

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea por ruptura prematura de membranas de 36 horas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018

Por:

Jenny Lizbeth Chumpitaz Ipanaque

Asesor:

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea por ruptura prematura de membranas de 36 horas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CHUMPITAZ IPANAQUE JENNY LIZBETH para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintinueve días del mes de abril de 2019.



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea por ruptura prematura de membranas de 36 horas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco
Obstetricia

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Secretario



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

A sesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios:	12
Exámenes auxiliares.....	12
Tratamiento médico.	14
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	15
Diagnóstico enfermero	15
Primer diagnóstico.	15
Segundo diagnóstico.	15
Tercer diagnóstico.....	15
Cuarto diagnóstico.	16
Quinto diagnóstico.	16
Sexto diagnóstico.	16
Séptimo diagnóstico.....	17
Planificación.....	17
Priorización.....	17
Plan de cuidados.....	19

Capítulo III: Marco teórico	24
Déficit de volumen de líquidos.	24
Dolor agudo.....	27
Riesgo de sangrado.	29
Riesgo de infección.	32
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	38
Evaluación por días de atención:.....	38
Conclusiones:	40
Apéndices.....	47

Índice de tablas

Tabla 1	12
Grupo sanguíneo y factor RH.	12
Tabla 2	12
Examen completo de orina.	12
Tabla 3	13
Hemograma completo.	13
Tabla 4	19
Diagnóstico de enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por piel y mucosas orales secas, sangrado intra operatorio de 900cc y debilidad.....	19
Tabla 5	20
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo (herida operatoria) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor, quejumbrosa.	20
Tabla 6	21
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del posparto (atonía uterina).	21
Tabla 7	22
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a presencia de herida quirúrgica y procedimientos invasivos.....	22
Tabla 8	23

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal
manifestado por cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal y
dolor abdominal. 23

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	47
Apéndice B: Consentimiento informado	49
Apéndice C: Escalas de evaluación	50

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente A.C.R., el cual fue aplicado durante 2 días a partir de su ingreso al servicio de Ginecoobstetricia de un hospital de Lima con diagnóstico médico post cesárea inmediata por ruptura prematura de membranas de 36 horas. Durante los dos días que se brindaron los cuidados de enfermería se identificaron siete diagnósticos de enfermería de los cuales cinco diagnósticos fueron priorizados: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por piel y mucosas orales secas, sangrado intra operatorio de 900cc y debilidad, dolor agudo relacionado con agente lesivo (herida operatoria) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa, riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del posparto (atonía uterina), riesgo de infección relacionado a presencia de herida quirúrgica y procedimientos invasivos y estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal y dolor abdominal. Los objetivos generales propuestos fueron: la paciente mantendrá volumen adecuado de líquidos durante estancia hospitalaria, la paciente disminuirá el dolor durante el turno, la paciente disminuirá riesgo de sangrado durante estancia hospitalaria, la paciente disminuirá el riesgo de infección durante estancia hospitalaria y la paciente realizará deposiciones blandas antes del alta. De los objetivos planteados, el primero, segundo, cuarto y quinto objetivo fueron alcanzados en su totalidad. El tercer objetivo no se logró alcanzar por presentar palidez, el cual mejorará progresivamente cuando la paciente recupere el valor normal de hemoglobina.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería, gineco obstetricia, post cesárea.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre. A.C.R.

Edad. 22 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico.

La paciente que ingresa al servicio de gineco-obstetricia de un hospital de Lima procedente de sala de operaciones trasladada en camilla acompañada por la enfermera y técnica de enfermería, encontrándose orientada en tiempo, espacio y persona; facies pálidas, quejumbrosa, refiriendo mucho dolor en herida operatoria. Presenta vía endovenosa en miembro superior derecho perfundiendo líquidos endovenoso; quedando hospitalizada con diagnóstico médico post cesárea por ruptura prematura de membranas de 36 horas.

Días de hospitalización: 03 días

Días de atención de enfermería: 02 días, 05/06/2018 y 06/06/2018

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: niega enfermedades y antecedentes quirúrgicos, no tiene alergias medicamentosas o alimentarias, no fuma, no toma alcohol, no consume drogas, presenta un adecuado estado de higiene, cuenta con 7 controles prenatales y la primera dosis de vacuna antitetánica.

Patrón II: Nutricional metabólico.

T°: 37°C, PA: 100/60 mm/hg, FC: 102x', FR: 20 x', peso: 68 Kg, talla: 1.62 m, Glucosa: 92 mg/dl, Hb pre operatoria: 10.9 gr/dl, Hb post operatoria: 8.56 gr/dl, presenta piel pálida y seca, presencia de herida operatoria post cesárea con apósitos limpios y secos, presentó un sangrado intra-operatorio de 900 ml, buena higiene bucal, con dentadura completa, no ha presentado pérdida de peso en los últimos meses, manteniendo su apetito.

Patrón III: Eliminación.

Hábitos intestinales: 0 deposiciones hace dos días, estreñimiento, hábitos vesicales: 4-5 veces al día espontáneamente, no presenta sonda Foley.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Patrón respiratorio: 20 respiraciones por minuto, ventilando espontáneamente sin alteraciones, no presenta tos, ni secreciones, ni ruidos respiratorios. Actividad circulatoria: 102 latidos cardiacos por minuto, sin edemas, catéter periférico localizado en miembro superior derecho colocado el día 04-06-2018. Se mantiene en reposo absoluto durante 8 horas pos cesárea, movilidad de miembros conservada, fuerza muscular disminuida.

Patrón V: Descanso – sueño.

Horas de sueño: 5 h, con problemas para conciliar el sueño por preocupación sobre su nuevo rol cuidador de madre, no usa medicamentos hipnóticos.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Se le observa orientada en tiempo, espacio y persona, no presenta anomalías de audición, visión, habla y lenguaje. Presenta dolor en herida operatoria con una escala de dolor de 7 puntos

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto / Tolerancia a la situación y al estrés

Se le observa irritable y quejumbrosa.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Estado civil: Conviviente, ama de casa, vive en una casa alquilada con su pareja, mantiene una buena relación con sus padres, hermanos, suegros y cuñados.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Antecedentes de conducta sexual: 3 parejas sexuales desde que inició su actividad sexual a los 15 años, no usa métodos anticonceptivos, mamas blandas secretantes de calostro, con pezones formados, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, presencia de loquios hemáticos sin mal olor en moderada cantidad, aproximadamente 100 cc al realizar el masaje uterino.

Patrón X: Valores y creencias.

Religión: católica, sin restricciones religiosas.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Grupo Sanguíneo y factor RH

Grupo sanguíneo	Factor Rh
O	Positivo

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: O+ donante universal.

Tabla 2
Examen completo de Orina

Compuesto	Valor encontrado
Color:	Amarillo
Aspecto:	Transparente
Reacción (Ph):	5.0
Densidad:	1.020
Proteínas:	Negativo
Glucosa:	Negativo
Bilirrubina:	Negativo
Hemoglobina:	Negativo
Ácido ascórbico:	Negativo
Hematíes:	No hay

Bacterias:	No hay
Creatinina:	0.78

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: El examen de orina en una persona exige valores normales, que tiene que cumplir en un resultado, las cuales, al no ser normales, evidenciarían una alteración funcional en el riñón u en otras áreas fisiológicas, lo cual en nuestra paciente no se presentó ninguna alteración.

Tabla 3
Hemograma completo

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina pre operatoria	10.9 gr/dl
Hemoglobina post operatoria	8.56 gr/dl
Hematocrito	25.8 %
Glóbulos rojos	3.95 mm
Glóbulos blanco	4.85mm
Neutrófilos segmentados	56.9%
Eosinofilos	0%
Basófilos	0%
Monocitos	8.3%
Linfocitos	34.4%
Plaquetas	346 mil mm

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: Los resultados del hemograma en la paciente evidencian una anemia moderada de 8.56 gr/dl, lo cual se corrobora con un hematocrito de 25.8 %, glóbulos rojos bajos de 3.95mm, además de una monocitosis de 8.3%, de las cuales podemos concluir que la paciente presenta alteración de los parámetros mencionados, los cuales deberán ser tratados.

Tratamiento médico.

Primer día (05/06/2018)

NPO por 6 hrs, luego probar TO

CINa 9 % 1000cc EV } 30 gts x min
Oxitocina 30 UI }

Cefazolina 1gr EV c/ 8hrs

Ketoprofeno 100mg EV c/8hrs

Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso

Control de sangrado vaginal-Masaje uterino.

Segundo día (06/06/2018)

DC + LAV

CINa 9 % 1000cc EV 15 gts x min

Cefazolina 1gr EV c/ 8hrs

Ketoprofeno 100mg EV c/8hrs

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Mucosas orales secas, piel seca, debilidad.

Etiqueta diagnóstica: Déficit del volumen de líquidos.

Factor relacionado: Pérdida activa del volumen de líquidos.

Enunciado diagnóstico: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por piel y mucosas orales secas, sangrado intra operatorio de 900cc y debilidad.

Segundo diagnóstico.

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

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Factor relacionado: Agente lesivo (herida operatoria).

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

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: No contiene.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: Complicaciones del posparto (atonía uterina).

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del posparto (atonía uterina).

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: No contiene.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Presencia de herida quirúrgica, procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado a presencia de herida quirúrgica y procedimientos invasivos.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: Cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal, dolor abdominal.

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento

Factor relacionado: Disminución de la motilidad intestinal.

Enunciado diagnóstico: Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal y dolor abdominal.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: No contiene.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas

Factor de riesgo: Deterioro de la movilidad física, estado postoperatorio.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física, estado postoperatorio.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: Cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño, no sentirse descansada.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño

Factor relacionado: Factores ambientales.

Enunciado diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales manifestado por cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño y cansancio.

Planificación**Priorización.**

1. Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por mucosas orales secas, piel seca y debilidad.
2. Dolor agudo relacionado con agente lesivo (herida operatoria) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor y actitud quejumbrosa.
3. Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del posparto (atonía uterina).
4. Riesgo de infección relacionado a presencia de herida quirúrgica, procedimientos invasivos.
5. Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal y dolor.

6. Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física, estado postoperatorio.
7. Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales manifestado por cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño y cansancio.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por piel y mucosas orales secas, sangrado intra operatorio de 900cc y debilidad

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18			06/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente mantendrá volumen adecuado de líquidos durante estancia prolongada.	1. Valorar el estado de conciencia con la escala de Glasgow.	8 a.m.	1 p.m.				8 p.m. 6 a.m.
	2. Monitorizar balance hídrico estricto.	8 a.m.	7 p.m.				8 p.m. 6 a.m.
Resultados: La paciente mostrará piel hidratada.	3. Valorar nivel de electrolitos urea, creatinina, hemoglobina y hematocrito.	8 a.m.	7 p.m.				8 p.m.
La paciente mostrará mucosas orales hidratadas	4. Concientizar sobre la importancia de ingesta y excreción de líquidos pasada las 8 horas postoperatorias.		4 p.m.				→
La paciente recuperará fuerza muscular en forma progresiva.	5. Valorar niveles de glucemia en sangre.	8 a.m.					8 p.m.
	6. Valorar la turgencia de la piel, membranas mucosas orales y presencia de edemas.	→	2 p.m.				→
	7. Administrar cloruro de sodio al 9 %o según indicación médica.	→	→				→
	8. Valorar fuerza muscular de la paciente, brindando apoyo en su deambulación		→				→
			→				

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo (herida operatoria) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 7 puntos, facies de expresión de dolor, quejumbrosa

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18		06/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará disminución del dolor durante el turno.	1. Valorar la intensidad del dolor según escala EVA.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m. 5 a.m.
	2. Controlar funciones vitales (principalmente la FC, PA y T°).	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
Resultados: La paciente manifestará disminución del dolor calificada en un rango de 2-4 en la escala EVA del 1-10.	3. Administrar Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 h.		2 p.m.				5 a.m. 10 p.m. 6 a.m.
	4. Colocar a la paciente en posición antálgica.	8 a.m.					8 p.m.
La paciente se mostrará menos quejumbrosa y con expresión de alivio.	5. Educar a la paciente en mecanismos respiratorios reductores de la ansiedad.	8 a.m.					8 p.m.
	6. Educar a la paciente sobre técnicas de relajación.	8 a.m.					8 p.m.

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del posparto (atonía uterina)

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18			06/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de sangrado durante el turno.	1. Controlar signos vitales (FC y PA).	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
	2. Realizar masaje uterino. Y educación a la paciente para su auto masaje	8 a.m.	2 p.m.				5 a.m. 8 p.m. 5 a.m.
	3. Monitorizar nivel de hemoglobina dentro de los valores normales.	8 a.m.					8 p.m.
	4. Valorar sangrado vaginal permanente.	Cada 4 horas	Cada 4 horas				Cada 4 horas
	5. Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.	8 a.m.					8 p.m.
	6. Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal.	8 a.m.					8 p.m.
	7. Mantener a la paciente en reposo.		→ 2 p.m.				
	8. Educacion a la paciente en dieta rica en hierro						6 a.m.

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a presencia de herida quirúrgica y procedimientos invasivos

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18		06/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente se mostrará libre de riesgo a infección durante el turno.	1. Realizar lavado clínico de manos antes y después de cada procedimiento.	→	→				→
	2. Aplicar los cinco momentos correctos.	→	→				→
	3. Valorar nivel de hemoglobina dentro de los valores normales.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	4. Valorar signos de infección (coloración, dolor, inflamación, y rubor) de catéter periférico y herida operatoria.	8am					8 p.m.
	5. Controlar funciones vitales (principalmente la FC y T°).	Cada 2 horas	Cada 2 horas				Cada 2 horas
	6. Reportar las curaciones y el cambio de apósitos que sea cada 24horas.	8 a.m.					8 p.m.
	7. Reportar fecha de cambio de catéter periférico a 3 días o según protocolo.	8 a.m.					8 p.m.
	8. Administrar antibiótico según indicación médica.		2 p.m.				10 p.m. 6 a.m.
	9. Educar sobre el cuidado e higiene de herida operatoria al alta.		6 p.m.				6 a.m.

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por cambios en el patrón intestinal habitual, aumento de la presión intrabdominal y dolor abdominal

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18		06/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente realizará deposiciones blandas durante estancia hospitalaria.	1. Vigilar la existencia de peristaltismo mediante la auscultación de ruidos hidroaereos	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m. 5 a.m.
Resultados: r La paciente presentará una deposición blanda.	2. Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuya al mismo.	→	→				→
La paciente manifestará disminución de la presión intrabdominal.	3. Proporcionar una dieta rica en fibras como cereales, frutas y verduras.	8 a.m.	12 p.m.				5 p.m.
La paciente manifestará disminución del dolor abdominal.	4. Fomentar un aporte hídrico de 2 litros de agua, al día.		Cada 2 horas				Cada 2 horas
	5. Educar a la paciente a que se ponga en posición óptima sobre la taza.	→	→				→
	6. Fomentar y ayudar a realizar actividad física con regularidad.	→	→				→

Capítulo III

Marco teórico

Déficit de volumen de líquidos.

Entre los problemas que afectan al paciente en estudio el más perjudicial es el déficit de volumen de líquidos, el cual es “la disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Así lo refiere la North American Nursing Diagnosis Association-NANDA (2015), y remarca además que la deshidratación es la pérdida sólo de agua mas no de sodio”. Así mismo, Reyes (2017) define que los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para conservar la vida. El déficit de volumen de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrolitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, traumatismos, así como el acto quirúrgico, entre otras.

Así, señala Tello (2018) en su estudio de investigación realizado en Ecuador a una paciente en el post parto inmediato donde menciona al déficit de volumen de líquidos como uno de los problemas más urgentes encontrados, así mismo remarca que la pérdida sanguínea en una cesárea es mayor a 500 cc pudiendo exceder los 1000cc.

Martínez y Gómez (2013) corresponden al mismo resultado, mencionando el problema en su proceso de atención de enfermería realizado en España a una paciente con hemorragia uterina

en el cual remarcan que una hemorragia puede llegar a ocasionar un compromiso hemodinámico importante en la paciente, ya que la cantidad pérdida de sangre en la cesárea supera en algunos casos los 1000cc.

La paciente en estudio presentó pérdida de 900cc evidenciando alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, piel seca como consecuencia de haber sido sometida a un procedimiento quirúrgico como lo es la cesárea, en la cual como todo acto quirúrgico se presenta pérdida de líquidos y los fenómenos compensatorios del organismo no logran mantener la homeostasia.

Según NANDA (2015), el déficit de volumen de líquidos es provocado por los siguientes factores relacionados: mecanismos de regulación comprometidos y pérdida activa del volumen de líquidos. Así mismo, Ortega (2008) menciona dentro de las causas del déficit de volumen a la fiebre, diarrea, vómitos, intervenciones quirúrgicas entre otras.

Frente a este problema identificado se debe administrar el cuidado de enfermería oportuno a través de las siguientes intervenciones:

Uno de los primeros cuidados aplicados fue medir la escala de Glasgow a la paciente obteniendo el nivel más alto de 15 puntos, el cual nos indica que no presenta daño neurológico. Farreras (2017) señala que aplicar la escala de Glasgow nos permite medir el nivel de conciencia de una persona, la cual utiliza 3 parámetros: la respuesta verbal, ocular y motora; dándole un puntaje numérico mínimo de 3 y máximo de 15.

A su vez, Gonzales (2015) menciona que el indicador para controlar las condiciones hídricas en un paciente es a través del balance hídrico, en la cual se consideran el total de ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. Además, indica que las alteraciones en la concentración de electrolitos provocan un cambio en el volumen de líquidos el cual se

evidenciará en pérdida de agua y no glóbulos rojos por lo cual si disminuye el agua por la deshidratación se produciría un aumento en la concentración de glóbulos rojos, haciendo que el hematocrito aumente; así mismo ocasionará una alta concentración de urea y creatinina los cuales son indicios de un mal funcionamiento del riñón por retención de toxinas. Es por ello que a la paciente se le realizó un balance hídrico estricto en el cual se obtuvo como resultado negativo a las 12 horas del postoperatorio, evidenciándose que hay un déficit del volumen de líquidos y a su vez se monitorizó el nivel de electrolitos, urea, creatinina, para verificar alguna alteración y por consiguiente evitar alguna falla renal posterior. De esta manera, se logró reponer a tiempo dicho desbalance.

Según García (2016), otra de las actividades a tener en cuenta en este problema es de educar al paciente sobre la importancia de la ingesta de líquidos, la cual ayudará a mantener el equilibrio hídrico; así como la importancia de la expulsión de los líquidos ya que si no son excretados pueden estar conduciéndose a otros lugares como los miembros inferiores, produciéndose edema. Fomentando en la paciente la ingesta de agua para lograr compensar el déficit de líquidos que presentó luego de pasado las 6 horas de restricción de líquidos, además de realizar la valoración de la turgencia de la piel para anticipar las actividades que eviten la aparición del edema por un exceso de ingesta de líquidos. También menciona que se debe valorar niveles de glucemia en sangre, ya que mediante el torrente sanguíneo se conforma por solutos y solventes, siendo la concentración de dos tercios, cuando la glucosa excede a los solventes, tiende a extravasar y ocasionar la retención de líquidos en las cavidades.

Además, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-DIGEMID (2016), menciona que el cloruro de sodio al 0.9% es la solución fisiológica isotónica inyectable de primera elección, este es un expansor de volumen, que está indicado en pacientes sometidos a

cirugía y con complicaciones quirúrgicas. La paciente recibe 2000cc de cloruro de sodio al 0.9% durante las primeras 24 horas del postoperatorio para lograr la compensación de líquidos que presentó, mostrando una mejoría progresiva a través de un balance positivo.

Dolor agudo.

Según la Asociación internacional para el estudio del dolor IASP (fundada en 1974), señala al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que va asociada a una lesión hística real o potencial, ocasionada por tal lesión”. Inicialmente definen el Dolor Agudo simplemente en términos de duración, más actualmente es definido como “una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”. NANDA (2015) concuerda con esta definición al referirse al dolor agudo como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible; además remarca la duración es menor de seis meses. El cual puede ser provocado por los siguientes factores relacionados: agentes lesivos biológicos, agentes lesivos físicos y agentes lesivos químicos.

Asimismo, Carvalho (2017) describe al dolor postoperatorio de tipo nociceptivo, refiriéndose al dolor providente de una lesión en tejidos u órganos, cuyos estímulos nociceptivos son percibidos como dolorosos. Además, agrega que cuando existe lesión directa de nervios, o incluso estiramiento o compresión, el dolor neuropático también puede estar presente.

En el proceso de atención de enfermería realizado por García *et al.* (2014) a una paciente post cesárea donde identificó como principal problema al dolor agudo, en el cual concluye que la interacción enfermera-paciente desde la valoración hasta la evaluación permite recolectar datos

objetivos y subjetivos a fin de identificar las respuestas oportuna de las pacientes de postcesárea. Permitiendo evidenciar la importancia del cuidado de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería que responde a una correcta priorización del diagnóstico de enfermería. A su vez, Perea (2013) menciona en su proceso de atención de enfermería, realizado en España señala al dolor agudo como uno de los problemas prioritarios a tratar en el post operatorio inmediato; concluyendo que las pacientes post cesárea inmediatas suelen presentar dolor intenso luego del efecto de la anestesia, por el cual la enfermera debe ser capaz de identificar las respuestas de la paciente al tratamiento que se le brinda y así evitar las complicaciones que puedan surgir, ya que el alivio inadecuado de esa experiencia puede significar un mayor exposición al dolor o un dolor difícil de controlar lo que conlleva al déficit del bienestar del pacientes.

En nuestro estudio, la paciente presenta dolor en escala de EVA 7 puntos, expresión facial del dolor y actitud quejumbrosa debido a que ha sido sometido a un procedimiento quirúrgico como lo es la cesárea, la cual es una intervención quirúrgica mayor que produce un dolor postoperatorio que proviene de la lesión en la pared abdominal para la extracción del feto.

Las intervenciones de enfermería que se aplicaron frente a este problema fueron las siguientes: Valorar la intensidad del dolor según escala EVA según Clarett (2012) la escala visual analógica identifica la intensidad del dolor representado en una línea de 10 centímetros, en la cual en uno de los extremos se ubica la frase “no hay dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. Clasificándolo en 1-3: leve a moderado; 4-6: moderado a grave y >6: muy intenso. Además, menciona que la taquicardia y la hipertensión arterial son los indicadores de dolor más precisos, por ello es que se controló funciones vitales, principalmente la frecuencia cardiaca y presión arterial.

Otro de los cuidados que se realizó fue Administrar Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas. Según Vademecum (2016), es un fármaco antiinflamatorio no esteroideo indicado para cuadros dolorosos asociados a la inflamación como es el caso del dolor post quirúrgico. Debido a que la paciente presento dolor intenso en escala de EVA: 7 puntos, se le administro Ketoprofeno y al no disminuir la intensidad de dolor, se administró Tramadol, fármaco analgésico de acción central opioide indicado para tratar el dolor de moderado a severo (Vademecum, 2016). Lográndose disminuir el dolor a una escala de EVA: 3 puntos luego de administrados ambos analgésicos aunados a la colocación en posición antálgica y técnicas de relajación, se logró disminuir el dolor además de brindar una sensación de bienestar y sosiego en la paciente.

Al respecto, Panduro (2016) menciona que colocar a la paciente en posición antálgica, ayudara a una buena circulación y así evitara el dolor. Así mismo, brindar educación sobre el cuidado al realizar sus actividades cotidianas, buscara sensibilizar a la paciente en su cuidado personal y su pronta recuperación. Además de las intervenciones ya mencionadas existen técnicas de relajación que ayudan a controlar la ansiedad, estabilizar la relación dolor y actividad diaria controlando el nivel del dolor, como lo es la técnica de respiración llamada 4, 7, 8 creada por Weil (1997) que funciona como un tranquilizante natural; la cual consiste en cerrar la boca e inhalar el aire a través de la nariz, contando hasta cuatro. Aguantar la respiración durante siete segundos. Y espirar completamente el aire de los pulmones durante ocho segundos.

Riesgo de sangrado.

Según NANDA (2015), el riesgo de sangrado se presenta cuando la persona esta vulnerable a una disminución del volumen de sangre, por diferentes motivos; este sangrado puede comprometer significativamente su salud. Al respecto, Moldenhauer (2016) indica que, por lo general, la mujer pierde alrededor de medio litro de sangre en total durante y después del

parto vaginal, o más de medio litro después de una cesárea; debido a que algunos vasos sanguíneos se desgarran cuando la placenta se desprende del útero y las contracciones del útero ayudan a cerrar estos vasos. Las causas más relevantes de un riesgo de sangrado son: atonía uterina la cual es la más común; entre otras causas tenemos rotura uterina, trastornos hemorrágicos, extensión de una episiotomía, laceraciones del tracto genital, tejidos placentarios retenidos, entre otros.

Tello (2018) indica que dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos, que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente púerpera, haciendo que sea una de las causas de mortalidad materna.

En el proceso de atención de enfermería realizado por Pachoski (2012) en México reconoce como uno de los principales diagnósticos al riesgo de sangrado en una paciente post cesárea en el puerperio inmediato a causa de una atonía uterina, señalando que debe ser vigilado cautelosamente; ya que es una de las principales causas de muertes maternas. Al igual que lo menciona en sus diagnósticos de enfermería, Reina (2014) quien refiere que el riesgo de sangrado y por consiguiente una hemorragia es el primer resultado de la atonía uterina, el cual puede llegar a presentarse entre el 75 y el 80% de las hemorragias posparto.

El riesgo de sangrado, según NANDA (2015), puede ser causado por los siguientes factores de riesgo: afección gastrointestinal, aneurisma, antecedentes de caídas, circuncisión, coagulopatía esencial, coagulopatía intravascular diseminada, complicaciones del embarazo, complicaciones del posparto, conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado, régimen terapéutico, trastorno de la función hepática, traumatismos.

En el caso de nuestra paciente en estudio, se encuentra en el puerperio inmediato con riesgo de sangrado; quien, además, presenta un conjunto de signos y síntomas, manifestado por palidez, mucosas orales secas, aumento de la FC, debilidad; ya que generalmente en una cesárea se pierde casi el doble de sangre que, en un parto vaginal, lo cual se debe seguir monitoreándose en el posoperatorio mediato.

Las intervenciones de enfermería aplicadas a este problema según sugiere Pachoski (2012) es valorar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) con el fin de identificar hipotensión que puede ser consecuencia de la presencia de una hemorragia debido a una disminución de la presión media de llenado del corazón por una disminución del retorno venoso.

Otro cuidado dentro de este riesgo es el mencionado por Gallardo (2014) el cual señala que valorar la contracción uterina y altura uterina, ésta debe estar dos dedos por debajo de la cicatriz umbilical. Remarca, si existe poca contracción y altura uterina más arriba de dos dedos debajo de la cicatriz umbilical, realizar masaje uterino circular y compresión del mismo para expulsar posibles coágulos retenidos (maniobra de Credé).

Además, Álvarez (2017) menciona que es necesario considerar el primer control de hemoglobina pos parto realizado después de 6 horas de la ocurrencia del parto, dato muy importante, ya que se podrá hacer una comparación con el nivel de hemoglobina de la paciente antes del parto y realizar una comparación entre ambas para hacer una idea de la cantidad del sangrado que se ha producido durante la cesárea y tomar medidas preventivas oportunas.

El sangrado normal que se produce inmediatamente después del parto se debe principalmente a que quedan abiertos vasos sanguíneos en el útero, donde la placenta estaba adherida. Los loquios contendrán una buena cantidad de sangre y serán de color rojo vivo,

pueden llegar en forma intermitente, fluyendo a intervalos, o bien fluir de manera más constante; es por ello que se deberá valorar el sangrado vaginal permanente menciona Calle (2008). Al haber educado a la paciente sobre el masaje uterino se logró la colaboración con su autocuidado, manteniendo constante las contracciones uterinas y por consiguiente su involución uterina y la disminución de sangrado vaginal; sin embargo, se obtuvo los resultados de hemoglobina de 8.56 gr/dl siendo una anemia moderada, la cual deberá ser tratada progresivamente para su mejora. Por otro lado, si la paciente presenta alteraciones hemodinámicas, palidez cutánea, sudoración que son signos de hemorragia y no se evidencia un sangrado vaginal anormal se deberá sospechar inmediatamente de una pérdida oculta de sangre, valorando si existe la presencia de una distensión abdominal, lo cual podría sugerir una rotura uterina, hematoma, inversión uterina parcial, entre otros (Calle, 2008).

Riesgo de infección.

Romero (2017) menciona que las infecciones del sitio operatorio van a depender de varios factores; como la virulencia del germen causal, la reacción del sistema inmune del paciente a la infección, la destreza del cirujano y el punto de vista para determinar que existe una infección.

No obstante, la normo-glicemia peri-operatoria es con frecuencia enfatizada para mejorar los resultados quirúrgicos y puede ser el único factor más importante para prevenir infección de sitio quirúrgico (Bravo, 2017).

Por otro lado, Garay (2015) menciona que las infecciones por dispositivos invasivos tienen una especial consideración de efectuarse, por encontrarse directamente con el torrente sanguíneo siendo los Gram positivos los de mayor afección en el paciente.

En la investigación de Capdevilla (2013), realizada en España, cuyo objetivo final fue concientizar a los profesionales de salud sobre la importancia del catéter periférico en la prevención de la infección nosocomial, quien concluye que el catéter venoso periférico es el “pariente pobre” de los catéteres venosos, menguando erróneamente el impacto que tiene su uso indebido y las complicaciones resultantes. Por el cual, concientizados del tema, se debe adoptar estrategias y protocolos de actuación para evitar los riesgos derivados de un abuso y de un mal uso de los mismos.

Según NANDA (2015), puede ser causado por los siguientes factores de riesgo: Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos, enfermedad crónica, malnutrición, obesidad, procedimiento invasivo, exposición a brotes de enfermedades, alteración de la integridad de la piel, alteración del peristaltismo, alteración del pH de las secreciones, disminución de la acción ciliar, retención de los fluidos corporales, ruptura prematura de la membrana amniótica, ruptura prolongada de la membrana amniótica, tabaquismo, disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria, vacunación inadecuada.

La paciente en estudio presenta un riesgo de infección por evidenciar una herida pos quirúrgica, lo cual es un medio de inserción de los microorganismos productores de una infección, debido a la pérdida de las capas protectoras de la piel. El riesgo aumenta en el paciente por evidenciar un examen de laboratorio en el cual indica una anemia leve de 8.56 gr/dl de hemoglobina que disminuye la respuesta autoinmune ante un agente microbiano. Asimismo, presenta una vía periférica en el miembro superior izquierdo, el cual también es un riesgo para la inserción de microorganismos durante la mala manipulación de los procedimientos, debido a que se encuentra directamente en el torrente sanguíneo.

Frente a este problema identificado se procedió administrar el tratamiento de enfermería a través de las siguientes intervenciones: Según la OMS (2016), el lavado de manos es la medida profiláctica más segura e importante para la prevención de la transmisión de microorganismos de paciente a paciente o personal de salud a paciente y la prevención de infecciones nosocomiales. El cual deberá aplicarse durante 5 momentos: Antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/antiséptica, inmediatamente después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

Cooper (2005) menciona que la infección es la proliferación de agentes patógenos en un área específica. Un medio de poder identificar una posible infección es la observación de la zona en la coloración, temperatura, dolor e inflamación. Además, que la hipertermia (Temperatura corporal mayor a 37.5 C°) y la taquicardia (frecuencia cardiaca mayor a 90 x min) son dos valores que pueden manifestar la existencia de una infección. Es por ello que deberá hacer un control seriado de la temperatura corporal y frecuencia cardiaca.

Brunner (2013) recomienda otra de las actividades para prevenir la infección agregadas es el reportar las curaciones y el cambio de apósitos, los cuales deben ser cada 24 horas. Ya que toda curación de la herida tiene el objetivo de disminuir o erradicar la proliferación de microorganismos, para así asegurar la recuperación de la piel. Además de reportar fecha de cambio de catéter periférico a 3 días o según protocolo. El cambio de catéter periférico debe ser no mayor de 3 días, por ser una vía de ingreso directo a cualquier agente patógeno dentro del torrente sanguíneo.

En la profilaxis antibiótica en cesárea se recomienda utilizar 1 g de cefalosporinas de primera generación (Cefazolina) para pacientes de hasta 70 kg de peso y 2 g por encima del mismo. Repetir dosis si el procedimiento dura más de 6 horas o si la pérdida sanguínea es mayor

de 1500 ml, para asegurar buenos niveles del antibiótico en sangre, más aún si la paciente presentó RPM; así lo menciona, Bataglio-Araujo y Rojas (2006). Como es el caso de la paciente en estudio, a quien se le administró en el horario según indicación médica, lográndose mantener sin signos de infección, evidenciándose a través de una herida operatoria ausente de signos de alarma; y el catéter periférico sin signos de flogosis, una temperatura de 36.8 °C y una frecuencia cardíaca de 72 x'.

Estreñimiento.

Según NANDA (2015), es la disminución de la frecuencia normal de defecación, de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa de heces duras y secas. Así mismo, Moreira y López (2006) refiere que el estreñimiento es la dificultad para evacuar las heces. Esta dificultad para evacuar puede ser por una baja frecuencia de deposición o por un esfuerzo para defecar. Se considera que está dentro de lo normal hacer deposición al menos una vez cada 3 días y que cueste trabajo la defecación menos de una de cada cuatro veces.

Paris (2016) refiere que el estreñimiento durante el postparto es producto de distintos factores, tanto físicos como psicológicos. Desde el punto de vista fisiológico, durante el parto los músculos abdominales que ayudan a la eliminación se distienden, quedando flácidos e ineficaces temporalmente; también puede pasar que el intestino se haya visto traumatizado, quedando perezoso. A nivel psicológico, el miedo al dolor por la presencia de hemorroides (muy comunes en el embarazo), o el miedo a que los puntos se abran, en caso de que haya habido una episiotomía o una cesárea, pueden contribuir con este malestar. Además, el sedentarismo luego del parto es otro punto clave, ya que no favorece el tránsito intestinal.

En el estudio realizado por Martínez (2014), en España, el cual consiste en elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado sobre las mujeres embarazadas diagnosticadas de Amenaza

de Parto Pretérmino, donde identifica al estreñimiento dentro de los problemas a tratar de enfermería, señalando que el sistema gastrointestinal de la embarazada, el tono y la motilidad se encuentran disminuidos, lo que prolonga el tiempo de vaciado gástrico y enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, por lo que puede existir estreñimiento.

El estreñimiento, según NANDA (2015), es causado por los siguientes factores relacionados: abuso de laxantes, agentes farmacológicos, cambios en los hábitos alimentarios, hábitos dietéticos inadecuados, higiene oral inadecuada, ingesta de fibra insuficiente, ingesta de líquidos insuficiente, cambio reciente en el entorno, debilidad en los músculos abdominales, hábitos de defecación irregulares, hábitos higiénicos inadecuados, habitualmente reprime la urgencia por defecar, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según sexo y la edad, absceso rectal, aumento de tamaño prostático, desequilibrio electrolítico deterioro neurológico, embarazo, enfermedad de Hirschprung, estenosis rectal o anal, fisura rectal o anal, hemorroides, obesidad, obstrucción abdominal posquirúrgica, prolapso rectal, rectocele, tumor, úlcera rectal, alteración emocional, depresión, turbación.

La paciente en estudio presenta estreñimiento, lo cual puede ser relativamente normal no evacuar hasta dos o tres días después del parto. Es natural que tenga miedo de defecar por la presencia de una herida operatoria, incluso la estancia hospitalaria puede ser un factor que es un ambiente nuevo para la paciente, lo cual no le proporciona intimidad.

Las intervenciones de enfermería que se deben aplicar frente al presente problema son: Según Martínez (2015), se debe verificar la existencia de peristaltismo, ya que este es la capacidad de los órganos que forman el aparato digestivo para desarrollar ciertos movimientos que posibiliten el avance del bolo alimenticio. Además, Paris (2016) menciona que el estreñimiento durante el postparto se produce debido a varios factores fisiológicos y psicológicos

que impiden el normal funcionamiento del tránsito intestinal, por ello se deberá identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuya al mismo.

Otra de las actividades es la de incrementar fibra dentro de la alimentación diaria del paciente, Moreira y López (2006) menciona que la fibra de la dieta es útil para el colon. La fibra acelera el avance de los alimentos que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que las evacuaciones intestinales sean regulares. Además, que un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regularidad de la evacuación, por ello se debe fomentar un aporte hídrico de 2 litros de agua, al día.

Es muy importante también el fomentar y ayudar a realizar actividad física con regularidad; ya que el ejercicio regular ayuda a la evacuación porque refuerza la masa corporal abdominal y estimula el apetito y la actividad peristáltica. Así como la educación a la paciente a que se ponga en una correcta posición sobre el water. La correcta posición optimiza la actividad de la masa muscular abdominal a la vez que maximiza la fuerza de la gravedad para facilitar la defecación.

Al realizar la educación a la paciente sobre la importancia del consumo de agua, consumir una dieta rica en fibra y realizar actividad paulatinamente, mejoro el estreñimiento progresivamente, lográndose obtener una deposición de heces blandas a las 48 horas.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicado el presente proceso de atención de enfermería a la paciente A.C.R. durante 2 días, del día 05 al 06 de junio en el turno diurno para el primer día y turno noche para el segundo día, se identificaron 7 diagnósticos el primer día y el segundo 6, de los cuales fueron priorizados para la atención los 5 primeros diagnósticos.

Evaluación por días de atención:

Evaluación del primer día (05/06/18):

Primer diagnóstico

Déficit del volumen de líquidos

Objetivo alcanzado: Paciente mantuvo el volumen de líquidos adecuados al presentar mucosas orales hidratadas, piel hidratada y mejoría en la fuerza muscular.

Segundo diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente disminuyó dolor agudo parcialmente al mostrar expresión de alivio, escala del dolor Eva en 3 puntos, sin embargo, aun se manifestó quejumbrosa a la deambulacion.

Tercer diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente disminuyó parcialmente el riesgo de sangrado al presentar PA de 100/80 mmHg, FC=72 x, tonicidad uterina conservada; sin embargo, presentó piel pálida.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: la paciente disminuyó riesgo de infección al recibir procedimientos invasivos seguros y herida operatoria sin signos de infección.

Quinto diagnóstico

Estreñimiento

Objetivo no alcanzado: la paciente continúa con estreñimiento al no realizar deposición y continuar con dolor abdominal durante el turno.

Evaluación del segundo día (06/06/18):**Primer diagnóstico**

Déficit del volumen de líquidos

Objetivo alcanzado: la paciente mantuvo volumen de líquidos adecuado al presentar mucosas orales hidratadas, piel hidratada y fuerza muscular conservada.

Segundo diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: la paciente disminuyó dolor agudo al mostrar expresión de alivio, escala del dolor EVA en 2 y actitud de alivio y sosiego.

Tercer diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo parcialmente alcanzado: la paciente disminuyó parcialmente el riesgo de sangrado al presentar PA de 100/70 mmHg, FC=72 x, tonicidad uterina conservada; sin embargo, presentó piel pálida; a causa de que la paciente presenta una anemia moderada, cuyo hallazgo

físico predominante será la palidez de la piel, debido a la disminución de la concentración de la hemoglobina; la cual al ser tratada, paulatinamente mejorará la palidez.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: la paciente disminuyó riesgo de infección al realizarse procedimientos invasivos seguros y presentar herida operatoria sin signos de infección.

Quinto diagnóstico

Estreñimiento

Objetivo alcanzado: la paciente presentó ausencia de estreñimiento al realizar una deposición disminuyendo el dolor abdominal durante el turno.

Conclusiones:

La valoración clínica de enfermería permitió establecer las necesidades de la paciente post cesareada, planteándose los cuidados de enfermería, establecidos en la metodología del proceso de atención de enfermería, los cuales contribuyeron a disminuir factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en la paciente.

Se logró aplicar el proceso de atención de enfermería, obteniendo como resultado que, de los cinco objetivos planteados, el primero, segundo, cuarto y quinto objetivo fueron alcanzados en su totalidad. El tercer objetivo no se logró alcanzar por presentar palidez, el cual mejorará progresivamente cuando la paciente recupere el valor normal de hemoglobina.

Para el logro de los objetivos, es importante la participación de la paciente y el personal de salud capacitado y adiestrado en el cuidado integral de la paciente, permitiendo realizar

intervenciones oportunas, fundamentadas científicamente en base a las necesidades encontradas, favoreciendo la salud de la paciente.

Bibliografía

- Álvarez, D. Pfarra, R (2017). Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y el sangrado en madres atendidas en el centro de salud mariano melgar Arequipa 2015. Perú. Recuperado de <http://repositorio.ucs.edu.pe/bitstream/UCS/16/1/alvarez-riveros-denis.pdf>
- Bataglia, V. Rojas, G. Ayala, J. (2006). Prevención y manejo de la infección puerperal. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a05v52n3.pdf
- Bravo, V. Espinoza, J. (2017) sedentarismo en la actividad de conducción. (vol.19) recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100054>
- Brunner, S. (2013). Enfermería Medico Quirúrgica (8va Ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana S. A.
- Calle, A, Barrera, M, Guerrero, A (2008) Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Recuperado de <file:///C:/Users/user/Downloads/1147-4017-1-PB.pdf>
- Capdevilla, J. (2013) Revista especial de Quimioterapia. Barcelona recuperado de <https://seq.es/seq/0214-3429/26/1/capdevila.pdf>
- Carpenito, J. (2003). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. (9na Ed.). Madrid: Mc Gram-Hill International.
- Clarett, M. (2012) Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Recuperado de <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

- Doenges, M & Frances, R.s. (2008) *Planes de cuidados de enfermería*, McGRAW-HILL INTERAMERICANA editores, S.A. de C.V.
- Garay, S. (2015) Infecciones asociadas a procedimientos invasivos del Hospital de alta complejidad de Paraguay. Recuperado de file:///C:/Users/PC/Downloads/5-24-3-PB%20(1).pdf
- García, D. (2016) La adecuada hidratación en las distintas etapas de la vida. Universidad de Valladolid. España. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/61568398.pdf>
- García, C. Flores, M. Gómez, V. Gordillo, C. García, C (2014). Proceso de enfermería en pacientes de pos cesárea: un reto para el sector salud mexiquense. Universidad Autónoma del Estado de México, México. Recuperado de http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/3_PROCESO.pdf
- Guillen, J. (2014) Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución postoperatoria. Universidad de granada. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/23077037.pdf>
- Guía de Práctica Clínica (2013). Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico. México: CENETEC.
- González, J. (2015) Balance hídrico y contextualización en el plan de cuidados enfermero. Ciberrevistas. Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/pagina2.html>
- Hopfer, J. Hazard, A. (2009) Guía farmacológica para profesionales de Enfermería (10° edición) editorial: MacGrawHill. México.
- Jökel, K. (2016) Plan de cuidados de enfermería recuperado de <https://es.scribd.com/document/329940089/Comunidad-Emagister-35741-35741-pdf>

<https://www.dolor.com/tecnicas-relajacion-dolor.html>

Martínez, A. (2014) Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizados. Recuperado de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1>

Martínez, M. Gómez, J (2013) Plan de cuidados del paciente con Hemorragia uterina anormal. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. España. Recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/plan_cuidados_hud.pdf

Moldenhauer, J (2016). Hemorragia posparto. Manual MSD. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>

Moreira, V. López, A. (2006). Estreñimiento. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Versión impresa ISSN 1130-0108. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000400010

NANDA Internacional. (2015). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015–2017. Barcelona: Elsevier Inc.

OMS (2009). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. Recuperado de http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf

- Ortega, M. (2008). Deshidratación. Tipos, causas y consecuencias. Universidad complutense de Madrid. Zaragoza
- Pantoja, G. Rivera, L. Rodenas, N. (2017) Satisfacción del Paciente Quirúrgico frente al Cuidado del Enfermero en el alivio del dolor Post Quirúrgico en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, Clínica Oncosalud. Lima – 2017.
- Perea, M. (2013) Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. España. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-79-09.pdf>
- Reyes, E. (2017) Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en el paciente pre-quirurgico de cirugía del Hospital Nacional Hipolito Unanue, el Agustino 2016. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/520/Meliza_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reina, S. (2014) Plan de cuidados estándar en una cesárea. España. Recuperado de <https://todoenfermeria.files.wordpress.com/2009/01/cesarea.pdf>
- Romero, V. (2015) Factores de riesgo para infección de sitio operatorio en pacientes post- apendicetomía atendidos en el Hospital de Ventanilla año 2015.
- Salinas, P. Sánchez, E. Ramírez, P. Camacho, A. (2015) Protocolo de la prevención de caídas.(I° edición). Ecuador.
- San Martin (2014) cura de herida quirúrgica: protocolo de actuación. Universidad Pública de Navarra. Recuperado de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>

Tello, J (2018) Proceso de atención de enfermería con riesgo alto, por hemorragia post parto inmediato. Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12024/1/TELLO%20GARCIA%20JOHANNA%20GABRIELA.pdf>

Vademecum (2016) Madrid, España. Recuperado de <https://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

Alfredo Covarrubias-Gómez. Arturo Silva-Jiménez, Eduardo Nuche-

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: Fecha de nacimiento: Edad: Grado de instrucción:
 Fecha de ingreso al servicio: Hora: Persona de referencia:
 Procedencia: Consultorio () Emergencia () SOP () Otro: _____
 Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla ()
 Fuente de Información: Paciente() Familiar/amigo () Otro: reporte de Lic. Enf de SOP
 Motivo de ingreso: Dx. Médico: Fecha de valoración: Seguro:

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas :

HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC ()
 Asma () VIH () VDRL () Otros _____

Grupo Sanguíneo: Factor:

Intervenciones quirúrgicas : Si () No ()

Fechas:

Alergias y otras reacciones :

Fármacos:

Alimentos :

Otros :

Factores de riesgo :

Consumo de tabaco Si () No ()

Consumo de alcohol Si () No ()

Consumo de drogas Si () No ()

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

Estado de higiene :

Adecuado () Regular () Deficiente ()

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

Controles Pre Natales: SI ()_N° ____NO ()_____

Inmunizaciones:

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

FR: x' Respiración: Superficial() Profunda ()

Disnea: En reposo() Al ejercicio ()

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Antecedentes de Conducta Sexual

Nº de parejas sexuales:

Uso de Método Anticonceptivo:

SI () Especificar _____ Tiempo de uso _____ NO ()

Mamas: Blandas () Turgentes () Secretantes () No Secretantes ()

Pezones: Formados() Planos () Invertidos ()

Útero: Altura Uterina:

Perdidas Vaginales:

Sangrado Vaginal: Si () No()

Secreciones Vaginales: Si () No()

Características:

Loquios :

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Tº: PA: FC: FR:

Peso : Talla:

Glucosa: Hb:

Piel:

Coloración: Normal () Pálida () Robicunda()

Cianótica () Ictérica ()

Hidratación: Seca () Turgente () Hidratada ()

Integridad: Intacta () Lesiones ()

Especificar:

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa () Incompleta () Prótesis()

Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena()

Hidratación: Si () No ()

Cambio de peso durante los últimos días: Si () No()

Se cansa con facilidad: Si () No ()
 Ruidos respiratorios: _____
 Tos ineficaz: Si () No ()
 Reflejo de la tos: Presente () Ausente () Disminuido ()
 Secreciones: Si () No ()
 Características: _____
 O2: Si () No ()
 Modo: _____ l/min _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA
 Pulso periférico:
 Edema: Si () No () Localización: _____
 + () ++ () +++ ()
 Presencia de líneas invasivas:
 Cateter periférico: Si () No ()
 Fecha de colocación: _____
 Comentarios adicionales: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
 1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3 = Totalmente dependiente
 1 2 3

Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno () S. ruedas () Otros: _____
 Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()
 Contracturas () Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo () Espacio () Persona ()
 Presencia de anomalías en:
 Audición:
 Visión:
 Habla/lenguaje:
 Otro:
 Dolor: Si () No () Localización: _____
 Cefalea () Dinámica Uterina
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros: -
Nombre del enfermero:
 Firma : _____ CEP: _____

Obesidad: () Bajo peso: () Otros _____
 Especificar: _____
 Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado ()

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:
 Tranquila () Ansiosa () Apática () Temerosa ()
 Irritable () Indiferente () Depresiva ()
 Preocupaciones principales/comentarios: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 Nº de deposiciones/día: _____ Normal () Estreñimiento ()
 Diarrea () Incontinencia ()

Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
 Características: Polaquiúria () Disuria () Nicturia () Hematuria ()
 Cateterismo Vesical: Si () No ()
 Sonda Foley: Si () No ()
 Fecha de colocación: _____
 Proteinuria: _____ Albumina en orina: _____
 Otros: _____
 Comentarios adicionales: _____
 Dren: Ninguno
 Dren Pen Rose () Dren Laminar () Otros: _____
 Características de la secreción: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño:
 Problemas para dormir: Si () No ()
 Especificar: Preocupación por su bebe
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No ()
 Especificar: _____ Tiempo de uso: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: _____
 Restricciones religiosas:
 Solicita visita de capellán: Si () No ()
 Comentarios adicionales: _____

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

EXAMENES AUXILIARES:

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales .Este trabajo académico está siendo realizado por, bajo la asesoría de laLa información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

Escala Glasgow

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora
(4) Espontanea	(5) Orientado mantiene una conversación	(6) Obedece ordenes
(3) A la voz	(4) Confusión	(5) Localiza el dolor
(2) Al dolor	(3) Palabras Inapropiadas	(4) Solo se retira
(1) No responde	(2) Sonidos Incomprensibles	(3) Flexión anormal
	(1) No responde	(2) Extensión anormal
		(1) No responde

Total: 15/15

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

