

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente con cesárea por pelvis estrecha en el  
Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018.

**Por:**

Aurora Francisca Espinoza Requena

**Asesor:**

Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente con cesárea por pelvis estrecha en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018.”* constituye la memoria que presenta la licenciada ESPINOZA REQUENA AURORA FRANCISCA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



---

Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente con cesárea por pelvis estrecha en el

Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

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

Obstetricia

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Delia Luz León Castro

Presidente



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Secretario



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	vii
Resumen.....	viii
Capítulo I .....	9
Valoración.....	9
Datos generales .....	9
Valoración según patrones funcionales:.....	9
Datos de valoración complementarios: .....	11
Exámenes auxiliares. ....	11
Tratamiento médico.....	12
Capítulo II.....	14
Diagnóstico, planificación y ejecución.....	14
Diagnóstico enfermero .....	14
Primer diagnóstico.....	14
Segundo diagnóstico. ....	14
Tercer diagnóstico. ....	14
Cuarto diagnóstico.....	15
Quinto diagnóstico. ....	15
Sexto diagnóstico. ....	15
Séptimo diagnóstico .....	16
Planificación.....	16

Priorización.....	16
Plan de cuidados.....	18
Capítulo III.....	23
Marco teórico.....	23
Dolor agudo.....	23
Riesgo de sangrado.....	26
Riesgo de infección.....	29
Estreñimiento.....	31
Riesgo de caídas.....	34
Capítulo IV.....	37
Evaluación y conclusiones.....	37
Evaluación por días de atención:.....	37
Primer diagnóstico.....	37
Segundo diagnóstico.....	37
Tercer diagnóstico.....	37
Cuarto diagnóstico.....	38
Quinto diagnóstico.....	38
Conclusión.....	38
Bibliografía.....	39
Apéndices.....	43

## Índice de tablas

Tabla 1 Examen completo de Orina.....	11
Tabla 2 Hemograma completo.....	12
Tabla 3 Grupo Sanguíneo y Factor RH.....	12
Tabla 4 Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica reciente evidenciado por EVA 8/10, expresión facial de dolor, postura de evitación del dolor .....	18
Tabla 5 Diagnóstico de enfermería: Riesgo Sangrado relacionado con complicaciones del post parto secundario a atonía uterina .....	19
Tabla 6 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, catéter epidural y herida operatoria) .....	20
Tabla 7 Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con cambios gastrointestinales en el embarazo evidenciado por disminución en la frecuencia de las deposiciones, abdomen distendido, dolor abdominal, esfuerzo excesivo de la defecación .....	21
Tabla 8 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas relacionado con periodo post operatorio inmediato.....	22

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	43
Apéndice B: Consentimiento informado .....	46
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	47

## **Resumen**

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente Z.G. J.\*, aplicado durante dos días a partir del primer día de hospitalización en el servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, con diagnóstico médico de post-cesárea por pelvis estrecha y cesárea anterior una vez. Se realizó la valoración a la paciente a través de la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon; además, se identificaron los problemas y las necesidades durante el proceso de la valoración. Se identificaron siete diagnósticos; de los cuales fueron priorizados cinco diagnósticos de enfermería: dolor agudo; riesgo de sangrado; riesgo de infección; estreñimiento; finalmente, riesgo de caídas. Los objetivos formulados fueron: la paciente disminuirá el dolor después de la administración del medicamento indicado durante el turno, disminuirá el riesgo de sangrado durante el turno, disminuirá el riesgo de infección durante la estancia hospitalaria, presentará ausencia de estreñimiento durante el turno y disminuirá el riesgo de caídas durante la estancia en el servicio. De los objetivos propuestos, cuatro de los objetivos se lograron alcanzar totalmente y un objetivo fue parcialmente alcanzado; gracias a los cuidados administrados.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, cesárea y pelvis estrecha.

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: Z.G.J

Edad: 23 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La paciente ingresa al servicio de Gineco obstetricia procedente de Sala de operaciones, transportada en camilla, acompañada del profesional de enfermería, técnico y familiar. Queda hospitalizada en el servicio con diagnóstico médico post-cesareada inmediata por pelvis estrecha y cesárea anterior.

Días de hospitalización: Tres días.

Días de atención de enfermería: dos días 07/06/2018 en turno diurno y 08/06/2018 en turno noche.

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción – control de la salud**

La paciente puerpera presenta antecedentes de enfermedades de gastritis y úlcera; también tiene antecedentes quirúrgicos de una cesárea hace tres años, no refiere hábitos nocivos ni alergias y presenta una higiene corporal regular. La paciente se muestra ansiosa, intranquila.

##### **Patrón II: Nutricional metabólico**

La puerpera presenta temperatura de 37°C, con peso de 89 Kg y talla de 1.50cm, al realizar el IMC se obtiene un puntaje de 39.5 que demuestra obesidad. Alimentación; Dieta blanda. Apetito conservado con tendencia a la ingesta de líquidos. Tiene piel tibia, sonrosada,

hidratada e intacta, cavidad oral libre de lesiones con dentadura completa. Presenta GS: O+, una hemoglobina de 12 gr/dl y un hematocrito de 38.5.

**Patrón III: Eliminación.**

La paciente puérpera presenta flujo intestinal alterado con ausencia de deposición de heces hace 4 días, flujo renal normal con una frecuencia de seis diuresis diarias.

**Patrón IV: Actividad – ejercicio**

La puérpera presenta una respiración regular, presencia de fatiga, con indicación de reposo absoluto por 3 días hasta recuperar sus energías, por ende, recibe ayuda por parte del familiar para dar de lactar a su bebé. Pulso normal de 80 latidos por minuto, y presión arterial de 100/60, con presencia de catéter periférico en MSI. Con presencia de aparatos de ayuda como la cama con barandales y uso de silla de ruedas.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

La paciente puérpera presenta problemas para conciliar el sueño, por el tiempo que tiene que dar de lactar a su bebé.

**Patrón VI: Perceptivo – cognitivo.**

La puérpera orientada en tiempo en espacio y persona. No presencia de anomalías en audición, visión, habla, lenguaje. Paciente presenta dolor con una escala del dolor de 7 puntos, con presencia de cefalea. Con buena actitud y ánimos para cuidar de su bebé.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.**

La paciente puérpera presenta un estado emocional tranquila. Muestra una actitud positiva frente al nacimiento de su bebé, le brinda cariño y tiempo.

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

La puérpera es ama de casa, es conviviente, vive con su esposo teniendo su apoyo económico. Recibe apoyo de su esposo en el cuidado del menor, y apoyo en su estado emocional.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

La paciente puérpera en proceso de la segunda gestación, con una edad gestacional 37 ss, CPN 6, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, se evidencia sangrado vaginal, volumen poca cantidad. Al examen físico, presenta mamas blandas, pezones formados, con cicatriz umbilical cubierto de apósitos hemáticos.

**Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.**

La paciente presenta un estado emocional un poco ansiosa, intranquila. La paciente puérpera refiere: “Me preocupa un poco el estado de mi bebé”.

**Patrón XI: Valores y creencias.**

Paciente puérpera de religión católica.

**Datos de valoración complementarios:**

**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1  
*Examen completo de Orina*

Compuesto	Valor encontrado	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Transparente	Transparente
Reacción (pH)	4.8	4.5 – 8.0
Densidad	1.030	1003-1040
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo

Ácido ascórbico	Negativo	Negativo
Hematíes	No hay	-
Bacterias	No hay	-
Creatinina	0.78	0.50 – 0.90

Fuente: Laboratorio del Hospital Regional de Huacho 2018

Interpretación: Examen normal

Tabla 2  
*Hemograma completo*

Compuesto	Valor encontrado	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	12-9	12 gr/dl	16 gr/dl
Hematocrito	38	37 gr/dl	48 gr/dl
Glóbulos rojos	3.830 000	4 mm	4.5 mm
Glóbulos blanco	4.85	5 mm	10 mm
Neutrófilos segmentados	56.9	55 %	65 %
Eosinófilos	0.5	0.5 %	4 %
Basófilos	0	0 %	2 %
Monocitos	0.5	4 %	8 %
Linfocitos	24	23 %	35 %
Plaquetas	312 000	150 mil mm	400 mil mm

Fuente: Laboratorio del Hospital Regional de Huacho 2018

Interpretación: Examen normal

Tabla 3  
*Grupo Sanguíneo y Factor RH*

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Fuente: Laboratorio del Hospital Regional de Huacho 2018

### Tratamiento médico.

Primer día (07-06-18)

Dextrosa 5% 1000 cc + 1 H + 20UI oxitocina.

Cefazolina 1gr EV c/12h

Tramal 100mg EV c/8h

Analgesia catéter epidural 7cc

Metamizol 2gr EV c/12h

Metoclopramida 10 mg EV c/8h

Ranitidina 50 mg EV c/24h

Segundo día (08-06-18)

Dextrosa 5% 1000 cc + 1 H + 20UI oxitocina.

Tramal 50mg SC c/8h

Metamizol 2gr EV c/12h

Metoclopramida 10 mg EV c/8h

Ranitidina 50 mg EV c/24h

Sulfato Ferroso 300 mg VO c/8h

Administrar Ergometrina 1 ampolla IM STAT

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### **Primer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Características definitorias: Facies de expresión de dolor, postura de evitación del dolor y EVA 8/10.

Factor relacionado: herida operatoria reciente.

Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente evidenciado por facies de expresión de dolor, postura de evitación del dolor y EVA 8/10.

##### **Segundo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.

Características definitorias: no contiene.

Factor relacionado: complicaciones postparto (atonía uterina).

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones postparto (atonía uterina).

##### **Tercer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Características definitorias: no contiene.

Factor relacionado: procedimientos invasivos (catéter venoso periférico y catéter epidural y herida operatoria),

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, catéter epidural y herida operatoria).

#### **Cuarto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Características definitorias: disminución en la frecuencia de las deposiciones, abdomen distendido, esfuerzo excesivo de la defecación.

Factor relacionado: cambios gastrointestinales durante el embarazo.

Enunciado diagnóstico:

Estreñimiento relacionado con cambios gastrointestinales durante el embarazo evidenciado por disminución en la frecuencia de las deposiciones, abdomen distendido, dolor abdominal, esfuerzo excesivo de la defecación.

#### **Quinto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Características definitorias: no contiene.

Factor relacionado: periodo post operatorio inmediato.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de caídas relacionado con periodo post operatorio inmediato.

#### **Sexto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: sobrepeso.

Características definitorias: índice de masa corporal  $> 25 \text{ kg/m}^2$ .

Factor relacionado: gasto energético inferior al consumo energético.

Enunciado diagnóstico:

Sobrepeso relacionado con gasto energético inferior al consumo energético evidenciado por índice de masa corporal  $> 25 \text{ kg/m}^2$ .

### **Séptimo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: náuseas.

Características definitorias: efecto de la anestesia.

Factor relacionado: intervención quirúrgica reciente.

Enunciado diagnóstico:

Náuseas relacionado con intervención quirúrgica reciente evidenciado por efecto de la anestesia.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente evidenciado por facies de expresión de dolor, postura de evitación del dolor y EVA 7/10.
2. Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones pos parto (Atonía uterina).
3. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, catéter epidural y herida operatoria).
4. Estreñimiento relacionado con cambios gastrointestinales en el embarazo evidenciado por disminución en la frecuencia de las deposiciones, abdomen distendido, dolor abdominal, esfuerzo excesivo de la defecación.
5. Riesgo de caídas relacionado con periodo post operatorio inmediato.

6. Nauseas relacionado con intervención quirúrgica reciente evidenciado por efecto de la anestesia.
7. Sobrepeso relacionado con gasto energético inferior al consumo energético evidenciado por índice de masa corporal  $> 25 \text{ kg/m}^2$ .

**Plan de cuidados.**

Tabla 4

*Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica reciente evidenciado por EVA 8/10, expresión facial de dolor, postura de evitación del dolor*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		07/06/18			08/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el dolor agudo después de la administración de medicamento indicado durante el turno.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar intensidad del de dolor, con EVA antes y después de la analgesia.</li> <li>2. Activar medios distractores, como la risoterapia.</li> <li>3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones).</li> </ol>	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
Resultados esperados:							
1. La paciente evidenciará facies de alivio.	4. Educar al paciente acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.	8 a.m.	4 p.m.				12 a.m.
2. La paciente manifestará una escala de EVA 2/10.	5. Administrar Tramal 50mg SC lento.	9 a.m.	3 p.m.				9 p.m.
3. La paciente se mantendrá en una posición adecuada sin signos de mostrar algún dolor pertinente.	6. Administrar analgesia por catéter epidural 7cc.						

Tabla 5

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo Sangrado relacionado con complicaciones del post parto secundario a atonía uterina*

Objetivo / resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones		07/06/18			08/06/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el riesgo sangrado durante el turno.	1.	Valorar signos vitales PA, FC, T <sup>a</sup> .	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	2.	Valorar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	3.	Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	4.	Realizar masajes suavemente el fondo uterino.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	5.	Valorar exámenes complementarios (Hematocrito y Hemoglobina).	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	6.	Administrar Ergometrina: 1 ampolla IM stat por indicación médica.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	7.	Valorar el llenado capilar < 2 seg.						

Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, catéter epidural y herida operatoria)*

Objetivo / resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones		07/06/18			08/06/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el riesgo de infección durante estancia hospitalaria.	1.	Valorar características de la piel (coloración, temperatura, estado) en el preoperatorio y postoperatorio.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	2.	Manipular el catéter epidural con medidas asépticas.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	3.	Mantener herida limpia y seca en todo momento.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	4.	Hacer uso de barreras protectoras como gasas para evitar el contacto con agentes infecciosos.						
	5.	Educar al paciente en los cuidados de la zona postoperatoria.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	6.	Reportar la curación de la herida cada 24 horas o según necesidad.						
	7.	Reportar el cumplimiento estricto de la terapéutica.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.

Tabla 7

*Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con cambios gastrointestinales en el embarazo evidenciado por disminución en la frecuencia de las deposiciones, abdomen distendido, dolor abdominal, esfuerzo excesivo de la defecación*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		07/06/18			08/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará ausencia de estreñimiento durante el turno.	1. Vigilar los signos y síntomas de estreñimiento 2. Valorar las características de las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. 3. Valorar el movimiento peristáltico.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
Resultados esperados: 1. La paciente realizará deposiciones durante estancia en el hospital. 2. La paciente presentará abdomen blando y depresible a la palpación. 3. La paciente evidenciará ausencia de dolor abdominal después de realizar deposiciones. 4. La paciente realizará deposiciones sin esfuerzo excesivo.	4. Identificar los factores que contribuyan al estreñimiento. 5. Educar al paciente sobre el problema y las posibles causas. 6. Fomentar la ingesta de líquidos. 7. Educar al paciente y familia sobre una dieta rica en fibra. 8. Administrar lactulosa 10 cc.	8 a.m. 8 a.m.	2 p.m. 2 p.m.				8 p.m. 8 p.m.
		8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
		8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
		8 a.m.	4 p.m.				12 p.m.

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas relacionado con periodo post operatorio inmediato*

Objetivo / Resultados	Planificación	Ejecución						
		Intervenciones	07/06/18			08/06/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el riesgo de caídas durante estancia hospitalaria.	1.	Identificar déficit físico del paciente para seleccionar las medidas adecuadas.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	2.	Identificar características del ambiente que puedan contribuir a una situación de posibilidad de caídas.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	3.	Controlar la marcha y el equilibrio al deambular.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	4.	Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	5.	Educar al paciente que pida ayuda al moverse, si lo precisa.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	6.	Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	7.	Responder al timbre de llamada inmediatamente.						
	8.	Evaluar fuerza muscular de miembros superiores e inferiores.						

## Capítulo III

### Marco teórico

#### Dolor agudo

El dolor agudo se define como una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones, estas pueden ser: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual (La Asociación Internacional del Dolor, 2013). Asimismo, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015-2017) define el dolor como la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Por otra parte, Grunenthal Pharma S.A. (s.f.) menciona que, el dolor agudo es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo (doloroso), que está específicamente localizado y su intensidad varía de acuerdo al estímulo. A diferencia del dolor crónico, el dolor agudo es de duración limitada y remite cuando la lesión desaparece o se cura. Además, el dolor agudo tiene una función de aviso protectora que indica que se ha producido una lesión e impide que dicha lesión se agrave desencadenando reacciones para evitarlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) reconoce el dolor, como un importante problema de salud pública mundial. En 2007, la OMS identificó la necesidad de un tratamiento mejorado y estandarizado del dolor crónico (tanto maligno como no maligno) y del dolor agudo. Debe señalarse que el dolor es más que simplemente un síntoma. Es una comorbilidad grave que afecta e influye en las respuestas de los pacientes al tratamiento médico y quirúrgico, con consecuencias tanto sobre la evolución clínica como sobre la calidad de vida.

Según Shuguli (2013), en el trabajo de investigación titulada “Protocolo de Atención de Enfermería en Complicaciones Trans y Post quirúrgico en pacientes sometidas a cesáreas en el Servicio de quirófano en el periodo Julio-septiembre 2013, en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito” dice que la cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero.

Asimismo, se menciona que el dolor postoperatorio es de tipo esencialmente nociceptivo, es decir que proviene de lesiones en tejidos u órganos cuyos estímulos nociceptivos son captados como dolorosos. A pesar de que el dolor postoperatorio sea un evento fisiológico, el alivio inadecuado de esta experiencia puede suscitar a grandes riesgos de salud de las pacientes, ya que entre sus efectos perjudiciales están incluidas las alteraciones neuroendocrinas que contienen respuestas de la hipófisis y glándulas adrenales, pudiendo ocasionar daño en los diferentes sistemas de nuestro organismo (Carvalho, Costa, Fortunato, Cavalcante, Silva, y Varanda, 2017).

En base a la descripción del concepto del proceso quirúrgico mencionado anteriormente, las intervenciones a realizar en este diagnóstico están direccionadas al manejo del dolor, el cual requiere de la labor de enfermería, ya que la calidad de atención se ve reflejada en el alivio del dolor. Es por ello que la primera intervención que se debe realizar es monitorizar la intensidad del dolor a través de la Escala de EVA, que fue creada por Scott Huskinson en 1976, dicho autor menciona que la mencionada escala sirve para medir la intensidad que percibe el paciente, y ayuda al personal de salud a elegir la mejor medida terapéutica para su alivio.

Luego se debe brindar medios distractores como la risoterapia, es importante también debido a que durante la etapa post operatoria la paciente experimenta una serie de emociones causándole crisis de estrés, es por ello, de vital importancia la risoterapia, ya que ayudará a la paciente a disminuir los niveles del dolor y poder sobrellevar una estancia hospitalaria adecuada.

Cabe resaltar que la risoterapia se puede realizar con todo tipo de pacientes con patologías agudas o crónicas que causan dolor, ya que esta alternativa es muy beneficiosa para el usuario, ya que mejora su calidad de vida al elevar su autoestima y aprender a sobrevivir con la enfermedad que padecen (Contreras, Garduño, y Carmona, 2011).

Añadido a esto, se debe determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones), esto nos ayudará a observar que la paciente debido al dolor experimenta problemas en diversas cosas personales, es por ello vital vigilar dicho impacto del dolor y poder contrarrestarlo con los fármacos indicados (Carvalho *et al.*, 2017).

Según Contreras (2011), se debe educar a la paciente acerca del dolor, explicarle sobre las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos, es vital que la paciente tenga conocimiento acerca de todo lo relacionado a las molestias que está sintiendo debido a la operación, con la finalidad de disminuir la etapa de estrés y que pueda sobrellevar dicha condición en la que se encuentra de la mejor manera posible.

También, es importante valorar funciones vitales, estos signos nos mostraran el estado actual del paciente y el nivel del dolor que está sintiendo, las funciones vitales comúnmente alteradas son la FC, FR y presión arterial (González, 2012).

Seguidamente, se deben administrar analgésicos, en el caso de estudio estuvo indicado el tramal 50mg SC lento, este fármaco es un analgésico de tipo opioide y actúa a nivel del sistema nervioso central. Alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y cerebro (Vademécum, 2017).

Finalmente, si está indicado por el médico se debe administrar analgesia por catéter epidural, es importante ya que cumple la función de disminuir la intensidad del dolor de la paciente de forma progresiva. La analgesia epidural está compuesta de anestésicos como la bupivacaína 0,12% con fentanilo a  $2 \text{ ug.ml}^{-1}$ , ropivacaína 0,12% con fentanilo a  $2 \text{ ug.ml}^{-1}$ , ropivacaína 0,2% con fentanilo a  $2 \text{ ug.ml}^{-1}$ , su mecanismo de acción es que una vez administrado el anestésico local en el espacio epidural, se bloquean las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Por lo tanto, su distribución será metamérica; es decir, se anestesiará la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado (Calvo, Gilsanz, Palacio, Fornet, y Arce, 2005).

Por lo tanto, se coincide con Grunenthal Pharma S.A. (s.f.), menciona que, el dolor agudo, es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo (doloroso), esto es debido a la intervención quirúrgica al que estuvo expuesto nuestra paciente debido a la cesárea. Y también con Gonzales (2012), al valorar el nivel de dolor, pues más intenso sea el dolor se verán alteradas las funciones vitales.

### **Riesgo de sangrado**

Se define, como la pérdida de sangre; y es verdad si se considera solo desde el punto de vista de que para funcionar correctamente necesitamos mantener más o menos constante el volumen de líquido que circula por nuestros vasos. Pero la presencia de sangre en nuestro cuerpo, fuera del compartimento vascular, se percibe como dañina y pone en marcha la respuesta defensiva (inflamación), dando lugar a otros problemas añadidos a la pérdida de volumen (García, 2010).

Por otra parte, según NANDA (2015-2017), el riesgo de sangrado, se define como vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud.

El factor de riesgo para este diagnóstico es la atonía uterina, en referencia a esto, Botero (2008), menciona que, la atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto o cesárea. En el periodo del puerperio inmediato o post cesárea inmediato, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero, gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

Añadido a esto, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2007) hace referencia al respecto que, hasta en un 5% de los partos naturales puede producirse la ausencia de contracción uterina y las causas inducen el problema son diversas, como puede ser es la multiparidad, la placenta previa o la sobre distensión uterina. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección, produciéndose una sepsis.

En un estudio realizado, en Ecuador, por Pacheco (2015), titulado “Atención de Enfermería en el periodo post cesárea inmediato en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante Marzo a Julio del 2015”, menciona que, la atonía uterina, es una complicación recurrente de las cesáreas, pero que se evidencia por una falta en los cuidados de enfermería brindados al paciente; ya que el realizar el masaje uterino en una paciente post-operada inmediata de cesárea es parte de nuestra función de enfermería, y de cumplirlo con nuestra labor el riesgo de sangrado en una paciente cesareada disminuiría mínimamente; ya que el masaje uterino estimula las involución uterina y expulsar la sangre o loquios acumulados de la paciente.

Cumpliendo con nuestra labora de enfermería, se cumplirá con nuestro objetivo planteado. Es por ello, es vital la efectividad de las intervenciones de enfermería para evitar dicho riesgo.

Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación, esto es importante ya que nos ayuda a comprobar con la palpación la involución del útero por debajo de la cicatriz umbilical con el fin de evitar que se acumule coágulos de sangre en el interior de la paciente pudiendo desencadenar graves cuadros de infección (Granero, 2004).

Realizar masajes suavemente el fondo uterino, como se mencionó anteriormente es vital porque gracias a estos masajes se favorece a la involución del útero favoreciendo a evitar el sangrado. Valorar exámenes complementarios (Hematocrito y Hemoglobina), estos exámenes nos ayudan a verificar si la mujer ha sufrido sangrado en grandes cantidades, ya que de ser así se comprueba con el nivel de hemoglobina en sangre (Solari, Solari, Wash, Guerrero, y Enríquez, 2014).

Por último, Administrar Ergometrina: 1 ampolla IM por indicación médica, ya que es un fármaco que, está indicada en la prevención o en el tratamiento de la hemorragia uterina postparto o postaborto debida a la atonía o subinvolución uterina. Tiene como mecanismo de acción que es un estimulante uterino y vasoconstrictor, aumenta la frecuencia y amplitud de las contracciones uterinas (Vademécum, 2017).

Por lo tanto, no se coincide con Botero (2008) y Pacheco (2015), puesto que nuestra paciente no presento atonía uterina, debido al correcto cuidado de enfermería. Se coincidió con Solari et al, puesto que, gracias a los masajes uterinos brindados, favoreció en la involución del útero logrando ausencia de sangrado.

## **Riesgo de infección**

Se define, como el estado en que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogénico (virus, hongos, bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas (Rael & López, 2016).

Según NANDA (2015-2017), el riesgo de infección se define como vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

En las infecciones post-operatorias precoces, el primer signo de infección suele ser la fiebre precoz elevada que aparece en las primeras 6 a 24 horas después de la intervención, habitualmente no se debe a infección, puede tener un origen inespecífico y no ser determinado con certeza por lo tanto, el tratamiento antibiótico no debe instaurarse solamente por la fiebre. Otras causas de fiebre incluyen la atelectasia, la neumonía por aspiración, la infusión excesiva de líquidos contaminados, las lesiones uretrales o intestinales o infecciones preexistentes del útero, pelvis o tracto urinario (Botero, 2008).

Para la OMS, las infecciones postoperatorias, aunque han disminuido en su gravedad sigue siendo frecuentes, graves para el paciente y costosas para el sistema. La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias (OMS, 2013).

Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son: las cefalosporinas son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas, ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos, es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia (excepto para

aquellas intervenciones que se alargan en el tiempo) de mayor eficacia de dosis repetidas (OMS, 2013).

En cuanto al diagnóstico de enfermería, en todo paciente post-operado, los cuidados son; muy esenciales, debido a que la finalidad, es a evitar cualquier riesgo de infección, como se expresó anteriormente la higiene sobre todo es un punto importante para contrarrestar este riesgo.

Igual de importante también, es vigilar los signos de infección como el enrojecimiento de la piel, dolor, temperatura ya que ellos nos indicarían la existencia de un problema, el cual debemos abarcar para evitar posibles complicaciones en la paciente. Es por ellos importante las intervenciones de enfermería debe empezar por valorar características de la piel (coloración, temperatura, estado) en el preoperatorio y postoperatorio, con la finalidad de observar la existencia de cuadros de infección y poder brindarle el tratamiento adecuado para poder contrarrestar dicho cuadro. Mantener herida limpia y seca en todo momento, es importante ya que con ello nos ayuda a evitar cualquier tipo de infección por microorganismo del ambiente del mismo nosocomio y poder evitar la invasión en el torrente sanguíneo.

Hacer uso de barreras protectoras, como gasas, para evitar el contacto con agentes infecciosos, vital para poder favorecer a la no entrada de los microorganismos al organismo de la paciente. Educar a la paciente en los cuidados de la zona postoperatoria, la cooperación de la paciente es importante para evitar este riesgo ya que es responsabilidad tanto del personal de enfermería como de la paciente sobrellevar los cuidados de todo procedimiento invasivo con la única finalidad de evitar cuadros de infección.

Reportar la curación de la herida cada 24 horas o según necesidad, ayuda a mantener limpia la zona de la herida quirúrgica y de cualquier procedimiento invasivo evitando así cualquier rastro de invasión microbiana. Reportar el cumplimiento estricto de la terapéutica, vital

para contrarrestar los cuadros de infección que se puedan suscitar durante la estadía de la paciente (Rael, y López, 2016).

Por lo tanto, no se coincide con Botero (2008), que a pesar de ser una paciente cesareada, no presentó fiebre, se coincide con la OMS y Rael *et al.* (2016), que al ser una paciente post operada, presenta el riesgo de una infección debido a una herida abierta, y que se debe contrarrestar con antibióticos, en nuestro se utilizo Cefazolina. Y también en la curación de la herida cada 24 hrs.

### **Estreñimiento**

El estreñimiento se define como un síntoma caracterizado por una disminución del número de deposiciones o existencia de esfuerzo o dificultad excesiva para expulsar las heces (La Societat Catalana de Digestologia, 2019).

Según NANDA (2015-2017), el estreñimiento se define como la disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

La University Of Washington Medical Center Uw Medicine (2009), en el Centro de Especialidades Quirúrgicas, menciona que, las causas del estreñimiento después de la cirugía son: Un cambio en sus hábitos alimenticios regulares puede afectar su sistema digestivo, los medicamentos narcóticos contra el dolor disminuyen el ritmo del proceso de digestión de su cuerpo, una disminución de sus actividades diarias también hace que sea más lenta la digestión de los alimentos.

El estreñimiento, puede aparecer con cierta frecuencia durante el embarazo, a causa de los cambios hormonales, cambios en el estilo de vida (más sedentarismo, cambio de dieta por las náuseas), ingesta de medicamentos como hierro y alcalinos y, durante el último trimestre, por la

compresión del útero aumentado de tamaño sobre el intestino (Mearin, Balboa, y Montoro, 2018).

Las molestias del estreñimiento durante el embarazo son variadas, así como sus complicaciones anales (hemorroides y fisuras anales). El tratamiento consiste en reajustar la dieta y realizar ejercicio. Si no mejora, toma de laxantes, bajo supervisión médica. La medida fundamental para prevenir el estreñimiento y la primera medida del tratamiento es llevar una vida saludable (Corrales, & Brea, 2002).

El primer paso en el tratamiento del estreñimiento, es consumir una dieta con abundante fibra. La fibra se encuentra fundamentalmente en la fruta, verdura y legumbres. Se aconseja comer unos 30 gr de fibra al día. Hay que tener en cuenta que gran cantidad de la fibra se encuentra en la piel de las frutas, por lo que se aconseja, en la medida de lo posible, comer las frutas con la piel (La Societat Catalana de Digestologia, 2019).

Y, por último, los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del estreñimiento. Recomendaciones para reducir el estreñimiento: Tome el medicamento ablandador de heces que su médico indique, aumente la cantidad de líquidos que bebe para mantener blandas sus heces. Beba de 6 a 8 vasos de agua cada día además de los otros líquidos que bebe con sus comidas, coma una dieta con contenido alto de fibra (Agujetas, 2013).

La mejor fuente de fibra es el cereal para el desayuno con un contenido de 5 gramos o más. El contenido de fibra está listado en la información de nutrición en los lados de la caja de cereal, intente tomar las comidas, especialmente el desayuno, a la misma hora cada día. Esto ayuda a que sus intestinos vuelvan a un horario regular, si se le permite tomar café, tome un poco en el desayuno. También dará buenos resultados el café descafeinado.

El café estimula la evacuación, beba jugo de ciruelas pasas (frío o caliente) en el desayuno, camine o haga otro ejercicio después del desayuno para ayudar a que los alimentos se muevan a través de sus intestinos (Societat Catalana de Digestologia, 2019).

En cuanto al diagnóstico de enfermería de estreñimiento, conforme la paciente empiece a aliviarse su dolor de la herida operatoria y comience a moverse, el tracto gastrointestinal se verá beneficiado ya que mejorará su fluidez, y con ello la paciente presentará deposiciones y todos los síntomas del estreñimiento se irán aliviando, todo ello es una labor de enfermería, brindar calidad de atención al paciente.

Para la solución de dicho problema hallado, se realizaron intervenciones de enfermería con el fin de aliviar a la paciente y ayudar a que evacue durante la estancia hospitalaria. Se debe vigilar los signos y síntomas de estreñimiento con el fin de poder sobrellevarlos con el tratamiento indicado y poder brindar a la paciente un confort saludable (Angós, 2019).

Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, esto nos ayuda a observar cómo va la evolución de las heces, comprobando si el tratamiento indicado está siendo efectivo. Valorar el movimiento peristáltico es importante debido a que la finalidad de las intervenciones es corregirlo y poder tener movimientos de contracción del tubo digestivo adecuados que permiten la progresión de su contenido desde el estómago hacia el ano (Corrales, & Brea, 2002).

Identificar los factores que contribuyan al estreñimiento con la finalidad de poder contrarrestarlo y poder solucionar el problema de la paciente buscando el confort necesario. Educar al paciente sobre el problema y las posibles causas, esto es vital debido a que para poder sobrellevar una estadía confortable, la paciente debe conocer el problema y poder contribuir con su solución.

Fomentar la ingesta de líquidos ya que es beneficioso para poder mejorar el tubo gastrointestinal y poder favorecer a la producción de las heces. Educar al paciente y familia sobre una dieta rica en fibra ya que estos estilos de vidas saludables nos ayudan a mantener a nuestro organismo de la mejor manera posible ayudándonos a poder evitar dichos problemas como el que se suscita en este caso (Vargas, Palomo, García, y Quibén, 2011).

Y, por último, administrar lactulosa con el fin de ayudar a la paciente a poder defecar y evitar dichos cuadros de dolor en la zona del abdomen y no tener el abdomen distendido a causa de ello. El mecanismo de acción de dicho fármaco es que tiene un efecto osmótico y disminución del pH del lumen colónico por descomposición de lactulosa en ácidos orgánicos de peso molecular bajo (Vademécum, 2017).

Por lo tanto, se coincide con la Societat Catalana de Digestologia (2019), debido a la ausencia de deposiciones de 4 días que presento mi paciente. También se coincide con Mearin et al, al mencionar que el estreñimiento aparece durante el embarazo debido al estilo de vida y medicamentos como el hierro.

### **Riesgo de caídas**

Se define como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas. (El Protocolo de Caídas del Hospital Universitario Ramón y Cajal, 2005).

Asimismo, según NANDA (2015-2017), el riesgo de caídas, se define como vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Las caídas en los pacientes hospitalizados han ganado recientemente un amplio reconocimiento, cuando los Centers for Medicare and Medicaid Services (2005), definieron a la caída de un paciente internado como una condición adquirida en el hospital.

El primer paso para crear un programa hospitalario de prevención de caídas en los pacientes quirúrgicos, es comprender los factores de riesgo y la historia natural de las caídas postoperatorias de los enfermos. Aunque existe información limitada sobre las caídas de los pacientes internados después de la cirugía, se han estudiado las caídas en los pacientes hospitalizados por causas médicas. Las mismas constituyen una causa importante de morbilidad, incluyendo fracturas, traumatismos cerrados de cráneo y laceraciones en los enfermos internados (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2005).

En cuanto al diagnóstico potencial de riesgo de caída, toda paciente post operada tiene el riesgo de sufrir complicaciones, una de ellas es el riesgo de caída, debido a la debilidad que la paciente padece debido al efecto de la anestesia, debido también a movilización limitada que tiene la paciente debido al dolor por la herida quirúrgica, siendo esto un indicador importante para vigilancia, ya que como labor de enfermería es cuidar la integridad de las pacientes.

Es importante por ello que, los cuidados de enfermería brindados a la paciente ayuden a su estabilidad y evitar el daño ocasionado por caídas, es por esto que lo primero que se debe realizar es identificar el déficit físico del paciente para seleccionar las medidas adecuadas., con el fin de poder conocer las limitaciones que tiene la paciente y poder sobrellevarlo.

También, se debe identificar características del ambiente que puedan contribuir a una situación de posibilidad de caídas ya que ayuda a la paciente a permanecer en un ambiente seguro libre de posibles lesiones que pueda causarle. Luego se debe controlar la marcha y el equilibrio al deambular, vital en el momento en que la paciente empieza a deambular, ya que con

ello evitamos futuras caídas (Alves, Junior de Freitas, Silva, Rodríguez, Azevedo, y Ferreira da Mata, 2017).

Además, el colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo, disminuirá al máximo el riesgo de lesiones. Añadiendo a esto se debe educar al paciente que pida ayuda al moverse, si lo precisa con la finalidad de evitar lesiones y poder sobrellevarlo durante su estancia hospitalaria.

Por último, proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente, vital para en caso de urgencia acudir al llamado de la paciente evitando cualquier tipo de riesgo que se suscite y el responder al timbre de llamada inmediatamente será de beneficio para el paciente (Vierira, Palmer, y Chaves, 2016).

Debido a que nuestra paciente es post operada, con evidencia de dolor, tiene mayor riesgo de presentar una caída, por lo que se coincide con Vierina *et al* (2016), al colocar medios de ayuda, como un timbre de llamada, y así el personal de salud pueda estar pendiente evitando cualquier tipo de riesgo.

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería a la paciente Z.G.J. durante 2 días, del día 07 al 08 de junio en el turno diurno para el primer día y turno noche para el segundo día, se identificaron 4 diagnósticos el primer día y el segundo 3, de los cuales fueron priorizados para la atención los 5 primeros diagnósticos.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer día (07/06/18)**

##### **Primer diagnóstico.**

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó el dolor agudo al evidenciar facies de alivio y calificar el dolor en 5 puntos según la escala de EVA.

##### **Segundo diagnóstico.**

Riesgo de sangrado

Objetivo Alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de sangrado, debido a los cuidados brindados por la enfermera durante estancia hospitalaria, disminuyendo al mínimo caso de atonía uterina.

##### **Segundo día (08/06/18)**

##### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de infección durante su estancia hospitalaria, debido a los cuidados brindados por la enfermera y vigilando que no haya signos de infección en la herida operatoria.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Estreñimiento

Objetivo alcanzado: La paciente evidenció ausencia de estreñimiento durante su estancia hospitalaria.

#### **Quinto diagnóstico.**

Riesgo de caída

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de caídas debido a todos los cuidados que le brindó la enfermera para la prevención de sufrir algún daño durante la estancia en el hospital.

#### **Conclusión**

Se concluye que, de los 5 diagnósticos priorizados, todos ellos fueron alcanzados cumpliendo con los objetivos propuestos gracias a los cuidados al paciente durante su estancia hospitalaria.

Se llegó a la conclusión que, como profesional de enfermería, tenemos mucha responsabilidad en la recuperación de nuestros pacientes, y que no solo diagnósticos evidenciados causan el problema, sino también los riesgos que pueden presentar y que pueden llevar a una complicación.

## Bibliografía

- Alves, V., Junior de Freitas, W., Silva, J., Rodríguez, S., Azevedo, C. y Ferreira da Mata, L. 2017. Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. URL disponible:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2986.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2986.pdf)
- Botero, J. Jubiz, A. & Henao, G. (2008). Obstetricia y Ginecología Texto Integrado.8va Ed. Bogotá: CIB; 2008.
- Calvo, M., Gilsanz, F., Palacio, F., Fornet, I. y Arce, N. Estudio observacional de la analgesia epidural para trabajo de parto. Complicaciones de la técnica en 5.895 embarazadas. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Vol. 12 (Nº 3), Madrid 2005.
- Carpenito, J. (2003). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. (9na Ed.). Madrid: Mc Gram-Hill International.
- Carvalho, N., Costa, B., Fortunato, P., Cavalcante, T., Silva, B. y Varanda, L. (2017). Dolor Postoperatorio en mujeres sometidas a Cesárea. Enfermería Global, Nº 48, 354 – 363.
- Centro de Especialidades Quirúrgicas (2009). Estreñimiento después de su operación. University Of Washington Medical Center Uw Medicine. Recuperado de:  
[http://www.orthop.washington.edu/orthodev/drupal/sites/default/files/Spanish\\_Constipation\\_After\\_Operation.pdf](http://www.orthop.washington.edu/orthodev/drupal/sites/default/files/Spanish_Constipation_After_Operation.pdf)
- Comunidad de Madrid. Protocolo de Caídas (Setiembre del 2005). Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. Recuperado de:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt\\_Caidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt_Caidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true)

- Contreras, H., Garduño, J. y Carmona, D. (2011). Risoterapia: Terapia Alternativa para el control del dolor en niños con Cáncer. *Intervención de Enfermería* (2011). Vol. 3, 70 – 83.
- Corrales, E. & Brea, JM. Julio, 2002. Un Paciente con Estreñimiento. Vol. 40 (Nº 3). Páginas 87-133. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-un-paciente-con-estrenimiento-13036141>
- Dr. Angós, R. (2019). Estreñimiento. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. España. URL disponible: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/estrenimiento>
- García, A. (2010). Hemorragia. Capítulo 4. Páginas 1 – 5. URL disponible en: <http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Cap%204%20La%20hemorragia.pdf>
- Granero, J. (2004). Puerperio. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf>.
- Hopfer, J. & Hazard, A. (2009). Guía farmacológica para profesionales de Enfermería (10ª edición) editorial: MacGrawHill. México.
- Mearin, F., Balboa, A. y Montoro, M. (2018). Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro. Unidad de Gastroenterología del Hospital de San Jorge. Huesca, Barcelona. Página 147 – 170. URL disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08\\_Estre%C3%B1imiento.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf)

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015). Diagnósticos enfermeros:

Definiciones y clasificación 2015– 2017. Recuperado de:

<https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017/>

Pacheco, L. (2015). Atención de Enfermería en el periodo post cesárea inmediato en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante Marzo a Julio del 2015 (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ambato–Ecuador.

Paris, E. Los loquios del postparto. 6 Febrero 2009. Actualizado 6 de Febrero 2009. URL disponible en: <https://www.bebesymas.com/postparto/los-loquios-del-postparto>.

Rael, S. & López, V. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico.

Metas Enfermería. 2016. Volumen 19, N°(6), 14-20. URL disponible:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80942/factores-de-riesgo-que-contribuyen-a-la-infeccion-del-sitio-quirurgico/>

Rael, S. y López, V. (Julio, 2016). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. Metas de Enfermería. Vol. 19 (N° 6), 14 – 20.

San Martín, Á. (2014). Cura de Heridas Quirúrgicas: Protocolo de Actuación (tesis de pregrado).

Universidad Pública de Navarra. Pamplona, España.

Shuguli, M. (2014). Protocolo de Atención de Enfermería en complicaciones trans y post quirúrgico en pacientes sometidas a cesáreas en el servicio de quirófano en el periodo Julio-Septiembre 2013 en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). Fundamentos de Obstetricia. Gráficas

Marte, S.L. p. 737. ISBN 978-84-690-5397-3. 2007.

Societat Catalana de Digestologia (2019). Estreñimiento. Recuperado de:

[http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf)

Solari, A., Solari, C., Wash, A., Guerrero, M. y Enríquez, O. (2014). Hemorragia del postparto.

Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 25 (Nº 6), 864 – 1049 páginas.

Vargas, R., Palomo, I., García, R. y Quibén, R. (2011). Tratamiento y Cuidados de Enfermería

en el estreñimiento del paciente paliativo. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España. Vol.18 (Nº3), 83-121 páginas.

Vierira, E., Palmer, R. y Chaves, P. Prevención de las Caídas. Revista Medicina General. 16 de mayo del 2016. 1-2 páginas.

Grunenthal Pharma S.A. (S.F.). Dolor Agudo. Una función de aviso protectora. Recuperado de:

<https://www.grunenthal.es/grt->

[web/Grunenthal\\_Pharma\\_S.A./Pacientes/Definicion\\_del\\_dolor/Duracion\\_/Dolor\\_Agudo/es\\_ES/284800410.jsp;jsessionid=F3E4ABB80184818BB585F1D0C4FF1242.drp1](https://www.grunenthal.es/grt-web/Grunenthal_Pharma_S.A./Pacientes/Definicion_del_dolor/Duracion_/Dolor_Agudo/es_ES/284800410.jsp;jsessionid=F3E4ABB80184818BB585F1D0C4FF1242.drp1)

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES		
Nombre del usuario: ...Z G J...	Nº Cama ( 10)	NºCHL 446194
Edad: 23	Fecha de ingreso al servicio: 06/06/2018	Hora:8.30PM
Procedencia: Admisión( )	Emergencias( )	Ambulatorio( ) Hospitalizado(X)
Tipo de atención SIS ( X ) Particular ( ) SOAT( ) Otros ( )		
Traído por: Enfermera ( X ) Técnico de enfermería ( )		
Forma de Llegada a sala: EMG ( ) SOP ( X )		
Condición de ingreso: Silla de ruedas( ) Camilla ( X ) Otros -----		
Fuente de Información: Paciente(X) Familiares/amigos( ) HCL(X) Otros:		
Diagnostico preoperatorio: Gestante de 37ss por Pelvis Estrecha por cesárea anterior una vez		
Operación realizada: Post Cesárea por Pelvis Estrecha por Cesárea		
Tipo de Anestesia: Local ( X ) Sedación( ) Local con Sedación ( )		
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD		

#### PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:  
 HTA( ) Aborto( ) TBC( ) DM( ) VIH ( ) Gastritis /Ulcera ( X )  
 Intervenciones Quirúrgica No ( ) Si ( X )  
 Alergia y otras reacciones  
 Fármaco ..... Alimentos-----  
 Medicamentos -----¿-Que toma? -----  
 Dosis/Frecuencia -----Ultima Dosis-----  
 Estado de Higiene

Buena ( X ) Regular( ) Mala

#### PATRON DE ELIMINACIÓN

Retención urinaria Si ( ) No ( )  
 Globo vesical Si ( ) No ( X )  
 Sonda Vesical: Si ( ) No( )  
 Hábitos Vesicales: frecuencia 4 / día

Oliguria( ) Anuria( ) Coluria( ) Poluria ( )  
 Hematuria( ) Proteinuria ( ) Otros \_\_\_\_\_  
 NºDeposiciones 2 Normal ( X )  
 Estreñimiento ( X ) Diarrea( ) Otros( )  
 Incontinencia ( )

#### PATRON PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado : Tiempo ( X ) Espacio(X)Persona ( X ) .....  
 Frecuencia de anomalía en Audición  
 NORMAL. Visión--NORMAL-----  
 Habla /Lenguaje -----SI CASTELLANO  
 Otros-----  
 Desorientado ( ) Somnolientos ( )

#### PATRON – ACTIVIDAD EJERCICIOS

Letárgico ( ) Soporoso ( ) Coma ( )  
 Estupor( ) Dolor Si ( X ) Cefalea Si ( ) No(X)  
 Escala del Dolor 1-( )2-( ) 3-( )4-0 5 -( ) 6- ( )  
 7-( X)8 -( ) 9-( ) -10( )

Respiración: Regular(X) Fatiga ( ) Disnea ( )

Cianosis ( )

Reposo: Relativo( ) Absoluto (X)

Deambulación ( )

Apoyo oxigenoterapia SI ( ) NO (X)

Especificar -----

Actividad Circulatoria

Pulso : Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Normal(X)

Edema : No(X) Si( ) localizacion: \_\_\_\_\_

Fovea: +( ) ++( ) +++( )

Cateter periférico: Si(X) No( )

Capacidad de autocuidado: 1= independiente

2= parcialmente dependiente 3= totalmente

dependiente

1 2 3

Movilización de cama	X		
Deambula	X		
Ir al baño / bañarse	X		
Tomar alimento	X		
Vestirse	X		

HERIDA OPERATORIA: Apositos limpios

(X) Apositos húmedos ( ) Apositos con secreción seromáticos ( )

Sangrado vaginal SI ( ) NO (X) volumen

(500cc) Loquios : Hemático (X) Seroso( )

serohemático ( )

Olor: con mal olor ( ) sin mal olor (X)

Secreción vaginal: SI ( ) NO(x)

Genitales externos: Sin alteración

Edemas Si( ) No (X)

Episiorrafia SI ( ) NO ( x)

Especificar: Por intervención Quirúrgica

Cesàrea

#### PATRON DE DESCANSO - SUEÑO

Horas de sueños: 8 hrs

Problema para dormir: Si( ) No (X)

especificar: duerme sus horas normales

¿usa medicamentos para dormir? Si( )

No(X)

Especificar: no lo requiere

Aparatos de ayuda: silla de ruedas ( ) Ninguno ( )

otros: cama con barandales

Movilidad de miembros: conservado(X) flacidez( )

contractura( ) parálisis( )

Fuerza muscular: conservado(X) disminuido( )

#### PATRÓN DE SEXUALIDAD /REPRODUCCIÓN

Formula Obstetrica G ( 2)

Edad Gestacionaria ( 37 ss ) CPN ( 6)

Mamas blandas (X) Congestiva ( ) Turgentes ( )

Pezones formado ( X) Planos ( ) Invertido( )

Útero : contraído (X) Atonia ( )

A nivel de cicatriz umbilical ( X) Debajo de

cicatriz umbilical ( )

Dinamica Úterina: Si ( ) No ( )

Movimientos fetales Si( ) No(X)

⊕

#### PATRÓN AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES

Estado emocional: tranquila (X) ansiosa ( )

negativa ( ) irritable ( ) temerosa ( )

depresiva ( )

Preocupación principal: no refiere

#### PATRÓN NUTRICIONAL - METABOLICO

Tª: 37°C peso: 89kg talla: 1.50cm G: O(+)

Hb: 12 Hto: 38.5

Piel: Coloración: sonrosada(X) Pálida( )

Rubicunda( ) cianótica( ) icterica( )

Hidratación: seca() turgente()  
 Integridad: intacta() lesiones()  
 Especificar: PRESENTA CIATRIZ DE  
 CIRUGIAS ANTERIORES  
 Cavidad Bucal:  
 Dentadura: Completa() ausente()  
incompleta() protesis()  
Estadi de Higiene: Mala () regular () buena  
  
 Cambio de peso durante los últimos días:  
 Si() No()  
 Obesidad () bajo peso ()  
 otros: \_\_\_\_\_  
 Apetito: Normal() disminuido()  
aumentado()  
Nauseas() pirosis() vomitos()  
 cantidad: \_\_\_\_  
 Abdomen: Gravido () Normal() distendido()  
 Doloroso()  
 Ruidos hidroaereos: Aumentado() normal()  
 Disminuido() Ausente()

Nombre de la enfermera: Aurora Francisca  
 Espinoza Requena  
 CEP: 53109  
 Firma: \_\_\_\_\_

#### PATRON DE RELACIONES - ROL

Ocupacion: Ama de casa  
 Estado civil: soltera () casada () divorciada ()  
 conviviente ()  
¿Con quien vives?: Sola () Familia () otros:  
 esposo  
 Fuente de apoyo: familia () Amigos ()  
 otros: \_\_\_\_\_

#### PATRON DE VALORES - CREENCIAS

Religion: Catolica  
 Restricciones religiosas: No  
 Solicita visita de capellán: Si() No()  
 Comentario adicional: ella es catolica y no  
 necesita otra religión.

## Apéndice B: Consentimiento informado

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

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico operatorio de Cesárea en el servicio de Maternidad de la Clínica Delgado, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Dajhana Landa Salazar, 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 en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

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



#### Glasgow

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

Total: 15/15

#### Escala de dependencia

Nivel	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambulaci3n		X	
Ir al ba1o/ba1arse		X	
Tomar alimentos	X		
Vestirse		X	

Dependiente – Parcialmente dependiente – Independiente