

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso enfermero a paciente post cesareada por ruptura prematura de membrana del Servicio de Recuperación Postanestésica de un hospital nivel III de Lima, 2021

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:
Cuidados Quirúrgicos con Mención en Recuperación Postanestésica

Por:

Liliana Cristina Escudero Siancas

Asesora:

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, junio de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Guima Reinoso Huerta. adscrita a la unidad de postgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

Declaro:

Que el presente trabajo de investigación titulado “Proceso enfermero a paciente post cesareada por ruptura prematura de membrana del Servicio de Recuperación Postanestésica de un hospital nivel III de Lima, 2021” constituye la memoria que presenta la licenciada **Liliana Cristina Escudero Siancas** para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Quirúrgicos con Mención en Recuperación Postanestésica, ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo firmo la presente declaración en Lima, a los 08 días del mes de junio de 2022.

Dra. María Guima Reinoso Huertas

**Proceso enfermero a paciente post cesareada por ruptura
prematura de membrana del Servicio de Recuperación
Postanestésica de un hospital nivel III de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Quirúrgicos con Mención en Recuperación
Postanestésica



Dra. María Guima Reinoso Huertas

Lima, 08 de junio de 2022

Proceso enfermero a paciente post cesareada por ruptura prematura de membrana del Servicio de Recuperación Postanestésica de un hospital nivel III de Lima, 2021

Lic. Escudero Siancas Liliana cristina Dra. Reinoso Huerta Reinoso María Guima^b

^a*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^b*Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La cesárea por rotura prematura de membranas es el tratamiento médico-quirúrgico que permite la extracción del producto a través de la abertura del bajo vientre de la madre con la finalidad de evitar las complicaciones de mortalidad materno-neonatal. Mediante la metodología del cuidado del enfermero se brindó cuidados de calidad, contribuyendo a la recuperación de la salud del paciente. El objetivo fue gestionar el proceso del enfermero a una paciente postcesareada por ruptura prematura de membrana del servicio de Recuperación Postanestésico bajo el enfoque de los patrones funcionales de Mariory Gordon. Estudio de caso, prospectivo y transversal, se realizó a una paciente post cesareada por ruptura prematura de membrana a quien se le aplicó el proceso del enfermero: la etapa de valoración fue con el marco de valoración, adaptado por lo experto en el área, se identificó 5 diagnósticos, de los cuales se priorizaron tres: dolor agudo, hipotermia y náuseas, en base al formato SSPFR (signos, síntomas, problema y factor relacionado) con los cuales se realizó la formulación del diagnóstico, la planificación de los cuidados se realizó teniendo en cuenta la taxonomía: NANDA, NOC, NIC. La etapa de la ejecución y evaluación se dio a través de la diferenciación de la puntuación Diana final y basal logrando la puntuación de cambio +2+3+3. Se concluyó que se gestionó el proceso de atención del enfermero en sus 5 etapas lo que permitió mejorar el estado de salud de la paciente.

Palabras clave: Proceso de Atención del Enfermero, post-cesárea, paciente.

Abstract

Cesarean section for premature rupture of membranes is the medical-surgical treatment that allows the extraction of the product through the opening of the mother's lower abdomen in order to avoid complications of maternal and neonatal mortality. Through the nursing care methodology, quality care was provided, contributing to the recovery of the patient's health. The objective was to manage the process of the nurse to a post-cesarean patient due to premature rupture of the membrane of the Post-Anesthesia Recovery service under the approach of Mariory Gordon's functional patterns. A prospective and cross-sectional case study was carried out on a post-cesarean patient due to premature rupture of the membrane to whom the nursing process was applied: the assessment stage was with the framework validated by experts in the area, the formulation of the diagnosis, care planning was carried out taking into account the taxonomy: NANDA, NOC, NIC. The stage of execution and evaluation was given through the differentiation of the final and baseline Diana score. Through the nursing process, 5 diagnoses were identified, of which three were prioritized: acute pain, hypothermia and nausea, based on the SSPFR format (signs, symptoms, problem and related factor). The interventions planned for each diagnosis were executed, and these were evaluated, achieving the change score +2+3. +3. It was concluded that the nursing care process was managed in its 5 stages, which allowed improving the patient's health status.

Keywords: Nursing Care Process, post-cesarean section, patient.

Introducción

La cesárea es un parto donde se realiza una incisión quirúrgica en el bajo vientre de la madre realizando la extracción del bebé, siendo indicada en pacientes por ruptura prematura de membrana, para evitar complicaciones de salud de la madre y el bebé. La Ruptura Prematura Membrana (RPM), es decir de placenta, presenta del 8 al 10% de todas las complicaciones que se dan durante la gestación. La mayoría gestaciones son a término entre un 60 a 95% y pretérmino con un 2 a 4%. En Sudamérica, 1 de cada 8 partos es por causa de la ruptura prematura de membrana (Organización Mundial de la Salud, 2015). El desprendimiento prematuro de membrana puede complicar las gestaciones del 2 al 5 % en el que podría presentar placenta retenida, con RPM pre término (Bobadilla Ubillús & León Jimenez, 2017).

La ruptura prematura de membrana es la pérdida de la integridad de la membrana Corioamnióticas y aparece desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del parto. Se considera cuando tiene una duración mayor de 24 horas, existiendo dos categorías: a término se presenta después de las 37 semanas de gestación, pretermo: presentándose antes de las 37 semanas de gestación (Vásquez Coello et al., 2021).

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, abuso de sustancias, tabaquismo, estado nutricional y relaciones sexuales (Orias Vásquez, 2020).

La ruptura prematura de membrana se presenta por el 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 decidual; las células deciduales producen

prostaglandinas E2 y F2, favoreciendo las contracciones (Orias Vásquez, 2020).

El diagnóstico del RPM se da por las manifestaciones de signo y síntomas, la historia clínica y pruebas diagnósticas tales como: (1) Especuloscopia: visualización de salida del líquido amniótico mediante maniobra de Valsalva; (2) Test de nitrazina: se basa en diferenciar el PH del líquido amniótico que es alcalino con otras secreciones (vaginales) y la orina; (3) Prueba del Helecho positivo al líquido amniótico encontrándose un patrón de arborización en el portaobjeto al secarse al ambiente por el cloruro sódico; (4): por ecografías se detecta si hay oligohidramnios o hidramnios, valor normal de líquido amniótico es 3.7 (Vásquez Coello et al., 2021).

La ruptura prematura de membranas sigue siendo un dilema para el profesional de salud pues tiene que decidir si continua con el embarazo para reducir la morbi-mortalidad de la madre y del bebé y tenerlo en condiciones óptimas (Vega Chonillo et al., 2019).

El tratamiento para la ruptura prematura de membrana va a depender de la madurez fetal: En RPM a término con 37 semanas, se da sin complicaciones, se induce al parto, para evitar complicaciones como prolapso de cordón umbilical, desprendimiento de placenta, infección, pérdida del bienestar fetal. En RPM pretérmino menos de 34 semana, el manejo es más desafiante dependiendo de la viabilidad del producto puede beneficiar el tratamiento con antibióticos, corticoides. Menos de las 24 semanas de gestación con RPM se considera embarazo no viable (Orias Vásquez, 2020).

El proceso de atención de enfermería se define como un conjunto de procedimientos lógicos, dinámicos y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas. El profesional de enfermería enfoca el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, considerando la integridad, totalidad, así

como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en los diferentes momentos dándose un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado (Miranda, Rodríguez & Cajachagua,2020).

La enfermera en el área de postanestesia forma parte del equipo multidisciplinario, reconociendo de forma precoz las complicaciones postoperatorias de la anestesia general, epidural y raquídea a su llegada al servicio, brindando cuidados específicos y oportunos mediante la aplicación de proceso del enfermero satisfaciendo las necesidades del paciente hasta su alta del servicio (Neglia Cermeño, 2017).

Metodología

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, tipo de estudio, caso clínico único. La metodología utilizada es el proceso de atención del enfermero aplicando el método científico para la identificación de los problemas de salud del paciente definiendo: objetivos, fijando prioridades en los cuidados que se le brindan al paciente. Estos cuidados, deben estar sustentados y justificados en evidencias científicas y, por lo tanto, se hace necesario que las enfermeras desarrollen investigación para contribuir en los fundamentos de su quehacer para brindar una atención de calidad y calidez (Castro, ME., Simian D., 2018). El proceso de atención del enfermero incluyó a una post-cesareadas por ruptura prematura de membranas del servicio de postanestésico aplicando en sus 5 etapas: se utilizó el marco de valoración Marjori Gordon, adaptado por expertos del área, con los datos obtenidos se formularon los diagnósticos y la planificación de los cuidados se desarrollaron en base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Con los que se realizó, los cuidados correspondientes en la etapa de ejecución concluyeron con la evaluación de los resultados de acuerdo a la diferenciación de la puntuación diana basal y final.

Proceso de Atención de enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: G, E, E,

Sexo: femenino

Edad: 30 años

Días de atención de enfermería: 2hrs

Fecha de valoración: 5/09/2020

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente post-cesareada por ruptura prematura de membrana, ingresa a recuperación postanestésico procedente de sala de operaciones: despierta, ventilando espontáneamente, tiritando de frío, piel fría con vía periférica pasando cloruro de sodio al 9%...+ 20UI de oxitócica en miembro superior derecho.

Valoración según patrones funcionales.

Patrón I: Nutricional metabólico.

La paciente, en su segunda hora de post operada de cesárea, despierta a la valoración presenta piel ligeramente pálida fría, turgente, con una temperatura de 35.5°C, con un peso de 55 kg y una talla de 1.62 cm, hemoglobina de control en el post operatorio de 11 gr/dl, dentadura completa, se encuentra en NPO por la cesárea, nauseosa, con abdomen blando depresible doloroso a palpación con ruidos hidroaereos presentes, con apósitos secos y limpios en zona operatoria.

Patrón II: Percepción Control de la Salud

Paciente púérpera inmediata post cesárea, niega antecedente de alguna enfermedad, hospitalizaciones y cirugía previas. Refiere que, sí cumplió con todos sus controles prenatales.

Patrón III: Eliminación.

Paciente adulta inmediata con micción espontánea, tuvo diuresis de 150cc y refiere deposición una vez al día.

Patrón respiratorio IV. Actividad –ejercicio.

Respecto a la actividad respiratoria: La paciente presentó una frecuencia respiratoria de 20 x' minuto, se auscultó ambos campos pulmonares evidenciando murmullo vesicular presente, no tos ni secreciones.

Con respecto a la actividad circulatoria, la paciente presentó una frecuencia cardiaca de 100 x', presión arterial de 120/80 mm Hg, con presencia de vía periférica en miembro superior derecho pasando CLNA9% 1000cc+20UI oxitocina a 30gt x min, cubierto con apósito transparente cual no presenta signos de flebitis, colocado el día 05/09/2020.

Y en la actividad ejercicios -autocuidado: la paciente se encuentra en su unidad con fuerza muscular limitada por el efecto de la anestesia raquídea en miembros inferiores.

Patrón V: Descanso y sueño.

La paciente adulta puérpera refiere no tener problemas para dormir, duerme bien sus 8 horas por la noche.

Patrón VI: Perceptivo cognitivo; orientado.

La puérpera inmediata se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona; tiene buena audición y visión, no tiene dificultad para comunicarse ya que habla castellano. Refiere dolor intenso en la herida operatoria la cual tiene una puntuación de 07 en la escala del dolor según EVA.

Patrón VII: Auto percepción Autoconcepto.

La paciente manifestó no tener problemas con respecto a su estado físico.

Patrón VIII: Relaciones Rol.

Refiero ser ama de casa, vive con su esposo y cuenta con apoyofamiliar.

Patrón IX: Sexualidad reproducción.

La paciente adulta mujer tuvo 02 parejas sexuales siendo este su primer embarazo y que utilizaba como método anticonceptivo la inyección de tres meses utilizándolo durante 4 años y hace un año solo preservativo. Presenta mamas con presencia de calostro con pezones formados, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos con características normales.

Patrón X: Tolerancia a la situación de estrés.

Se observó a la paciente inquieta, ansiosa, al preguntar refiere por qué no puede estar con su bebé ya que se encuentra en ambiente distinto.

Patrón XI: Valores y creencias.

| Manifiesto ser católica que cree en Dios como ser supremo.

| Diagnósticos de enfermería priorizados**Primer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00006) Hipotermia

Dominio 11: seguridad protección, clase 006 termorregulación

Características definitorias: paciente tiritita de frío, temperatura 35.5°C, pálida y piel fría.

Factor relacionado: Exposición al frío o al entorno frío en sala de operaciones

Enunciado diagnóstico:(00006) hipotermia relacionado con exposición al entorno frío evidenciado por piel fría, temperatura de 35.5°C, palidez y escalofrió.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00132) Dolor agudo.

Dominio 12: confort, clase1: confort físico

Característica definitoria.: paciente presenta fascias de dolor además de manifestar dolor en zonaoperatoria la cual se valoró usando la escala de EVA =7.

Factor relacionado: Agente físico lesivo: herida operatoria

Enunciado diagnóstico: (00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: herida operatoria evidenciado por expresión de facies de dolor y EVA 7.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA. (00134) Nauseas.

Dominio:12: clase 0001: confort físico

Característica definitoria: paciente presenta arcadas y nauseas.

Factor relacionado / factor de riesgo: efectos de la administración de fármacos

Enunciado diagnóstico: (00134) Nauseas relacionado con la administración de fármacos analgésicos, opiáceos o agentes anestésicos evidenciado por presentar náuseas y arcada.

Planificación**Primer diagnóstico.**

NANDA (00006) Hipotermia relacionada a exposición a ambiente frío evidenciado por piel fría, temperatura 35.5°C, escalofríos.

Resultados esperados.

NOC (0800) Termorregulación.

Indicadores:

080011. Tiritona con el frío.

080018. Disminución de la temperatura cutánea.

Intervenciones de enfermería.

NIC: (6680) Monitorización de los signos vitales.

Actividades:

668001. Monitorización de las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria.

668002. Registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia

668003. Observar si hay signos de cianosis periférica.

NIC (3900) Regulación de la temperatura. Actividades:

390001. Observar el color y la temperatura de la piel.

390002. Administración de medidas de calentamiento (mantas calientes).

390003. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Segundo diagnóstico.

NANDA (00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: herida operatoria evidenciado por expresión de facies de dolor y EVA 7.

Resultados esperados.

NOC (1605) Control del dolor.

Indicadores:

210201. Dolor referido.

210206. Expresión de facies de dolor.

210208. Inquietud.

Intervenciones de enfermería.***NIC: (1400) Manejo del dolor.*****Actividades:**

140001. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

140002. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.

140003. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos según corresponda (administración del metamizol 1gr EV cada 8 hrs.)

140004. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

140005. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.

140005. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.

NIC: (2210) Administración de analgésicos.**Actividades:**

221001. Determinar la frecuencia e intensidad del dolor antes de administrar analgésico al paciente.

221002. Revisar las indicaciones médicas del analgésico prescrito, dosis y frecuencia.

221003. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

221004. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades de relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.

Tercer diagnóstico.

NANDA (00134) Náuseas relacionado con efectos de la administración de fármacos analgésicos, opiáceos o agentes anestésicos evidenciado por presentar sensación nauseosa arcadas.

Resultados esperados.

NOC (1618) Control de náuseas y vómito.

Indicadores:

210701 Frecuencia de las náuseas

210702 Intensidad de las náuseas

210609 Malestar

210707 Frecuencia de los vómitos

Intervenciones de enfermería.

NIC: (1450) Manejo de las náuseas.

Actividades:

145001. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, 0 escala descriptiva de índice de náusea y vómitos.

145002. Obtener los antecedentes preterapéuticos completos.

145003. Identificar los factores (por ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas.

145004. Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable).

145005. Fomentar el descanso y el sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas.

NIC: (2080) Manejo de líquidos /electrolitos.

Actividades:

208001. Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrólitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.

208002. La presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).

208003. Administrar solución EV que contenga electrólitos según indicaciones.

Evaluación.

Con respecto a la evaluación, se lograron los resultados esperados según se menciona a continuación:

Primer diagnóstico: (00006) Hipotermia relacionada a exposición a ambiente frío evidenciado por piel fría, temperatura 35.5°C, escalofríos.

NOC 1: Puntuación cambio: +3: se observó logros en los indicadores para mantener la termorregulación de la paciente los indicadores fueron: 0800. Signos vitales, 080011 Tiritona con el frío, 080018 Disminución de la temperatura cutánea se encontraba en una desviación

sustancialmente Comprometido 2.y después de las intervenciones se logró la puntuación de cambio esperado de + 3 obteniéndose 5 no comprometido.

Segundo diagnóstico:(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: herida operatoria evidenciado por expresión de fascies de dolor y EVA 7.

Noc2: puntuación de cambio +3. se logró disminuir el dolor agudo después de los cuidados brindados, los indicadores fueron:(210201) Dolor referido, (210206) Expresión de fascies de dolor y (210208) Inquietud, los cuales estaban con una desviación de 2 sustancialmente comprometido lográndose que cambiara a puntuación +3 obteniéndose 5 no comprometido.

Tercer diagnóstico: (00134) Nauseas relacionado con efectos de la administración de fármacos analgésicos, opiáceos o agentes anestésicos evidenciado por presentar sensación nauseosa arcadas.

NOC 3. Puntuación de cambio +3: se logró controlar las nausea y vómitos cuyos **indicadores fueron** :210701 Frecuencia de las náuseas, 210702 Intensidad de las náuseas, 210609 Malestar, 210707 Frecuencia de los vómitos los cuales se encontraban con una desviación de 2 sustancialmente comprometido y posteriormente con la intervenciones y cuidados de enfermería que se brindó se obtuvo una puntuación de +5 no comprometido.

Resultados

En el presente proceso de enfermería, se lograron identificar 5 diagnósticos priorizando 3: hipotermia, dolor agudo, nauseas. Se ejecutaron las intervenciones planteadas para cada diagnóstico, siendo estas evaluadas comparando la puntuación diana basal con la puntuación de cambio final +2+3.

Discusión

Hipotermia

Es la disminución del calor corporal por debajo de los 95°F (35°C) ocasionando una peligrosa disminución de la temperatura del corazón, sistema nervioso y otros órganos que funcionan normalmente a temperaturas mayores de 35°C de no ser tratada puede llegar a insuficiencia cardiaca, respiratoria hasta la muerte. La causa más frecuente es la exposición al ambiente frío o la inmersión en agua fría. El tratamiento para la hipotermia es calentar el cuerpo a fin de recuperar la temperatura normal (Prakash, 2022).

Así mismo, la NANDA International (2020) define a la hipotermia como la disminución de la temperatura corporal por debajo de los valores normales que comprometen la salud.

La hipotermia en el intraoperatoria es una de las complicaciones más frecuencia que se presentan el paciente en el quirófano, manifestando con temblor, aumento de la

Frecuencia cardiaca, vasoconstricción que origina dificultad en el despertar del paciente, oliguria (por frío) y disminución de la perfusión periférica, los cuidados de enfermería deben estar orientados a su prevención (Francés Claudio & Valero Sánchez, 2019).

A su vez, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (MINSA INS, 2016)) refieren que la hipotermia es la disminución de la temperatura de los tejidos corporales como consecuencia de la exposición a ambientes muy frías. La paciente puérpera presentó temperatura de 35 °C, piel fría y tiritaba, tras su salida de sala de operaciones (SOP) a recuperación. Estos signos se pueden presentar durante el postoperatorio debido al tipo de anestesia utilizada.

Tal como lo mencionan Rightmyer y Singbartl (2017), la anestesia regional, ya sea espinal o epidural, puede provocar los mismos patrones que la anestesia general que altera la actividad del hipotálamo alterando el control de la temperatura provocando una redistribución

del calor central del cuerpo a la periferia por ello aumenta el riesgo de una hipotermia intraoperatoria si ambas son aplicadas al paciente, además existe una exposición de su piel y órganos al ambiente frío durante la intervención quirúrgica.

Según la Heather Herdman y Kamitsuru (2018 - 2020), “las características definitorias de la hipotermia son la disminución de la temperatura normal corporal, los escalofríos leves, la frialdad cutánea, la palidez moderada, el llenado capilar lenta, la cianosis del lecho ungueal, la taquicardia, la hipertensión y piloerección”. En el caso de la paciente púérpera presentó: piel fría, temperatura de 35.5°C, palidez y tiritaba de frío.

Según Catalám Quebrado (2015), la respuesta inicial del organismo para mantener la temperatura ante un ambiente frío es el escalofrío, que tiene como principal finalidad la generación de calor y el incremento de la respuesta simpática para contrarrestar la baja temperatura ambiental. Posteriormente, se lleva a cabo una vasoconstricción intensa que aumenta el consumo de oxígeno, el ritmo cardíaco, el gasto cardíaco, la frecuencia respiratoria, el volumen sistólico y la presión arterial. También señala que la contracción muscular promueve la producción de calor corporal, lo que significa que los temblores se convierten en reflejos protectores del cuerpo. Sin embargo, estos mismos temblores, provocan desgaste de oxígeno, es decir, un mayor consumo, lo que genera un aumento de los niveles de dolor y problemas de monitorización. En suma, las pacientes con cesárea sufren de incomodidad e insatisfacción a causa de los temblores, el dolor, la náuseas y vómitos.

Según Heather Herdman y Kamitsuru (2018-2020), existen muchos factores que provocan la hipertermia como “exposición a ambiente frío, enfermedades o traumatismo, lesión que afecta el hipotálamo, malnutrición, ausencia o disminución de producción de escalofríos, ropa inadecuada, consumo de alcohol, medicamentos vasodilatadores, pérdida de calor por

evaporación cutánea, disminución del metabolismo, inactividad o edad avanzada”. Por tal motivo, la paciente post-cesareada presenta con frecuencia hipotermia, al estar expuesta al ambiente frío y como consecuencia de la anestesia utilizada.

Para lograr la termorregulación de la paciente se realizaron diversas intervenciones, como las que mencionaremos a continuación:

Monitorización de las funciones vitales cada 15 minutos ya que los signos vitales manifiestan funciones esenciales del cuerpo, como, la frecuencia respiratoria, el ritmo cardiaco, la temperatura y la presión arterial con el fin de medirlos y evaluar su nivel de funcionamiento físico. Así mismo, Prakash (2022) considera que se debe verificar si existen signos de hipotermia para lo cual se debe realizar el monitoreo y registro de los signos y síntomas como el escalofrío, que es lo primero que se puede percibir cuando la temperatura empieza a descender. La defensa automática del cuerpo cuando la temperatura baja son los escalofríos que surgen para tratar de calentarse. Además, menciona que existen otros signos “se puede observar el hablar arrastrando las palabras o balbuceo, respiración lenta o superficial, pulso debido, torpeza o falta de coordinación, somnolencia o muy poca energía.

Asimismo, Francés Claudio y Valero Sánchez (2019) sostienen que el cuerpo actúa contra la hipotermia provocando vasoconstricción fisiológica como mecanismo de defensa ante el descenso de temperatura con el fin de recuperar el calor corporal y aumentar el calor a los órganos, que, a su vez, provoca el aumento de gasto cardiaco y la tensión arterial.

Por su parte, Bayter-Marín et al. (2017) sostienen que los pacientes durante la intervención quirúrgica pueden ser expuestos al frío ya sea por el ambiente o por los anestésicos administrados, lo que podría causar problemas cardiacos peligrosos. Según Francés Claudio y Valero Sánchez (2019), durante la intervención se debe utilizar fluidos calientes vía endovenoso,

mantener a 22° el ambiente de cirugía y utilizar colchones térmicos, lo que permitirá que la temperatura del paciente pueda regresar a la normal, es decir entre 36°C y 37.5 °C.

Dolor agudo

Según Pérez y Pérez (2018), la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial".

Esta definición concuerda con Heather Herdman y Kamitsuru (2018 – 2020), quien agrega que "el inicio del dolor es súbito o lento, de cualquier intensidad, de leve a grave con un final anticipado y una duración menor de 6 meses".

Según la Sociedad Gallega del dolor en Cuidados Paliativos (2017) sostiene que el dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes como: los componente sensorial-discriminativo, componente cognitivo-evaluativo: y componente afectivo-emocional.

La valoración del dolor se expresa de la siguiente manera: dolor leve (menor a 3), dolor moderado (entre 4 a 7) y dolor severo (superior a 8). La paciente presenta dolor en la zona operatorio con facies de dolor con una escala de EVA de 7 puntos. Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al 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. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes,

aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente (Pérez-Guerrero et al., 2017).

El dolor que presentó la paciente es de tipo agudo pues se produce tras la intervención quirúrgica; es decir, tras un procedimiento quirúrgico por lesión física, la cual ella manifestó y se comprobó. Según sus facies de dolor y la escala de EVA aplicada se obtuvo un puntaje de 7 lo que significa dolor moderado, para la cual se realizará las intervenciones de enfermería con la finalidad reducir el dolor.

Heather Herdman y Kamitsuru (2018-2020) menciona que las características definitorias del dolor agudo son: Expresión verbal y gesticular de dolor, observación de evidencias, conducta de protección y de defensa: (tocarse la zona dolorida y cambios en la postura, facies de dolor, respuesta positiva a la palpación, conducta de distracción, respuestas vegetativas autónomas al dolor, ansiedad e inquietud, aislamiento social, conducta expresiva, alteración de los procesos del pensamiento, alteración de la percepción del paso del tiempo, centrar la atención en sí mismo, alteración del tono muscular, cambios en el apetito y en la ingesta. En ese sentido, la paciente en estudio presentó las siguientes características definitorias: facies de dolor y expresión verbal del dolor según la valoración de la escala del dolor 7/10 puntos.

Domke P. et al. (2018) añaden que la cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza ante la imposibilidad de un parto vaginal, por ello se extrae al bebé y placenta materna mediante la intervención. Frecuentemente las pacientes cesareadas sienten dolor. Asimismo, si bien comienza con dolor considerado agudo, posteriormente puede convertirse en crónico, lo que provoca el retraso de la recuperación funcional y la deambulación, y la posibilidad de desarrollar depresión postparto. Sin embargo, su buen manejo promueve la optimización de la relación materno neonatal tras el parto. Por ello, el personal de enfermería debe encontrarse altamente calificado para brindar una atención integral al paciente post cesareada. Su labor se centra en el

cuidado integral del paciente como un ente biopsicosocial, mediante la valoración, elaboración de diagnóstico del problema, planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones brindadas para resolver cualquier problema que afecte al paciente.

Heather Herdman & Kamitsuru (2018-2020) refieren que “los factores relacionados para este diagnóstico son agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos, psicológicos”. La paciente en estudio presentó el factor asociado agente lesivo físico.

Con la finalidad de poder disminuir y/ o controlar el dolor de la paciente, se realizan las siguientes intervenciones:

Ruiz García et al. (2016) mencionan que se debe realizar una exhaustiva valoración del dolor que considere los siguientes factores: “localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes”. En ese sentido, considera que el dolor es subjetivo y se evalúa mediante la experiencia propia del paciente según lo que siente y padece. Para realizar la valoración es necesario utilizar instrumentos validados y pertinentes, teniendo en cuenta la situación de cada paciente, utilizando la escala visual analógica del dolor EVA.

Así mismo, Álvarez Echeverri (2002) sostiene que se debe considerar los signos no verbales como las molestias, sobre todo en pacientes que tienen problemas de comunicación: “En lo no verbal, la facies de dolor se expresa en rasgos desencajados, mirada vaga causada por hipotonía (dolor profundo o contractura muscular facial), expresión de angustia y midriasis, sudoración y ceño fruncido”.

Además, Vallejos Narváez et al. (2015) hace referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien elaboró una escala de analgesia para el tratamiento del dolor según su intensidad, orientada al paciente hospitalizado; fue una escala creada para abordar las

deficiencias en el tratamiento del dolor oncológico. Sin embargo, se ha venido usando para el tratamiento en cualquier tipo de dolor dado a su efectividad terapéutica. La terapia analgésica se debe basar en la etiología del dolor, buscando un manejo que permita combinar diferentes vías de administración y distintos fármacos.

Por su parte, Drugs (2020) sostiene que existen la otra forma de aliviar el dolor sin necesidad de fármacos, es mediante terapias o uso de otras técnicas que pueden estimular que el dolor se inhiba o que su grado no aumente como técnica no farmacológicas: retroalimentación, estimulación, nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente”.

Nauseas

Las Nauseas según Ramírez-Segura (2013) en la revista de anestesiología mexicana es la sensación subjetiva de malestar, palidez, diaforesis y arqueo, con la sensación de vomitar.

Así mismo, Heather Herdman & Kamitsuru (2018-2020) definen a las náuseas como sensaciones subjetivas que puede ocasionar la necesidad o urgencia de vomitar. Asimismo, las considera como sensaciones desagradables que se ubican en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen.

Por su parte, American Cancer Society (2020) sostiene que hay diversas otras descripciones de las náuseas como por ejemplo el considerado como un malestar estomacal, estómago indispuerto o revuelto. Asimismo, las náuseas pueden ir acompañadas a otros síntomas como el aumento de saliva, sentir mareos, aturdimientos, dificultad para comer, cambio de temperatura de la piel y ritmo acelerado.

Según Ramírez-Segura (2013), el origen de la náusea y el vómito no son del todo claro, en la medula espinal se localizan de modo disperso grupo neuronales, a nivel central, que son activados en el bulbo raquídeo, es decir en el centro del vómito, las cuales son: Estímulos iniciadores, interpretación de los estímulos por un centro integrador, y la respuesta motora que expulsa el contenido gástrico. sostiene que, en ginecología y obstetricia, relacionado a cirugías por especialidades, es en donde son más comunes las complicaciones mencionadas en la introducción del estudio actual, ya sea por las características individuales de la paciente, por la intervención que necesita o por la anestesia que requiere administrarle. El 20-30% de pacientes posteriores a una intervención quirúrgica o anestésicas, padecen de náuseas, vómitos y dolores, siendo estos tres los síntomas más comunes y desagradables post operatorios.

Según la Heather Herdman y Kamitsuru (2018-2020), las náuseas presentan características como “el tener el estómago revuelto”, aumento de la salivación, aversión a los alimentos, sabor agrio en la boca, aumento de la deglución, etc. Por todo lo mencionado, podemos señalar que la paciente en estudio presento náuseas y arcadas en recuperación después de la intervención quirúrgica. Griffiths et al. (2021) refieren que cuando existen dificultades en un parto para la madre o el neonato, se realiza el procedimiento de la cesárea. Para dicho proceso a la paciente se le administra anestesia regional o general, es decir, estará despierta o dormida, respectivamente. En ese sentido, antes o después de este procedimiento se pueden presentar las náuseas y los vómitos que son síntomas comunes. Asimismo, por la baja de la presión arterial o por la administración de algunos medicamentos durante el proceso.

Por otro lado, Ramírez-Segura (2013) menciona, en la Revista Mexicana de Anestesiología, que los síntomas de las náuseas y vómitos podrían causar problemas adversos posquirúrgicos, como por ejemplo el dolor incisional, hematomas, dehiscencia de suturas

quirúrgicas, neumotórax bilateral. Todo ello, puede provocar que la paciente se quede mayor tiempo hospitalizada en Unidades de Cuidados Pos anestésicos (UCPA, lo que impacta en mayor días y costos económicos en la atención que lo programado.

Asimismo, Griffiths et al. (2021) refieren que, para este diagnóstico, los factores relacionados son: de tratamiento: Irritación gástrica ocasionada por fármacos, distensión gástrica por retraso del vaciado gástrico por intervenciones farmacológicas, los Biofísicos como: Trastornos bioquímicos, dolor cardíaco, cáncer de estómago o tumores intraabdominales, enfermedad pancreática, esofágica, obstrucción intestinal pilórica, distensión genitourinaria y biliar, aporte excesivo de alimentos; irritación gástrica, tumores cerebrales primarios o secundarios, metástasis óseas en la base del cráneo; mareo causado por enfermedad de Menière; factores físicos como el aumento de la PIC, meningitis; oxinas como los péptidos producidos por un tumor, metabolitos anormales por un cáncer. Situacionales. Factores psicológicos: como por ejemplo dolor, temor, ansiedad, malos olores o sabores, estimulación visual desagradable.

Tras lo mencionado, podemos apreciar que la paciente presentó el factor relacionado al tratamiento por medios de agentes anestésicos, además, el factor situacional por la ansiedad.

Teniendo en cuenta a Heather Herdman & Kamitsuru (2018-2020) las intervenciones que se realizaron con la finalidad de disminuir las náuseas de la paciente fueron las siguientes: Realizar una valoración de las náuseas: frecuencia, tipo de vómito, duración, intensidad, consistencia, fijarse si existe presencia de sangre o restos de alimentos o sustancias desconocidas. Según Alteri y Kalidas (2020), las circunstancias en que se manifiesta el vómito es por la toma de ciertos fármacos, alimentos o por si se hizo algún movimiento que podría causarlo el profesional de salud al tener presente esta información puede mapear la posible causa de las náuseas y lo vómitos, lo que permite actuar de inmediato y evitar complicaciones como por ejemplo la

deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, hipertensión venosa, dehiscencia de la sutura, etc.

Controlar los factores ambientales que puedan provocar las náuseas, existen ciertos factores del medio ambiente que pueden ser las causas de las náuseas y que pueden ser captados por nuestros sentidos como por ejemplo el olfato mediante los fuertes olores, la vista por la desagradable estimulación visual, el oído por el ruido, etc. Para Griffiths et al. (2021), en el caso de la cesárea, se presentan estos síntomas comúnmente antes o durante el procedimiento quirúrgico. Cabe recordar que también podría ser por la disminución en la presión arterial o por causa de algunos fármacos administrados a la paciente durante el proceso quirúrgico.

Conclusión

Se logró realizar la aplicación del proceso de atención de enfermero en la paciente postcesareada mediante el cumplimiento eficazmente en sus 5 etapas correspondientes, brindando cuidados humanizados integrales y de calidad logrando satisfacer sus necesidades mediante la ejecución de las actividades propuestas en su mayoría siendo evaluadas por escalas de medición respectivamente a cada actividad realizada.

Siendo así que el proceso de atención del enfermero es de suma importancia para el profesional de enfermería ya que, mediante este, se puede valorar, identificar los problemas reales o potenciales que presenta la paciente y poder realizar la planificación y ejecución de la intervención de enfermería y poder evaluarlas respectivamente.

Referencias bibliográficas

- Alteri, R., & Kalidas, M. (2020). *Tratamiento de náusea y Vómito*. American Cancer Society.
<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>
- Álvarez Echeverri, T. (2002). Semiología del dolor. *IATREIA* /, 15(3), 200–206.
<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n3/v15n3a7.pdf>
- American Cancer Society. (2020, February 1). *Comprender las náuseas y los vómitos / Sociedad Americana del Cáncer*. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/nausea-and-vomiting/what-is-it.html>
- Bayter-Marín, J. E., Rubio, J., Valedón, A., & Macías, Á. A. (2017). Hipotermia en cirugía electiva. El enemigo oculto. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(1), 48–53.
<https://doi.org/10.1016/J.RCA.2016.08.003>
- Bobadilla Ubillús, L. E., & León Jimenez, F. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.*, 64(4), 659–660.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a22v63n4.pdf>
- Catalám Quebrado, T. D. (2015). *Incidencia de hipotermia intraoperatoria en pacientes geriátricos sometidos s cirugía abdominal con y sin medida antihipodermia en el hospital de especialidades de Puebla*.
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/10621/20200807172158-1873-T.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Castro, Magdalena. & Simian, Daniela. (2018). La Enfermerian y la investigacion. *Revista Medica Clinica Las Condes.*, 29(3), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>
- Domke P., R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., Carbonell-Bellolio, P., Domke P., R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., & Carbonell-

- Bellolio, P. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(6), 635–642. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000600635>
- Francés Claudio, E., & Valero Sánchez, M. (2019). Plan de cuidados de enfermería en el paciente con riesgo de hipotermia en el periodo perioperatorio, a propósito de un caso - Revista Electrónica de Portales Medicos.com. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-riesgo-de-hipotermia-en-el-periodo-perioperatorio-a-proposito-de-un-caso/>
- Griffiths, J. D., Gyte, G. M. L., Popham, P. A., Williams, K., Paranjothy, S., Broughton, H. K., Brown, H. C., & Thomas, J. (2021). Intervenciones para la prevención de las náuseas y los vómitos en mujeres sometidas a anestesia regional para cesárea. *Cochrane Library*, 2021(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007579.PUB3/INFORMATION/EN>
- Heather Herdman, T., & Kamitsuru, F. (n.d.). *Diagnósticos de Enfermería Definiciones y Clasificación* (11th ed.). Elsevier. Retrieved June 6, 2022, from <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1371>. Diagnósticos de enfermagem da Nanda-I. Definições e classificação. 2018-2020.pdf
- Ministerio de Salud, & Salud, I. N. de. (2016). Unidad temática 8: Primeros auxilios en el nivel comunitario. In *Programa de entrenamiento en salud pública dirigido a personal del servicio militar voluntario*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4521.pdf>.
- Miranda- Limache, K.E., Rodríguez-Ñúñez, Y., Cajachagua-castro, M. (2020). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para el estudiante del último curso. *Artículo de investigación. Enfermería universitaria vol.16 no.4 Ciudad de*

México oct./dic. 2019 Epub 16-Abr-2020.

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623> .

NANDA International. (2020). *Diagnósticos de Enfermería NANDA-I: Definiciones y clasificación* (11th ed.). Elsevier.

<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1371>. Diagnósticos de enfermagem da Nanda-I. Definicoes e classificacao. 2018-2020.pdf

Neglia Cermeño Milagros Elita. (2017). *Cuidados de enfermería en el post operatorio inmediato a pacientes cesareadas del Hospital EsSalud Huaraz - Ancash, 2014 - 2017*.

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4916/neglia_cermeño_enfermeria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2015, April 10). *La OMS sugiere que las cesáreas se realicen sólo cuando sea médicamente necesario* | Salud | EL MUNDO. El Mundo.

<https://www.elmundo.es/salud/2015/04/10/5527abd6ca4741707c8b457c.html>

Orias Vásquez, M. (2020). Ruptura Prematura De Membranas (Premature Rupture of Membranes). *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e 606.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1711a.pdf>

Pérez-Guerrero, A. C., Aragón, M. C., & Torres, L. M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 24(1), 1–3.

<https://doi.org/10.20986/RESED.2017.3566/2017>

Pérez, M., & Pérez, Y. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico . Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud*, 3, 2530–2787.

Prakash, Y. S. (2022, May 18). *Hipotermia* . Clínica Mayo. <https://www.mayoclinic.org/es->

es/diseases-conditions/hypothermia/doctors-departments/ddc-20352689?lastInitial=P&page=1

Ramírez-Segura, E. H. . (2013). Náusea y vómito en el perioperatorio. Un abordaje integral y factores de riesgo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(2), 346–347.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas132d.pdf>

Rightmyer, J., & Singbartl, K. (2017). Prevenir la hipotermia perioperatoria. *Nursing (Ed. Española)*, 34(2), 51–54. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.04.014>

Ruiz García, M. V., Gómez Tomás, A., Córcoles Jiménez, M. P., Herreros Sáez, L., Segovia Gil, M. I., López Simón, J., Gómez Hontanilla, M., Villanueva Velasco, R. M., Martínez Fajardo, C., Olivares Mesas, M., Belmonte Lorenzo, J. A., Nieto Mejías, L., Corominas Clemente, C., & Castillo García, M. D. (2016, October). *Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados*.

https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf

Sociedade Galega da dor e Coidados paliativos. (2017). *Manual básico de dolor para residentes de la SGADOR*. Grinenthal. https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

Vallejos Narváez, Á., Ruano, C., Ávila, M. P., Sergio Latorre, J., Delgadillo, G. M., Esteban Hernández, S. M., Guillermo Bernal, & Andrea Tovar. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm*, 44(1), 107–127.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>

Vásquez Coello, N., Tagle Briones, D., Zurita Orellana, M., Tiñe Rea, J., & González Díaz, E. M. (2021). Intervención de enfermería gestante con rotura prematura de membranas. *IV*

Congreso Internacional de Innovación de Enfermería En Manejo de Pacientes Críticamente Enfermo, 415–423. <https://fenixfundacion.org/wp-content/uploads/2021/05/MEMORIAS-ENFERMERIA-ABRIL-2021-DIG.pdf#page=416>

Vega Chonillo, G. E., Pacheco Romero, E. K., Mesa Cano, I. C., & Tinoco Luna, L. A. (2019).


▷ Proceso de atención de Enfermería en paciente gestante con diagnóstico de ruptura prematura de membranas - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. *Revista Médica*

Ocronos. <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-ruptura-prematura-de-membranas/>



Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Nauseas relacionado con efectos de la administración de fármacos analgésicos, opiáceos o agentes anestésicos evidenciado por presentar sensación nauseosa arcadas.	Resultado: control de náuseas y vómitos 1618	3	Mantener en:	Intervención: Manejo de las náuseas 1450				5	2
			Aumentara: 4	Actividades					
	Escala: (1) Grave a (5) ninguno			145001 Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, 0 escala descriptiva de índice de náusea y vómitos,	➡				
	Indicadores			145002. Obtener los antecedentes pre terapéuticos completos.	➡				
	Frecuencia de las náuseas, 210701	3		145003. Identificar los factores (p. ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas	➡			5	
	Intensidad de las Náuseas 210702	3		145004. Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable).	➡			5	
	Malestar 210609	3		145005. Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.	➡			4	
	Frecuencia de los vómitos 210707.	2		145006. Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas.	➡			5	
				Intervención: Manejo de líquidos /electrolitos 2080					
				Actividades					
			200801. Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.	10:30am					

				200802. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial					
				200803. Asegurarse de que la solución CLORURO DE SODIO 9%, + 20 UI oxitocina, I.V. a 30 gotas por minuto que contenga electrolitos sea Administrada a un ritmo constante, según corresponda.	10am				

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: herida operatoria evidenciado por EVA 7 y fascias de dolor.	Resultado: Control del dolor 1605	2	Manteneren: Aumentara: 2	Intervención: Manejo del dolor 1400 Actividades				4	+2
	Escala: (1) Gravemente comprometido a (5) no comprometido			141001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.	→				
	Indicadores			141002. Observar signos no verbales de molestias ,especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.	→				
	Dolor referido 210201	2		141003. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos según corresponda .	→			4	
	Expresión de facies de dolor 210206	2		141004. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor	→			4	
	Inquietud 210206	2		141005 Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados ,la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se haya utilizado (metamizol 1gr EV cada 8hrs.).	11am			4	
				604004 mostrar técnicas y prácticas de relajación con el paciente	→				
				141003 Explorar el uso actual de métodos no farmacológicos de alivio del dolor	→				
				Intervención: administración de analgésicos 2210					
				Actividades					
				221001 Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.	→				
				221002. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.	→				

				221003. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.					
				221004. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia					
				221005. Administrar los analgésicos METAMIZOL 1 gr EV , a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.	10am				
				221006. Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente					

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO:

IRECUPE

DATOS GENERALES	H.C.:.....
Nombre:..... Fecha y hora de nacimiento:...../...../..... Edad:.....días Sexo: M F Fecha y hora de ingreso al servicio:...../...../..... Procedencia: SOP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> EMG <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> A.C <input type="radio"/> UCIN <input type="radio"/>	
Forma de llegada: Incubadora <input type="radio"/> Cuna <input type="radio"/> otro:..... PC.....cm PT.....cm Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC.....x' FR.....x' SatO ₂ :.....% T ^o :.....°C APGAR 1' ____ 5' ____ EG ____ Dx. Medico de ingreso:..... Seguro:.....	
Nombre de la madre Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono.....	
Nombre del Padre..... Ocupación..... Tipo de Sangre.....	
Teléfono:..... otro:.....	
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES	

I. Patrón percepción control de la salud	II. Patrón de relaciones-rol
Antecedentes Madre: - DM () HIV () HEPATITIS () HIPOTIROIDISMO () - TORCH () VDRL () Otro:..... - Hemoglobina: - Alergias: No () Sí () especificar:..... - Medicamentos que consume: No Sí especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Sí especificar:..... - N° de gestación..... Aborto..... Numero de hijo vivo:..... - Control prenatal: No Sí N°..... Grupo S. y factor:..... - Complicación gestacional: RPM () Preclampsia () Eclampsia () Síndrome de HELLP () Otro..... Padre: - DM HIV HEPATITIS Otro:..... - Alergias: No Sí especificar:..... - Medicamentos que consume: No Sí especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Sí especificar:..... Parto: - Intrahospitalario () Extrahospitalario () - Tipo: Vaginal espontaneo Vaginal instrumental Cesárea: si () no () Tipo de anestesia: Epidural () Raquídea () General () - Presentación: Cefálico () Podálico () Transverso () - L. Amniótico: Claro () Meconial () Contacto precoz: No () Sí () RN o Neonato - Apgar: 1' ____ 5' ____ pto EG: ____ - Sufrimiento fetal: No Sí - Circular: Simple () Doble () Ninguno () - Profilaxis: umbilical () ocular () vit. K () - Estado de higiene: Buena Regular Mala Comentario adicional:.....	- Cuantos hijos tienen los padres: - Que numero de hijo es: - Parentesco entre los padres: casados () Convivientes () Divorciados () - Soporte familiar: <div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;">III. Patrón valores - creencias</div> - Restricciones religiosas: No Sí especificar:..... - Religión de los padres: Católica Otro:..... - Comentario adicional:..... <div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;">IV. Patrón Auto percepción autoconcepto /Adaptación afrentamiento Tolerancia a la situación y al estrés</div> - Estado emocional del Neonato: Tranquilo Irritado Llanto persistente - Estado emocional de los padres: Tranquilo Ansioso Irritable Indiferente. - Muestra interés por la situación de su hijo: Sí () No () - Preocupación principal de los padres: <div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;">V. Patrón perceptivo cognitivo</div> - Estado de conciencia: Dormido () Activo () Somnoliento () sedado: Reactivo () Letárgico () Hipoactivo () - Reflejos: succión () búsqueda () plantar () Babinski () Moro () - Presencia de anomalías: Visión..... Escucha..... - Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No reactivas () Tamaño () - Dolor: No () Sí () especificar:..... - Comentario adicional:.....

VI. Patrón actividad ejercicio	IX. Patrón Eliminación
<p>Actividad respiratoria Espontanea () FR: Sat:..... Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva () - FiO₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP () - TET N°..... FUADO EN:..... - V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: FiO₂: FR: VT: PS: PEEP: - Cianosis: No () Sí () Zona: - Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea () Tiraje () Ptje de Silverman: - Ritmo: Regular () irregular () Ruidos respiratorios: MV () Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP..... HTD..... HTL..... - Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta () Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()</p> <p>Actividad circulatoria - Ritmo: Regular () irregular () - Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" () Obs:..... - Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente () - Frialdad: MSI () MSD () MII () MID () - Edema: No () Sí () localización:..... - Líneas invasivas: No () Sí () Vía central () PICC () CUV-CUA () Vía Periférica () ubicación: MMSS () MMII () Yugular ()</p> <p>Ejercicio - Tono muscular: Conservado () hipotonía () hipertonia () - Tremores () - Movilidad: Conservada () limitada () Comentario adicional:.....</p>	<p>- Ano permeable: Sí () No () Intestinal: Estreñimiento () Días:..... N° deposiciones/día:..... Características: Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre () (Consistencia:..... Colostomía () ileostomía () Fecha de colocación:..... Comentarios:..... Malformación:..... Vesicales: Micción espontánea: Sí () No () Características:..... Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal () Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre () Fecha de colocación:.....</p>
<p>VII. Patrón descanso sueño</p>	<p>X. Patrón -sexualidad-reproducción</p>
<p>- Horas de sueño: regular irregular - Duerme con dificultad: Sí () No () - Se despierta con facilidad: Sí () No () - Recibe medicamentos estimulantes: -----Otro: - Comentarios adicionales:.....</p>	<p>Varón: Testiculos descendidos: Sí () No () Malformaciones:..... Mujer: Labios genitales: Normales () Edematizados () Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas () Malformaciones:.....</p> <p>OBSERVACIONES: </p>
<p>VIII. Patrón nutricional-metabólico</p>	<p>TTO. MEDICO ACTUAL _____ _____</p>
<p>Alimentación: NPO () NPT () NPP () LME () LM () FM () por LM () Gotero () SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis () observación:.....</p> <p>Piel: Diaforesis: Sí () No () Temperatura:..... H.O: Días: Vermis caseosa () Lanugo () Miliun () Eritema () - Color: Rosada () Pálida () ictérica () otro:..... - Integridad: No () Sí () especificar:..... - Fontanela : Abombada () deprimida ()</p> <p>Boca - Vómitos: No () Sí () Características:..... - Malformaciones: No () Sí () Especificar:.....</p> <p>Abdomen Blando () Depresible () Distendido () Doloroso () Globuloso () - Perímetro abdominal.....cm - Ruido hidroaereo: Presente () disminuido () aumentado () ausente () - Drenajes: No () Sí () Características:..... - Comentarios:</p>	<p>Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C _____</p>
	<p>Firma y sello de la enfermera:</p>

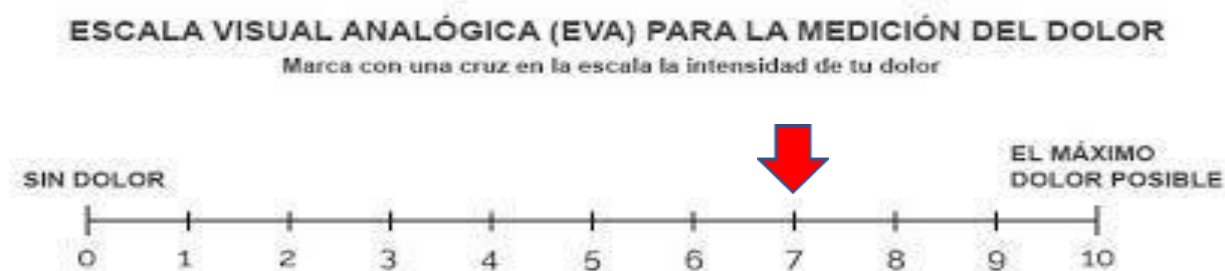
Glasglow	15	15	15	15	15	15	15										
Ramsay																	
DM pupilar	ISO	ISO	ISO	ISO	ISO	ISO	ISO										

Balance hidrico							Tratamiento			
Ingresos	SOP	URPA	Egresos	SOP	URPA	B.H.	Via	Medicamentos	Dosis	Horario
CINa 9	800	500	Diuresis	0	0			Cefazolina	1mg	10,30am
Dextrosa 5%			Drenajes					Tramadol	100mg	10:00am
Haemacel			Sangrado	300	20			Metamizol	1g	10;00am
Sangre								Metoclopramida	10mg	10:00am
PFC								Ranitidina	50mg	
	800	500	P. Insensibles							
TOTAL	800	500	TOTAL	3 20						

Evaluación de enfermería

Paciente postcesareada despierta ventilando espontanea, con mucosas hidratadas piel fría, pálida nauseosa con arcadas presenta piel de gallina y tirita de frío refiere dolor en zona operatorio EVA 7 pts., facies de dolor y estar preocupada por su bebé, con abdomen blando depresible, doloroso ala palpación con útero contraído debajo de la cicatriz umbilical, apósitos ligeramente manchados serohomáticos escaso sangrado vaginal, con vía periférica en MSD, pasando clna9% 200 cc pp.

Hematocrito .33% mg/dl



Apéndice D: Consentimiento informado

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

Apéndice C: 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 ...Post-cesareada por RPM en un Hospital Nivel III de Lima-2021”, El objetivo de este estudio es aplicar elProceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales G.E.E. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Liliana Cristina Escudero Siancas, bajo la asesoría de la Dra. María Guima Reinoso Huerta. La información otorgada a travésde 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 identificaciónpor 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: Liliana Cristina Escudero Siancas

DNI: 40826821

Fecha: setiembre 2021

Firma.