____

Numero de historia clínica: _____

Edad: _____

Procedencia: Urbana Rural

Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Superior

Estado civil: Soltera Casada Unión libre Divorciada

Antecedente gineco obstétricos:

Gestas _____ **Abortos** _____ **Partos** _____ **Cesáreas** _____

Hijos vivos _____ **Hijos muertos** _____

Tipo de Parto actual: Vaginal _____ Cesárea _____

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos 00027

4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto (p. ej., historial anterior de hemorragias posparto, partos largos, inducción, pre- eclampsia, expulsivo prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).			
2. Aplicar hielo en el fondo uterino.			
3. Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino.			
4. Evaluar la distensión de la vejiga.			
5. Fomentar la micción o cateterizar la vejiga distendida.			
6. Observar las características de los loquios (p. ej., color, coágulos y volumen).			
7. Pesar la cantidad de sangre perdida.			
8. Realizar sondaje vesical con sonda de Foley y urómetro para monitorizar la diuresis.			
9. Solicitar análisis de sangre urgente al laboratorio.			
10. Administrar hemoderivados, si es el caso.			
11. Ayudar al profesional sanitario principal con el taponamiento del útero, la evacuación de hematomas o a suturar los desgarros, según corresponda.			
12. Mantener a la paciente y a la familia informadas del estado clínico y del tratamiento.			
13. Proporcionar cuidados perineales, si es necesario.			

14. Prepararse para una histerectomía de urgencia, si es necesario.			
15. Solicitar cuidadores adicionales para que ayuden con los procedimientos de urgencia y para asumir los cuidados del recién nacido.			
16. Elevar las piernas.			
17. Iniciar una perfusión IV.			
18. Poner en marcha una segunda vía IV, según corresponda.			
19. Administrar oxitócicos por vía IV o IM, según protocolo u órdenes.			
20. Notificar al cuidador principal el estado de la paciente.			
21. Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia, según corresponda			
22. Cubrir con mantas calientes.			
23. Monitorizar el color, nivel de consciencia y dolor de la madre.			
24. Iniciar oxigenoterapia a 6-8l por mascarilla facial.			
25. Comentar la situación con el equipo de enfermería para proporcionar una vigilancia posparto adecuada del estado de la madre.			

2130 Manejo de la hipovolemia

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias.			

<p>2. Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.</p>			
<p>3. Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).</p>			
<p>4. Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.</p>			
<p>5. Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea).</p>			
<p>6. Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación.</p>			
<p>7. Ofrecer al paciente una bebida de su elección cada 1-2 horas mientras está despierto, salvo contraindicación.</p>			
<p>8. Mantener un acceso IV permeable.</p>			
<p>9. Calcular las necesidades de líquidos en función de la superficie corporal y del tamaño de las quemaduras, según corresponda.</p>			
<p>10. Administrar soluciones isotónicas IV prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.</p>			
<p>11. Administrar soluciones hipotónicas IV prescritas (p. ej., suero glucosado al 5% o suero salino al 0,45%) para la rehidratación intracelular a un flujo apropiado, según corresponda.</p>			

12. Administrar un bolo IV prescrito de líquido isotónico a un flujo apropiado para mantener la integridad hemodinámica.			
13. Administrar las suspensiones de coloides prescritas (hetalmidón, albúmina o fracción proteica plasmática) para la reposición del volumen intravascular, según corresponda.			
14. Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.			
15. Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional, según corresponda.			
16. Instituir la autotransfusión de la pérdida de sangre, si es adecuado.			
17. Monitorizar la presencia de datos de hipervolemia y de edema pulmonar durante la rehidratación IV.			
18. Administrar líquidos IV a temperatura ambiente.			
19. Usar una bomba IV para mantener un flujo constante de infusión intravenosa.			
20. Monitorizar la integridad cutánea en pacientes inmóviles con piel seca.			
21. Promover la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con sequedad cutánea, según corresponda.			
22. Ayudar al paciente con la deambulación en caso de hipotensión postural.			
23. Instruir al paciente para que evite los cambios bruscos de posición, sobre todo del decúbito supino a la sedestación o la bipedestación.			
24. Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg modificada (p. ej., piernas elevadas por encima del			

nivel del corazón, con el resto del cuerpo en decúbito supino) en pacientes hipotensos para optimizar la perfusión cerebral mientras se minimiza la demanda miocárdica de oxígeno.			
--	--	--	--

4120 Manejo de líquidos

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Pesar a diario y controlar la evolución.			
2. Contar o pesar los pañales, según corresponda.			
3. Realizar un registro preciso de entradas y salidas.			
4. Realizar sondaje vesical, si es preciso.			
5. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.			
6. Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria).			
7. Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.			
8. Monitorizar los signos vitales, según corresponda.			
9. Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.			

10. Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.			
11. Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.			
12. Administrar terapia IV según prescripción.			
13. Monitorizar el estado nutricional.			
14. Administrar líquidos, según corresponda.			
15. Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda.			
16. Administrar líquidos IV a temperatura ambiente.			
17. Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria, preparar polos con el zumo preferido del niño, cortar gelatina con formas divertidas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), según corresponda.			
18. Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda.			
19. Administrar la reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de las salidas, según corresponda.			
20. Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda.			

4258 Manejo de shock: volumen

ACTIVIDADES	SIEMPRE	NUNCA	AVECES
	(5 p)	(1p)	(3p)

1. Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.			
2. Comprobar todas las secreciones en busca de sangre manifiesta u oculta.			
3. Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia).			
4. Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos.			
5. Controlar los niveles sublinguales de dióxido de carbono.			
6. Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la sed, de la frecuencia cardíaca o de las resistencias vasculares sistémicas, oliguria, disminución de los ruidos intestinales o de la perfusión periférica y alteración del estado mental o de la respiración).			
7. Colocar al paciente para una perfusión óptima.			
8. Insertar y mantener una vía de acceso IV de gran calibre.			
9. Administrar líquidos IV como cristaloides y coloides isotónicos, según corresponda.			
10. Administrar líquidos IV y hemoderivados calientes, si está indicado.			
11. Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.			
12. Realizar una gasometría arterial y controlar la oxigenación tisular.			
13. Monitorizar el nivel de hemoglobina/hematocrito.			
14. Administrar hemoderivados (concentrados de hematíes, plaquetas o plasma fresco congelado), según corresponda.			

15. Monitorizar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de fibrina, y recuento de plaquetas, según corresponda.			
16. Monitorizar los estudios de laboratorio (p. ej., lactato sérico, equilibrio ácido básico, perfiles metabólicos y electrolitos).			

Cumplimiento deficiente: 85-170

Cumplimiento regular: 171-255

Cumplimiento bueno: 256-340

Cumplimiento muy bueno: 341-425

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases 00030

1919 Manejo del equilibrio ácido básico

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Mantener la vía aérea permeable.			
2. Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada (abrir la vía aérea y elevar la cabecera de la cama).			
3. Mantener un acceso IV permeable.			
4. Monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCO ₂ , y HCO ₃ para determinar el tipo concreto de desequilibrio (p. ej., respiratorio o metabólico) y los			

mecanismos fisiológicos compensadores presentes (p. ej., compensación pulmonar o renal, amortiguadores fisiológicos).			
5. Mantener la evaluación simultánea del pH arterial y de los electrolitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa.			
6. Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según se precise.			
7. Obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido básico (p. ej., gasometría arterial, orina y suero), según se precise.			
8. Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios ácido básicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.			
9. Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.			
10. Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios ácido básicos (p. ej., reducción rápida de la alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica).			
11. Monitorizar las alteraciones ácido básicas mixtas (p. ej., alcalosis respiratoria primaria y acidosis metabólica primaria).			
12. Monitorizar el patrón respiratorio.			
13. Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO ₂ , SaO ₂ , niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispone de ellos.			
14. Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (p. ej., niveles bajos de PaO ₂ y elevados de PaCO ₂ , así como fatiga de los músculos respiratorios).			

15. Monitorizar la determinación del consumo de oxígeno (p. ej., niveles de SvO2 y avD02), si está disponible.			
16. Monitorizar las entradas y salidas.			
17. Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de			
18. PVC, PAM, PAP y PECP.			
19. Monitorizar la pérdida de ácido (p. ej., vómitos, aspiración por sonda nasogástrica, diarrea y diuresis), según se precise.			
20. Monitorizar la pérdida de bicarbonato (p. ej., drenaje de una fístula y diarrea), según se precise.			
21. Monitorizar el estado neurológico (p. ej., nivel de consciencia y confusión).			
22. Proporcionar soporte ventilatorio mecánico, si es necesario.			
23. Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario.			
24. Proporcionar la reposición de los niveles normales de electrolitos (p. ej., potasio y cloruro), si es necesario.			
25. Administrar las medicaciones prescritas basándose en las tendencias del pH arterial, PaCO2, HC03 y electrolitos séricos, según corresponda.			
26. Instruir al paciente para que evite el uso excesivo de fármacos que contengan HC03, según corresponda.			
27. Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es preciso.			
28. Tratar la fiebre, según sea preciso.			

29. Administrar analgésicos, según sea preciso.			
30. Administrar oxigenoterapia, según corresponda.			
31. Administrar antibióticos y broncodilatadores, según se precise.			
32. Administrar oxígeno a bajo flujo y monitorizar la narcosis por CO ₂ , en caso de hipercapnia crónica.			
33. Instruir al paciente y/o familia sobre las acciones aplicadas para tratar el desequilibrio ácido básico.			

3320 Oxigenoterapia

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.			
2. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.			
3. Administrar oxígeno suplementario según órdenes.			
4. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.			
5. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.			
6. Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.			
7. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.			
8. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.			

9. Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.			
10. Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.			
11. Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.			
12. Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.			
13. Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.			
14. Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar del paciente.			
15. Observar la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.			
16. Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.			

Cumplimiento deficiente: 49-98

Cumplimiento regular: 99-148

Cumplimiento bueno: 149-198

Cumplimiento muy bueno: 199-245

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de eliminación urinaria 00016

0580 Sondaje vesical

ACTIVIDADES	SIEMPRE	NUNCA	AVECES

	(5 p)	(1p)	(3p)
1. Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.			
2. Reunir el equipo adecuado.			
3. Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor (es decir, exponer sólo los genitales).			
4. Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía.			
5. Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.			
6. Mantener una técnica aséptica estricta.			
7. Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda.			
8. Colocar al paciente de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino).			
9. Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro.			
10. Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda.			
11. Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.			
12. Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.			

13. Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente.			
14. Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.			
15. Fijar el catéter a la piel, según corresponda.			
16. Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria.			
17. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido.			
18. Monitorizar las entradas y salidas.			
19. Realizar o enseñar al paciente el sondaje intermitente limpio, cuando corresponda.			
20. Realizar el sondaje del residuo posmiccional, si es necesario.			
21. Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno del balón.			

0590 Manejo de la eliminación urinaria

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.			
2. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.			
3. Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia.			

4. Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.			
5. Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.			
6. Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas y signos de infección.			
7. Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda.			
8. Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.			
9. Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.			
10. Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes.			
11. Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento, según corresponda.			
12. Restringir los líquidos, si procede.			
13. Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.			
14. Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda.			
15. Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.			
16. Insertar supositorios uretrales, si procede.			
17. Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda.			

1460 Regulación hemodinámica

ACTIVIDADES	SIEMPRE	NUNCA	AVECES

	(5 p)	(1p)	(3p)
1. Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.			
2. Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con insuficiencia cardíaca).			
3. Aliviar las preocupaciones de los pacientes proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea.			
4. Instruir al paciente y la familia sobre la monitorización hemodinámica (p. ej., fármacos, terapias, finalidad de los aparatos).			
5. Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán los progresos.			
6. Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej. Disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso).			
7. Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia).			
8. Monitorizar los signos y síntomas de problemas del estado de volumen			
9. Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente).			

<p>10. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (p. ej., hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante, elevación de los niveles séricos de creatinina y BUN, hiponatremia, presión diferencial reducida y presión del pulso proporcional del 25% o menor).</p>			
<p>11. Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.</p>			
<p>12. Saber que los sonidos pulmonares adventicios no son el único indicador de problemas hemodinámicos.</p>			
<p>13. Auscultar los ruidos cardíacos.</p>			
<p>14. Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos.</p>			
<p>15. Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si es adecuado.</p>			
<p>16. Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, según corresponda.</p>			
<p>17. Monitorizar el gasto cardíaco o índice cardíaco y el índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo, según corresponda.</p>			
<p>18. Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo).</p>			
<p>19. Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje).</p>			
<p>20. Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos.</p>			

21. Administrar medicación antiarrítmica, según corresponda.			
22. Monitorizar los efectos de la medicación.			
23. Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.			
24. Elevar el cabecero de la cama, según corresponda.			
25. Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise.			
26. Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardíacos S3 y S4, disnea, ganancia de peso, así como distensión de órganos, sobre todo en los pulmones o el hígado.			
27. Monitorizar la presión capilar pulmonar y la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar, así como la presión venosa central y la presión de aurícula derecha, si corresponde.			
28. Monitorizar los niveles de electrolitos.			
29. Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v. o diuréticos, según el caso.			
30. Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso.			
31. Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.			
32. Evaluar los efectos de la fluidoterapia.			
33. Realizar un sondaje vesical, si corresponde.			
34. Minimizar los factores ambientales estresantes.			

6680 Monitorización de signos vitales

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.			
2. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.			
3. Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.			
4. Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.			
5. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.			
6. Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.			
7. Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.			
8. Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.			
9. Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.			
10. Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.			
11. Observar si hay pulso paradójico.			
12. Observar si hay pulso alternante.			
13. Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.			
14. Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.			

15. Monitorizar los tonos cardíacos.			
16. Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).			
17. Monitorizar los ruidos pulmonares.			
18. Monitorizar la pulsioximetría.			
19. Observar si se producen esquemas respiratorios anormales			
20. Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.			
21. Monitorizar si hay cianosis central y periférica.			
22. Monitorizar la presencia de acropaquías.			
23. Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).			
24. Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.			
25. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.			

Cumplimiento deficiente: 98-196

Cumplimiento regular: 197-294

Cumplimiento bueno: 295-392

Cumplimiento muy bueno: 393-490

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de shock 00205

4220 Prevención de shock

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).			
2. Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia).			
3. Observar si se producen signos precoces de shock alérgico: rinitis, sibilancias, estridor, disnea, prurito, urticaria, habones, angioedema cutáneo, indisposición gastrointestinal, dolor abdominal, diarrea, ansiedad e inquietud.			
4. Controlar los signos precoces de compromiso cardíaco (p. ej. descenso del gasto cardíaco y de la diuresis, aumento de las resistencias vasculares sistémicas y de la presión capilar pulmonar de enclavamiento, crepitantes en los pulmones, ruidos cardíacos T 3 y T4 y taquicardia).			
5. Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (p. ej., tubo de tórax, herida y drenaje nasogástrico; diarrea; vómitos y aumento del perímetro abdominal y de las extremidades, hematemesis o rectorragia).			
6. Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y relleno capilar.			

7. Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (p. ej. aprensión, aumento de ansiedad, cambios del estado mental, agitación, oliguria, así como extremidades frías y moteadas).			
8. Controlar la pulsioximetría.			
9. Vigilar la temperatura y el estado respiratorio.			
10. Controlar el ECG.			
11. Controlar el peso, la ingesta y la diuresis a diario.			
12. Comprobar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hct, perfil de coagulación, gasometría arterial, niveles de lactato y electrolitos, cultivos y perfil bioquímico.			
13. Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos (p. ej., PVC, PAM y saturación central/venosa mixta de oxígeno), según corresponda.			
14. Aconsejar al paciente con riesgo de reacciones alérgicas graves que reciba terapia de desensibilización.			
15. Aconsejar a los pacientes de riesgo que lleven información de alerta médica.			
16. Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los factores desencadenantes del shock.			
17. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos/síntomas del shock inminente.			
18. Instruir al paciente y a la familia acerca de los pasos que hay que seguir ante la aparición de los síntomas de shock.			
19. Vigilar el CO ₂ sublingual o la tonometría gástrica, según corresponda.			

20. Observar la existencia de hematomas, petequias y el estado de las mucosas.			
21. Observar el color, cantidad y frecuencia de las deposiciones, vómitos y drenaje nasogástrico.			
22. Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas, según corresponda.			
23. Observar si hay signos y síntomas de ascitis y dolor abdominal o lumbar.			
24. Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas (volumen, vasogénico) o en decúbito supino con la cabeza y hombros elevados (cardiogénico), según corresponda.			
25. Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda.			
26. Administrar líquidos i.v. y/o por vía oral, según el caso.			
27. Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda.			
28. Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.			
29. Administrar antiarrítmicos, diuréticos y/o vasopresores, según corresponda.			
30. Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda.			
31. Iniciar la administración precoz de agentes antimicrobianos y monitorizar estrechamente su eficacia, si está indicado.			
32. Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.			
33. Administrar agentes antiinflamatorios y/o broncodilatadores, según corresponda.			

34. Controlar la glucemia y administrar terapia con insulina, según corresponda.			
35. Administrar adrenalina, IV, intraósea o endotraqueal, según corresponda.			
36. Enseñar al paciente a evitar los alérgenos conocidos y a utilizar el equipo de anafilaxia, según proceda.			
37. Realizar pruebas cutáneas para determinar los agentes causantes de anafilaxia y/o reacciones alérgicas, según corresponda.			

Cumplimiento deficiente: 37-74

Cumplimiento regular: 75-111

Cumplimiento bueno: 112-148

Cumplimiento muy bueno: 149-185

Etiqueta diagnóstica: Hipotermia 00006

3800 Tratamiento para la hipotermia

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados.			
2. Apartar al paciente del ambiente frío.			
3. Retirar la ropa fría y húmeda del paciente.			
4. Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos.			

<p>5. Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.</p>			
<p>6. Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que consuma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafeína.</p>			
<p>7. Compartir el calor corporal, usando poca ropa para facilitar la transferencia de calor entre la víctima y el rescatador.</p>			
<p>8. Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej., manta, cubrir la cabeza, y calentar la ropa).</p>			
<p>9. Aplicar recalentamiento externo activo (p. ej., almohadilla eléctrica colocada en el área del tronco antes que en las extremidades, botellas de agua caliente, calentador de aire forzado, manta caliente, luz radiante, almohadillas de calentamiento y calentadores de aire convectivos).</p>			
<p>10. Evitar el recalentamiento externo activo en pacientes con hipotermia grave.</p>			
<p>11. Aplicar recalentamiento interno activo o «recalentamiento corporal central» (p. ej., líquidos intravenosos calientes, oxígeno humidificado y calentado, circulación extracorpórea, hemodiálisis, recalentamiento arteriovenoso continuo, y lavado de las cavidades corporales con suero caliente).</p>			
<p>12. Monitorizar las complicaciones asociadas con el recalentamiento extracorpóreo (p. ej., síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda y neumonía).</p>			
<p>13. Iniciar la RCP en los pacientes sin circulación espontánea y sabiendo que los intentos de</p>			

desfibrilación pueden ser ineficaces hasta que la temperatura corporal central no sea superior a 30 °C.			
14. Administrar medicamentos con precaución (p. ej., ser consciente de la impredecibilidad del metabolismo, monitorizar la mayor acción y toxicidad, y considerar interrumpir los medicamentos intravenosos hasta que la temperatura corporal central no sea superior a 30 °C).			
15. Monitorizar los síntomas asociados con la hipotermia leve (p. ej., taquipnea, disartria, escalofríos, hipertensión arterial y diuresis), la hipotermia moderada (p. ej., arritmias auriculares, hipotensión, apatía, coagulopatía e hiporreflexia) y la hipotermia grave (p. ej., oliguria, ausencia de reflejos neurológicos, edema pulmonar y anomalías ácido básicas).			
16. Monitorizar la aparición de shock por recalentamiento.			
17. Monitorizar el color y la temperatura de la piel.			
18. Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (p. ej., inmersión en agua fría, enfermedad, lesión traumática, estados de shock, inmovilización, climatología, edades extremas, medicamentos, intoxicación etílica, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).			

Cumplimiento deficiente: 18-36

Cumplimiento regular: 37-54

Cumplimiento bueno: 55-72

Cumplimiento muy bueno: 73-90

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

2300 Administración de la medicación

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.			
2. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.			
3. Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones.			
4. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.			
5. Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.			
6. Prescribir o recomendar los medicamentos, según el caso, de acuerdo con la autoridad prescriptora.			
7. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia			
8. Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.			
9. Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para administración, las acciones esperadas y los			

efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.			
10. Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.			
11. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.			
12. Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.			
13. Verificar los cambios en la presentación de la medicación antes de administrarla (p. ej., comprimidos entéricos aplastados, líquidos orales en una jeringa i.v., envuelta inhabitual).			
14. Usar la administración de medicación asistida con código de barras cuando sea posible.			
15. Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.			
16. Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.			
17. Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.			
18. Ayudar al paciente a tomar la medicación.			
19. Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.			
20. Utilizar las órdenes, normas y procedimientos del centro como guía del método adecuado de administración de medicamentos.			
21. Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.			

22. Validar y registrar la comprensión del paciente y la familia sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.			
23. Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda, si es apropiado.			
24. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.			
25. Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.			
26. Firmar el registro de narcóticos y otros fármacos restringidos, de acuerdo con el protocolo del centro.			
27. Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.			

1400 Manejo del dolor

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.			
2. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.			
3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.			

4. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.			
5. Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.			
6. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.			
7. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.			
8. Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario).			
9. Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.			
10. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.			
11. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).			
12. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).			
13. Considerar la voluntad del paciente para participar, su capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y			

contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.			
14. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.			
15. Enseñar los principios del manejo del dolor.			
16. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.			
17. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.			
18. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.			
19. Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor por parte del paciente.			
20. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.			
21. Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada.			
22. Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda.			
23. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.			

24. Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.			
25. Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.			
26. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.			
27. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.			
28. Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.			
29. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).			
30. Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.			
31. Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.			
32. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.			
33. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.			
34. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.			
35. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuado que faciliten el alivio del dolor.			

36. Animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si procede.			
37. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.			
38. Informar a otros profesionales sanitarios/familiares sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.			
39. Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.			
40. Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, según corresponda.			
41. Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.			
42. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.			
43. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.			

Cumplimiento deficiente: 70-140

Cumplimiento regular: 141-210

Cumplimiento bueno: 211-280

Cumplimiento muy bueno: 281-350

Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardiaco 00029

4040 Cuidados cardiacos

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Monitorizar de forma rutinaria al paciente desde los puntos de vista físico y psicológico según las normas del centro.			
2. Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.			
3. Alentar un incremento gradual de la actividad cuando la afección esté estabilizada (es decir, alentar unas actividades a un ritmo más lento o períodos más cortos de actividad con intervalos de descanso frecuentes después del ejercicio).			
4. Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.			
5. Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).			
6. Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda.			
7. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).			
8. Monitorizar los signos vitales con frecuencia.			
9. Monitorizar el estado cardiovascular.			
10. Monitorizar la aparición de arritmias cardíacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción.			
11. Documentar las arritmias cardíacas.			

12. Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.			
13. Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.			
14. Monitorizar el abdomen en busca de signos de una disminución de la perfusión.			
15. Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).			
16. Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).			
17. Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si correspondiera.			
18. Evaluar las alteraciones de la presión arterial.			
19. Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las arritmias.			
20. Proporcionar terapia antiarrítmica según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda.			
21. Monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos.			
22. Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos.			
23. Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.			
24. Restringir el consumo de tabaco.			
25. Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.			
26. Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.			

27. Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.			
28. Identificar los métodos del paciente para manejar el estrés.			
29. Fomentar las técnicas eficaces de reducción del estrés.			
30. Emplear terapia de relajación, si procede.			
31. Identificar los efectos psicológicos que subyacen en la afección.			
32. Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de ansiedad y depresión, recomendando un tratamiento con antidepresivos adecuados, según esté indicado.			
33. Fomentar la realización de actividades no competitivas a los pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca.			
34. Comentar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y su pareja, si es adecuado.			
35. Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en el que se medirán los progresos.			
36. Asegurarse de que todo el personal es consciente de estos objetivos y trabaja de forma conjunta para proporcionar unos cuidados homogéneos.			
37. Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para instruirle, evaluarle y proporcionar un apoyo guiado, destinado a aumentar la actividad y reconstruir su vida, según corresponda.			
38. Ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia (contactar con un miembro del clero), según corresponda.			

1460 Regulación hemodinámica

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.			
2. Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con insuficiencia cardíaca).			
3. Aliviar las preocupaciones de los pacientes proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea.			
4. Instruir al paciente y la familia sobre la monitorización hemodinámica (p. ej., fármacos, terapias, finalidad de los aparatos).			
5. Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán los progresos.			
6. Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej. Disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso).			
7. Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia).			

8. Monitorizar los signos y síntomas de problemas del estado de volumen			
9. Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente).			
10. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (p. ej., hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante, elevación de los niveles séricos de creatinina y BUN, hiponatremia, presión diferencial reducida y presión del pulso proporcional del 25% o menor).			
11. Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.			
12. Saber que los sonidos pulmonares adventicios no son el único indicador de problemas hemodinámicos.			
13. Auscultar los ruidos cardíacos.			
14. Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos.			
15. Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si es adecuado.			
16. Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, según corresponda.			
17. Monitorizar el gasto cardíaco o índice cardíaco y el índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo, según corresponda.			
18. Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo).			
19. Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica,			

expresando el resultado como proporción o porcentaje).			
20. Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos.			
21. Administrar medicación antiarrítmica, según corresponda.			
22. Monitorizar los efectos de la medicación.			
23. Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.			
24. Elevar el cabecero de la cama, según corresponda.			
25. Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise.			
26. Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardíacos S3 y S4, disnea, ganancia de peso, así como distensión de órganos, sobre todo en los pulmones o el hígado.			
27. Monitorizar la presión capilar pulmonar y la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar, así como la presión venosa central y la presión de aurícula derecha, si corresponde.			
28. Monitorizar los niveles de electrolitos.			
29. Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v. o diuréticos, según el caso.			
30. Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso.			
31. Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.			
32. Evaluar los efectos de la fluidoterapia.			
33. Realizar un sondaje vesical, si corresponde.			

34. Minimizar los factores ambientales estresantes.			
---	--	--	--

6680 Monitorización de signos vitales

ACTIVIDADES	SIEMPRE (5 p)	NUNCA (1p)	AVECES (3p)
1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.			
2. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.			
3. Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.			
4. Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.			
5. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.			
6. Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.			
7. Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.			
8. Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.			
9. Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.			
10. Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.			
11. Observar si hay pulso paradójico.			

12. Observar si hay pulso alternante.			
13. Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.			
14. Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.			
15. Monitorizar los tonos cardíacos.			
16. Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).			
17. Monitorizar los ruidos pulmonares.			
18. Monitorizar la pulsioximetría.			
19. Observar si se producen esquemas respiratorios anormales			
20. Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.			
21. Monitorizar si hay cianosis central y periférica.			
22. Monitorizar la presencia de acropaquías.			
23. Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).			
24. Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.			
25. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.			

Cumplimiento deficiente: 96-192

Cumplimiento regular: 193-288

Cumplimiento bueno: 289-384

Cumplimiento muy bueno: 384-480