

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente en el transoperatorio
de cesárea por incompatibilidad céfalo pélvico en sala de operaciones**

de una clínica de Lima, 2018

Por:

Miriam Edelmira Garrido Cordova

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA TERESA CABANILLAS CHAVEZ de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente en el transoperatorio de cesárea por incompatibilidad céfalo pélvico en sala de operaciones de una clínica de Lima, 2018*”, constituye la memoria que presentan la licenciada: GARRIDO CORDOVA MIRIAM EDELMIRA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico, 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 dieciocho días del mes de setiembre de 2017.



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente en el transoperatorio de cesárea
por incompatibilidad céfalo pélvico en sala de operaciones de una
clínica de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Centro
Quirúrgico

JURADO CALIFICADOR


Mg. Delia Luz León Castro

Presidente


Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A Dios, por darme cada día la fortaleza para seguir adelante, a pesar de mi cansancio.

A mi madre por ser la persona que siempre ha sabido inculcarme la perseverancia, para alcanzar mis sueños.

A mi hija por ser paciente y tolerante cuando debo cumplir con mis obligaciones académicas. Por ser mi motivación diaria para seguir adelante.

Agradecimientos:

A la universidad Peruana Unión por la oportunidad de capacitarme y ser mejor profesional y ahora especialista.

A mis compañeros y profesores por las largas jornadas y experiencias compartidas.

Índice

Dedicatoria.....	iv
Símbolos usados	xii
Resumen	xiii
Capítulo I.....	14
Proceso de Atención de Enfermería	14
Valoración.....	14
Datos generales.....	14
Resumen del motivo de ingreso.....	15
Situación problemática.....	15
Patrones funcionales de salud.....	20
Patrón percepción –control de la salud.....	20
Patrón de eliminación.....	21
Patrón actividad- ejercicio.....	21
Patrón perceptivo-cognitivo.....	21
Patrón descanso/sueño.....	21
Patrón autopercepción.....	22
Patrón relación /rol(social).....	22
Patrón sexualidad-reproducción.....	22
Patrón adaptación- afrontamiento/tolerancia al estrés.....	22
Patrón de valores- creencias.....	22

Características significativas por patrones funcionales.	22
Diagnósticos de enfermería	24
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.	24
Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.	24
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de hipotermia peri operatoria.	25
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión.	25
Etiqueta diagnóstica: ansiedad.	26
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.	27
Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón de sueño.	27
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.	28
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	28
Planificación	29
Priorización de los Diagnósticos de enfermería.	29
Ejecución	44
Evaluación	49
Capitulo II.....	52
Marco teórico.....	52
Antecedentes: A nivel local, nacional e internacional.....	52
Marco conceptual.....	56
Embarazo.	56
Cesárea.	58

Modelo teórico.....	60
Modelo teórico del autocuidado.	60
Metaparadigmas.....	61
Modelo teórico de Ramona T. Mercer –Adopción del papel maternal.	63
Capítulo III	65
Materiales y métodos.....	65
Tipo y diseño	65
Sujeto de estudio.....	65
Delimitación geográfica temporal	65
Técnica de recolección de Datos	66
Consideraciones Éticas	66
Capítulo IV	68
Resultados, análisis y discusión	68
Resultados.....	68
Análisis de los diagnósticos.....	68
Discusión	73
Capítulo V	74
Conclusiones y recomendaciones.....	74
Conclusiones.....	74
Recomendaciones	74
Bibliografía.....	76

Indice de Tablas

Tabla 1	16
Funciones vitales.....	16
Tabla 2	17
Balance hídrico en sala de operaciones	17
Tabla 3	17
Exámenes complementarios (20-01-2018)	17
Tabla 4	30
Dx. Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.	30
Tabla 5	33
Dx. Déficit de volumen de líquidos concentración de la orina.....	33
Tabla 6	35
Dx. Riesgo de hipotermia ambiental baja.	35
Tabla 7	37
Dx. Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio	37
Tabla 8	42
Dx. Ansiedad.	42
Tabla 9	44
SOAPIE1	44
Tabla 10	45
SOAPIE2	45
Tabla 11	46
SOAPIE 3	46

Tabla 12	47
SOAPIE 4	47
Tabla 13	48
SOAPIE 5	48
Tabla 14	49
Evaluación del diagnóstico 1	49
Tabla 15	49
Evaluación del diagnóstico 2	49
Tabla 16	50
Evaluación del diagnóstico 3	50
Tabla 17	50
Evaluación del diagnóstico 4	50
Tabla 18	51
Evaluación del diagnóstico 5	51
Tabla 19	68
Resultados de los diagnósticos	68
.....	16

Índice de Anexos

Anexo 1	80
Guía de valoración	80
Anexo 2	86
Fichas farmacológicas.....	86
Anexo 3	105
Kárdex.....	105
Anexo 4	106
Consentimiento informado	106

Símbolos usados

BHE	Balance hídrico estricto
Cm	Centímetro
CC	Centímetro cúbico
DCP.....	Desproporción céfalo pélvico
D/C	Descartar
EV	Endovenoso
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
IMC	Índice de masa corporal
LOTEP	Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona
Mg/dl.....	Miligramos por decilitro
MSI	Miembro superior izquierdo
NaCl	Cloruro de sodio
PAE	Proceso de atención de Enfermería
PA	Presión arterial
PP	Por pasar
SOP	Sala de operaciones
T°	Temperatura
TCS.....	Tejido celular subcutáneo
EVA	Escala visual analógica

Resumen

La incompatibilidad céfalo pélvica se caracteriza por la imposibilidad del parto por vía vaginal, esta situación se produce cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea porque hay una disminución de las dimensiones pélvicas en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulta excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto pélvico. En el proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente con DCP, se inició con la valoración minuciosa y exhaustiva de la paciente; continuando con el análisis y la formulación de los diagnósticos de enfermería, los que fueron enunciados según prioridad, pasando a la planificación y tratamiento de enfermería a través de las intervenciones respectivas, ejecutándolas y evaluándolas de acuerdo a los objetivos y resultados programados. El presente estudio consta de 5 capítulos: capítulo I: PAE que incluye valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proceso. Capítulo II: antecedentes, marco teórico, modelo teórico, Capítulo III: materiales y métodos, tipos y diseño, delimitación geográfica temporal, técnica de recolección de datos, Capítulo IV: resultados, análisis y discusión, Capítulo V: conclusiones y recomendaciones; Finalizando con la bibliografía y los apéndices respectivos.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, cesárea incompatibilidad céfalo pélvico

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: M.C. A. N.

Fecha nacimiento: 28/12/1987

Edad: 30 años

Fecha de ingreso al servicio: 20 de enero del 2018

Hora de ingreso: 17 horas.

Procedencia: emergencia

Forma de llegada a la sala: en silla de ruedas

Diagnostico preoperatorio: Primigesta de 37 6/7ss por última regla. Pródromos de trabajo de parto, desproporción céfalo pélvica.

Cirugía programada: Cesárea

Operación realizada: Cesárea

Tipo de anestesia: Regional- epidural

Hora de ingreso a la sala de operaciones: 19:05 pm.

Consentimiento informado: Si

Riesgo quirúrgico: Si

Pre quirúrgico: Si

Orden de sala de operaciones: Se programa en el sistema como emergencia obstétrica.

Exámenes de laboratorio: completo.

Resumen del motivo de ingreso.

Primigesta de 30 años, con 38 ss. de edad gestacional, ingresa a emergencia por presentar contracciones frecuentes y de gran intensidad, a la evaluación se aprecia movimientos fetales presentes, con desproporción céfalo- pélvica, es programada para cesárea de emergencia, siendo trasladada a sala de dilatación para la preparación respectiva.

Situación problemática.

Paciente de 30 años de edad, primigesta de 37 6/7 ss. por última regla. Ingresa a sala de operaciones programada para cesárea de emergencia; presentando contracciones uterinas frecuentes y de gran intensidad, la paciente refiere: “me siento ansiosa, angustiada, es mi primer bebe”, “nunca me han operado de nada”, se encuentra despierta lúcida, orientada en tiempo, lugar, espacio y persona (LOTEP), con escala visual analógica (EVA) 7/10. Ventilando espontáneamente Sat. O₂ 98%. Mucosas orales secas, refiere “tengo sed” vía Ev periférica en MSI pasando NaCl 9% 1000cc + bicarsodio 1 amp. A 45 gts /min. 400ccpp. movimientos fetales presentes según monitoreo fetal, no se observa pérdida de líquido amniótico, tapón mucoso, sangrado vaginal, leve edema de miembros inferiores con vendaje elástico.

Se traslada a la paciente de la camilla a la mesa quirúrgica, se inicia con el monitoreo hemodinámico, Anestesiólogo realiza colocación de catéter epidural previa asepsia de la zona con idosafe espuma 4%, se inicia analgesia epidural por catéter epidural. Se realiza colocación de sonda Foley con bolsa colectora a gravedad según protocolo y posteriormente se realiza lavado de zona quirúrgica pasando a colocar los campos quirúrgicos estériles y dar inicio al acto quirúrgico procediéndose a la apertura de pared y cavidad abdominal. Extraen producto vivo de sexo femenino en buenas condiciones., recepcionado y evaluado por Médico

neonatólogo, personal de enfermería. Recién nacida con 2888 gr. Talla 47cm, APGAR 9/9. Continuando con la cirugía, se realiza la extracción manual de la placenta con cotiledones completos. Sangrado de 500cc. Se efectúa sutura de útero en 3 planos, recuento de gasas completas (15 compresas y 10 gasas chicas), cierre de cavidad y de pared abdominal según técnica establecida. Se coloca micropore blanco estéril de manera directa en herida operatoria.

Paciente somnolienta bajo efectos de anestesia epidural, con catéter epidural en buenas condiciones, para analgesia., con vía EV. Permeable pasando Cl Na 9% 700ccpp.II fco. con soda vesical Foley, con diuresis de 100cc intra sop. Abdomen blando depresible, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, sangrado vaginal poco, herida operatoria cubierta con micropore limpio y seco. Con vendaje elástico de MMII.

20:50 pm: pasa a sala de recuperación.

Tabla 1

Funciones vitales

Hora	Funciones vitales				
	PA	FC	FR	T	Sat.O2
07:05pm	120/80	80	20	36.8	98 %
07:30pm	115/70	88	18	36.0	98 %
08:00pm	110/80	80	17	36.1	97%
08:30pm	115/80	78	18	36.0	98%
08:50pm	110/75	80	20	36.0	98%

Medidas Antropométricas.

Peso: 75 kg

Talla: 1.65 cm.

IMC: 27.54

Tabla 2
Balance hídrico en sala de operaciones

Ingresos	Volumen	Egresos	Volumen
Agua metabólica	150cc	Orina	100cc
Oral	NPO	Deposición	--
Parenteral (NaCl9%)	1700cc	Sangrado	500cc
Sangre	--	Drenaje	--
		Vómito	--
		Pérdidas insensibles	25cc
Total	1850cc	Total	825cc
BHE en SOP: 1850cc -825cc = +1025cc			

Tabla 3
Exámenes complementarios (20-01-2018)

Componentes	Valor obtenido	Valor normal
Grupo sanguíneo y factor	O negativo	-
HIV antígeno	Negativo	-
Hepatitis B antígeno australiano	Negativo	-
RPR	Negativo	-
Serológicas	Negativo	-
Tiempo de sangría	1 min.	3-11 min.
Tiempo de coagulación	7 seg.	11-13.5 seg.
Hemoglobina	11.5 gr./dl.	12.1-15.1 g/dl.
Hematocrito	35.1 %	36.1- 44.3 %
Leucocitos totales	10.3 UL	4,5 -11,0 UL.
Linfocitos	10%	15-45 %
Eosinofilos	0%	0-4 %
Monocitos	4%	4-8%
Neutrófilos segmentados	8.86%	4-5%
Recuento de plaquetas	171UL	150-400 UL
Tiempo de protrombina	7.4 seg.	11-13.5 seg.
Control normal	9 seg.	-
INR:0.85 S/U	0.85 S/U	0.8-1.2 S/U
ISI: 0.86 S/U	0.86 S/U	-
Fibrinógeno: 411mg/dl.	411mg/dl.	200-450 mg/dl.

Hemoglobina: 11.5 gr/dl

Al término del embarazo el volumen plasmático está entre 25-35% por encima de los niveles no gestacionales; entre 250 a 500ml. El volumen plasmático aumente en promedio 50%

y el eritrocitario 25% estableciendo el aumento de la volemia total de 40 %; y produciéndose una hemodilución con disminución del hematocrito y menor concentración de hemoglobina, denominándose anemia fisiológica del embarazo, que es un cambio dilucional” Rivera (2006)

Hematocrito 35.1%

El hematocrito es el porcentaje de eritrocitos en las células de la sangre. El recuento de eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito suelen aumentar o disminuir como consecuencia de los mismos factores. En la cesárea el valor de hematocrito permanece estable incluso después de una pérdida moderada de sangre, pero disminuye con rapidez durante la fase de la recuperación pos cesárea (Kotcher & Ness, 2009).

En el caso de la paciente podemos mencionar que sus valores están en 35.1%, por estar en periodo de gestación.

Linfocitos: 10%

Los linfocitos aparecen en la circulación periférica en el mismo número que lo hacían fuera de la gestación por lo que en relación a los neutrófilos se produce una situación de linfopenia relativa. El embarazo no supone de todas formas una situación de inmunodeficiencia, aunque existen cambios en las células circulantes del sistema inmune. Se va a producir una disminución en los linfocitos T helper 1 y en las natural killer mientras que los T helper 2 aumentan. La disminución de los linfocitos B junto con los cambios en el perfil inmunológico son necesarias para la prevención del rechazo del feto como aloinjerto”. Cabero, Saldívar, Rodríguez (2010)

Neutrófilos segmentados: 8.86%

“La leucocitosis, especialmente de neutrófilos. Los glóbulos blancos leucocitos son los principales responsables de la lucha contra las infecciones. Los leucocitos pueden clasificarse como granulocitos o agranulocitos. Ante una infección, los granulocitos aumentan y los agranulocitos migran por la circulación hacia zonas inflamatorias. Durante e y el cortisol plasmático embarazo aumenta el número de neutrófilos granulocitos. Este incremento se halla estimulado por los estrógenos” Stepp, Smith (2003)

El tiempo de sangría: 1min., el tiempo de coagulación: 7seg. y el tiempo de protrombina: 7.4 seg.

“Durante el embarazo se producen ciertos cambios en el mecanismo de la coagulación, aumento de fibrinógeno, aumento de los factores VII, VIII, IX y von Willebrand, aumento d los complejos de trombina-antitrombina, aumento de los fragmentos 1+2 de la protrombina, disminución de la proteína C y S. En el embarazo sea observado un aumento de los complejos solubles de fibrina, los complejos de trombina y antitrombina(TAT), que junto con el incremento de los fragmentos 1+ 2 de la protrombina, expresan la existencia de la activación de la coagulación”. Almagro (2000)

En el caso d la paciente, sus valores de protrombina están bajos debido a su estado de gestación.

Tratamiento médico (20-01-2018)

NPO por 6hrs, luego tolerancia oral, en AM dieta líquida.

Analgesia por catéter epidural (petidina +dexametasona+...

Dextrosa al 5% AD 1000cc_____ I-II fcos.

Rocephin 2 gr. Ev Stat. 18:45 pm

Ranitidina + metoclopramida EV. Stat 18.30pm

Duratocin 1 amp. EV Stat en SOP 19.50pm.

Patrones funcionales de salud

Patrón percepción –control de la salud.

Primigesta Nulípara de 30 año de edad, 37 ss. 5/7 ss. de edad gestacional

Aparente buen estado general

Buen estado de higiene

Vacunas completas: antitetánicas

Primera hospitalización

Número de controles prenatal completos

No tiene alergias a medicamentos.

Patrón Nutricional –Metabólico

Piel pálida con hemoglobina: 11.5gr/dl, hematocrito: 35.1%

Mucosas orales secas y refiere “tener sed”

Ayuno de 6 horas

Peso de 75kg

Grupo sanguíneo: O negativo

Leucocitos totales disminuidos: 10%

Neutrófilos segmentados aumentados: 8.86%

Tiempo de protrombina disminuido: 7.4 seg.

Tiempo de sangría: 1min.

Tiempo de coagulación: 7 seg.

Índice de masa corporal de 27.54 (obesidad tipo II)

Abdomen doloroso por contracciones y con rasurado de zona operatoria a nivel supra púbico

Miembros inferiores con edema (+), tiene vendaje elástico.

Patrón de eliminación.

Vía periférica permeable pasando cloruro de sodio al 0.9% con volumen total de 1700cc en sala de operaciones

Con sonda vesical foley permeable conectado a bolsa colectora, orina colúrica de 100cc.

Patrón actividad- ejercicio.

Actividad respiratoria: frecuencia respiratoria de 18-20 respiraciones por minuto.

Saturación de oxígeno 96-99%.

Actividad circulatoria: frecuencia cardiaca: 78-80 latidos por minuto.

Grado de dependencia IV.

Patrón perceptivo-cognitivo

Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP)

Escala de Glasgow: 15 puntos.

Pupilas Isocóricas y foto reactivas.

Patrón descanso/sueño.

La paciente refiere que habitualmente dormía 8 horas y que durante los últimos meses refiere que “ha tenido dificultad para dormir por el tamaño de la barriga” y la posición para dormir fue semisentada”, “no podía dormir de forma continua, se despertaba varias veces durante la noche”.

Patrón autopercepción.

Se muestra intranquila, refiere “Estoy preocupada por el cuidado de mi bebé”, “nunca me han operado de nada”, “no sé cómo saldré de la cirugía”.

Bajo efectos de la anestesia regional: epidural.

Patrón relación /rol(social).

Paciente refiere ser ama de casa, vive con su esposo

Patrón sexualidad-reproducción.

Gestaciones:01, parto:0, cesárea:0, hijos:0, abortos:0.

No se observan secreciones vaginales anormales.

Patrón adaptación- afrontamiento/tolerancia al estrés.

Ansiosa, temerosa, se le observa manos temblorosas, hace preguntas sobre su bebé y menciona que “nunca la han operado de nada”

Patrón de valores- creencias.

Afirma profesar la religión católica.

Características significativas por patrones funcionales.***Patrón percepción - control de la salud***

Primigesta nulípara de 30 años de edad,37ss de edad gestacional.

Patrón nutricional - metabólico

Piel pálida con hemoglobina: 11.5gr/dl, hematocrito: 35.1%

Mucosas orales secas y refiere “tener sed”

Ayuno de 6 horas

Peso de 75kg

Grupo sanguíneo: O negativo

Leucocitos totales disminuidos: 10%

Neutrófilos segmentados aumentados: 8.86%

Tiempo de protrombina disminuido: 7.4 seg.

Tiempo de sangría: 1min.

Tiempo de coagulación: 7 seg.

Índice de masa corporal de 27.54(obesidad tipo II)

Abdomen doloroso por contracciones y con rasurado de zona operatoria a nivel supra púbico

Miembros inferiores con edema (++), tiene vendaje elástico.

Patrón de eliminación

Con sonda vesical foley permeable conectado a bola colectora, orina colúrica de 100cc.

Patrón actividad – ejercicio

Grado de dependencia IV

Patrón descanso. Sueño

La paciente refiere que habitualmente dormía 8 horas y que durante los últimos meses refiere que “ha tenido dificultad para dormir por el tamaño de la barriga” y la posición para dormir fue semisentada”, “no podía dormir de forma continua, se despertaba varias veces durante la noche”.

Patrón autopercepción

Se muestra intranquila, refiere “Estoy preocupada por el cuidado de mi bebé”, “nunca me han operado de nada”, “no sé cómo saldré de la cirugía”.

Bajo efectos de la anestesia regional: epidural.

Patrón adaptación – afrontamiento/ tolerancia al estrés

Ansiosa, temerosa, se le observa manos temblorosas, hace preguntas sobre su bebé y menciona que “nunca la han operado de nada”

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.

Código: 00206

Dominio 11: seguridad/ protección

Clase 2: Lesión Física.

Página: 401

Definición: “Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” NANDA Internacional (2015-2017) pag.401.

Factores de riesgo: Complicaciones del postparto (pérdida sanguínea de 500 cc).

Conocimientos insuficientes de las precauciones contra el sangrado.

Enunciado de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.

Código: 00027

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Página: 177

Definición: “Disminución de del líquido intravascular, intersticial Y/o intracelular. Se refiere a la hidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio” NANDA Internacional (2015-2017) pag177.

Factor relacionado: Pérdida activa del volumen de líquidos.

Características definitorias: Mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de hipotermia peri operatoria.

Código: 00254

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 6: Termorregulación

Página: 431

Definición: “Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36°C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud” NANDA Internacional (2015-2017) pag.431.

Características definitorias: no aplica.

Factores de Riesgo: Anestesia regional, temperatura ambiental bajo

Enunciado de enfermería: Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión.

Código: 00035

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Página: 390

Definición: “Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud NANDA Internacional” (2015-2017) pag.390.

Factores de Riesgo: entorno peri operatorio, sistema de traslado inseguro.

Enunciado de enfermería: Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Código: 00146

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Página: 331

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza” NANDA Internacional (2015-2017) pag.331.

Factor relacionado: Grandes cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad.

Características definatorias: Angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

Enunciado de enfermería: Ansiedad relacionado a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Código: 00004

Dominio 11: Seguridad/ Protección

Clase 1: Infección

Página: 379

Definición: “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud” NANDA Internacional (2015-2017) pag.379.

Características definitorias: no aplica.

Factores de Riesgo: Alteración de la integridad de la piel, obesidad, procedimientos invasivos y disminución de la hemoglobina

Enunciado de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel, obesidad, procedimientos invasivos.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón de sueño.

Código: 00198

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Página: 213

Definición: “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos” NANDA Internacional (2015-2017) pag.213.

Características definitorias: Cambios en el patrón de sueño, dificultad para conciliar el sueño, no sentirse descansado. Duerme semi sentada.

Factores Relacionados: Inmovilización, patrón de sueño no reparador.

Duerme semi- sentada.

Enunciado de enfermería: Trastorno del patrón de sueño relacionado con patrón de sueño no reparador.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.

Código: 00197; 2008,2013; NDE 2.1.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Página: 203

Definición: “Vulnerable a sufrir aumento, disminución, falta de actividad peristáltica o actividad peristáltica ineficaz, del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud”

NANDA Internacional (2015-2017) pag.203.

Características definitorias: no aplica.

Factores de Riesgo: Agentes farmacológicos, ansiedad disminución de la circulación gastrointestinal e inmovilidad por efectos de anestesia regional combinada (raquídea epidural).

Enunciado de enfermería: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con anestesia regional.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.

Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.

Ansiedad relacionada a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

CP: Infección

Transtorno del patrón de sueño relacionado con patrón de sueño no reparador.

CP: Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con anestesia regional.

Planificación

Priorización de los Diagnósticos de enfermería.

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.

Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.

Ansiedad relacionada a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

CP: infección relacionada con alteración de la integridad de la piel, obesidad, procedimientos invasivos.

Transtorno del patrón de sueño relacionado con sueño no reparador.

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con anestesia regional

Tabla 4

Dx. Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.

Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Fundamento Científico
<p>General</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante el Trans operatorio.</p>	<p>1. Controlar funciones vitales: presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura.</p> <p>2. -Valorar signos de deshidratación: la piel y mucosas, pulsos periféricos y llenado capilar.</p> <p>3. Mantener un registro preciso del balance hídrico estricto.</p>	<p>1. “El control de funciones vitales permite evaluar el funcionamiento general del organismo para detectar precozmente signos de alarma. Durante el trans operatorio se puede observar taquicardia con hipotensión de intensidad variable, dependiendo del grado de déficit de líquidos”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.802).</p> <p>2. “Los signos de deshidratación más importantes son: piel y mucosas secas, pulsos periféricos débiles, llenado capilar disminuido”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.802).</p> <p>3. “El balance hídrico estricto permite evaluar el aporte y eliminación de líquidos para identificar oportunamente signos de deshidratación y sobre hidratación a fin de corregir algún</p>

-
- | | |
|--|---|
| <p>4. Verificar la pérdida sanguínea que no sea mayor a 500cc, a través de un control estricto de apósitos y pañales, administrar hemo componentes si fuera necesario.</p> | <p>desequilibrio”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.803).</p> <p>4. “Cuando se determina las pérdidas hemáticas, se proporciona información adecuada sobre el estado hídrico/ volumen circulante y necesidad de reposición”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.923).</p> |
| <p>5. Administrar líquidos y electrolitos: cloruro de sodio al 9% 1000 cc a 45 gotas por minuto.</p> | <p>5. “La administración de cloruro de sodio es muy importante porque contribuye a mantener la isotonía en el medio interno, mantiene el equilibrio acido base en los líquidos extracelulares”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.927).</p> |
-

6. Administrar Duratocin 1
amp. Ev Stat.

6. “Una dosis individual de 100 mcg de carbetocina I.V.
administrada luego del parto del neonato es suficiente para
mantener una contracción uterina adecuada que previene la
atonía uterina y el sangrado excesivo”.
(farmaciasahumada,2016, pag.1).

Tabla 5

Dx. Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamento científico
Objetivo Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en sala de operaciones.	1. Valorar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial).	1. “El estado de hidratación de un paciente se puede evidenciar clínicamente de acuerdo a los siguientes parámetros: humedad de la piel y mucosa, turgencia de la piel, tono muscular, frecuencia y amplitud del pulso arterial, presión arterial y el volumen de la diuresis”. (Smeltzer, S., Bare, B., 1994, pag.1212).
Resultados Paciente mantendrá mucosas orales húmedas, orina clara con volumen de 60ml por hora durante el peri operatorio.	2. Realizar monitoreo de funciones vitales: presión arterial, temperatura, pulso, respiración.	2. “Doegens, M., Moorhouse, MMurr, A., (2008) Afirma que: La presencia de hipotensión, taquicardia o aumento de las respiraciones puede indicar un déficit de líquidos (deshidratación, o hipovolemia) Aunque una caída de la presión arterial suele ser un signo tardío de déficit de líquidos (pérdida hemorrágica), la ampliación de la tensión diferencial se puede producir al inicio, seguido por un

-
- estrechamiento, a medida que la hemorragia persiste y la presión sistólica comience a caer”. (pag.803).
3. Medir y registrar el balance hídrico (endovenosos y sondas).
calcular la densidad de la orina.
3. Doegens, M., Moorhouse, MMurr, A., (2008) Afirma que una documentación precisa ayuda a identificar las pérdidas de líquido o las necesidades de reposición e influye la selección de las intervenciones. La capacidad para concentrar orina disminuye con la edad, aumentando la pérdida renal a pesar del déficit generalizado de líquidos. (Pag.803).
4. Administrar los líquidos y electrolitos según indicación.
4. “A los pacientes en el transoperatorio se le administra líquidos y electrolitos debido a la pérdida de éstos a través de la incisión quirúrgica”. (Smeltzer, S., Bare, B., 1994, pag.1212).
-

Tabla 6

Dx. Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.

Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Fundamento Científico
<p>General</p> <p>Paciente mantendrá la temperatura corporal normal durante la peri operatoria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar y regular los dispositivos de calefacción/ refrigeración correspondiente. 2. Cubrir las zonas de la piel que no forman parte del campo quirúrgico. 3. Calentar las soluciones de irrigación endovenosas a utilizarse en la cirugía. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. “La manipulación del aire ambiental que rodea al paciente puede prevenir la pérdida de calor”. (Doegens, M., Moorhouse, MMurr, A., 2008, pag.799). 2. El cubrir las zonas de la piel evitan pérdidas de calor por convección al evitar el contacto con la temperatura del ambiente de sala de operaciones. (Smeltzer, S., Bare, B.,1994, pag.461). 3. “Se calientan los líquidos endovenosos y de lavado a 37°C. para evitar pérdidas de temperatura, considerando que la anestesia regional, contribuye a la perdida de calor por bloqueo de respuestas simpáticas”. (Smeltzer, S., Bare, B.,1994, pag.496).

-
4. Monitorizar la temperatura de la paciente.
4. “La temperatura ambiental debe ser de 25 a 26 ° C. Se calientan los líquidos endovenosos y de lavado a 37 |C. Las ropas y sábanas húmedas se quitan con rapidez y se sustituyen por material seco, ya que con las primeras se pierde calor por conducción”. (Smeltzer, S., Bare, B.,1994, pag.497).
-

Tabla 7

Dx. Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.

Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Fundamento Científico
<p>General</p> <p>Paciente estará libre de exposición a lesiones durante el proceso intra operatorio.</p>	<p>1. Ayudar en el traslado de la paciente desde su cama a la camilla y de esta a la mesa quirúrgica en sala operaciones considerando medidas de seguridad.</p> <p>2. Ubicar a la paciente en la mesa quirúrgica en una posición decúbito dorsal.</p>	<p>1. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008), Las medidas de seguridad en el traslado de seguridad del paciente aseguran que se mantenga la integridad física del paciente. Una camilla o mesa de operaciones puede separarse y provocar una caída al paciente. Ambas barandillas laterales deben estar en posición baja para que los cuidadores ayuden a trasladar al paciente y prevenir una pérdida de equilibrio. (pag.796)</p> <p>2. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008) afirma que el decúbito supino o dorsal puede causar dolor lumbar y presión de la piel, de talones, codos, región sacra por lo que se debe mantener en una posición cómoda, libre de lesiones por presión y de esta manera se evita la afectación de nervios periféricos. pag.796)</p>

-
- | | |
|---|---|
| 3. Asegurar la estabilidad de las articulaciones y los apoyos de la cabeza y de las extremidades, manteniendo la alineación corporal y correcta posición en la mesa quirúrgica. | 3. “La posición anatómica previene la tensión muscular, reduce el riesgo de luxación de la cadera. La almohadilla ayuda a prevenir daños en los nervios del peroné y tibial. La mesa de operaciones y los apoya brazos son estrechos, por lo que el paciente tiene riesgo de lesión”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A.2008, pag.795). |
| 4. Comprobar el estado la circulación periférica y la integridad de la piel. | 4. Doenges, M, francés, M., MMurr, (2008) afirma que inspeccionar la piel y valorar la circulación periférica. Cortadas, raspones, color de la piel y datos de circulación disminuida o infección puede influir la asistencia de enfermería. La palpación de la piel puede revelar si hay áreas más calientes o más frías que otras, y si hay edema. La circulación periférica se valora a través del pulso periférico, color, temperatura y tiempo de llenado capilar. (1881). |
| 5. Asegurar la fijación adecuada de las vías intravenosas, el | 5. “Asegurar las vías y catéteres previene una tensión indebida y la descolocación de las vías endovenosas, sondas, |
-

catéter epidural, la sonda vesical foley y la máscara de reservorio.	catéteres (foley, epidural)”. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008) pag.802.
6. Verificar la integridad de los cables eléctricos y del correcto funcionamiento de la unidad electro quirúrgico.	6. “La verificación de la integridad de los cables eléctricos reduce el riesgo de lesión eléctrica. Doenges”, M, francés, M., MMurr, A. (2008) pag794.
7. Verificar que el paciente no esté en contacto con ningún objeto metálico.	7. “La verificación del paciente que no esté en contacto con metales que conducen la corriente eléctrica evitan el peligro de electro cauterización”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008 pag796).
8. Colocar la placa indiferente en una parte de la piel que esté seca, intacta, poco vello y con gran masa muscular cercano a la zona a ser intervenida.	8. Noble (2018) afirma que cuando la placa indiferente está seca (sin sustancia conductora-gel) o no hace un adecuado contacto con el paciente, puede producir quemaduras, ya que se genera una mayor resistencia a la corriente de retorno, lo que aumenta proporcionalmente el calor

-
- generado que es en definitiva el causante de la lesión.
(pag.2)
9. Ajustar el electrocauterio (corte y coagulación), según las indicaciones médicas.
9. Noble (2018) afirma que cuando se utiliza un electro bisturí monopolar se introduce corriente de alta frecuencia al organismo a través de un electrodo activo, el cual tiene una forma de lápiz y una punta con superficie pequeña que suministra muy buenos resultados en el corte y la coagulación de los tejidos sobre los que se está interviniendo. (pag.1)
10. Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de la cirugía producidos por agentes químicos (hibiclen 4%), agentes eléctricos (placa indiferente)
10. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008) afirma que las identificaciones oportunas de lesiones en la piel permiten el tratamiento adecuado evitando las complicaciones. La interrupción de la integridad cutánea en el campo quirúrgico o cerca de él son fuentes de infección para la incisión. El rasurado o recorte lo más cercano posible al momento de la
-

-
- incisión puede prevenir abrasiones de la piel que potencian las infecciones cutáneas. (pag.806)
- 11.Realizar las anotaciones de enfermería del intraoperatorio.
11. “Las anotaciones de enfermería permiten brindar un cuidado continuo de enfermería y brindan un respaldo legal a la enfermera”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008 pag26).
- 12.Realizar la lista de la verificación de cirugía segura.
12. “Aplicar el protocolo de centro quirúrgico y completar listas de comprobación específicas, minimizará el riesgo de error”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008pag.796). “La lista de chequeo de cirugía segura es una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables”. (MINSA,2011, pag.16).
-

Tabla 8

Dx. Ansiedad relacionada a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Fundamento Científico
<p>General</p> <p>Paciente disminuirá su nivel de ansiedad durante el transoperatorio.</p>	<p>1. Permitir a la paciente expresar libremente sus sentimientos, preocupaciones y temores.</p>	<p>1. “Expresar libremente sentimientos, pensamientos y temores ayuda a disminuir la ansiedad y se siente acompañado por el equipo de salud”. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. 2008, pag.792).</p>
<p>Resultados</p> <p>Paciente manifestará tranquilidad frente a cambios en el proceso quirúrgico, de maternidad durante el transoperatorio.</p>	<p>2. Identificar las fuentes de ansiedad. Aportar información objetiva y precisa. Escuchar activamente las preocupaciones.</p> <p>3. Observar la presencia de ansiedad o temor y asociar con la naturaleza y la</p>	<p>2. Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008) afirma que la identificación de temores específicos ayuda al paciente a afrontarlos con realismo (estar despierto o consiente con la anestesia local).</p> <p>3. El paciente puede haber mal interpretado la información pre quirúrgica, o tener una información errónea sobre el proceso</p>

preparación del procedimiento quirúrgico.	quirúrgico o patológico. Los temores relativos a experiencias previas personales, familiares o de amistades, pueden no haberse resueltos. (pag.793)
4. Aportar información objetiva y precisa. Escuchar activamente las preocupaciones.	4. “Mantener la intimidad del paciente, reduce el temor a la pérdida de dignidad y la incapacidad para ejercitar el control y refuerza el papel defensor de la enfermera”. (Doenges, M, francés, M., MMurr, A. (2008, pag.793).
5. Brindar apoyo espiritual.	5. El apoyo espiritual brinda confianza, esfuerzo, fe, optimizando la disminución del estrés y la ansiedad.

Ejecución

Notas de enfermería:

Tabla 9

SOAPIEI

Fecha/hora	20-01-18	Intervenciones
20:00pm	S	No aplica
	O	Piel pálida, pérdida sanguínea de 500cc durante la cesárea. perfil de coagulación alterado: tiempo de sangría: 1 min., tiempo de coagulación: 7 seg. Tiempo de protrombina: 7.4 seg. hemoglobina 11.5 gr/dl.
	A	Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del post parto.
	P	Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante el transoperatorio.
	I	Se controla funciones vitales: presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura. Se valora la piel y mucosas, pulsos periféricos y llenado capilar. Equilibrio electrolítico y ácido base. Se mantiene un registro preciso del balance hídrico, comprobando si la eliminación supera a la ingestión y el aumento de la densidad de la orina. Se controlas pérdidas hemáticas aceptables, y administrar hemo componentes si fuera necesario. Se administra líquidos y electrolitos.
	E	Objetivo alcanzado (OA): paciente con mucosas orales hidratadas, orina con características claras y flujo urinario de 60 ml/h.

Tabla 10

SOAPIE2

Fecha/ Hora	20-01-18	Intervenciones
20:40pm	S	Paciente refiere “tengo sed”.
	O	Paciente con piel y mucosas orales secas. Diuresis colúrica de 100cc en SOP. Pérdida sanguínea de 500cc.
	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.
	P	Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en sala de operaciones
	I	Se valora el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial). Se mide y se registrar el balance hídrico (endovenosos y sondas). calcular la densidad de la orina. Se realiza monitoreo de funciones vitales: PA:110/80mmhg, temperatura:36.6°C, pulso:80 latidos por minuto, respiración:20 por minuto. Se administra los líquidos endovenosos a temperatura corporal.
	E	Objetivo alcanzado(OA): paciente mantiene un volumen adecuado de líquidos, mucosas orales húmedas, orina clara con volumen de 60ml por hora.

Tabla 11

SOAPIE 3

Fecha/ Hora	20-01-18	Intervenciones
20:30pm	S	No aplica
	O	Paciente recibió anestesia regional: epidural. Temperatura ambiental baja(<21°C)
	A	Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.
	P	Paciente mantendrá la temperatura corporal normal durante el peri operatorio.
	I	Se preparar y regula los dispositivos de calefacción/ refrigeración correspondiente. Se cubre las zonas de la piel que no forman parte del campo quirúrgico. Se calienta las soluciones de irrigación endovenosas a utilizarse en la cirugía. Se monitoriza la temperatura de la paciente durante el trans operatorio.
	E	Objetivo alcanzado(OA): paciente mantiene su temperatura corporal entre 36-36.5°C.

Tabla 12

SOAPIE 4

Fecha/ Hora	20-01-18	Intervenciones
19:50pm	S	No aplica
	O	Paciente es trasladada en camilla desde centro obstétrico a sala de operaciones. La posición de la paciente en la mesa quirúrgica es decúbito supino o dorsal. Se preparó instrumental de cesárea N° 8, Epidural N7. Paciente recibió anestesia regional: epidural. Temperatura ambiental baja (<21°C)
	A	Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro
	P	Paciente estará libre de exposición a lesiones durante el proceso intra operatorio.
	I	Se ayuda en el traslado de la paciente desde su cama a la camilla y de esta a la mesa quirúrgica en sala operaciones considerando medidas de seguridad. Se ubica a la paciente en la mesa quirúrgica en una posición decúbito dorsal. Se asegura la estabilidad de las articulaciones y los apoyos de la cabeza y de las extremidades, manteniendo la alineación corporal y correcta posición en la mesa quirúrgica. Se comprueba el estado la circulación periférica y la integridad de la piel. Se asegura la fijación adecuada de las vías intravenosas, el catéter epidural, la sonda vesical foley y la máscara de reservorio. Se verifica la integridad de los cables eléctricos y del correcto funcionamiento de la unidad electro quirúrgica. Se verifica que el paciente no esté en contacto con ningún objeto metálico. Se coloca la placa indiferente en una parte de la piel que esté seca, intacta, poco vello y con gran masa muscular cercano a la zona a ser intervenida. Evitar que la placa de retorno se moje con las soluciones preparatorias. Se ajusta el electrocauterio (corte y coagulación), según las indicaciones médicas. Se observa si hay lesiones en la piel del paciente después de la cirugía producidos por agentes químicos (hibiclen 4%), agentes eléctricos (placa indiferente).
	E	Objetivo alcanzado: paciente se mantiene segura y libre de lesiones

Tabla 13

SOAPIE 5

Fecha/ Hora	20-01-18	Intervenciones
19:50pm	S	Paciente refiere “nunca me han operado”
	O	Primípara, cesareada por primera vez y mamá por primera vez”
	A	Ansiedad relacionada a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre
	P	Paciente disminuirá su nivel de ansiedad durante el transoperatorio.
	I	Se permite a la paciente expresar libremente sus sentimientos, preocupaciones y temores. Se identifica las fuentes de: Ansiedad. Aportar información objetiva y precisa. Escuchar activamente las preocupaciones. Se observar la presencia de ansiedad o temor y asociar con la naturaleza y la preparación del procedimiento quirúrgico. Aportar información objetiva y precisa. Escuchar activamente las preocupaciones.
	E	alcanzado(OA): paciente manifiesta tranquilidad, serenidad.

Evaluación

Tabla 14

Evaluación del diagnóstico 1

Diagnóstico 1	Evaluación
Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del post parto.	
Objetivo general: Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante el transoperatorio.	Alcanzado: paciente disminuye riesgo de sangrado.
Resultados esperados: Paciente presentará volumen sanguíneo adecuado durante el transoperatorio.	

Tabla 15

Evaluación del diagnóstico 2

Diagnóstico2	Evaluación
Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.	
Objetivo general: paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en sala de operaciones.	Objetivo alcanzado: paciente mantiene un volumen adecuado de líquidos, mucosas orales húmedas, orina clara con volumen de 60ml por hora.
Resultado esperado: Paciente presentará volumen adecuado de líquidos, mucosas orales húmedas, orina clara con volumen de 60ml por hora durante el transoperatorio.	

Tabla 16

Evaluación del diagnóstico 3

Diagnóstico3	Evaluación
Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.	
Objetivo general: paciente mantendrá la temperatura corporal normal durante la peri operatoria.	Objetivo alcanzado: paciente mantiene su temperatura corporal entre 36-36.5°C.
Resultado esperado: Paciente mantiene su temperatura corporal entre 36-36.5°C durante el transoperatorio.	

Tabla 17

Evaluación del diagnóstico 4

Diagnóstico	Evaluación
Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.	
Objetivo: paciente estará libre de exposición a lesiones durante el proceso intra operatorio.	Objetivo alcanzado: paciente manifiesta tranquilidad, serenidad.
Resultado esperado: paciente presentará tranquilidad, serenidad durante el transoperatorio.	

Tabla 18

Evaluación del diagnóstico 5

Diagnóstico5

Ansiedad relacionada a cambios en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciados por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

Evaluación

Objetivo general: paciente disminuirá su nivel de ansiedad durante el transoperatorio.

Objetivo alcanzado: paciente manifiesta tranquilidad, serenidad.

Resultado esperado: paciente manifestará tranquilidad, serenidad durante el transoperatorio.

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes: A nivel local, nacional e internacional

García, Flores, Gómez, Gordillo, García (2014) realizaron un estudio en el servicio de ginecoobstetricia del hospital rural de la secretaria de Salud del estado de México, titulado “proceso de enfermería en pacientes de pos cesárea: un reto para el sector salud mexiquense”, tuvo como objetivo dar a conocer el proceso de enfermería como método rector de dicha disciplina en el ser y hacer, y como producto de la interacción sistemática y continuada con el paciente. Las respuestas humanas se documentan para emitir diagnósticos, plantear objetivos, planear y evaluar cuidados. El propósito es exponer el plan de cuidados en pacientes post cesareada en un hospital rural del Estado de México. Fue una investigación descriptiva cuantitativa. Se encontró que existe un encuentro paradigmático en la ideología que atañe a las autoras desde la concepción innovadora de meta-paradigmas de enfermería. Se concluyó en que existe la falta de paradigmas para documentar el proceso de transformación desde lo cotidiano del trabajo de enfermería en este tercer milenio.

Méndez, D. Osorno, A. (2014) Realizó un estudio titulado “Proceso a tención de enfermería (cesarea+OTB” en el hospital de la mujer en México, cuyo objetivo fue cubrir los cuidados necesarios y brindar una información clara y precisa a nuestro paciente. Identificar los problemas reales o potenciales del paciente, conocer el diagnóstico y tratamiento, promover el buen trato entre enfermero- paciente, orientar al familiar sobre los cuidados del paciente, la metodología que usó es el proceso de atención de enfermería es un proceso

sistémico, dinámico y continuo. A las conclusiones que llegaron fueron: Se logró la mejora de la paciente pues al llevar a cabo la planeación y realizar la ejecución logramos brindarle una sensación de alivio. Cuando los cuidados de enfermería son llevados de una forma correcta y en el tiempo exacto, sus resultados serán los esperados y deseados por nosotros. Sin olvidar que brindar cuidados no es parte de nuestra responsabilidad, sino de la felicidad.

Condori (2013) Realizó un estudio denominado “Proceso de atención en enfermería aplicado a un paciente con cirugía en cesárea por placenta previa” en el servicio de quirófano del hospital Carlos cornejo Rosello Azángaro. tuvo como objetivo general organizar el proceso de atención enfermería para facilitar una mejor atención directa individualizada y completa, impulsando, la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud en base a los 13 dominios problemas y necesidades del usuario. La metodología fue descriptiva, analítica. El diseño de la investigación es no experimental, cualitativa., transversal. Los resultados fueron: problemática del tipo de cuidado que brinda que brinda el personal de enfermería realiza la valoración a los pacientes utilizando el examen físico correctamente. En los cuidados de enfermería post operatorios las licenciadas de enfermería son responsables de todo el proceso de atención de enfermería, incluido el SOAPIE, según los diagnósticos de NANDA. En las actividades de enfermería post operatorios las licenciadas realizan valoración del apósito de herida quirúrgica, y valoración de los loquios. La gran mayoría del personal de enfermería conoce las normas de bioseguridad, correcto lavado de manos después de la atención a la puérpera.

Zúñiga (2015) Realizó un estudio denominado “proceso de atención de enfermería en una paciente post cesareada con shock anafiláctico” en el servicio de Gineco obstetricia, del Hospital de Ventanilla de la provincia constitucional del Callao. Cuyo objetivo fue poner en

práctica todas las intervenciones aprendidas en el marco teórico como estudiante de enfermería proporcionando así todos los cuidados integrales que tienden al tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente, que nos permitirá evaluar la eficacia y eficiencia de nuestro trabajo realizado. La metodología usada es el método científico el cual permite brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática.

Ataurima (2016) Realizó un estudio “Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, 2016”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de la unidad de recuperación del paciente anestésico. La metodología utilizada fue descriptivo simple con diseño transversal sobre una población de 160 pacientes post operados de la URPA., con una muestra de 40 pacientes. Los resultados de la investigación determinaron que el nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37.5% y en el aspecto técnico en 57.5% de pacientes post operados y las conclusiones a las que llegó fueron que el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en los 50% de pacientes post operados.

Gómez, Gamboa, Jarama, Marina (2017) Realizaron un estudio denominado “Cuidado de enfermería y satisfacción en post cesareadas del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Iquitos César Garayar García, 2016” cuyo objetivo fue determinar la asociación entre cuidado de enfermería y satisfacción con la atención recibida en post cesareada atendidas en el servicio de Gineco obstetricia del hospital César Garayar García -2016. Fue una investigación cuantitativa de diseño no experimental, transversal y correlacional. La población fue conformada por 106 post cesareada y se trabajó con una muestra de 30 pacientes post cesareada. Se encontró que el mayor porcentaje (72%) de las personas estudiadas manifiestan

estar insatisfechas por el inadecuado cuidado de enfermería. Se concluyó que al realizar las pruebas estadísticas para analizar la asociación de variables entre el cuidado de enfermería y la satisfacción con la atención en post cesareada atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de Iquitos César Garayar García 2016”, existe relación estadística significativa.

Patrocinio (2013) desarrolló un estudio “Nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la enfermera en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima 2013” tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la enfermera. El material y método es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo simple y corte transversal. Los resultados fueron que el nivel de satisfacción de la puérpera se encuentra 53.1%(34) en el nivel medianamente satisfecha para el cuidado integral que brinda la enfermera en el servicio de Gineco obstetricia, El 25 % refiere estar insatisfechas y el 21.9% se encuentran satisfechas con los cuidados recibidos. Las puérperas 40.6% manifestaron sentirse medianamente satisfechas y un 37.5 % están satisfechas con los cuidados brindados respecto a la dimensión biológica. Sin embargo, cabe destacar que se encontró que el 60.9% están medianamente satisfechas y que un 20.3 % con insatisfacción en la dimensión emocional y un 33% con satisfacción media y un 28,1% con insatisfacción en la dimensión social, y por último un nivel medio de satisfacción con el 45.3% y el con el 39.1% de insatisfacción en la dimensión espiritual.

Marco conceptual

Embarazo.

Definición.

El embarazo es “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto” (El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).2015, parr.1)

“El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación” (Organización Mundial de la Salud (OMS).2015, parr.9)

La implantación es un proceso que comienza unos 5 o 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a la pared del útero, cuando el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo”. (Organización Mundial de la Salud (OMS).2015, parr.10)

Signos presuntivos del Embarazo

Amenorrea

Hipersensibilidad en los pezones

Mareos

Vómitos matutinos

Somnolencia

Alteración en la percepción de olores y los antojos

Característicos a partir del segundo mes

Sangrado de implantación

Fatiga

Interrupción de la menstruación

Gusto

Deseos frecuentes de orinar

Cambios en las mamas

Manifestaciones cutáneas

Mucosa vaginal

Determinaciones hormonales

Tamaño abdominal

(“El embarazo: Signos presuntivos del embarazo”, blogspot.com, 2011, parr.1)

Complicaciones del embarazo.

Anemia

Diabetes gestacional

Enfermedad Rh de la madre

Desprendimiento de placenta

Placenta previa

Rotura prematura de membranas:

Embarazo múltiple

Poli hidramnios

Oligoamnios

Pre eclampsia

Hipertensión

Hemorragia preparto

Desprendimiento de placenta

Embarazo ectópico

Cardiopatía

Cesárea.

Cabero (2009) afirma que:

La cesárea es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal(laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía). Según la localización y dirección de la incisión uterina, las cesáreas se dividen en dos tipos: las realizadas en el segmento superior del cuerpo del útero y las que se practican en el segmento uterino inferior. (pag.223).

Indicaciones maternas para cesárea.

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por diversas causas: Maternas, Fetales o Mixtas. (Frenk, M et al 2001)

Causas maternas.

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopelvica): Estrechez pélvica, asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas: congénitas del cuerpo o segmento uterino, cérvix y vulva que obstruyen el conducto del parto, previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo

operaciones cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción: Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

Causas fetales:

Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvico.

Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal

Prolapso de cordón umbilical

Sufrimiento fetal

Malformaciones fetales incompatibles con el parto Embarazo prolongado con
 contraindicación para parto vaginal

Cesárea postmortem

Causas mixtas:

Síndrome de desproporción céfalo pélvico

Pre eclampsia/eclampsia

Embarazo múltiple

Infección amniótica

Isoinmunización materno-fetal

Desproporción céfalo pélvica (DCP)

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. Frenk et al (2002) afirma que:

La desproporción céfalo pélvico ocurre en las siguientes circunstancias:

Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.

Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.

Pelvis y fetos normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción céfalo pélvico se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto. (p.17-18)

Modelo teórico

El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería fundamentada en la teoría de Dorothea Orem a una paciente post cesareada, en el servicio de sala de operaciones, 3er piso, de la Clínica Montesur, Se puede decir que la cesárea segmentaria es una intervención quirúrgica frecuente en Gineco obstetricia, aplicada en casos de que las pacientes tienen antecedentes obstétricos de cesáreas anteriores o de desproporción céfalo pélvico(DCP), por lo que también trae riesgos y/ o complicaciones en el post operatorio; por lo cual es muy importante que el personal de enfermería debe prestar un cuidado eficaz, oportuno y de calidad durante el trans operatorio.

Modelo teórico del autocuidado.

Definición: La teoría de déficit de autocuidado describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona.

Dorothea, Orem dentro de la teoría del Autocuidado, trata sobre 3 sub teorías:

La teoría del autocuidado.

Es una contribución constante del individuo a su propia existencia, para lo cual tiene que cumplir 3 requisitos: autocuidado universal, autocuidado del desarrollo y autocuidado de desviación de la salud.

La teoría del déficit del autocuidado.

Habla sobre las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Lo cual determina cuándo es necesario la intervención de la enfermera.

La teoría de los sistemas de enfermería.

Explica los modos en que las enfermeras(os) pueden atender a los individuos con 3 sistemas: sistema de enfermería totalmente compensador, parcialmente compensador y la de apoyo- educación.

Metaparadigmas

A partir de la sugerencia fundamental de Fawcett (1984) de los 4 conceptos del meta paradigma: Enfermero-persona, entorno, salud y enfermería, se ha alcanzado un consenso general entre expertos en enfermería respecto a que el marco propuesto ahora se usa sin referencia al autor para el desarrollo de la ciencia enfermera. Un meta paradigma debería especificar los amplios límites del fenómeno de estudio en una disciplina. Fawcett (2005) propone que un meta paradigma define todos los fenómenos inherentes en la disciplina de una forma escueta, tiene una perspectiva neutral y es de alcance internacional. El meta paradigma es el nivel filosófico superior en la estructura del conocimiento, los modelos y las teorías definen los términos, específicamente en sus trabajos, y se prevén diferencias entre ellos. Fawcett (2005).

Meta paradigma de Enfermería

Un meta paradigma de enfermería es un conjunto de conceptos globales que involucran fenómenos comunes de interés para una disciplina, proposiciones globales de relaciones entre ellos de manera abstracta. Se compone de 4 conceptos: La persona, entorno, salud, enfermera. Santos, H., Rodríguez, A., Rodríguez, B (2004). Afirma que:

Los fenómenos que conforman en denominado paradigma de enfermería son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado, teniendo en cuenta que, en España, en lugar del concepto del cuidado, frecuentemente encontramos el rol del profesional de enfermería.

A continuación, se menciona la relación entre la teoría de Dorothea Orem y los meta paradigmas.

La persona

Dorothea Orem define a la paciente como un ser con funciones biológicas, simbólicas, sociales, con potencial para aprender y desarrollarse, con capacidad para auto conocerse. Aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; de lo contrario otras personas brindan los cuidados.

Entorno.

Son todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos, sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud

Es el estado que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. La salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Abarca la promoción, el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería

El concepto de cuidado surge de la relación entre: los conceptos de persona, entorno y salud, incluye el objetivo de la disciplina que es ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de uno mismo o de los demás utilizando métodos de ayuda.

(p.265)

Modelo teórico de Ramona T. Mercer –Adopción del papel maternal.

Raile, A., Marriner, T. (2011) afirma que:

Ramona T. Mercer, teórica de enfermería que define el rol materno un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo de toda la vida, en el cuál la madre va creando un vínculo de apego con su hijo, asimismo va aprendiendo las tareas propias del cuidado a su hijo De acuerdo a su rol y expresa el placer y la gratificación en el cumplimiento de éste rol. La adopción del rol es el punto final en el cuál la madre ha desarrollado la competencia, confianza y armonía producto del movimiento hacia el estado personal en el cual la madre logró asumir plenamente su rol: la identidad materna. Mercer basa la teoría de la adopción del rol materno en los siguientes factores:

Adopción del rol materno

Identidad materna

Percepción de la experiencia del nacimiento

Autoestima

Auto concepto

Flexibilidad

Actitudes respecto a la crianza

Estado de salud

Ansiedad

Depresión

Tensión debida al rol

Gratificación – satisfacción

Unión

Temperamento del niño

Estado de salud del niño

Características del niño

Señales de los lactantes

Familia

Funcionamiento de la familia

Padre o compañero

Estrés

Apoyo social

Relación Madre- Padre

Según Mercer, convertirse en madre es más que únicamente asumir el rol es una evolución continua e infinita, es un crecimiento personal y una evolución hacia la madurez y la armonía plena de la mujer.

El paciente en el centro quirúrgico se muestra en grado de dependencia IV por lo tanto no puede realizar su propio autocuidado dependiendo su supervivencia de los cuidados que le brinde el equipo de salud; utilizándose el sistema compensatorio por Dorothea E. Orem, con la finalidad de que el proceso quirúrgico sea menos traumático y eficaz. (P.584)

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Es un estudio de tipo descriptivo analítico, Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente; contiene recomendaciones significativas que son válidas por su base científica que ayudan a mejorar la práctica clínica. Consta de 5 fases: Valoración que consiste en recoger datos de manera organizada; diagnósticos de Enfermería donde se realizan el análisis de los datos, identificación de problemas de salud, riesgos y factores plasmados en diagnósticos de enfermería; la planificación donde se realiza la priorización de los diagnósticos de enfermería, complicaciones potenciales(CP), objetivos, resultados esperados y las intervenciones de enfermería; la ejecución donde se aplican las intervenciones de enfermería para beneficio de la paciente en las áreas biopsicosocial-espiritual y la evaluación donde se determina si la paciente se recupera, permanece estable o se deteriora. Kosier, Erb(2008)

Sujeto de estudio

La paciente en estudio es la Sra. A.N. M.C. de 30 años, primigesta nulípara con edad gestacional 38ss., que ingresa a sala de operaciones para una Cesárea de emergencia por incompatibilidad céfalo-pélvico.

Delimitación geográfica temporal

La clínica se encuentra ubicada en Avenida el Polo 505, Santiago de Surco. Brinda servicios a los ciudadanos de Surco y beneficiarios de las entidades prestadoras de Salud de Lima. Cuenta con un centro quirúrgico y la Unidad de Recuperación post anestésica, la cual tiene 4 quirófanos implementados con tecnología de última generación, monitores, máquinas

de anestesia, sistema de aspiración, servocunas, instrumental, bombas infusoras, ventiladores mecánicos, entre otros. Con un equipo de enfermería constituido por 10 enfermeras y 10 técnicas de enfermería, altamente especializados.

Técnica de recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la observación del paciente y como instrumento de recolección de datos la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon que consta de 11 patrones: Patrón percepción –control de la salud, patrones relaciones-rol, patrón valores y creencias, patrón autopercepción-auto concepto/tolerancia afrontamiento al estrés, patrón descanso-sueño, patrón percepción-cognitivo, patrón actividad ejercicio, patrón nutricional metabólico, patrón eliminación, patrón sexualidad-reproducción, patrón afrontamiento/tolerancia al estrés. Potter (2002)

Consideraciones Éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki; reporte Belmont; pautas CIOMS;GCP/ICH) y en la resolución 008430 de octubre 4 de 1993, y debido a que esta investigación se considera como riesgo, de acuerdo al capítulo IV, artículo 30, para realizar investigaciones en mujeres en edad fértil, embarazadas , durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos, de la utilización de embriones, óbitos o fetos y de la fertilización artificial, se requiere obtener el consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o compañero de acuerdo a lo estipulado en los artículos 15 y 16 de {este reglamento, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso.

El consentimiento informado del cónyuge o compañero sólo podrá dispensarse en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarlo; porque el

compañero no se haga cargo de la mujer, o cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer, embrión, feto o recién nacido.

En Perú contamos con el Código de Ética y Deontología el cuál es un documento elaborado por el colegio de Enfermeros del Perú, quién tiene dentro de sus fines, el velar por el ejercicio profesional y mantener vigilancia sobre la ética y deontología profesional y nos dice en el Capítulo III la enfermera(O) y el ejercicio profesional: Artículo 23^o” La enfermera(O) debe tomar la decisión más adecuada y oportuna en el cuidado de la persona cuando está en riesgo la vida del paciente, considerando los principios de autonomía,justicica,beneficiencia y no maleficencia”.

A la paciente se le informo sobre la confidencialidad en la utilización de los datos obtenidos, los cuáles serán utilizados con fines de investigación. Para lo cual la paciente firmo el consentimiento informado.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 19

Resultados de los diagnósticos

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
Total	5	100				

Análisis de los diagnósticos

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del postparto.

Las pérdidas sanguíneas durante el parto o cesárea normalmente no requieren transfusión sanguínea si la hemoglobina (Hb) se mantiene por arriba de 10 g/dl, considerándose como cantidades habituales una pérdida de 250 a 500 ml. en el parto y de 1,000 ml. en la cesárea, y generalmente no se requiere transfusión en estas condiciones si la Hb preparto en la paciente es mayor a los 10 g/dL.4.

Macphail S, Talks K. Massive post-partum haemorrhage and management of disseminated intravascular coagulation. *Curr Obstet Gynecol* 2004; 14: 123-31.

Hay un aumento en la activación de las plaquetas y en los niveles de los factores de la coagulación, particularmente el fibrinógeno, factor VIII y factor IX. Además, el sistema fibrinolítico está suprimido. El efecto es proteger a la madre de la hemorragia durante el parto y el alumbramiento; sin embargo, estos cambios también resultan en una mayor susceptibilidad al tromboembolismo.⁸ Se pierden aproximadamente 500 ml. de sangre durante un parto vaginal normal de un feto único y hasta 1,000 ml. durante una cesárea. Esta pérdida de sangre raramente requiere transfusión si la Hb materna está sobre 10.0 g/dl. antes del parto.

La fisiología del sangrado y la respuesta a la hemorragia son bien conocidas. Los cambios fisiológicos en el embarazo, como el incremento en la masa eritrocítica, el volumen plasmático y el gasto cardíaco proveen una reserva compensatoria para la pérdida sanguínea aguda durante el parto. Ekeroma A. Blood transfusion in obstetrics. *Gynaecology* 1997; 104(3): 278-84. G.

La paciente en estudio, ha presentado un sangrado de 500ml. En la cesárea como parte de la intervención quirúrgica, la cual tiene que ser repuesta con fluidos, etc. Por tal motivo existe el diagnóstico de riesgo de sangrado.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la diuresis y aumento de la concentración de la orina.

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 cuerpo humano está constituido por agua en un 50 a 70% del peso corporal, en dos compartimientos: Intracelular, distribuido en un 50% y extracelular, en un 20%, a su vez éste se subdivide, quedando en el espacio intersticial 15%, y 5% se encuentra

en el espacio intravascular en forma de plasma. Los electrólitos en el extracelular: Sodio, calcio y cloro y en el intracelulares: Potasio, magnesio fosfato y sulfato. El balance 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 riñón también interviene en el equilibrio ácido-base, regulando la concentración plasmática del bicarbonato. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrólitos pueden originarse por un estado patológico como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras. Balance.

El balance de líquidos es un indicador de las condiciones hídricas de un paciente, se consideran los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería es contribuir a mantener un equilibrio de líquidos y electrolíticos en el organismo del paciente. ya que depende de la precisión con la cual se realice este procedimiento, el cual repercutirá en el tratamiento y recuperación de su paciente.

Riesgo de hipotermia peri operatoria relacionado con anestesia regional y temperatura ambiental baja.

El desarrollo de una hipotermia peri operatoria, generalmente moderada (34-35 °C), es frecuente si no se toman las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento. La temperatura corporal de los pacientes puede descender de 1 a 1,5 °C durante la primera hora de anestesia general por efecto de la redistribución interna del calor. La aparición, en torno a los 34,5 °C, de la vasoconstricción termorreguladora, explica la estabilización posterior de la temperatura central. Los mismos mecanismos explican la hipotermia bajo anestesia raquídea. Las consecuencias de la hipotermia son bien conocidas: vasoconstricción periférica,

incremento de los requerimientos de oxígeno, descenso del metabolismo de fármacos, alteraciones de la coagulación, deterioro de la respuesta inmunológica e isquemia miocárdica. Todo ello se traduce en un aumento de los eventos cardiológicos, infecciones de la herida quirúrgica, incremento de la pérdida de sangre y, por tanto, mayor riesgo transfusional y retraso en el alta de los pacientes de la unidad de recuperación pos anestésica. La monitorización de la temperatura durante la intervención quirúrgica es importante para detectar y limitar las complicaciones derivadas de la hipotermia y comprobar la eficacia de los sistemas de calentamiento. El precalentamiento de los pacientes con sistemas de aire forzado en la sala de espera pre quirúrgica ha demostrado reducir la redistribución del calor tras la inducción anestésica. El aislamiento pasivo reduce las pérdidas de calor, pero la mayoría de pacientes precisan un calentamiento activo con aire forzado o mantas eléctricas para mantener la normotermia. Se recomienda calentar los fluidos cuando se van a administrar en grandes cantidades y como complemento al calentamiento. Álvarez, J (2011).

Riesgo de lesión relacionada con el entorno peri operatorio y sistema de traslado inseguro.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define la caída como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Se consideran la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. La mayoría de las caídas no suelen tener consecuencias o éstas son leves. Se estima que el 5% de las caídas causan lesiones graves, cuyas consecuencias son: Discapacidad temporal o permanente. Aumento de estancias hospitalarias. Complicaciones de la evolución de la enfermedad. Problemas psicosociales: Síndrome Post caída (miedo a volver a caerse).

Factores externos: Iluminación insuficiente. Suelos deslizantes, mojados o irregulares. Desorden. Alfombras mal fijadas. Falta de existencia de barandillas en pasillos, escaleras,

baños. Falta de dispositivos de seguridad: barandillas en las camas. Escalones mal señalizados. Sillas y mobiliario en mal estado. Calzado abierto por detrás.

Ansiedad relacionada a cambio en el proceso quirúrgico y de maternidad evidenciado por angustia, preocupación, temor e incertidumbre.

La ansiedad es una reacción compleja frente a situaciones o estímulos potencialmente peligrosos. Es una señal de nerviosismo e incluso alteraciones motoras. En resumen, la ansiedad es un estado anímico desagradable que incluye componentes fisiológicos, psíquicos y conductuales. La cirugía es percibida por el paciente como un factor de estrés importante que puede traducirse en nerviosismo y ansiedad. Ante una cirugía la ansiedad se da en el preoperatorio como en el postoperatorio.

Las respuestas fisiológicas del organismo ante la ansiedad son muy similares a las del miedo. El miedo es una respuesta clara ante una amenaza concreta, que puede variar en intensidad. Si un individuo siente que su vida está en peligro, la respuesta emocional del organismo será el miedo, en esos momentos ante la súbita producción de adrenalina el cerebro activará una movilización psicológica intensa en busca de una solución: afrontar o huir, si es posible. Sin embargo, en la ansiedad, la respuesta que se da no es tan inmediata ni tan intensa, lo que aparece es un conjunto de sensaciones difusas que impregnan el estado de ánimo y generan un sentimiento de incomodidad continuo y permanente, que ni llega pronto ni se va rápido. Varela (2002)

Discusión

Según Cabero, L., Saldívar., “las indicaciones de la cesárea pueden agruparse de diversas maneras: naturales, fetales y mixtos, según quien el supuesto beneficiario de la intervención: electivas, esto es, sin intento el trabajo de parto o intraparto o de recurso, emergentes, urgentes o programables, absolutos o relativos, etc.”.

Según la comisión de ética de la SEGO (10) se acepta, que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas a la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otros de justificación más discutible, son los que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: (a) La desproporción pélvica fetal contrastable, incluso antes del trabajo de parto. (b) Las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio, o los tumores previos. (c) La placenta previa central, marginal o parcial, en función de la hemorragia. (d) El sufrimiento fetal agudo (e) Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.

El servicio de ginecoobstetricia y la sala de operaciones son áreas especializadas, conformado por especialistas del equipo multidisciplinarios. Aquí se realizan los monitoreos inmediatos y de alta tecnología para evaluar el bienestar materno fetal y asegurar el nacimiento del RN en óptimas condiciones y la recuperación pronta de la madre.

La paciente en estudio es una dama de 30 años, Primigesta de 38 ss. de edad gestacional que ingresó a emergencia por presentar contracciones frecuentes y de gran intensidad, a la evaluación se aprecia movimientos fetales presentes, con desproporción céfalo- pélvico, la programan para cesárea de emergencia. Siendo trasladada a Sala de dilatación para la preparación respectiva y su posterior ingreso a sala de operaciones para cesárea de emergencia por los antecedentes descritos.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La cesárea es el procedimiento quirúrgico de elección, está indicada cuando hay una desproporción céfalo pélvico.

Al término del proceso de atención de enfermería aplicada a paciente en el transoperatorio de cesárea se pudo concluir, que el plan de cuidados pensado y aplicado en la paciente fue acertado, ya que se pudieron alcanzar al 100% los objetivos planteados, se aplicaron las intervenciones de enfermería de manera oportuna.

el proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente post operada de cesárea permite brindar un cuidado integral, humanizado y de calidad a la paciente, de acuerdo a los problemas identificados.

Recomendaciones

Al concluir el proceso de atención de enfermería aplicado en el transoperatorio de paciente cesareada, podemos sugerir que el instrumento de recolección de datos utilizado, puede servir de guía para pacientes con éste diagnóstico, es una guía basada en las dimensiones del cuidado de enfermería. Está dirigida a los enfermeros especialistas que desempeñan sus labores en la sala de operaciones, deben de contar con el perfil adecuado para realizar éstas funciones, y con una capacitación permanente en la atención durante el transoperatorio.

Se recomienda contar con una guía de valoración de enfermería en sala de operaciones.

Aplicar el PAE a la paciente en centro quirúrgico.

Se recomienda contar con plan estandarizado para agilizar las actividades de enfermería.

Que toda enfermera especialista en centro quirúrgico tenga la experticia en el manejo de los diagnósticos de enfermería según NANDA.

Bibliografía

- Almagro., (2000). Hematología, inmunología, *Hemater.Vol.16(2)*,90-98
- Ataurima, R., (2016) Escuela de post-grado. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, Lima, 2016.
- Armero, R y col. (2008). Guía de fármacos en anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Doctor Peset. España. Disponible en:<http://www.librosdeanestesia.com/guiafarmacos/Ranitidina.htm#Farmacocin>.
- Agencia Española de Medicamentos (www.agemed.es); Medicines UK (www.medicines.org.uk); Expedientes para registro Dormicum.
- Bulecheck, Gloria M. & Butcher, R.S. (2014) clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) 6° Edición, Editorial Elsevier.web.uaemex.mx/revista horizontes/docs/revistas/Vol5/3_PROCESO.pdf
- Biblioteca Médica digital (2013) Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Disponible en:http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ranitidina.htm.
- Cabero, R., Saldívar, D., Rodríguez, E. (2010). Obstetricia y Medicina materno fetal (3ª. ed.) España: Panamericana.
- Cabero, R., Saldívar, R. (2009). Operatoria obstétrica una visión actual (4ª. ed.) Buenos Aires: Panamericana.

- Carruiteros, G. (206-2008). Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Condori, C. (2012-2014). Proceso de atención en enfermería aplicado a un paciente con cirugía en cesárea por placenta previa. Tesis de licenciatura en enfermería, Universidad Alas Peruanas, Puno.
- Cullough J. (2005) Transfusion medicine. Second Edition. Ed. Elsevier. USA. Chap. 12
- Doenges, M & Frances, R.s. (2008) Planes de cuidados de enfermería, McGRAW-HILL Interamericana editores, S.A. de C.V.
- Fawcett (2005). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories (2nd ed.) Philadelphia.
- Frenk et al. (2002). Cesárea segura, Secretaria general de salud, ISBN, México.
- Gómez, R. Gutiérrez, G., Jarama, C., Marina, R. (2017) Cuidado de enfermería y satisfacción en post cesareadas del servicio de ginecoobstetricia del Hospital de Iquitos César Garayar García, Tesis de especialista en enfermería en Ginecoobstetricia, Universidad Peruana Unión, Lima.
- Instituto Químico biológico (2012) Ranitidina. Instituto Químico biológico. Disponible en: [8.http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r004.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r004.htm)
- Laboratorio Ferring. (2016) Carbetocina(Duratocin). Recuperado de ferring.com.ar.
- Lorenzo et al (2008). Velásquez Farmacología básica y clínica (18ª Ed.) España: Medica Panamericana.
- Méndez, C., Osorno, De la R, (2014). Proceso de atención de enfermería(cesarea+OTB) Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Tlaxcala, México.

- Moorhead, Sue & Johnson, R.S. (2013) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)5^o edición, Editorial Elsevier.
- MINSA (2011) Guía técnica de implementación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía
- Noble (2008) Quemaduras de piel por electro bisturí monopolar: prevención Recuperado de www.nobleseguros.com
- OMS - UNICEF (2015) Definición del embarazo y adolescencia según la OMS y la UNICEF, edit. Scribd
- Pérez et al. (2006) Estudios epidemiológicos e investigación Enfermera (1a ed.) España: MAD, S.L.
- Potter, P., Perry, A. (2002). Fundamentos de Enfermería (5^a ed.) España: Harcourt/Océano.
- Quintanilla (2002). Cesárea segura. Recuperado de www.salud.gob.mx
- (2009). ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del embarazo? Recuperado de hola.com
- Raile, A.y Marriner, T. (2011) Modelos y teorías en enfermería, Barcelona: Elsevier
- Rengifo, J. (2018) El embarazo: Signos presuntivos del embarazo
- Rivera, F (2006). Transfusión sanguínea e la paciente embarazada. *Revista mexicana de anestesiología*. Vol.29, supl.1 abril-junio37-52.
- Santos, H., Rodríguez, A., Rodríguez, B. (2004). Metodología de Investigación en Enfermería, Madrid: Diaz de Santos, S.A.
- Servicio de atención Médica Urgente (2006) Guía Farmacoterapéutica 061Illes Balears. Gráficas loyse S.L. España. Pág. 85.

Stepp, G., Smith, H. (2003) Manual de embarazo y parto de alto riesgo (3a.ed.) Madrid: Elsevier.

Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W. Henderson, A., & Kirkham, S.R. (1998). Nursing's metaparadigm concept: Disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*,27,1257-1268

Torres, O. (2010) Los dos pilares de la transfusión, *Rev. Mex. Med Tran*, Vol. 3, Supl. 1, pp S14-S20 • Mayo – Agosto.

Torres, O. (2010) Los dos pilares de la transfusión, *Rev. Mex. Med Tran*, Vol. 3, Supl. 1, pp S14-S20 • Mayo – Agosto.

Varela P. Ansiosamente, claves para reconocer y desafiar la ansiedad. La esfera de los libros,2002.

Zúñiga, Y. (2015). Paciente post cesareada con Shock Anafiláctico. Tesis de Licenciatura en enfermería, Universidad interamericana para el desarrollo, Callao.

Anexos

Anexo1

Guía de valoración

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD
--

Antecedentes de enfermedad y

quirúrgicas:

HTA Causada por el Embarazo () DM ()

Gastritis/Ulcera () TBC () Asma ()

Internaciones quirúrgicas: No (x)

Si () Fecha ()

Alergias y otras reacciones:

Fármacos: niega

Alimentos: niega

Signos y síntomas: niega

Factores de Riesgo:

Consumo de tabaco: niega

Consumo de alcohol: ... niega ... bebedora
social

Consumo de drogas: ... niega

Medicamentos (con o sin receta médica)

¿Qué toma actualmente?

Dosis/frec. Acido folico 1 tab.dia.

Última dosis el día de ayer en am.

ácido fólico 1 tab. Por día.

Estado de higiene:

Buena (x) Regular () Mala ()

Resultados de exám. adicionales:

Hemoglobina: 11.5 gr/dl

Hematocrito: 35.1 %

Plaquetas: 171ul

IR: 0.85 S/U

Grupo y Factor: O -

Hepatitis B: Negativo

VDRL: No Reactivo

PRUEBA CRUZADA: Compatible

VIH: No Reactivo

Examen de orina

Leucocitos: 1-2 x campo

Hematíes: 0-2x campo

Gérmenes: 1

BIOQUIMICO

Glucosa: 85 mg/dl

Urea: 25.0 mg/dl

Creatinina: 0.59 mg/dl

Necesidad de profilaxis preoperatorio -

Antibiótica:

Rocephin 1g.via EV. Stat. 20-01-18

Hora: 18:45pm Lic.: Miriam

analgesia: petidina 100 mg.+

dexametasona+ NaCl 9%.

Otros: Ranitidina 50 mg.+

metoclopramida 10mg. Ev.

Sonda Foley permeable

CFV

¿Sabe usted que operación le van a realizar?

“Me van a realizar una cesárea de emergencia, mi bebe eligió su fecha de nacimiento”.

Medidas de Seguridad:

Camilla cuenta con barandas Levantadas:

Si (x) No ()

Al trasladar paciente a la camilla

quirúrgica o silla de ruedas:

Frenos activos: Si (x) No ()

Número adecuado de personal al transferir paciente:

Si (x) No ()

Especificar: 1 Lic. enfermería y 1 técnica de enfermería

Retiro de Accesorios Si (x) No ()

Especificar: joyas como reloj y pulsera

¿Paciente cuenta con paquete globular reservado?

Si (x) Especificar:1 unidad

No ()

Retiro de Accesorios Si (x) No ()

Especificar: joyas como reloj y pulsera

¿Paciente cuenta con paquete globular reservado?

Si (x) Especificar:1 unidad

No ()

Paciente cuenta con imágenes diagnosticas en físico:

Si (x) No ()

Especificar: ecografía obstétrica

PATRON DE RELACIONES –
ROL (ASPECTO SOCIAL)

Estado Civil:

Ocupación: ama de casa(x)

Estado Civil: Soltero/a () Casado/a ()

Conviviente (x) divorciado/a ()

¿Con quién vive?

Solo () Con su esposo (x) Otros ()

Fuente de apoyo: Familia (x) Amigos ()

Estado Civil:

Ocupación: ama de casa

Estado Civil: Soltero/a () Casado/a ()

Conviviente (x) divorciado/a ()

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (x) Otros ()

Fuente de apoyo: Familia (x) Amigos ()

PATRON DE VALORES –

CREENCIAS

Religión: cristiana

Restricciones religiosas: Niega

Solicita visita de capellán: No

Comentarios adicionales: No

PATRON AUTOPERCEPCION –
AUTOCONCEPTO TOLERANCIA
A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Estado emocional:

Tranquilo () ansiedad (x) negativo ()

Temeroso (x) irritable () indiferente ()

Preocupaciones principales/comentarios:

“Me siento ansiosa, es mi 1er bebe, “me angustia” “nunca me han operado” “me preocupa”

PATRON DE DESCANSO –

SUEÑO

Horas de sueño: 8 hrs de forma espaciada

Problemas para dormir: Si (x) No ()

“Los últimos meses ha sido complicado dormir debido a la barriga grande”

¿Usa algún medicamento para dormir:

No(x) Si ()

PATRON PERCEPTIVO

COGNITIVO

Despierto () Somnoliento (x)

Soporoso () Inconsciente ()

Lotep (x)

Presencia de anomalías en:

Audición: niega **Visión:** niega

Habla/lengua: español

Dolor/molestias: Si (x) No ()

Descripción:

“Tengo dolor en mi herida”

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
<u>4</u> <u>Espontanea</u>	<u>5 Orientado,</u> <u>mantiene</u> <u>una</u> <u>conversación</u> <u>n</u>	<u>6 obedece</u> <u>ordenes</u>
3 A la voz	4 Confuso	5 localiza 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

Puntaje Total: 15 pts.

Pupilas: Isocóricas (x) Anisocóricas ()

Reactivas (x) No Reactivas ()

PATRON ACCTIVIDAD –
EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

RESPIRACION: Superficial (x)

Profunda ()

Disnea: En reposo () Al ejercicio ()

Se cansa con facilidad: Si (x) No ()

Ruidos respiratorios: Si () No (x)

Reflejo de la tos: Disminuido ()

Aumentado ()

Secreciones: No (x) Si ()

O₂: No () Si (x) M. Reservorio

Modo: FIO₂:0.50%

TET () Traqueotomía () VM () Sato2 ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

FC: 87 Regular (x) Irregular ()

Pulso periférico: Normal (x) Disminuido

()

Latidos Fetales: 144 x

Edema: No () Si (x)

Ubicación: Miembros Inferiores

Necesidad de vendaje de MMII: Si (x)

No ()

Riego periferico:

MII tibia()fria() caliente()

MID tibia()fria() caliente()

MSI tibia()fria() caliente()

MSD tibia()fria() caliente()

Presencia de la líneas invacivas:

Cateter periferico: si (x) No ()

Ubicación: MSD

Cateter central: Si () No (x)

Otros: cateter epidural.

Aparatos de ayuda:

Ninguna () Muletas () Bastón ()

Andador () Silla de Ruedas () Otros:

.....

Movilidad de miembros:

Conservada (X) flacidez ()

Contracturas () parálisis ()

Fuerza muscular:

Conservada (X) Disminuida ()

PATRON NUTRICIONAL -

METABOLICO

Piel: Coloración:

normal () pálida (x) cianótica ()

ictérica () caliente () tibia(x)

Rasurado de zona Operatoria:

SI (X) NO ()

hidratación: seca (x) turgente ()” tengo sed”

integridad: intacta(x) lesiones ()

Especificar zona: Zona operatoria a nivel supra púbico.

Cavidad Bucal. - dentadura:

Completa (X) ausente () incompleta ()
prótesis ()

Retiro de prótesis: Si () No (X)

Mucosa oral: Intacta (X) Lesiones ()

Hidratación: Si () No (x)

Nauseas (x) 100cc Pirosis () Vómitos ()

SNG: No (X) Si () Drenaje ()

Abdomen: Normal () Distendido ()

Doloroso (X)

Drenajes: No (X) Si ()

Horas de ayuno preoperatorio: 6 HRS

PATRON ELIMINACION

Hábitos Intestinales

Número de deposiciones /día: 1 vez al día

Normal(x) Estreñimiento () diarrea ()

Ostomias Si () NO (X)

Hábitos vesicales:

Diuresis: Si (X) por sonda vesical Foley

Especificar: 100CC

Sondaje (X) Colector () Pañal ()

Fecha de colocación: 20/01/18

Necesidad de enema preoperatorio:

Si () No (X)

SIATEMAS DE AYUDA:

Sonda Foley(x)

Volúmenes durante el proceso quirúrgico:

Ingreso intravenoso: 1700cc de NaCl 9%

Egresos vesicales: 100cc de orina colúrica.

PATRON

SEXUALIDAD/REPRODUCCION

Secreciones anormales en genitales:

No (X) Si ()

Otros malestares: no

Comentarios adicionales: no

Intra – Operatorio: ninguno

TRATAMIENTO MEDICO ACTUAL

- NPO y Mañana en desayuno dieta líquida.
- Analgesia por catéter epidural.
- Dextrosa al 5% AD 1000cc+CINa 20%(1) +CIK20% (1) I-II
- Sonda vesical Foley permeable descartar con > 500cc

Nombre del Enfermera

Miriam Edelmira Garrido Córdova.

Firma.....

CEP: 32570

Fecha 20-01-18.

Anexo 2

Fichas farmacológicas

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Ranitidina

Nombre genérico: Ranitidina

Nombre comercial: Achedos, Atural, Ulceran, Ranuber

Grupo Farmacológico: Procinético, antiemético-bloqueador dopaminérgico. Antagonista H₂ de acción selectiva (antagonistas de los receptores H₂ de la histamina)

Grupo Terapéutico: Aparato digestivo: anti ulceroso y anti secretante

Indicaciones: La ranitidina está indicada en la úlcera duodenal; úlcera gástrica benigna; s. de Zollinger-Ellison; como profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante; esofagitis péptica y tto. de los síntomas asociados; profilaxis de hemorragia gastrointestinal debida a úlceras de estrés en enfermos graves; en el preoperatorio, en pacientes con riesgo de síndrome de aspiración ácida (síndrome de Mendelson), especialmente pacientes obstétricas durante el parto

Mecanismo de acción: La ranitidina se encarga de inhibir la unión de la histamina a los receptores H₂ de las células parietales gástricas, reduciendo la secreción de ácido basal y estimulada por los alimentos, la cafeína, la insulina o la pentagastrina. La ranitidina reduce el volumen de ácido excretado y de manera indirecta, reduce la secreción de pepsina. La ranitidina muestra un efecto cicatrizante sobre la mucosa gastrointestinal, protegiéndola de la acción irritante del ácido acetilsalicílico y de otros fármacos anti-inflamatorios no esteroideos.

Reacción adversa/efectos adversos: Es poco frecuentes: dolor abdominal, estreñimiento, náuseas (estos síntomas mejoran generalmente con el tratamiento continuado).

Posología: Vía de administración: I.V. Dosis usual para adultos y adolescentes: úlcera duodenal; úlcera gástrica; estados hipersecretorios gástricos y profilaxis de la hemorragia de la mucosa inducida por estrés: I.V., 50 mg cada 6 a 8 horas. (P.34)

Cuidados de enfermería

Planificar horario de administración.

Observar la aparición de efectos colaterales (función gástrica, cefalea, otros).

Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30° C y en lugar seco. Protéjase de la luz.

Interacciones o Antiácidos, antimicóticos, sucralfato: disminuyen absorción de la ranitidina.

Antiarrítmicos: incrementa concentración plasmática de procaínamida.o. o Hipoglucemiantes orales, warfarina, fenitoína, propanolol, metoprolol, nifedipino.

Diazepan y teofilina: inhibidor enzimático débil, incrementa sus concentraciones. O Itraconazol, ketoconazol, cefpodoxima, tetraciclina: disminuye su absorción.

Conservar a temperatura ambiente inferior a 25°C; conservar protegido dela luz.

Asegurarse, realizando anamnesis completa y empleando los medios diagnósticos apropiados, de que el cuadro clínico corresponde a una de las indicaciones.

Debe excluirse la posibilidad de que el proceso tratado sea de naturaleza neoplásica, en cuyo caso el medicamento, al aliviar la sintomatología, puede enmascarar la evolución del cuadro.

Averiguar si paciente es hipersensible al fármaco o excipientes. • Utilizar en embarazo y lactancia únicamente si su administración es esencial (pasa placenta y leche materna).

Planificar horario de administración.

Utilizar de forma individualizada la medicación, etiquetando el envase con la identificación del paciente y la fecha de apertura, si precisa.

La administración IV debe ser lenta (diluir al menos con 20 ml de diluyente y administrar en 5-15 minutos).

Observar la aparición de efectos colaterales (función gástrica, cefalea, otros).

En tratamientos IV de más de cinco días de duración se observa un aumento de las enzimas hepáticas, por lo que se deben monitorizar en tratamientos prolongados. Se aconseja monitorizar los niveles de transaminasas hepáticas.

En caso de insuficiencia renal, las dosis deben ser adaptadas al aclaramiento de creatinina existente, disminuir dosis en enfermos con disfunción renal, hepática o inmunológica.

Metoclopramida

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: metoclopramida

Nombre comercial: primperam

Clasificación

Grupo Farmacológico: Antiemético, bloqueante dopaminérgico, procinético gastrointestinal

Grupo Terapéutico: Medicamento para trastornos funcionales gastrointestinales

Indicaciones: Tratamiento sintomático y preventivo de náuseas y vómitos: Reflujo gastroesofágico (RGE) e hipo.

Trastornos funcionales de la motilidad digestiva: Gastroparesia.

Coadyuvante en exploraciones del tubo digestivo y en examen radiológico.

Prevención y tratamiento de las náuseas y de la emesis provocadas por radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia antineoplásica.

Mecanismo de acción

El efecto antiemético resulta de dos mecanismos de acción: Antagonismo de los receptores dopaminérgico D₂ de estimulación quimicoceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina (vómito inducido). Antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT₃ y antagonismo de los receptores 5-HT₄ implicados en el vómito provocado por la quimioterapia. La metoclopramida estimula por tanto los movimientos peristálticos.

Reacción adversa/efectos adversos: Somnolencia, Hipotensión, Bradicardia, Diarrea, Reacciones de hipersensibilidad y Broncoespasmo.

Dosis

Adultos IV/IM: 50-100 mg lento /6-8 h y VO: 150 mg / 12h o 300 mg por la noche

Cuidados de enfermería

Valorar estado de conciencia

Monitorizar signos vitales especialmente FC, TA

Valorar signos de hipersensibilidad

Almacenar a temperatura menor a 30°C y proteger de la luz.

Duratocin

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: Carbetocina 100 mcg/ml

Nombre comercial: Duratocin

Clasificación: Es una agonista de la oxitocina de larga acción. Como la oxitocina, la carbetocina se une selectivamente a los receptores de oxitocina en el músculo liso uterino, estimulando contracciones rítmicas del útero, incrementando la frecuencia de las contracciones existentes y aumentando el tono de la musculatura uterina. En el útero post-parto, la carbetocina es capaz de incrementar la frecuencia y tono de las contracciones uterinas espontáneas. El inicio de las contracciones uterinas luego de la administración de carbetocina es rápido, siendo obtenida una contracción firme dentro de los 2 minutos. Una dosis individual de 100 mcg de carbetocina I.V. administrada luego del parto del neonato es suficiente para mantener una contracción uterina adecuada que previene la atonía uterina y el sangrado excesivo comparable con la infusión de oxitocina durante varias horas.

Indicaciones: Duratocin (carbetocina solución inyectable) es indicado para la prevención de atonía uterina y hemorragia post-parto, después de una cesárea por elección con anestesia epidural o raquídea.

Mecanismo de acción: Las propiedades farmacológicas y clínicas de carbetocina son las de un agonista de oxitocina de acción prolongada. Se une selectivamente a receptores de oxitocina en el músculo liso del útero, estimula las contracciones rítmicas del útero, aumenta la frecuencia de contracciones existentes, y aumenta el tono de la musculatura del útero.

Reacción adversa/efectos adversos

Efectos secundarios: Desórdenes del sistema sanguíneo y linfático: Común: Anemia.
Desórdenes del sistema nervioso: Muy común: Cefaleas, temblores. Común: Mareos.
Desórdenes vasculares: Muy común: Hipotensión, Flushing. Desórdenes respiratorios, torácicos y mediastinales: Común: Dolor torácico, disnea. Desórdenes gastrointestinales: Muy común: Náuseas, dolor abdominal. Común: Gusto metálico, vómitos.
Desórdenes de la piel y el tejido subcutáneo: Muy común: Prurito. Desórdenes músculo-esqueléticos y del tejido conectivo: Común: Dolor de espalda. Desórdenes generales y condiciones en el sitio de administración: Muy común: Sensación de calor. Común: Calosfríos, dolor. En los ensayos clínicos se han reportado casos esporádicos de sudoración y taquicardia.

Dosis: única dosis administrada por vía I.V. de 100 µg (1ml) de Duratocin (carbetocina solución inyectable). Se administra mediante una inyección en forma de bolo, en un lapso de por lo menos 1 min, una vez finalizado el parto por cesárea con anestesia epidural. Duratocin puede administrarse antes o después de la expulsión de la placenta

Cuidados de enfermería

Colocar confortablemente e al paciente Tranquilizar al paciente con respecto al equipo de protección utilizado para la Comunicación a la administración. paciente la necesidad de la realización del procedimiento.

Aislamiento de los pacientes con recuento de leucocitos inferior a 1.000 /mm³.

Identificación de riesgos y posibles fuentes de infección (aire, contacto, alimentos)

Verifique que el paciente utilice el tapabocas el mayor tiempo posible

Enseñe y refuerce medidas de autocuidado en el paciente (lavado de manos, higiene bucal y corporal).

Comprobar que la medicación que tiene el servicio de farmacia corresponde Si el fármaco es para con el prescrito con administración respecto al fármaco, intravenosa, dosis, volumen y vía -comprobar que el de administración. paciente es portador Cuando se dé un acceso venoso administre vía oral los comprimidos permeables y no se deben partir adecuado para la ni triturar.

Dexametasona

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: dexametasona

Nombre comercial: fortecortin, Decadron, Dexasone, Diodex, Hexadrol, Maxidex

Otros nombres: Fosfato sódico de dexametasona, Acetato de dexametasona

Clasificación: La dexametasona y sus derivados, dexametasona fosfato sódico y dexametasona acetato son glucocorticoides fluorado de larga duración de acción sintéticos utilizados como antiinflamatorios e inmunosupresores y baja actividad mineralocorticoide.

Indicaciones

Tto. del edema cerebral secundario a tumores cerebrales, traumatismo craneoencefálico, neurocirugía, abscesos cerebrales o meningitis bacteriana. Tto. de shock traumático; tto. del asma agudo grave o estatus asmático; tto. parenteral inicial de enfermedad dermatológicas extensas agudas graves como la eritrodermia, pénfigo vulgar o eczema agudo.

Tto. parenteral inicial de las fases activas de colagenosis como lupus eritematoso sistémico, especialmente formas viscerales; tto. inicial de enfermedades autoinmunes

Tto. de la artritis reumatoide activa; fases activas de las vasculitis sistémicas como panarteritis nodosa (la duración del tto. debe limitarse a 2 sem. en los casos concomitantes de

serología positiva de VHB); curso progresivo grave de la artritis reumatoide activa, p. ej., formas de procedimiento destructivo rápido y/o manifestaciones extra articulares;

Curso sistémico grave de la artritis idiopática juvenil (enf. de Still).

Púrpura trombocitopenia idiopática. Tto. paliativo de enf. Neoplásicas, mieloma múltiple sintomático, leucemia linfoblástica aguda, enf. de Hodgkin y linfomas no Hodgkin

Prevención y tto. de los vómitos postoperatorios, con tto. antiemético; tto. del shock anafiláctico (como terapia posterior a la inyección de epinefrina primaria);

Mecanismo de acción: Los glucocorticoides son hormonas naturales que previenen o suprimen las respuestas inmunes e inflamatorias cuando se administran en dosis farmacológicas. Los glucocorticoides libres cruzan fácilmente las membranas de las células y se unen a unos receptores citoplasmáticos específicos, modificando la síntesis de proteínas. Algunas de las respuestas de los glucocorticoides son la reducción del edema y una supresión general de la respuesta inmunológica. Los glucocorticoides inhalados disminuyen la síntesis de la IgE, aumentan el número de receptores beta adrenérgicos en los leucocitos y disminuyen la síntesis del ácido araquidónico.

Reacción adversa/efectos adversos: Irritación estomacal (acidez), Dolor de cabeza, Sensación de mareo, Cambios en la personalidad y el humor, Aumento del apetito, Dificultad para dormir, Acné, Problemas visuales (cataratas, glaucoma), Cambios en el ciclo menstrual, Aumento de peso, principalmente en la cara y el abdomen, Retención de líquidos que puede aumentar la presión arterial/sanguínea, Aumento de los recuentos de glóbulos blancos, pero disminución de los que combaten las infecciones, Aumento de los niveles de azúcar en la sangre (glucemia), Disminución de los niveles sanguíneos de potasio, especialmente si está tomando otros medicamentos que también disminuyan los niveles de potasio en la sangre.

Dosis

Edema cerebral, neoplasias cerebrales:

Adultos: IV/IM: inicialmente 10-20 mg seguidos de 4 mg/ 6 h según respuesta. Descenso gradual o cambio a dosis de mantenimiento VO de 2-3 mg/ 8-12 h

Antiemético:

Adultos: IV: Inicialmente 10-20 mg. Seguir con 5 mg/ 6 h si precisa

Antinflamatorio

Adultos: IV/IM: 0,5-25 mg/día repartidos en 2-4 dosis

Cuidados de enfermería

Tratar de usar en dosis mínimas.

Administrar durante la mañana, entre las 7 y 8 hrs.

Cuidar la glucemia: HGT. Produce hiperglucemia.

Favorece la osteoporosis.

Valorar si hay acidez.

Para evitar problemas GI administrar con leche o antiácidos.

Nunca saltar dosis.

Suspender en forma gradual.

No auto medicarse para evitar interacciones con otros medicamentos.

Produce retención de agua, Na, hipocaliemia (baja el K).

Produce inmunosupresión: cuidados para prevenir infecciones.

Ketoprofeno

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: ketoprofeno

Nombre comercial: Fastum, Orudis, Ketoprofeno Ratiopharm

Clasificación: Antiinflamatorio, analgésico y antipirético

Indicaciones: Tratamiento del dolor moderado a severo, tanto agudo como crónico, así como procedimientos diagnósticos o terapéuticos dolorosos.

Mecanismo de acción: Inhibición periférica de la síntesis de prostaglandinas secundaria a la inhibición de la enzima ciclooxigenasa. Las prostaglandinas sensibilizan los receptores del dolor y la inhibición de la síntesis de prostaglandinas se cree que es responsable de los efectos analgésicos de ketoprofeno.

Reacción adversa/efectos adversos: Dispepsia, náusea, dolor abdominal, vómitos. Cuidados de enfermería: Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito, observar si se producen signos de hemorragia, por ejemplo, buscar sangre en heces y drenaje nasogástrico, Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación.

Dosis:

Ads. Oral: 50 mg/8-12 h, máx. 200 mg/día. Comp. liberación prolongada: 200 mg/día. IM: 100-200 mg/día (5-15 días), obtenida respuesta, pasar vía oral.

Indicación: Artritis reumatoide, osteoartritis, espondilitis anquilosante, gota (episodios agudos), dolor asociado a inflamación, dolor dental, traumatismos, dolor posquirúrgico, esguinces, tendinitis, bursitis, tortícolis y dismenorrea.

Cuidados de enfermería

Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito.

observar si se producen signos de hemorragia, por ejemplo, buscar sangre en heces y drenaje nasogástrica.

Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación.

Tramadol

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: tramadol

Nombre comercial: Adolonta, Conzip, Zaldiar, Durela, Ralivia, Ryzolt, Ultracet, Ultram, Zytram XL, Tramal

Clasificación: Analgésico de acción central, Antiinflamatorios no esteroideos

Indicaciones: Indicación: Dolor de moderado a severo.

Mecanismo de acción: El tramadol inhibe la recaptación de la norepinefrina y de la serotonina en el sistema nervioso central y, de esta manera, impide la transmisión del dolor a través de la médula.

Reacción adversa/efectos adversos

Aparato digestivo – Flatulencias, ardor de estómago, dolor de abdomen, náuseas, diarrea, vómito, aftas bucales, hemorragias digestivas, úlceras pépticas, sangre en heces y enfermedad de Crohn, un padecimiento de inflamación intestinal que puede causar la muerte.

Sistema nervioso central – Mareos, nerviosismo, dolor de cabeza, somnolencia, etc.

Con menor frecuencia se pueden presentar los siguientes síntomas:

Aparato digestivo – Gastritis.

Problemas en piel – Diversos grados de zonas muertas de la piel.

Retención de líquidos.

Presión arterial alta.

Insuficiencia renal.

Insuficiencia coronaria.

Lesiones en el hígado.

Visión borrosa.

En la sangre – Disminución en el número de leucocitos y otros componentes.

Alteración del gusto.

Aumento de peso.

Dosis

La dosis máxima diaria para adultos es de 300 mg. El gel se debe aplicar masajeando la zona inflamada.

Cuidados de enfermería

Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito, observar si se producen signos de hemorragia, por ejemplo, buscar sangre en heces y drenaje nasogástrico, Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación.

Evaluar frecuencia respiratoria y cardiaca antes y después de administrar el medicamento, evaluar función intestinal ya que provoca estreñimiento.

Dimenhidrinato

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: Dimenhidrinato

Nombre comercial: Biodramin, Cinfamar, Solución, Saldeva, Salvarina, Travel Well, gravol

Clasificación: Antihistamínico, anticolinérgico, antivertiginoso y antiemético

Indicaciones:

Prevención y tto. de cinetosis. Tto. sintomático de vértigos, mareos y vómitos de origen laberíntico.

Mecanismo de acción: La difenhidramina, la parte activa de la molécula de dimenhidrinato, tiene propiedades antihistamínicas, anticolinérgicas, antimuscarínicas, antieméticas y anestésicas locales. También muestra efectos depresores sobre el sistema nervioso central. Los efectos anticolinérgicos inhiben la estimulación vestibular y del laberinto que se produce en los viajes y en el vértigo. Los efectos antimuscarínicos son los responsables de la sedación.

Reacción adversa/efectos adversos: Taquicardia, palpitaciones, otras arritmias cardiacas; somnolencia, sedación, cefalea, vértigo, mareo; glaucoma, trastornos de la visión (midriasis, visión borrosa, diplopía); aumento de la viscosidad de secreciones bronquiales; náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor epigástrico, anorexia, sequedad de boca; retención urinaria, impotencia sexual; reacciones de hipersensibilidad y foto sensibilidad; ataques agudos de porfiria; hipotensión, HTA.

Dosis:

Administración oral: Adultos: 50-100 mg cada 4 -6 horas sin exceder 400 mg/día;
Administración intramuscular o intravenosa: Adultos: 50 mg por vía intramuscular o intravenosa cada 4 horas, sin exceder los 300 mg/dl.

Cuidados de enfermería:

Vigilar tensión arterial antes y después de administración de medicamento

Midazolam.

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: midazolam

Nombre comercial: buccolam solución bucal 2.5, 5, 7,5 y 10 mg dormicum / midazolam gen, ampollas 1 mg/midazolam gen

Clasificación: Benzodiacepina: Depresor del Sistema Nervioso Central. Inductor del sueño.

Indicaciones:

Solución inyectable: Inductor del sueño de acción breve.

Adultos:

Sedación Consciente: antes y durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos con o sin anestesia local.

Anestesia: Premedicación antes de la inducción de la anestesia, en la inducción de la anestesia y como componente sedante en la anestesia combinada.

Sedación en Unidades de Cuidado Intensivo.

Anestesia: Premedicación antes de la inducción de la anestesia.

Sedación en Unidades de Cuidado Intensivo.

Comprimidos: Tratamiento a corto plazo del insomnio que limita la actividad del paciente o que lo somete a una situación de estrés importante. (Trastornos no orgánicos de sueño: insomnio F51 CIE-10).

Mecanismo de acción: Las benzodiazepina actúan sobre el sistema límbico, talámico e hipotalámico del sistema nervioso central produciendo sedación, hipnosis, relajación muscular al mismo tiempo que ejercen una actividad anticonvulsiva. Finalmente, los efectos relajantes musculares se deben a una inhibición mono y poli sináptica en las vías neuromusculares, aunque también tienen un efecto directo depresor sobre el músculo y el nervio motor.

Las benzodiazepinas aumentan la inhibición pre-sináptica de las neuronas, limitando la dispersión de la actividad eléctrica y reduciendo la posibilidad de convulsiones, aunque no inhiben las descargas focales anormales.

Reacción adversa/efectos adversos: sedación, somnolencia, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria; náuseas y vómitos.

Sobredosificación

Dosis

Es un potente sedante que requiere ajuste de la dosis y debe adaptarse para obtener el grado deseado de sedación según las necesidades clínicas, el estado físico, la edad, el peso y los fármacos concomitantes.

Empieza a actuar en aproximadamente 2 minutos y se obtiene efecto máximo en un plazo de 5 a 10 minutos.

La Premedicación produce sedación (inducción al sueño o letargo y disminución del miedo) y pérdida de memoria preoperatoria

Adultos: 7,5 a 15 mg

Cuidados de enfermería

Antibiótico, cefalosporina de tercera generación Mecanismo de acción: Bactericida de amplio espectro y acción prolongada. Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.

Indicación: Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria, neumonía, de garganta nariz y oídos, genital, gonocócica, borreliosis de Lyme, infección con mecanismo defensivo disminuido. Profilaxis perioperatoria.

En adultos el midazolam debe administrarse con lentitud a una velocidad de aproximadamente 1 mg en 30 segundos. En niños la dosis inicial debe administrarse durante 2 o 3 minutos.

Ceftriaxona

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: ceftriaxona

Nombre comercial: Rocephin

Clasificación: Antibiótico, cefalosporina de tercera generación

Indicaciones: Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria, neumonía, de garganta, nariz y oídos, genital, gonocócica, borreliosis de Lyme, infección con mecanismo defensivo disminuido. Profilaxis perioperatoria

Mecanismo de acción: Bactericida de amplio espectro y acción prolongada. Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.

Reacción adversa/efectos adversos: Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis, Eosinofilos, leucopenia, granulocito peña, anemia hemolítica, trombocitopenia, exantema, prurito, urticaria, edema multiforme y dermatitis alérgica.

Dosis: 1-2 g/24 horas

Cuidados de enfermería

Controlar la frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, no administrar en paciente alérgicos a cefalosporinas, no usar si la solución esta turbia o contiene precipitaciones.

Petidina

Lorenzo et al (2008) afirma que:

Nombre genérico: petidina

Nombre comercial:

Clasificación: Analgésico opiáceo, agonista puro, con propiedades semejantes a morfina, pero de más rápida aparición y más corta duración.

Indicaciones

Tratamiento de dolor severo, incluido el dolor asociado a procedimientos quirúrgicos o fracturas, dolores derivados de la afectación del sistema nervioso periférico (neuralgias) o de espasmos de la musculatura lisa (vías biliares, aparato genitourinario, etc.), angina de pecho.

Tto. dolor en obstetricia, en caso de rigidez y espasmos del hocico de tenca, contracturas dolorosas y dolores de expulsión.

Mecanismo de acción: Analgésico central de tipo morfínico (agonista morfínomimético puro). Se opone a la neurotransmisión de mensajes nociceptivos y modifica la reacción psíquica del sujeto al dolor.

Reacción adversa/efectos adversos: Bradicardia, palpitaciones, taquicardia, hipotensión, hipotensión ortostática, hipotensión con insuficiencia circulatoria que puede provocar coma (dosis elevadas); depresión respiratoria (dosis elevadas) que puede ser mortal; sedación, vértigo, mareos, sudoración, confusión (con dosis altas), alteración del estado de ánimo con disforia o euforia, alucinaciones, dolor de cabeza, convulsiones, temblor, depresión respiratoria, movimientos musculares descoordinados, desorientación transitoria, disminución de la libido, aumento de la presión intracraneal; miosis, visión borrosa, visión doble u otras alteraciones visuales; náuseas y vómitos, estreñimiento, boca seca, espasmo biliar.

Dosis en adulto:

25 a 100 mg subcutánea o intramuscular (preferiblemente), repetidas cada 3 o 4 horas si se requiere, sin exceder un máximo de 150 mg como dosis única. La dosis máxima por día no debe exceder los 500 mg. 15 a 35 mg por hora por infusión intravenosa (de preferencia diluir con NaCl 0.9%)

Analgesia obstétrica: 50 a 100 mg intramuscular (preferiblemente) o subcutánea tan pronto como las contracciones ocurran a intervalos regulares. Esta dosis puede repetirse después de 1 a 3 horas.

Cuidados de enfermería

Interrumpir la administración del fármaco si la frecuencia respiratoria disminuye notablemente sobre todo si es menos de 12 /min o menos.

Si las dosis iniciales producen vómitos, las dosis subsecuentes deprimirán el centro de los vómitos.

Los pacientes post-operatorios que deambulen (especialmente las primeras horas) pueden presentar hipotensión postural, por lo que deberán ser protegidos frente a posibles traumatismos.

Administrar el analgésico antes que se inicie el dolor así será más efectivo.

Debe observarse la eficacia de la meperidina o petidina.

Aconsejar al paciente que camine con asistencia después de recibir el fármaco.

Tener Naloxona disponible para corregir la depresión respiratoria.

No mezclar en la misma jeringa con otros fármacos.

Al igual que otros opioide, causa dependencia y síndrome de abstinencia si se deja de tomar de forma repentina tras varios días de administración, por lo que la dosis debe retirarse de forma gradual.

Educación sobre cantidad, tiempo o frecuencia adecuada de este medicamento, y que aumentar la dosificación puede aumentar la posibilidad de efectos secundarios.

Si olvida una dosis de este medicamento no use doble cantidad porque la vida media, al ser alterado, pierde drásticamente su función.

Precaución y ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal y/o hepática.

Administrar la dosis lentamente por que puede producir ansiedad e inquietud intensa tras la administración EV rápida: La infusión intravenosa se debe suministrar lentamente durante un periodo no menor de 15 minutos; 30 minutos antes de comenzar la quimioterapia antineoplásica y repetirla cada 2 horas por dos dosis. Para la prevención de la náusea y vómito posquirúrgico: Se debe administrar metoclopramida inyectable por vía intramuscular cerca del final de la cirugía.

Anexo 3**Kárdex**

Terapéutica	Dosis y Vía de Administración	Fecha y Hora 20-01-2018
Analgesia por catéter epidural	Epidural	22:30PM
Dext.5% Ad 1000cc +ClNa 20% (1) +ClK20%(1)	I-II fcos.	
Rocephin 2 gr.	Ev. Stat	18:45pm
Ranitidina 50mg.	Ev. Stat	18:30pm
Metoclopramida 10mg.	Ev. Stat	18:30pm
Duratocin 1amp.	Ev. Stat	19:30pm.
Sonda Foley permeable D/C 500cc		

Anexo 4**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 post cesareada”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Miriam Edelmira Garrido Córdova, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La 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 (y la de mi menor hijo) 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 del padre, madre o tutor: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor