



BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LOS CASOS MATERNOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ENERO - DICIEMBRE DEL 2020

Autores: MSc. Elsi Neida Bueno Pomier¹, MSc. Ana Iris Castillo Pérez², MSc. Yaquelin Naranjo Vargas³, Lic. Esther Mayor Guerra⁴

¹ Lic. Enfermería, MSc. En Urgencia médica y Atención Primaria de Salud.

² Lic. Enfermería, MSc. En Urgencia médica Atención Primaria de Salud.

³ Lic. Enfermería, Enfermera Especialista de I grado en Terapia Intensiva y Emergencia. MSc. En Urgencia médica y Atención Primaria de Salud.

⁴ Lic. Gestión de Información en Salud. Prof. Auxiliar.

Santiago de Cuba 2020.

RESUMEN

Introducción: La mujer que cursa con un embarazo o parto complicado requiere de atención multidisciplinaria para salvaguardar su integridad y la de su hijo que incluye un protocolo de actuación con conceptos claros y objetivos bien definidos. **Objetivo:** Mostrar las buenas prácticas de enfermería de casos maternos ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, se utilizaron técnicas de estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa), además se calculó la media aritmética para variables cuantitativas, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" en el periodo de Enero-Diciembre de 2016. **Resultados:** Una muestra de 24 pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de estudio, con edades entre 15 a 35 años, 2do trimestre con 14 semanas de gestación, diagnósticos como Eclampsia como la principal causa de admisión, seguida del asma bronquial, Trombosis venosa, la colecistitis, derrame Pericárdico, apendicitis, atonía uterina, el reporte del estado al ingreso de Crítico, muy grave, grave, se aplicó el método científico del proceso de atención de enfermería NANDA a todos los casos, así como también las acciones independientes según los diagnósticos identificados, evolución satisfactoria, al egreso de las gestantes y puérperas se egresaron de cuidados y mejoradas a su unidades de origen. **Conclusiones.** La Eclampsia como primera causa de ingreso, 2do trimestre de embarazo con mayores ingresos.

Palabras clave: Eclampsia, puérperas, Atonía.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en la actualidad ha sido identificada como un problema de salud pública, principalmente en los países en vía de desarrollo, esta situación ha sido identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quienes se han preocupado por establecer programas que permitan reducir sus índices. La mujer que cursa con un embarazo complicado requiere de atención multidisciplinaria para salvaguardar su integridad y la de su hijo como la medicina Intensiva concebida como una estrategia para disminuir la mortalidad hospitalaria. Las unidades de cuidados intensivos representan un recurso de indiscutible valor para abatir la mortalidad materna en nuestro país y fortalecer la asistencia a las mujeres críticamente comprometidas y con alto riesgo de muerte. Existen diferencias significativas entre los diagnósticos de ingresos y los desenlaces, al comparar países desarrollados y países en vías de desarrollo. Complicaciones como la preeclampsia severa, la hemorragia y la Sepsis severa son las causas obstétricas más comunes para la admisión a UCI alrededor del mundo. ^[1]

Desde el triunfo de la Revolución Cubana el gobierno se ha enfrascado en mejorar la atención médica a toda la población, siendo las embarazadas un grupo priorizado, pues las tasas de mortalidad materna y perinatal se encuentran entre los indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la calidad de vida de una sociedad, la situación política, económica, cultural y social de una nación, la cobertura de los servicios de salud, las condiciones de educación alimentaria y vivienda en un sitio determinado, es decir, constituyen indicadores de desarrollo humano. ^[2]

En Europa y en Estados Unidos, las admisiones de pacientes obstétricas representan alrededor del 0.5% de todos los nacimientos. La categorización de las causas de admisión en UCI difiere en la mayoría de los estudios, pero la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos del embarazo, son las principales indicaciones.

A pesar del desarrollo en el campo de la medicina en algunos países, el número de defunciones anuales en todo el mundo sea de uno por cada minuto. En consecuencia la Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que distintos organismos internacionales, ha mostrado un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer, ya que constituye un imperativo moral de derechos humanos, así como una prioridad para el desarrollo internacional acorde con los objetivos de desarrollo del milenio. ^[3]

Cada 25 minutos, una mujer muere como resultado del embarazo, parto o puerperio en alguna parte de la región de las Américas y alrededor de 585 000 mueren al año en todo el mundo, la mayoría por causas evitables. En la India, la tasa de mortalidad materna es de 540 por cada 100 000 nacidos

vivos (NV), en Haití, de 523 por 100 000 NV, mientras que en Canadá es de 4 por 100 000 NV; en América Latina ocurren alrededor de 20 000 muertes maternas por cada año. [4y 5]

En Cuba, el riesgo de morir relacionado con el embarazo, parto y puerperio ha ido en descenso en el último trienio (2009 – 2012) de 57,1 por cada 100 000 NV hasta 45,4 por 100 000 NV, encontrándose entre los países de vanguardia en América Latina –si de mortalidad materna se trata–. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna por complicaciones relacionadas directamente con el puerperio se incrementó, de 4,9 x 100 000 NV en 2008 a 8,6 x 100 000 NV en 2010 y este incremento estuvo a expensas de las infecciones puerperales, fundamentalmente. [6]

El embarazo y parto son, para la mujer, procesos fisiológicos, las alteraciones que tienen lugar en este periodo conducen a cambios locales y generales en su organismo que la hacen muy diferente a la mujer no grávida. [7]

Con el fin del embarazo y el parto deviene el estado de puerperio, en el cual se producen una enorme cantidad de cambios fisiológicos y psicológicos que preparan a la mujer para una nueva etapa de su vida, la de ser madre. Esta etapa se extiende desde el final del alumbramiento hasta el regreso al estado normal pre gravídico del organismo femenino y dura entre 6 y 8 semanas. [7 y 8].

En nuestro país el comportamiento es similar teniendo en cuenta que en nuestra unidad drenan los casos maternos de mayor complejidad de los maternos” Mariana Grajales y Tamara buque. Objetivo Describir Buenas prácticas de enfermería en los casos maternos que motivaron el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la cual nos inspiramos a realizar este trabajo de investigación.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Saturnino Lora Torres” de Santiago de Cuba en el periodo comprendido de Enero - Diciembre del año 2020.

El universo estuvo constituido por 24 gestantes que ingresaron en este servicio durante el periodo señalado, por presentar algún tipo de complicación según los criterios clínicos, siempre y cuando fuera posible recolectar (por observación, examen físico y/o revisión de historias clínicas) toda la información necesaria y válida para la consecución de los objetivos propuestos Después de la aprobación por parte de los comités institucionales el equipo a cargo de esta investigación.

Operacionalización de variables:

Se utilizaron las siguientes variables.

1. Edad- Variable cuantitativa continúa, que se agrupó en 4 intervalos abiertos teniendo en cuenta los años cumplidos:

15 - 20 años

21 - 25 años

26 - 30 años

31 - 35 años

2. Semanas de Gestación por trimestre. 1er Trimestre, 2do Trimestre, 3er Trimestre del embarazo.

4 - S

9 - S

11,5 - S

14 - S

35,1 - S

37,3 - S

3. Principales diagnósticos médico al ingreso.

Eclampsia.

Asma bronquial.

Atonía Uterina.

Apendicitis aguda.

Derrame Pericardio.

Colecistitis.

Estenosis mitral.

Trombosis Venosa Profunda.

4. Estado de las pacientes al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, reportadas de.

Crítico.

Muy grave.

Grave.

5. Diagnósticos de Enfermería Identificados según necesidades, que se ordenaron por prioridad según cada paciente y se le realizó al 100% de los casos.

Deterioro de la ventilación espontánea Relacionado / Con Fatiga de los Músculos respiratorios.

Patrón respiratorio ineficaz Relacionado/Con disminución de la energía.

Deterioro del intercambio de gases Relacionado/Con desequilibrio ventilación perfusión.

Limpieza ineficaz de vías aéreas Relacionado/Con secreciones bronquiales.

Disminución del gasto cardiaco Relacionado/Con alteración de la poscarga.

Interrupción de la lactancia materna Relacionado/Con separación madre niño.

Dolor agudo Relacionado/Con agente lesivo biológico.

Exceso de volumen de líquidos. Relacionado/Con mecanismos de regulación comprometidos.

Deterioro de la integridad cutánea Relacionado/Con factor mecánico.

Intolerancia a la actividad Relacionado/Con reposo en cama.

Protección ineficaz Relacionado/Con Perfiles hematológicos anormales.

Déficit de autocuidado (Inodoro) Relacionado/Con intolerancia a la actividad.

Déficit de autocuidado (baño) Relacionado/Con debilidad.

Déficit de autocuidado (vestirse) Relacionado/Con intolerancia a la actividad.

Riesgo de infección Relacionado/Con proceder invasivo.

Ansiedad Relacionado/Con necesidades no cubierta.

6. Plan de actividades de enfermería que se ordenaron según orden de prioridad de los diagnósticos identificados al 100% de los casos.

Logre ventilación con el mínimo de soporte.

Verificar sincronía de la mecánica ventilatoria cada 4 horas.

Cuantificar las secreciones aspiradas cada 12 horas.

Observar características de las secreciones cada 8 horas.

Verificar tensión arterial cada 1 horas hasta que regule.

Observar características y evolución de la herida quirúrgica diario en la cura.

Observar aparición de Sangramiento cada 8 horas.

Observar características de las mamas cada 4 horas.

Realizar masajes en las mamas antes de la extracción cada 4 horas.

Ofrecer medios para la extracción láctea cada 4 horas.

Verificar alivio del dolor a la hora.

Evaluar características y evolución de los edemas cada 8 horas.

Brindar psicoterapia de apoyo diario.

Aplicar digito presión en punto corazón 7 durante 5 minutos 3 veces por día.

Realizar aseo corporal en el lecho diario.

Realizar aseo oral 3 veces / día.

Evaluar resultado de los complementarios cada 12 horas.

7. Estado al egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos las cuales se ubicaron en dos intervalos.

Egreso.

De Cuidado.

Mejoradas.

RESULTADOS

En la tabla 1. Se observa que 10 nuestras pacientes se encontraban en las edades comprendidas entre 21 y 25 años de edad para un 41,7 %, seguidas las de 31 – 35 años para un 37,5 %.

En la tabla 2. Nos muestra que la gestación del 2do trimestre 14 semanas fue la de mayor incidencia para un total de 6 pacientes con un 24,6 %, 5 casos del tercer trimestre de 35,1 semanas que representa el 20,5 %.

En la Tabla 3. Muestra que la principal causa de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos estuvo representada por la Eclampsia con 6 pacientes representando el 25 %, Asma bronquial con 5 casos para un 20.9 %, Trombosis venosa con 3 pacientes para un 12.5 %, la colecistitis con 3 casos para un 12.5 %, derrame Pericárdico, apendicitis, atonía uterina con 2 casos respectivamente para un 8,3 % cada uno.

En la tabla 4. Se observa que el estado al ingreso de estas pacientes fue Crítico 1 caso para un 4.16 %, muy grave 12 casos para un 50 % y las reportadas de grave 11 para un 45.84 %.

En la tabla 5. Se muestran los diagnósticos de enfermería identificados teniendo en cuenta el listado de problemas presentes en cada paciente en el 100 % de nuestros casos.

En la tabla 6. Corresponde a las acciones independientes de enfermería que fueron capaces de dar solución a los problemas de salud presentados en nuestro estudio.

En la tabla 7. Representa el estado al egreso donde se obtuvo 16 pacientes con 66.66 % de los casos egresaron reportadas de cuidado y 8 caso para un 33.33 % de mejoradas trasladada a sus Unidades de procedencia.

DISCUSIÓN

Las nuevas política de excelencia en el cuidado de las gestantes establecen que el grupo de pacientes obstétricas críticas deben ser atendidas con los mismos estándares de las unidades de cuidado intensivo y de las unidades de alto riesgo para la evaluación y manejo de las patologías asociadas y del embarazo, independientemente del lugar donde se realice la atención. Esta propuesta, genera un cambio para el mejoramiento de las competencias de quienes deben liderar los procesos médicos y de la infraestructura organización de las unidades que deben asegurar la excelencia del seguimiento.

La edad, como variable socio demográfica, acumula un gran valor en el análisis de la gestación como fenómeno fisiológico imprescindible para la perpetuación de la especie. Se conoce que las edades extremas de la vida (adolescentes y mayores de 35 años) constituyen un factor de riesgo importante para la aparición de trastornos y anomalías frecuentes durante este proceso, por lo que se insiste en la necesidad de la adecuada planificación familiar con el asesoramiento de especialistas del tema. ^[1]

En la serie estudiada por Sanabria y Fernández, ^[2] en Matanzas, también existió mayor proporción de gestantes de 20 a 34 años (89,7 %) pero, a diferencia de este trabajo, le siguieron en frecuencia las de 21 a 25 años con más del 41,7 %, porcentaje nada despreciable para los propósitos del país. Matanzas es una de las provincias que mayor tasa de mortalidad materna exhibe en los últimos años (100,9 por 100 000 NV en 2010) y, de manera general, el país muestra una tendencia ascendente de los embarazos en la adolescencia. ^[2]

La edad materna guarda relación, en ocasiones, con las enfermedades asociadas al embarazo, pues en edades tempranas es frecuente la

malnutrición, la anemia, la enfermedad Hipertensiva gravídica, mientras que en las más añosas aparecen las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión crónica entre otros factores que afectan el embarazo, el parto y por consiguiente el puerperio y el producto de la concepción. El conocimiento de las enfermedades sufridas por las puérperas en el transcurso de su vida y durante el periodo de la concepción, específicamente, resulta de gran valor diagnóstico; a veces los antecedentes de una afección puede aclarar la causa de los trastornos que presenta la paciente, otras veces, se reconocen etapas preliminares de la enfermedad actual, que no es más que otro episodio en el curso de un mismo proceso evolutivo.

La paciente gestante crítica amerita un manejo con enfoque multidisciplinario de atención sustancialmente diferente de la paciente no embarazada. En parte, porque las consideraciones del tratamiento que están encaminados a la optimización de las variables clínicas de un paciente en el campo del cuidado intensivo de adultos deben ser aproximadas con gran flexibilidad a las necesidades de cada uno de los componentes de la unidad materno-fetal. Por eso, el enfoque de manejo de la paciente gestante, no es comparable ni extrapolable a la población femenina adulta ^[3]

La totalidad de los trabajos realizados en el país, muestran un predominio de mujeres en edades óptimas para la reproducción: Martínez Aguilera, por ejemplo, reporta que casi el 70 % tenía entre 20 y 34 años, no obstante, el 13 % eran menores de 20 y el 19 %, mayores de 35, edades riesgosas para la procreación. En estudios realizados en países desarrollados citados por esta autora, la edad mayor de 35 años está muy relacionada con la aparición de morbilidad séptica en el puerperio. Por su parte, Sánchez García y colaboradores ^[8] informan que su serie se compuso de mujeres mayores de 31 años en su mayoría.

El ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI), es considerado un marcador de morbilidad materna extremadamente grave y constituye un importante instrumento para la reducción de la morbilidad y la mortalidad en el manejo de las pacientes obstétricas complicadas. 3-4 Múltiples son los factores que pueden asociarse a complicaciones en la etapa gestacional la edad materna, la calidad de la atención prenatal, el momento y lugar en que ocurre el parto, las condiciones maternas en este momento, el tipo de parto, entre otros.

La hipertensión arterial es un problema de salud en el mundo actual por su alta prevalencia, trascendencia e impacto en la salud, calidad de vida y sobrevivencia de todo ser humano. Ante este evento, la mujer gestante, parturienta, puérpera y su hijo, constituyen sujetos de muy alta vulnerabilidad. Rodríguez Roque *et al* reportan un caso de trombosis venosa en una puérpera de 38 años con antecedentes de hipertensión, situación poco

común pero que en el puerperio se asocia frecuentemente a preeclampsia, Sepsis o trombofilia, etapa en la que el riesgo aumenta hasta 6 veces. [4].

Múltiples son las causas que conducen al ingreso de puérperas en UCI, las más comunes son los trastornos respiratorios que llevan a la insuficiencia, los trastornos hipertensivos del embarazo, la inestabilidad hemodinámica secundaria a la hemorragia obstétrica mayor, atonía uterina, la coagulación intravascular diseminada y la Sepsis, todas ellas pueden llevar al síndrome de disfunción múltiple de órganos con una elevada mortalidad. [5]

Se utilizó el NANDA para las categorías diagnósticas de enfermería por ser el método científico que contamos para las evaluaciones según las necesidades identificadas por cada una de nuestras pacientes y así poder dar seguimiento a las acciones independientes de enfermería a tener en cuenta en cada caso. [14]

En relación al egreso fue importante ya que fueron dadas de alta de la Unidad de Cuidados intensivos, trasladándose a otro servicio reportado de cuidado, y de mejoradas a sus unidades de procedencias.

La buena práctica de la materna crítica permitió identificar las necesidades de cada paciente y así dar seguimiento a través de los diagnósticos identificados y las acciones independientes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colectivo de autores: Protocolo de puerperio. Programa de atención integral a la mujer. Ministerio de Salud Pública. La Habana, 2008.
2. Sanabria Fromherz ZE, Fernández Arenas C. Comportamiento patológico del puerperio. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 37 (3).
3. Selo-Ojeme DO, Omosaiye M, Battacharjee P, Kadir RA. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case-control study. Arch Gynecol Obstet. 2005; 272: 207 – 10. [En línea] URL disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/74792/65395> [Acceso: 12 de julio de 2012].
4. Leyva Fernández I. Morbilidad y mortalidad materna. Unidad de atención el grave. Hospital Provincial Docente Saturnino Lora. 2003 – 2005. [Trabajo para optar por el título de Diplomado de Medicina Intensiva y Emergencia] Santiago de Cuba, 2007.
5. Cabezas E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev. Cub. Salud Pública, 2009; 32 (1).

6. Oficina Nacional de Estadísticas Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2012
7. Orizondo Anzola R. Urgencias obstétricas. En: Caballero López A, Bécquer García EA, Domínguez Perera MA, Acosta Armas F, Castro Expósito A, Urbay Ruiz AA. Terapia intensiva. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2008; t 3: 1 295 – 1 312.
8. Sánchez García RW, Morejón Chávez J, Herrera García M, Rodríguez Molina M, Robles Lozano R, Martínez López I. Puerperio complicado. Estudio en una unidad de cuidados intensivos. La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. 2012. [en línea] URL disponible en:
http://indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion3/puerperio_complicado/martinez_lopez.htm#Puerperio%20Complicado.%20Estudio%20una%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos. [Consulta: enero 20 de 2012]
9. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
10. Rodríguez IG, Delgado CJ, Pérez RL. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; 25 (3): 141 – 5.
11. Selo-Ojeme DO, Omosaiye M, Battacharjee P, Kadir RA. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case-control study. Arch Gynecol Obstet. 2010; 272: 207 – 10. [En línea] URL disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/74792/65395> [Acceso: 12 de julio de 2013]
12. Acevedo Rodríguez O, Sáez Cantero V, Pérez Assef A, Alcina Pereira S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 38 (2)
13. Toirac Lamarque AS, Pascual López V, Deulofeu Betancourt I, Mastrapa Cantillo K, Torres González Y. Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. MEDISAN 2010; 14 (5)
14. NANDA Internacional de Diagnósticos... Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015- 2017.

15. Diagnóstico y tratamiento Ginecológicos Dechaney Alan H. 2014.

16. Guafardo V. Intervención de Enfermería para elevar el conocimiento sobre la Gestación. Paraninfo Digital. 2013; 7.171 - 7.

Anexos.

Tabla 1: Distribución según años de edad.

Años de edad	Total	%
15-20	1	4,1
21-25	10	41,7
26-30	4	16,7
31-35	9	37,5
Total	24	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 2: Clasificación según estado de embarazo.

Estado	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	Total	%
4-S	3			3	12,5
9-S	4			4	16,4
11,5-S	4			4	16,4
14-S		6		6	24,6
35,1-S			5	5	20,5
37,3-S			2	2	8,2
Total	11	6	7	24	100 %

Fuente: Historia clínica.

Tabla 3: Principales diagnósticos médicos al ingreso.

Diagnóstico médico	Total	%
Eclampsia	6	25
Asma bronquial	5	20.8
Trombosis Venosa	3	12,5
Colecistitis	3	12.5
Apendicitis aguda	2	8,3
Derrame pericardio	2	8,3
Atonía uterina	2	8.3
Estenosis mitral	1	4,1
Total	24	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 4: Estado al Ingreso de la UCI.

Ingreso	Total	%
De Crítico	1	4.16
De Muy Grave	12	50
De Grave.	11	45.83
Total	24	100

Fuente. Historia clínica.

Tabla 5: Diagnósticos de Enfermería Identificados al 100 % de los casos.

Diagnósticos identificados	Total	%
Deterioro de la Ventilación espontánea Relación/ con Fatiga de los músculos respiratorio	8	33.3
Deterioro del intercambio de gases Relacionado/Con desequilibrio ventilación perfusión.	10	41.6
Limpieza ineficaz de vías aéreas Relacionado/Con secreciones bronquiales.	10	41.6
Disminución del gasto cardiaco Relacionado/Con alteración de la poscarga.	5	20.8
Exceso de volumen de líquidos Relacionado/Con compromiso de los mecanismos reguladores.	12	50
Protección ineficaz Relacionado/Con Perfiles hematológicos anormales.	24	100
Deterioro de la integridad cutánea Relacionado/Con factor mecánico.	2	8.33
Interrupción de la lactancia materna Relacionado/Con separación madre hijo.	14	58.33
Intolerancia a la actividad Relacionado/Con reposo en cama.	24	100
Déficit de autocuidado (baño) Relacionado/Con debilidad.	24	100
Déficit de autocuidado (vestirse) Relacionado /Con intolerancia a la actividad.	24	100
Riesgo de infección Relacionado/Con proceder invasivo.	24	100
Dolor agudo Relacionado/Con agente lesivo biológico.	10	41.6

Fuente. Historia clínica.

Tabla 6: Plan de Actividades de enfermería Aplicada a cada uno de los casos según diagnósticos identificados.

Plan de Actividades de Enfermería	Total	%
Verificar mecánica ventilatoria cada 4 horas.	8	33.3
Logre ventilación con el mínimo de soporte.	8	33.3
Observar características de las secreciones y anotar cada 12 horas.	8	33.3
Evaluar evolución de los edemas cada 12 horas.	12	50
Verificar tensión arterial cada 1 horas hasta que regule.	5	20.8
Rectificar valor de temperatura a las 2 horas.	2	8.33
Observar características y evolución de la herida quirúrgica diario en la cura.	2	8.33
Observar características de las mamas cada 4 horas.	14	58.3
Realizar masajes en las mamas antes de la extracción cada 4 horas.	14	58.3
Ofrecer medios para la extracción láctea cada 4 horas.	14	58.3
Realizar aseo corporal en el lecho diario.	24	100
Cuantificar pérdidas por vómitos cada 12 horas.	5	20.8
Realizar aseo oral 3 / día.	24	100
Verificar alivio del dolor a la hora.	10	41.6
Aplicar digito presión en punto corazón 7 durante 5 minutos 3 veces por día.	24	100
Evaluar resultado de los complementarios cada 12 horas.	24	100

Fuente. Historia clínica.

Tabla 7: Estado al egreso de la UCI.

Egreso	Total	%
De cuidado	12	50
Mejoradas	12	50
Total	24	100

Fuente. Historia clínica.

ANEXO 1.

Modelo de consentimiento Informado.

Quién suscribe.

Estoy de acuerdo en participar en la investigación para evaluar el comportamiento de las pacientes gestantes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos así como la calidad de las acciones de enfermería por lo cual doy mi consentimiento.

Para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente a los.....días del mes de..... del año 20.....

Enfermero (a).....