

ORIGINAL

Nursing care in patients with cesarean section due to premature rupture of membranes in the obstetrics and gynecology service, Lima hospital

Cuidados de enfermería en paciente con cesárea por ruptura prematura de membranas del servicio de gineco obstetricia, hospital de Lima

Tania Rosario Alcántara Echegaray¹, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal¹, Sofía Dora Vivanco Hilario¹

¹Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión. Lima, Perú.

Citar como: Alcántara Echegaray TR, Gonzales Carbajal CM, Vivanco Hilario SD. Cuidados de enfermería en paciente con cesárea por ruptura prematura de membranas del servicio de gineco obstetricia, hospital de Lima. Salud Integral y Comunitaria. 2024; 2:67. <https://doi.org/10.62486/sic202467>

Enviado: 09-10-2023

Revisado: 24-01-2024

Aceptado: 19-03-2024

Publicado: 20-03-2024

Editor: Prof. Dr. Javier González Argote 

ABSTRACT

Premature rupture of membranes (RPM) is defined as the loss of continuity of the amniotic membranes with leakage of transvaginal amniotic fluid, which occurs before the onset of labor, where cesarean section is medical-surgical treatment with the purpose of avoid complications of neonatal maternal morbidity and mortality. The objective of the study was to manage the nursing care process for a patient with cesarean section by RPM. The nursing care process had a qualitative approach, single case type, of methodology, which included a 35-year-old woman, in which the five stages of the PAE were applied where the assessment was carried out applying the assessment guide of the patterns. of Maryori Gordon, three nursing diagnoses were prioritized: acute pain, risk of infection and anxiety, using the NANDA-I taxonomy. In the planning and execution stage, the care plan was prepared considering the Taxonomy NOC, NIC and in the last evaluation stage a change score +2, +2, +2 was obtained. It is concluded that the application of the PAE allows to provide specialized care in a comprehensive and quality manner throughout the recovery process.

Keywords: Nursing Care Process; Post-Cesarean Section; Premature Rupture of Membranes.

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal, que se presenta antes del inicio del trabajo de parto, donde la cesárea es el tratamiento médico quirúrgico con la finalidad de evitar complicaciones de morbilidad materna neonatal. El estudio tuvo como objetivo gestionar el proceso de cuidados de enfermería a una paciente con cesárea por RPM. Tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único, de metodología el proceso de atención de enfermería, que incluyó a una mujer de 35 años, en la que se aplicó las cinco etapas del PAE donde la valoración fue realizada aplicando la guía de valoración de los patrones funcionales de Maryori Gordon, se priorizaron tres diagnósticos de enfermería: dolor agudo, riesgo de infección y ansiedad, utilizando la taxonomía NANDA-I. En la etapa de planificación y ejecución se elaboró el plan de cuidados teniendo en cuenta la Taxonomía NOC, NIC y en la última etapa de evaluación se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2, +2. Se concluye que la aplicación del PAE permite proporcionar cuidados especializados de forma integral y de calidad en todo el proceso de su recuperación.

Palabras clave: Proceso de Atención de Enfermería; Poscesárea; Ruptura Prematura de Membranas.

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. Actualmente, es una de las principales razones de morbilidad infecciosa en la madre y neonato, por factores clínicos, epidemiológicos y nutricionales; constituye una de las cinco patologías de ingreso en las unidades de alto riesgo obstétrico.^(1,2)

Según la OMS la RPM se presenta entre el 8 y el 10 % de todas las gestaciones y un 60 a 95 % corresponde a embarazos a término, las más infrecuentes son las RPM pretérmino con un 2 a 4 % de todos los embarazos.⁽³⁾

A nivel de Sudamérica, se registra que uno de ocho nacimientos es prematuro, teniendo como principal causa la RPM. En el caso de Latinoamérica, se estima que la incidencia de RPM oscila entre 5,7 % a 8,9 %, siendo mayor en Perú con un 13,6 %.⁽⁴⁾

En el Perú la incidencia de la RPM ocurre alrededor del 4 % a 18 % del total de partos. En ESSALUD reporta una frecuencia anual de 7 % de partos prematuros, en MINSA de 1523 partos se detectó un 15,7 %, es decir un caso de RPM por cada seis partos; en los institutos especializados, presenta una incidencia de 10,1 % de los partos.⁽⁵⁾

La RPM es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas que se producen antes que inicie el trabajo de parto, en una gestación después de las 22 semanas, se considera cuando tiene una duración mayor de 24 horas, existiendo dos categorías: a término que se presenta después de las 37 semanas de gestación y pretérmino antes de las 37 semanas de gestación.⁽⁶⁾

El término RPM se refiere a la ruptura de las membranas antes de iniciar la labor de parto, en caso de que esto suceda antes de la semana 37 de edad gestacional se le denomina ruptura prematura pretérmino de membranas (RPPM).^(7,8)

La RPM se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto.

Las causas de la RPM son variadas, teniendo como factores de riesgo: incompetencia cervical, uso de cerclaje, consumo de tabaco, antecedente de parto pretérmino y/o ruptura de membranas en embarazos previos.^(9,10,11) También, varía con la edad gestacional, si la ruptura se da a menor edad gestacional se asocia con la infección del corion y en caso contrario está asociada a disminución del contenido de colágeno en las membranas, esto también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas.^(12,13)

Entre los factores de riesgo del RPM son: infecciones del tracto genital, intrauterino, (vaginitis por bacteria, triconomas, gonorrea, clamidia), hemorragias antes del parto, embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia ístmica cervical, bajos suplementos de vitamina C y E, abuso de sustancias, tabaquismo, estado nutricional, bajo nivel socioeconómico y relaciones sexuales.^(10,14,15)

Asimismo, la RPM presenta un debilitamiento fisiológico de las membranas ocasionado por la disminución de su resistencia provocado por el pobre depósito de colágeno II, y la edematización por el depósito de material fibrinoide, lo que ocasiona un adelgazamiento de la capa trofoblástica y decidua; las células deciduales producen hormonas (prostaglandinas E2 y F2) para iniciar (inducir) el trabajo de parto, favoreciendo las contracciones.^(16,17)

El cuadro clínico de la RPM se sustenta con la presencia de signos y síntomas, la historia clínica y pruebas diagnósticas tales como la especuloscopia: visualización de salida del líquido amniótico mediante maniobra de Valsalva; test de nitrazina: se basa en diferenciar el PH del líquido amniótico que es alcalino con otras secreciones (vaginales) y la orina; prueba del helecho positivo al líquido amniótico encontrándose un patrón de arborización en el portaobjeto al secarse al ambiente por el cloruro sódico; por ecografías se detecta si hay oligohidramnios o hidramnios, valor normal de líquido amniótico es 3,7 cm.^(18,19)

El tratamiento de la RPM depende de la madurez fetal, en RPM a término mayor de 37 semanas de gestación, se induce al parto y en RPM pretérmino antes de las 37 semanas de gestación, el tratamiento es con antibióticos y corticoides para la madurez pulmonar y por último en RPM con menos de 23 semanas de gestación se considera embarazo no viable; también, se incluye la inhibición de las contracciones, el uso de antibióticos para prevenir infecciones y la inyección de glucocorticoides para promover la maduración pulmonar. Sin embargo, aproximadamente el 90 % de las mujeres embarazadas dan a luz dentro de una semana.^(20,21,22)

El proceso de atención de enfermería (PAE), es importante porque nos permite aplicar el método científico en cada una de las etapas y brindar atención asistencial especializada al paciente y familia.^(23,24) Esta metodología permite brindar cuidados a los pacientes de forma sistemática, lógica, ordenada, y con resultados favorables, por tanto, es de suma importancia realizar una valoración de enfermería completa, objetiva y precisa, puesto que es la base para identificar los diagnósticos de enfermería pertinentes. El PAE comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que se interrelacionan, se retroalimentan y son sucesivas.^(25,26,27)

La enfermera especialista en el área de gineco obstetricia es parte del equipo multidisciplinario de salud, preparada para reconocer de forma precoz las necesidades y/o problemas de salud, planificar las intervenciones y actividades, brindar cuidados específicos oportunos mediante la aplicación del PAE, orientados a lograr los

resultados esperados, consecuentemente satisfaciendo las necesidades y resolviendo los problemas del paciente hasta su alta del servicio.⁽²⁸⁾

METODOLOGÍA

El estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo de estudio caso clínico único, se utilizó como metodología el proceso de atención de enfermería (PAE), método científico para la identificación de los problemas de salud del paciente, sustentados y justificados con evidencias científicas y, por lo tanto, es necesario que se desarrolle investigación para contribuir en los fundamentos y brindar una atención con calidad y calidez.

El sujeto de estudio fue una mujer de 35 años, seleccionada a conveniencia de las investigadoras, con diagnóstico médico de posoperada de cesárea por RPM de 48 horas, por gestación de 32 4/7 semanas, con infección de tracto urinario con tratamiento, madre añosa. El estudio se realizó en un hospital del Callao (Lima). El recojo de información se realizó a través de la entrevista, observación y exploración física; luego se organizó mediante una guía basada en el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando nueve diagnósticos de enfermería alterados, priorizando tres diagnósticos: dolor agudo, riesgo de infección y ansiedad, en base a la Taxonomía NANDA 2021 - 2023 y la planificación de los cuidados se desarrollaron en base a la taxonomía NOC y NIC, con los que se elaboró los cuidados correspondientes en la etapa de ejecución, permitiendo la evaluación de los resultados de acuerdo a la diferenciación de la puntuación diana basal con la puntuación final.⁽²⁹⁾

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: C. C. P.

Edad: 35 años

Servicio: hospitalización de ginecología

Diagnóstico médico: Posoperada de tres horas por cesárea debido a RPM de 48 horas, con gestación de 32 4/7 semanas, infección de tracto urinario, añosa, con periodo intergenésico de 8 años.

Días de hospitalización: Primer día

Fecha de valoración: 04/10/2022

Horas de atención: 12 horas

Motivo de ingreso: La paciente ingresa a emergencia del servicio de gineco obstetricia de un hospital del Callao caminando, en compañía de su esposo, manifestando pérdida de líquido amniótico desde hace 2 horas, evaluada por médico de turno, el cual indica hospitalización en el área de alto riesgo obstétrico, pasadas las 48 horas no cedía la pérdida de líquido amniótico y es intervenida quirúrgicamente.

Situación actual: Se recibe a la paciente de sala de recuperación con tres horas de posoperatorio inmediato por cesárea, trasladada en camilla por la enfermera y técnica de enfermería, paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, espacio y persona; facies pálidas, ventilando espontáneamente, quejumbrosa, refiriendo dolor en zona operatoria, preguntando por la salud de su bebé, hospitalizada con diagnóstico médico poscesárea inmediata por ruptura prematura de membranas de 48 horas e infección del tracto urinario (ITU).

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón I: Percepción - control de la salud

Niega antecedentes de enfermedades relevantes. Presenta antecedentes quirúrgicos de cesárea hace 8 años. Con antecedente obstétrico de RPM de 48 horas. Niega transfusiones sanguíneas, alergias a medicamentos o alimentos, no consume drogas, alcohol, tabaco y presenta buen estado de higiene. Recibió solo una dosis de vacuna antitetánica. No enfermó de COVID y tiene dos vacunas de SARS covid-19, y con actual resultado de prueba antígeno COVID no reactivo.

Patrón II: Nutricional metabólico

Peso actual de 68 kilos, talla 1,62 cm, con un IMC gestacional normal de 25,95 Kg /m², con una temperatura corporal de 37,0 ° C, un dosaje de glucosa normal de 82 mg/dl, con resultados de laboratorio de hemoglobina preoperatoria: 10,4 gr/dl considerado anemia leve de grado I y en el posoperatorio: hemoglobina de 8,56 gr/dl. considerada anemia moderada grado II. Presenta piel tibia, pálida, íntegra, con signos de deshidratación por presentar piel y mucosa oral poco húmeda, buena higiene bucal, con dentadura completa.

Paciente en reposo gástrico por posoperatorio, recibiendo líquidos por vía parenteral, cloruro de sodio al 9 por 1000 más oxitocina 30 UI a un goteo de 45 gotas por minuto, no presenta náuseas ni vómitos, abdomen blando, depresible globuloso y doloroso, presencia de herida operatoria suprapúbica (Laparotomía de Pfannenstiel), cubierta con apósitos limpios y secos, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, no ha presentado pérdida de peso en los últimos meses, manteniendo su apetito.

Patrón III: Eliminación

Paciente no realiza deposiciones hace 4 días, presenta sonda vesical permeable con orina clara y con leucocitos de 29 por campo, considerado patológico.

Patrón IV: Actividad - ejercicio

Paciente presenta 20 respiraciones por minuto, ventilando espontáneamente sin alteraciones, con una saturación de oxígeno de 98 %, no tos, ni secreciones, ni ruidos respiratorios, 102 latidos cardiacos por minuto, presión arterial: 90/50 mmHg, con tendencia a la hipotensión, sin edemas en miembros superiores e inferiores, catéter periférico localizado en miembro superior derecho. Se mantiene en reposo absoluto de tres horas poscesarea, movilidad de miembros conservada, fuerza muscular disminuida y debilidad.

Patrón V: Descanso - sueño

Paciente no concilió sueño durante tres horas por la presencia de dolor en zona operatoria y la preocupación por la salud de su recién nacido, a la entrevista paciente refiere que durmió en intervalos y no logró tener un descanso reparador, niega uso de medicamentos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

A la observación orientada en tiempo, espacio y persona, con una escala de Glasgow de 15 puntos. Grado de instrucción 5to de secundaria, no presenta anomalías de audición, visión, habla y lenguaje. Paciente refiere dolor en herida operatoria con una escala de dolor (EVA) de 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa.

Patrón VII: Auto percepción - Autoconcepto

Paciente refiere: “que no se encontraba preparada para tener a su bebe, después de tanto tiempo, pero lo esperé con mucho entusiasmo”, se le observa ansiosa y temerosa, preocupada por su estado de salud actual y la de su bebe.

Patrón VIII: Rol-Relaciones

Paciente es ama de casa, estado civil casada, vive con su esposo y su hijo mayor de 8 años, con una estructura familiar nuclear, cuenta con el apoyo de familiares y amigos, no refiere violencia familiar ni ha presentado intento de suicidio.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

Refiere menarquia a los 12 años. Inicio de actividad sexual: 20 años, con tres parejas sexuales, usan métodos anticonceptivos como el preservativo y el dispositivo intrauterino (DIU). Antecedentes Obstétricos: gestaciones (2), abortos (0), partos vaginales: (0), cesárea (1). Gestación de 32,4/7 semanas y 6 controles prenatales. Fecha de ultima regla: 3 de enero de 2022, con fecha probable de parto: 10 de noviembre de 2022.

Paciente posoperada de cesárea por presentar pérdida de líquido amniótico (RPM) desde hace 48 horas, al examen físico presenta, mamas blandas, libre de signos de inflamación, con pezones formados, no se palpa bultos, escasa secreción de calostro, útero contraído y palpable a la altura del ombligo, presencia de loquios hemáticos sin mal olor en moderada cantidad, aproximadamente 100 cc al realizar el masaje uterino, genitales sin alteraciones, no edemas. Recién nacido de sexo femenino con Apgar de 8' 8'.

Patrón X: Adaptación - tolerancia a la situación y al estrés

Paciente refiere estar preocupada por la salud de su bebe, es su segundo bebe después de 8 años, ya que no lo ha visto desde sala de operaciones, ella y su esposo se encuentran muy tensos por la salud del bebe, también refiere que toda su familia los apoya constantemente. Niega consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

Patrón XI: Valores- Creencias

De religión católica, no practicante.

Diagnóstico enfermero**Primer diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo. (00132)

Factor relacionado: Agente lesivo físico (herida operatoria, entuentos).

Características definitorias: Informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (herida operatoria, entuentos) evidenciado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección (00004)

Factor relacionado: Ruptura prematura de membranas amnióticas, herida operatoria y procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con ruptura prematura de membranas amnióticas, herida operatoria y procedimientos invasivos.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad (00146)

Factor relacionado: Situación desconocida de la salud del recién nacido

Características definitorias: Expresión de preocupación por la salud de su recién nacido (prematureo).

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con situación desconocida de la salud del recién nacido evidenciado por preocupación y temor.

PLANIFICACIÓN

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Resultados de enfermería

NOC [2102] Nivel del dolor

Indicadores:

- Dolor referido
- Expresión facial de dolor
- Muecas de dolor

Intervenciones de enfermería

NIC [1410] Manejo del dolor agudo

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor
- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida
- Revisar las indicaciones médicas del analgésico prescrito, dosis y frecuencia.

Segundo diagnóstico

Riesgo de infección

Resultados de enfermería

NOC [1908] Detección del riesgo

Indicadores:

- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos
- Identifica los posibles riesgos para la salud

Intervenciones de enfermería

NIC [6550] Protección contra las infecciones

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (Monitoreo de funciones vitales)
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones
- Vigilar el recuento de leucocitos y fórmula leucocitaria
- Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica
- Seguir las diez reglas de la administración correcta de administración
- Administrar la medicación intravenosa de antibióticos

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Resultados de enfermería

NOC [1302] Afrontamiento de problemas

Indicadores:

- Verbaliza aceptación de la situación
- Refiere disminución de los sentimientos negativos
- Utiliza estrategias de superación efectivas

Intervenciones de enfermería**NIC [5270] Apoyo emocional**

- Actividades:
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, temor o tristeza
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, temor o tristeza
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Facilitar el uso de la oración por parte del paciente

EJECUCIÓN**Tabla 1.** Ejecución de la intervención para el diagnóstico: dolor agudo

Intervención: Manejo del dolor agudo	
Hora	Actividades
8:00 AM	Realizar una valoración exhaustiva del dolor
8:30 AM	Identificar la intensidad del dolor el proceso de los movimientos en las actividades de recuperación
9:00 AM	Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida (Escala de EVA)
9:10 AM	Determinar la frecuencia e intensidad del dolor antes de administrar analgésico al paciente.
9:20 AM	Revisar las indicaciones médicas del analgésico prescrito, dosis y frecuencia. Metamizol 2 gr EV c/8 horas y Tramadol 50mg SC PRN dolor intenso
12:00 PM	Evaluar la eficacia de analgésicos a intervalos regulares después de cada administración

Tabla 2. Ejecución de la intervención para el diagnóstico: riesgo de infección

Intervención: Protección contra las infecciones	
Hora	Actividades
8:00 AM	Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
9:00 AM	Monitorizar las funciones vitales
12:00 PM	Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones
13:00 PM	Vigilar el recuento de leucocitos y fórmula leucocitaria
14:00 PM	Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica
15:00 PM	Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicamentos
16:00 PM	Administrar la medicación intravenosa indicada

Tabla 3. Ejecución de la intervención para el diagnóstico: ansiedad

Intervención: Apoyo emocional	
Hora	Actividades
08:00 AM	Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, temor o tristeza
09:00 AM	Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, temor o tristeza
09:30 AM	Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
10:00 AM	Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
14:00 PM	Facilitar el uso de la oración por parte del paciente

EVALUACIÓN*Resultado: nivel del dolor*

Tabla 4. Puntuación basal y puntuación final de los indicadores del resultado: nivel del dolor		
Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	4
Expresiones faciales de dolor	2	5
Muecas de dolor	3	5

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado del nivel del dolor seleccionados para el diagnóstico dolor agudo antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancial), después de la aplicación de las mismas, la moda fue de 5 (ninguno), evidenciado por la disminución de la escala de dolor EVA de 7/10 a 2/10, disminución de facies de dolor, logrando una puntuación de cambio de +2.

Resultado: detección del riesgo

Tabla 5. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado: detección del riesgo		
Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	2	4
Identifica los posibles riesgos para la salud	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado de la detección del riesgo seleccionados para el diagnóstico riesgo de infección antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (raramente demostrado), después de la aplicación de las intervenciones de enfermería, la moda fue de 4 (frecuentemente demostrado), evidenciado al no presentar signos de infección en la herida operatoria, zona de inserción del catéter periférico, así como la temperatura corporal dentro del rango normal. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado: Afrontamiento de problemas

Tabla 6. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado: afrontamiento de problemas		
Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Verbaliza aceptación de la situación	2	4
Refiere disminución de los sentimientos negativos	3	4
Utiliza estrategias de superación efectivas	2	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado afrontamiento de problemas seleccionados para el diagnóstico de ansiedad, la puntuación basal antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (raramente demostrado), después de la aplicación de las intervenciones de enfermería la moda fue de 4 (frecuentemente demostrado), evidenciado por aceptación de su situación, referir mejor sentimiento favorable y expresa sentimientos favorables, logrando una puntuación de cambio de +2.

RESULTADOS

La valoración se realizó mediante la recolección de datos como fuente principal la paciente y como fuente secundaria la historia clínica. Se utilizó básicamente el examen físico como medios de recolección y luego se organizó la información con la guía de valoración de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Para el diagnóstico se realizó un análisis de los datos significativos según la NANDA-I (2021-2023), se identificó nueve diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizó tres: dolor agudo, riesgo de infección y ansiedad.

En la fase de la planificación y ejecución se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC, de tal manera que los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados.

Por último, la fase de la evaluación permitió comparar la puntuación basal con la puntuación final, logrando para cada resultado la puntuación de cambio de +2, +2 y +2.

DISCUSIÓN

Dolor agudo

El dolor se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.^(30,31)

La definición anterior concuerda con otros autores al referirse que el dolor agudo es una experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, con una duración menor de tres meses.^(32,33,34)

El dolor posoperatorio se produce por múltiples lesiones en la estructura anatómica, que comprende un malestar agudo y nocivo que dura de 1 a 7 días y su intensidad puede variar de inexistente a insoportable; esto va a depender de una variedad de factores, como agentes lesivos biológicos (infección, isquemia, cáncer, etc.), agentes lesivos físicos (absceso, amputación, quemadura, corte, procesos quirúrgicos, etc.) y agentes lesivos químicos.^(35,36)

El dolor quirúrgico se produce por las manipulaciones propias del acto quirúrgico al liberarse del organismo sustancias alogénas que son las causantes del dolor, al haber traumatismo, se emite una señal hacia el sistema nervioso central por la médula espinal, causando repercusiones a nivel cardiovascular, gastrointestinal y del sistema nervioso.^(37,38)

El dolor posoperatorio según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable.⁽³⁹⁾

Según la escala visual analógica del dolor (EVA), el dolor se clasifica: dolor leve (menor a 3), dolor moderado (entre 4 a 7) y dolor severo (superior a 8).^(29,40)

Las características definitorias del dolor agudo son: informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa.^(41,42)

Según un estudio de España, señala que el dolor agudo es uno de los problemas prioritarios a tratar en el posoperatorio inmediato; concluyendo que las pacientes posoperadas de cesárea inmediata suelen presentar dolor intenso luego del efecto de la anestesia, por tanto, la enfermera debe ser capaz de identificar la respuesta inmediata al tratamiento que se le brinda y así evitar las complicaciones.^(43,44)

Otro de los cuidados fue administrar metamizol dos gramos, endovenoso cada ocho horas, fármaco que inhibe la acción de la ciclooxigenasa, en consecuencia, la síntesis de prostaglandinas, esta acción explica sus propiedades analgésicas y antipiréticas, sin embargo, la paciente en estudio presentó una EVA de siete puntos por lo que se administró tramadol 100 mg subcutáneo, analgésico opioide para dolor moderado a severo.^(45,46,47)

Riesgo de infección

El riesgo de infección se define como susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud según distintos autores.⁽⁴⁸⁾

Para el inicio de un proceso infeccioso, se necesita una puerta de entrada para que los microorganismos puedan ingresar a los tejidos, puede darse por la incisión quirúrgica, que es un procedimiento invasivo, los microorganismos pueden multiplicarse y como consecuencia pueden desarrollar infección, dependiendo del grado de virulencia del germen, respuesta local y respuesta inmunitaria del huésped.^(49,50,51)

Los factores de riesgo como la RPM, cesárea de emergencia, número de tactos vaginales en un paciente sometido a cesárea, hacen predecir posibles complicaciones, es importante la prevención durante los procedimientos previos.^(52,53)

Por otro lado, otro riesgo de infección son los dispositivos invasivos como el catéter periférico, por encontrarse directamente con el torrente sanguíneo, donde las bacterias gram positivos son de mayor afección en los pacientes.⁽⁵⁴⁾

Entre otras actividades preventivas de infección son las curaciones, cambio de apósitos, observación de cambios en la piel y funciones vitales de forma permanente. La curación de herida se realiza para disminuir o erradicar la proliferación de microorganismos y asegurar la recuperación de la piel. La recanalización de catéter periférico cada tres días o según protocolo, disminuye el riesgo directo de agentes patógenos al torrente sanguíneo, así como la flebitis.^(55,56)

La OMS recomienda estrategias para reducir las infecciones maternas mediante la profilaxis y el tratamiento adecuado con antibióticos, así también establece una norma internacional para partos por cesárea que solo debe ser del 15 % de los partos registrados, sin embargo, esta cifra va en aumento en los últimos años.⁽⁵⁷⁾

El lavado clínico de manos antes y después de cada procedimiento favorece la eliminación de microorganismos patógenos, la solución antiséptica empleada debe cumplir con el principio de bactericida o bacteriostático.⁽⁵⁸⁾

Actualmente, existen evidencias que el uso correcto de medidas higiénicas disminuye la morbilidad y mortalidad por infecciones.⁽⁵⁹⁾

La inserción de un catéter urinario en pacientes sometidas a cesárea facilita el ingreso de gérmenes a las vías urinarias; para disminuir el riesgo de infección se debe mantener la vejiga vacía y el retiro inmediato en el posoperatorio.^(60,61)

La administración de antibióticos prescritos para gérmenes gran negativos como son los aminoglucósidos, son muy usado por ser bactericidas profilácticos de las infecciones, de uso obligatorio en el posoperatorio por haber ocasionado una ruptura intensional en la piel.⁽⁶²⁾

El uso de antibióticos es obligatorio en pacientes con factores de riesgos como endometritis puerperal, las más frecuentes la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, exámenes vaginales repetitivos, anemia y obesidad.⁽⁶³⁾

Ansiedad

La ansiedad se define como un sentimiento de aprensión, desasosiego, agotamiento, inseguridad y miedo, que se produce con anticipación a una amenaza, en donde las reacciones de ansiedad varían de un paciente a otro y de una fase a otra en el comportamiento del enfermo.⁽⁶⁴⁾

Otra definición menciona que la ansiedad es una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia y por lo general el origen de la ansiedad es con frecuencia inespecífica o desconocida para la persona ante la anticipación de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.^(65,66)

Los niveles de ansiedad pueden permanecer elevados en el periodo posoperatorio inmediato debido al dolor, el ambiente hospitalario, sentirse incapaz de controlar circunstancias, miedo al efecto de la cirugía, miedo a las complicaciones, pérdida de la incapacidad de cuidarse a sí mismo, fatiga, angustia espiritual, alteración de las funciones y responsabilidades, afrontamiento deficiente e imagen corporal alterada.^(67,68)

Ante un suceso externo como es la intervención quirúrgica, la ansiedad repercute psíquicamente como físicamente, porque existe preocupación sobre la independencia, el dolor, las condiciones físicas, la recuperación, así como la separación de los miembros de la familia, la hospitalización y la estancia hospitalaria, así mismo está acompañada de síntomas fisiológicos que pueden persistir después de la intervención quirúrgica, como la elevación de la presión arterial, taquicardia, arritmia, disnea, afectando la recuperación de la paciente posoperada.^(69,70,71)

La ansiedad que se genera en la madre en la etapa del puerperio, se presenta porque ocurre cambios anatómicos y fisiológicos, porque se sienten solas después del parto dado que la atención se centra en el recién nacido.^(72,73)

En un estudio de caso realizado sobre cuidados de enfermería en la mujer puérpera con trastorno de ansiedad concluyen que la ansiedad materna influye negativamente en el recién nacido y es trabajo de enfermería disminuir estos trastornos en el puerperio.^(74,75)

La ansiedad provoca un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático alterando los síntomas cardiovasculares, causando hipertensión, frecuencia cardíaca elevada, dificultad respiratoria, palpitaciones y taquipnea, por tanto, la intervención de enfermería se enfoca en identificar y disminuir el nivel de ansiedad y mejorar el afrontamiento a la misma.^(76,77,78)

Es importante recalcar que el apoyo familiar y del personal de salud ayuda en el manejo del evento estresor y/o estado ansioso durante el proceso postoperatorio de la paciente, en la que el apoyo emocional, mediante la escucha activa, la información oportuna sobre el tratamiento y el proceso de su enfermedad, reduce los niveles de ansiedad, miedo y la percepción del dolor.⁽⁷⁹⁾

Por otro lado, se anima al paciente a expresar sus sentimientos, percepciones y miedos, pues eso es muy positivo, a través de expresiones faciales, vocales, no lingüísticas y posturales, ayudándole a mejorar su estado de ánimo.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) nos permitió identificar las necesidades tanto reales como potenciales en pacientes posoperadas de cesárea con ruptura prematura de membranas, para lo cual se elaboró un plan de cuidados especializado, individualizado e integral para el pronto restablecimiento del problema de salud, logrando ser una excelente metodología para brindar cuidados de forma sistemática, lógica, ordenada con resultados favorables.

Es importante que el profesional de enfermería tenga el conocimiento de las patologías propias en la atención que realiza; este conocimiento empodera al profesional y le permite actuar en forma inmediata y oportuna cuando se presente la necesidad. En los problemas de salud de riesgo de complicación, los cuidados se deben basar en el monitoreo permanente y la prevención, a fin de evitar situaciones que pongan en riesgo la salud.

Se concluye que, para obtener los resultados e intervenciones de enfermería, es fundamental la correcta identificación de los diagnósticos de enfermería así como el manejo de la interrelación NANDA-NOC-NIC por

parte del profesional de enfermería, que va a permitir la utilización de un lenguaje unificado que facilite el trabajo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norman JE, Marlow N, Messow C-M, Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet Lond Engl* 2016;387:2106-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00350-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00350-0).
2. Bahmani T, Karimi A, Rezaei N, Daliri S. Retinopathy prematurity: a systematic review and meta-analysis study based on neonatal and maternal risk factors. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* 2022;35:8032-50. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1940938>.
3. Malchi F, Abedi P, Jahanfar S, Talebi F, Faal S, Zahedian M. Vaginal Fluid Urea and Creatinine as Indicators of Premature Rupture of Membranes: a Systematic Review. *Reprod Sci Thousand Oaks Calif* 2021;28:1-11. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00271-x>.
4. Plessis AHD, van Rooyen DRM, Ten Ham-Baloyi W. Screening and managing women with chorioamnionitis in resource-constrained healthcare settings: Evidence-based recommendations. *Midwifery* 2022;107:103287. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103287>.
5. Getaneh T, Negesse A, Dessie G. Prevalence of surgical site infection and its associated factors after cesarean section in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:311. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03005-8>.
6. Tiruye G, Shiferaw K, Tura AK, Debella A, Musa A. Prevalence of premature rupture of membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med* 2021;9:20503121211053912. <https://doi.org/10.1177/20503121211053912>.
7. Ahmed R, Mosa H, Sultan M, Helill SE, Assefa B, Abdu M, et al. Prevalence and risk factors associated with birth asphyxia among neonates delivered in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2021;16:e0255488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255488>.
8. Deressa AT, Desta MS. Prevalence and determinants of neonatal near miss in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2023;18:e0278741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278741>.
9. Heshmatnia F, Jafari M, Bozorgian L, Yadollahi P, Khalajinia Z, Azizi M. Is there a relationship between assisted reproductive technology and maternal outcomes? A systematic review of cohort studies. *Int J Reprod Biomed* 2023;21:861-80. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v21i11.14651>.
10. Eyeberu A, Alemu A, Debella A, Mussa I. Is intimate partner violence and obstetrics characteristics of pregnant women associated with preterm birth in Ethiopia? Umbrella review on preterm birth. *Reprod Health* 2023;20:168. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01716-7>.
11. Xing L, Wang G, Chen R, Ren J, Qian J, Huang Y. Is chorioamnionitis associated with neurodevelopmental outcomes in preterm infants? A systematic review and meta-analysis following PRISMA. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e18229. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018229>.
12. Almeida RM, Fontes-Pereira AJ. Availability of retracted Covid-19 papers on Internet research-sharing platforms. *Semin Med Writ Educ* 2024;3:54-54. <https://doi.org/10.56294/mw202454>.
13. Olguín-Martínez CM, Velarde-Osuna DV, Nieves-Lizárraga DO, Rosales MTDJDL, Buelna-Sánchez R, Vásquez MPR, et al. Applications of augmented reality technology in design process. *Gamification Augment Real* 2024;2:33-33. <https://doi.org/10.56294/gr202433>.
14. Getachew T, Negash A, Debella A, Yadeta E, Lemi M, Balis B, et al. Prevalence and adverse outcomes of twin pregnancy in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024;24:169. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06326-0>.

15. Portz S, Schmidt M, Weitz M. Lying Down after Premature Rupture of the Membranes in Term Singleton Pregnancies: An Evidence-Based Recommendation? *Z Geburtshilfe Neonatol* 2016;220:200-6. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107361>.
16. Moncrieff G, Gyte GM, Dahlen HG, Thomson G, Singata-Madliki M, Clegg A, et al. Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;3:CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>.
17. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017;7:e015402. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015402>.
18. Roa BAV, Ortiz MAC, Cano CAG. Analysis of the simple tax regime in Colombia, case of night traders in the city of Florencia, Caquetá. *AG Manag* 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agma202314>.
19. Rodríguez AL. Analysis of associative entrepreneurship as a territorial strategy in the municipality of Mesetas, Meta. *AG Manag* 2023;1:15-15. <https://doi.org/10.62486/agma202315>.
20. Du Plessis AH, van Rooyen DRM, Jardien-Baboo S, Ten Ham-Baloyi W. Screening and diagnosis of women for chorioamnionitis: An integrative literature review. *Midwifery* 2022;113:103417. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103417>.
21. Wang Y, Tian Q, Huang Y. Is chorioamnionitis associated with hearing impairment in preterm infants? A systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2022;157:111146. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111146>.
22. Peng C-C, Chang J-H, Lin H-Y, Cheng P-J, Su B-H. Intrauterine inflammation, infection, or both (Triple I): A new concept for chorioamnionitis. *Pediatr Neonatol* 2018;59:231-7. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.09.001>.
23. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Escribà-Agüir V, Higuera-Callejón C, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2020;127:537-47. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>.
24. Coates D, Homer C, Wilson A, Deady L, Mason E, Foureur M, et al. Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women Birth J Aust Coll Midwives* 2020;33:219-30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.004>.
25. Rydahl E, Eriksen L, Juhl M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBISIRI Database Syst Rev Implement Rep* 2019;17:170-208. <https://doi.org/10.11124/JBISIRI-2017-003587>.
26. Laelago T, Yohannes T, Tsige G. Determinants of preterm birth among mothers who gave birth in East Africa: systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2020;46:10. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-0772-1>.
27. Care A, Jackson R, O'Brien E, Leigh S, Cornforth C, Haycox A, et al. Cervical cerclage, pessary, or vaginal progesterone in high-risk pregnant women with short cervix: a randomized feasibility study. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* 2021;34:49-57. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1588245>.
28. da Silva Lopes K, Takemoto Y, Ota E, Tanigaki S, Mori R. Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD012031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012031.pub2>.
29. Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2021-2023. 12.a ed. España: Elsevier; 2021.
30. Pregowska A, Osial M, Gajda A. What will the education of the future look like? How have Metaverse and

Extended Reality affected the higher education systems? Metaverse Basic Appl Res 2024;3:57-57. <https://doi.org/10.56294/mr202457>.

31. Araneo J, Escudero FI, Arbizu MAM, Trivarelli CB, Dooren MCVD, Lichtensztejn M, et al. Wellness and Integrative Health Education Campaign by undergraduate students in Music Therapy. Community Intercult Dialogue 2024;4:117-117. <https://doi.org/10.56294/cid2024117>.

32. Ledesma-Céspedes N, Leyva-Samue L, Barrios-Ledesma L. Use of radiographs in endodontic treatments in pregnant women. AG Odontol 2023;1:3-3. <https://doi.org/10.62486/agodonto20233>.

33. Ñope EMG, Claudio BAM, Ruiz JAZ. The Service Quality of a Feed Industry Company. South Perspect Perspect Austral 2023;1:9-9. <https://doi.org/10.56294/pa20239>.

34. Vallejo RG. The Role of Avatars in Language Learning in the Metaverse. Metaverse Basic Appl Res 2024;3:62-62. <https://doi.org/10.56294/mr202462>.

35. Rocha J. Terapéutica farmacológica actual para artritis reumatoide, factores para su eficacia y complicaciones asociadas: revisión sistemática. Interdiscip Rehabil Rehabil Interdiscip 2024;4:76-76. <https://doi.org/10.56294/ri202476>.

36. Figueredo-Rigores A, Blanco-Romero L, Llevat-Romero D. Systemic view of periodontal diseases. AG Odontol 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agodonto202314>.

37. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Stress level in nursing professionals in a hospital center during the COVID-19 pandemic. Health Leadersh Qual Life 2024;3:45-45. <https://doi.org/10.56294/hl202445>.

38. Velásquez AA, Gómez JAY, Claudio BAM, Ruiz JAZ. Soft skills and the labor market insertion of students in the last cycles of administration at a university in northern Lima. South Perspect Perspect Austral 2024;2:21-21. <https://doi.org/10.56294/pa202421>.

39. Díaz EAA, Ortega RO, Gaínza FWR, González DM, Guerra DP. Sociodemographic characterization and marital status of older adults victims of violence. Salud Integral y Comunitaria 2024;2:48-48. <https://doi.org/10.62486/sic202448>.

40. Carpenito L. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 15.a ed. Wolters Kluwer; 2017.

41. Rodríguez LPM, Sánchez PAS. Social appropriation of knowledge applying the knowledge management methodology. Case study: San Miguel de Sema, Boyacá. AG Manag 2023;1:13-13. <https://doi.org/10.62486/agma202313>.

42. Viera EJJ, Meléndez NMN, Claudio MCM, Ruiz JAZ. Selection process in the Operations area of a company in the ecological sector. South Perspect Perspect Austral 2023;1:13-13. <https://doi.org/10.56294/pa202313>.

43. Carlos EG, Paucar EC. Role of the nurse in post cesarean section patient with hellp syndrome in the obstetrics and gynecology service of a National Hospital. Salud Integral y Comunitaria 2024;2:37-37. <https://doi.org/10.62486/sic202437>.

44. Saavedra MOR. Revaluation of Property, Plant and Equipment under the criteria of IAS 16: Property, Plant and Equipment. AG Manag 2023;1:11-11. <https://doi.org/10.62486/agma202311>.

45. Malaver YYV, Claudio BAM, Ruiz JAZ. Quality of service and user satisfaction of a police station in a district of northern Lima. South Perspect Perspect Austral 2024;2:20-20. <https://doi.org/10.56294/pa202420>.

46. Chalan SAL, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Quality of service and customer satisfaction in the beauty industry in the district of Los Olivos, 2023. SCT Proc Interdiscip Insights Innov 2023;1:5-5. <https://doi.org/10.56294/piii20235>.

47. Montano-Silva RM, Abraham-Millán Y, Reyes-Cortiña G, Silva-Vázquez F, Fernández-Brefe T, Diéguez-

Mayet Y. Programa educativo “Sonrisa saludable” para infantes de educación preescolar: conocimiento sobre salud bucodental. *Community Intercult Dialogue* 2024;4:123-123. <https://doi.org/10.56294/cid2024123>.

48. Fatima A, Dash PJ, Gupta S, Khan S. Physiotherapy for Alzheimer’s Disease: A Case Report. *Interdiscip Rehabil Rehabil Interdiscip* 2024;4:83-83. <https://doi.org/10.56294/ri202483>.

49. Pupo-Martínez Y, Dalmau-Ramírez E, Meriño-Collazo L, Céspedes-Proenza I, Cruz-Sánchez A, Blanco-Romero L. Occlusal changes in primary dentition after treatment of dental interferences. *AG Odontol* 2023;1:10-10. <https://doi.org/10.62486/agodonto202310>.

50. Martínez CEM, Eliska PV, Hilario SDV. Nursing care in postoperative patient of adnexal cyst in the obstetrics and gynecology service, in a national hospital of Calla. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:30-30. <https://doi.org/10.62486/sic202430>.

51. Saravia VLC, Saravia BGFV de, Hilario SDV. Nursing care in post-surgical patient of adnexal cystectomy in the obstetrics and gynecology service of a national hospital - Chíncha. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:39-39. <https://doi.org/10.62486/sic202439>.

52. Sánchez LYO, Bolívar LS. Negatives Effects of Forestation. *AG Multidiscip* 2023;1:19-19. <https://doi.org/10.62486/agmu202319>.

53. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Level of empathy in nursing professionals working in a hospital institution in Callao. *Health Leadersh Qual Life* 2024;3:44-44. <https://doi.org/10.56294/hl202444>.

54. Céspedes-Proenza I, La-O-Rojas Y, García-Bacallao Y, Leyva-Samuel L, Padín-Gámez Y, Crispin-Rodríguez D. Intervención educativa sobre cáncer bucal en pacientes de alto riesgo mayores de 35 años. *Community Intercult Dialogue* 2024;4:127-127. <https://doi.org/10.56294/cid2024127>.

55. Puerto MSC, Vázquez MS. Intersección entre Autismo, Trastorno del Espectro Autista (TEA) e Inmigración: una revisión de alcance. *Interdiscip Rehabil Rehabil Interdiscip* 2024;4:77-77. <https://doi.org/10.56294/ri202477>.

56. Ramírez P L. Innovating in Mental Health: Metacognitive Psychotherapy. *Interdiscip Rehabil Rehabil Interdiscip* 2024;4:74-74. <https://doi.org/10.56294/ri202474>.

57. Chávez JJB, Trujillo REO, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Influencer marketing and the buying decision of generation «Z» consumers in beauty and personal care companies. *SCT Proc Interdiscip Insights Innov* 2023;1:7-7. <https://doi.org/10.56294/piii20237>.

58. Machuca-Contreras F, Lepez CO, Canova-Barrios C. Influence of virtual reality and augmented reality on mental health. *Gamification Augment Real* 2024;2:25-25. <https://doi.org/10.56294/gr202425>.

59. Martínez MCH, Medina MAG. Impact of Toxic Substance Use on Quality of Life in Adolescents. *Health Leadersh Qual Life* 2024;3:42-42. <https://doi.org/10.56294/hl202442>.

60. Aboyade WA, Ndubuisi-Okoh EO, Okoche C, Oladokun BD. Impact of Predatory Journal Publishing on Scholarly Practices among Academic Librarians in Nigeria: A Systematic Review of Literature. *Semin Med Writ Educ* 2024;3:60-60. <https://doi.org/10.56294/mw202460>.

61. Auza-Santiváñez JC, Díaz JAC, Cruz OAV, Robles-Nina SM, Escalante CS, Huanca BA. Gamification in personal health management: a focus on mobile apps. *Gamification Augment Real* 2024;2:31-31. <https://doi.org/10.56294/gr202431>.

62. Mosquera ASB, Román-Mireles A, Rodríguez-Álvarez AM, Esmeraldas E del CO, Nieves-Lizárraga DO, Velarde-Osuna DV, et al. Gamification and development of social skills in education. *Salud Integral y Comunitaria* 2024;2:58-58. <https://doi.org/10.62486/sic202458>.

63. Osorio CA, Londoño CÁ. El dictamen pericial en la jurisdicción contenciosa administrativa de conformidad

con la ley 2080 de 2021. South Perspect Perspect Austral 2024;2:22-22. <https://doi.org/10.56294/pa202422>.

64. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. Fear in health professionals working in a hospital institution in Covid-19. Health Leadersh Qual Life 2024;3:34-34. <https://doi.org/10.56294/hl202434>.

65. Uwhejevwe-Togbolo SE, Elugom FEF, Ofomaja NI. Ethical use of data in the metaverse for corporate social responsibility. Metaverse Basic Appl Res 2024;3:61-61. <https://doi.org/10.56294/mr202461>.

66. Cubela FJM, Zaldivar NME, Torres YRF, Benítez K de la CG, Torres AM, Torres NIV. Epilepsy Web, a tool for learning content related to epilepsy in pediatrics. Gamification Augment Real 2024;2:35-35. <https://doi.org/10.56294/gr202435>.

67. Diseiye O, Ukubeyinje SE, Oladokun BD, Kakwagh VV. Emerging Technologies: Leveraging Digital Literacy for Self-Sufficiency Among Library Professionals. Metaverse Basic Appl Res 2024;3:59-59. <https://doi.org/10.56294/mr202459>.

68. Juarez AS, Flores JNS, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. El marketing de contenidos y la decisión de compra de la Generación Z en una universidad privada de Lima Norte. SCT Proc Interdiscip Insights Innov 2023;1:6-6. <https://doi.org/10.56294/piii20236>.

69. Haque MA, Rahman M, Faizanuddin M, Anwar D. Educational Horizons of the Metaverse: Vision, Opportunities, and Challenges. Metaverse Basic Appl Res 2024;3:60-60. <https://doi.org/10.56294/mr202460>.

70. Asencios-Trujillo L, Asencios-Trujillo L, Rosa-Longobardi CL, Gallegos-Espinoza D, Piñas-Rivera L. E-health literacy level of university teachers attending first level health centers in South Lima. Health Leadersh Qual Life 2024;3:49-49. <https://doi.org/10.56294/hl202449>.

71. Diaz AMS, Sanchez MNN, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Digital marketing and brand positioning in a dental company in North Lima. SCT Proc Interdiscip Insights Innov 2023;1:8-8. <https://doi.org/10.56294/piii20238>.

72. Mitchell AEP, Butterworth S. Designing an accessible and equitable conference and the evaluation of the barriers to research inclusion for rare disease communities. Community Intercult Dialogue 2024;4:106-106. <https://doi.org/10.56294/cid2024106>.

73. Lamorú-Pardo AM, Álvarez-Romero Y, Rubio-Díaz D, González-Alvarez A, Pérez-Roque L, Vargas-Labrada LS. Dental caries, nutritional status and oral hygiene in schoolchildren, La Demajagua, 2022. AG Odontol 2023;1:8-8. <https://doi.org/10.62486/agodonto20238>.

74. Barbaran JPC, Cuitiño RL, Gómez NS, Jaramillo CE, Meza AS, Nieto IB. Death as a thread of Cultural and Religious Identity. Community Intercult Dialogue 2024;4:96-96. <https://doi.org/10.56294/cid202496>.

75. Fernandez LEM, Hinojosa BLA, Claudio BAM, Mendoza OAV. Customer experience and customer loyalty in a gastronomic company. SCT Proc Interdiscip Insights Innov 2023;1:10-10. <https://doi.org/10.56294/piii202310>.

76. Vinent IMP. Corporal Expression as a broad spectrum psycho-pedagogical resource. Semin Med Writ Educ 2024;3:48-48. <https://doi.org/10.56294/mw202448>.

77. Espinosa JCG, Sánchez LML, Pereira MAF. Benefits of Artificial Intelligence in human talent management. AG Multidiscip 2023;1:14-14. <https://doi.org/10.62486/agmu202314>.

78. Amado DPA, Diaz FAC, Pantoja R del PC, Sanchez LMB. Benefits of Artificial Intelligence and its Innovation in Organizations. AG Multidiscip 2023;1:15-15. <https://doi.org/10.62486/agmu202315>.

79. Batista-Mariño Y, Gutiérrez-Cristo HG, Díaz-Vidal M, Peña-Marrero Y, Mulet-Labrada S, Díaz LE-R. Behavior of stomatological emergencies of dental origin. Mario Pozo Ochoa Stomatology Clinic. 2022-2023. AG Odontol 2023;1:6-6. <https://doi.org/10.62486/agodonto20236>.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Investigación: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Metodología: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Administración del proyecto: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Redacción-borrador original: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.

Redacción-revisión y edición: Tania Rosario Alcántara Echegaray, Cynthia Milagros Gonzales Carbajal, Sofía Dora Vivanco Hilario.