

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por oligo- hidramnios y cesárea anterior del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huaral, 2018

**Por:**

Zulmy Emperatriz Bruno Maldonado

**Asesor:**

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA 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 a paciente post operada de cesárea por oligo- hidramnios y cesárea anterior del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huaral, 2018.”* constituye la memoria que presenta la licenciada BRUNO MALDONADO ZULMY EMPERATRIZ 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.

  
Mg. Gloria Cortez Cuaresma


Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por oligo- hidramnios y cesárea anterior del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huaral, 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. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Mg. Gloria Cortez Caresma

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I .....	11
Valoración.....	11
Datos generales .....	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios: .....	14
Exámenes auxiliares .....	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	17
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	17
Diagnóstico enfermero .....	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico. ....	17
Tercer diagnóstico.....	17
Cuarto diagnóstico.....	18
Quinto diagnóstico. ....	18
Sexto diagnóstico: .....	18
Séptimo diagnóstico: .....	19

Octavo diagnóstico: .....	19
Noveno diagnóstico:.....	19
Planificación.....	20
Priorización. ....	20
Plan de cuidados.....	22
Capítulo III.....	28
Marco teórico .....	28
Dolor agudo.....	28
Riesgo de sangrado .....	31
Ansiedad.....	37
El trastorno del patrón del sueño.....	39
Riesgo de infección .....	41
Capítulo IV.....	46
Evaluación y conclusiones .....	46
Evaluación por días de atención:.....	46
Primer diagnóstico.....	46
Segundo diagnóstico. ....	46
Tercer diagnóstico. ....	46
Cuarto diagnóstico.....	46
Quinto diagnóstico. ....	46
Conclusiones .....	47
Bibliografía .....	48
Apéndices.....	52

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Hemoglobina 05-06-19 .....	14
Tabla 2 .....	14
Proteinuria en 24 horas 06-06-19 .....	14
Tabla 3 .....	14
Creatinina 05-06-19 .....	14
Tabla 4 .....	14
Glucosa 05-06-19 .....	14
Tabla 5 .....	15
Urea 05-06-19 .....	15
Tabla 6 .....	15
Tiempo de coagulación 05-06-19.....	15
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lésivos físicos (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios y cesárea anterior evidenciado por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 07 puntos.....	22
Tabla 8 .....	23
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Sangrado relacionado con gestación complicada (oligohidramnios), cesárea anterior y complicación post parto (atonía uterina) .....	23
Tabla 9 .....	25
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con cambios en su estado de salud manifestado por la paciente “me preocupa mi salud” y expresión facial de angustia .....	25
Tabla 10 .....	26

Diagnóstico de enfermería: Trastorno del Patrón sueño relacionado con factores ambientales: luz, ruidos y por procedimientos terapéuticos manifestado:” me despiertan a cada rato para evaluarne”, “me molesta la luz, los ruidos”, “tengo sueño” .....	26
Tabla 11 .....	27
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de integridad de la piel (herida operatoria), procedimientos invasivos (sonda vesical permanente) hemoglobina 9.2 mg/dl. ....	27

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	52
Apéndice B: Consentimiento informado .....	54
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	55



## **Símbolos usados**

PAE: Proceso de atención de enfermería

IMC.: Índice de masa corporal

Hb.: Hemoglobina

AU: Altura uterino

EVA.: Escala visual análoga

Tº: Temperatura

NPO.: Nada por vía oral

CU: Cicatriz umbilical

EV: Endovenoso

H.Op.: Herida operatoria

FC: Frecuencia cardiaca

FR: Frecuencia respiratoria

PA: Presión arterial

MINSA: Ministerio de Salud

BHE: Balance hídrico estricto

G-O: Gineco-obstetricia

URPA: Unidad de recuperación post anestesia

Hrs.: Horas

Min.: Minutos

## **Resumen**

La aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) corresponde a la paciente C.C.A. atendida a partir del primer día de su ingreso al servicio de gineco-obstetricia de un hospital, con el diagnóstico médico: post operada inmediata de cesárea de dos horas por oligohidramnios y cesárea anterior, para brindarle cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. El diseño de la investigación fue el estudio de caso, el cual se realizó de forma descriptiva y analítica; como método, se utilizó el proceso de atención de enfermería que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; como técnica la observación y la entrevista; el instrumento utilizado fue la guía de valoración de Marjory Gordon el cual fue adaptado por la investigadora. Durante los dos días de cuidados, se identificaron nueve diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron cinco que fueron: Dolor agudo, Riesgo de sangrado, Ansiedad, Alteración del patrón del sueño y riesgo de infección. De los objetivos propuestos se alcanzaron cuatro y uno parcialmente alcanzado el cual se controló sin llegar a complicaciones mayores. Se concluye que se logra realizar el Proceso de atención de enfermería, cumpliendo las cinco etapas del mismo y se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, oligo-hidramnios, cesárea, complicaciones post cesárea, intervención de enfermería.

## **Capítulo I**

### **Valoración**

#### **Datos generales**

Nombre: C.C.A.

Edad: 29 Años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente adulta joven ingresa en camilla acompañada de enfermera y técnico, al servicio de gineco-obstetricia procedente de la unidad de Recuperación post anestésica URPA, intervenida quirúrgicamente por cesárea, debido a oligohidramnios y cesárea anterior, viene, despierta ventilando espontáneamente. Queda hospitalizada con diagnóstico médico. Post operada inmediata de cesárea de 02 hrs.

Días de hospitalización: 03 días del 05 al 08 de junio del 2018.

Días de atención de enfermería: 02 días, el día 05/06/2018 turno diurno y el día 06/06/2018 en turno noche.

#### **Valoración según patrones funcionales:**

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

Paciente adulta joven post operada inmediata de dos horas de cesárea, sin antecedentes personales y familiares de hipertensión, diabetes mellitus, tuberculosis, asma, VIH, cáncer. Con antecedente quirúrgico de cesárea anterior hace diez años y legrado uterino por aborto hace dos años.

Control prenatal del actual embarazo seis de doce, ha tenido dosis completas de vacunas antitetánicas sin reacciones adversas. No reacciones alérgicas a fármacos ni alimentos.

Niega consumo de tabaco, alcohol y drogas, una sola pareja sexual, píldoras anticonceptivas antes del embarazo; último Papanicolaou, junio de 2018. Alimentación

balanceada, poca sal, consume uno a dos litros de agua diario; regular estado de higiene.

Manifiesta: “vivo en la chacra”.

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

Peso 70 kg., talla 1.60 cm., índice de masa corporal (IMC) = 27.3 hemoglobina (Hb)= 9.2mm/dl., hematocrito (Hto)= 29%, temperatura (T°) =37°.4C, grupo sanguíneo y factor RH= O+, glucosa = 109mg/dl. Piel y mucosas, hidratadas, palidez moderada, dentadura incompleta, no nauseas ni vómitos. Abdomen blando depresible. Ruidos hidroaéreos (+). Herida operatoria con apósitos limpios y secos.

### **Patrón III: Eliminación.**

Post operada inmediata, con sonda Foley No: 16 (05/06/18) permeable bolsa colectora 200cc de orina colúrica en 6 hrs. Deposición una vez al día. Balance hídrico (BH) = + 1042.

Herida operatoria apósitos secos y limpios.

### **Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

Actividad respiratoria.

Ventila espontáneamente, frecuencia respiratoria FR = 22X`, superficial, ritmo regular, saturación de oxígeno (Sat.O2): 99 %.

Actividad circulatoria.

Frecuencia cardiaca (FC):102 x`, presión arterial (PA):100/50 mm/Hg, llenado capilar menor de 2 segundos, miembros superiores y miembros inferiores tibios, sin fóvea. Con catéter periférico en miembro superior izquierda.

Actividad de auto cuidado.

Post operada inmediata de dos horas con grado de dependencia II, fuerza muscular disminuida, inestabilidad postural al inicio de la deambulación.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

Duerme 08 horas diarias, refiere: “Aquí en el hospital me despiertan a cada rato para evaluarme”, “no descanso, me incomoda la luz, los ruidos”, “quiero dormir”.

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

Paciente lucida, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), Glasgow 15 puntos, ansiosa, preocupada por su estado de salud, dolor a la palpación (útero contraído a 3cm encima cicatriz umbilical). Refiere: “me duele la herida”, escala visual análoga EVA: 07.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto**

Preocupada. Manifiesta: “¿qué tengo?”, “¿qué me va a pasar?”

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

Estudios, secundaria completa, ama de casa, conviviente, vive con su pareja, hijo y su mamá. Esposo trabaja como obrero en la chacra. Manifiesta: “tengo buena relación en mi familia y con los vecinos”.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

Adulta joven, multigesta (3) parto eutócico (01), fecha de última regla 15/09/18, fecha probable de parto 26/06/18, Papanicolaou junio del 2018, menarquia a los 15 años, menstruación regular cada 30 días duración (04 días), autoexamen de mama no se realizaba por desconocimiento, mamas blandas presencia de calostro, pezones formados, útero contraído a 03 cm. arriba de cicatriz umbilical, loquios escasos y hemáticos.

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

La paciente colabora y acepta los procedimientos hospitalarios. Signos de depresión post parto ausente.

**Patrón X: Valores y creencias.**

Religión católica, sin restricciones religiosas para procedimientos clínicos y de enfermería.

**Datos de valoración complementarios:**

**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1  
*Hemoglobina 05-06-19*

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	9,5 g/dl
Hematocrito	29%

Interpretación: anemia moderada.

Tabla 2  
*Proteinuria en 24 horas 06-06-19*

Compuesto	Valor encontrado
Concentración	197 mg/24h

Interpretación: proteína ligeramente elevado en la orina.

Tabla 3  
*Creatinina 05-06-19*

Compuesto	Valor encontrado
Creatinina en suero (Sérica)	0.6 mg/dl

Interpretación: disminución ligera de creatinina sérica.

Tabla 4  
*Glucosa 05-06-19*

Compuesto	Valor encontrado
Glucosa	109 mg/dl

Interpretación: Glucosa normal

Tabla 5  
Urea 05-06-19

Compuesto	Valor encontrado
Urea sérica	105 mg/dl

Interpretación: urea sérica aumentada.

Tabla 6  
Tiempo de coagulación 05-06-19

Compuesto	Valor encontrado
Tiempo de coagulación	7'00"
Tiempo de sangría	2'00"

Interpretación: tiempo de coagulación y sangría.

### **Tratamiento médico.**

**Primer día (05/06/2018) Hora: 23 hrs.**

NPO 8 horas

Dextrosa 5% 1000 ml + hipersodio 20% 20 ml. + oxitocina 30 UI a 42 gotas por minuto.

Ceftriaxona 2gr. EV C/24 horas

Ketoprofeno 100mg, EV C/8 horas

Sonda Foley permeable > 600 retirar

Reposo absoluto.

**4.00 a.m.**

Cloruro de sodio al 9 % 01 litro + oxitocina 30 UI a 300 a chorro luego a 30 gts por min.

Misoprostol 200mg. 04 tabletas vía rectal.

Ergotrate 0.25 mg. Intramuscular stat.

**Segundo día (06/06/2018. Hora: 08 a.m.**

Dieta blanda más líquidos a voluntad.

Vía salinizada.

Ketoprofeno 100 mg vía Endovenosa cada 08 horas.

Ceftriaxona 02 gramos cada 24 horas endovenosa diluido.

Deambulaci3n asistida.



## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Características definitorias: herida operatoria, expresión facial del dolor, escala EVA: 07 puntos.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: procedimiento quirúrgico (cesárea)

Enunciado Diagnóstico: dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios y cesárea anterior evidenciada herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 07 puntos

##### Segundo diagnóstico.

Factor de riesgo: gestación complicada, cesáreas anteriores y complicación post parto.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.

Enunciado diagnóstico: riesgo de sangrado relacionado con gestación complicada (Oligohidramnios), cesáreas anteriores y complicación post parto (atonía uterina).

##### Tercer diagnóstico.

Características definitorias: conocimientos insuficientes, no sigue instrucciones.

Etiqueta diagnóstica: conocimientos deficientes.

Factor relacionado: información insuficiente.

Enunciado diagnóstica: conocimientos deficientes relacionado información insuficiente (control prenatal incompleto), conocimiento insuficiente sobre proceso de complicación del embarazo y post parto manifestado “¿qué tengo?, “¿qué me va pasar?”.

**Cuarto diagnóstico.**

Características definitorias: cambio en el patrón del sueño, despertarse sin querer, dificultad para conciliar el sueño, no sentirse descansado.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del Patrón del Sueño.

Factor relacionado: procedimientos terapéuticos, factores ambientales: luz, ruidos.

Enunciado diagnóstico: trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales: luz, ruidos y procedimientos terapéuticos manifestado: “me despiertan a cada rato para evaluarme”, “me molesta la luz, los ruidos”, “tengo sueño”

**Quinto diagnóstico.**

Factor de riesgo: alteración de la integridad de la piel, procedimientos invasivos disminución de hemoglobina.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de Infección relacionado con alteración de la integridad de la piel, (herida operatoria), procedimientos invasivos (sonda vesical permanente) hemoglobina: 9.2mg/dl.

**Sexto diagnóstico:**

Características definitorias: angustia, preocupación.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: cambios en su estado de salud.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionado con cambios en su estado de salud manifestado “me preocupa mi salud” evidenciada expresión facial de angustia.

**Séptimo diagnóstico:**

Factor de riesgo: periodo de recuperación post operatorio y entorno desconocido.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Enunciado diagnóstico: riesgo de caídas relacionado con debilidad, entorno desconocido (Servicio de ginecología).

**Octavo diagnóstico:**

Características definitorias: deterioro para acceder al baño, deterioro para lavar el cuerpo.

Etiqueta diagnóstica: déficit del auto cuidado: baño.

Factor relacionado: debilidad.

Enunciado diagnóstico: déficit de auto cuidado: baño relacionado con debilidad secundario a intervención quirúrgica evidenciado por dificultad para acceder al baño (ducha) y lavar el cuerpo.

**Noveno diagnóstico:**

Características definitorias: enlentecimiento del movimiento, inestabilidad corporal.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado: disminución de la fuerza muscular.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular secundario a post operatorio inmediato (cesárea) evidenciado por inestabilidad postural.

## Planificación

### Priorización.

1. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios y cesárea anterior evidenciada herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 07 puntos.
2. Riesgo de sangrado relacionado con gestación complicada (oligohidramnios), cesárea anterior y complicación post parto (atonía uterina).
3. Ansiedad relacionada con cambios en su estado de salud manifestado por la paciente: “me preocupa mi estado de salud” y expresión facial de angustia.
4. Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales: luz ruidos y procedimientos terapéuticos manifestado: “me despiertan a cada rato para evaluarme”, “me molesta la luz, los ruidos”, “tengo sueño”.
5. Riesgo de infección relacionado a alteración de la integridad de la piel (presencia de herida operatoria), procedimientos invasivos (sonda vesical permanente) hemoglobina disminuida: 9,2 mg/dl.
6. Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente (control prenatal incompleto), conocimientos insuficientes sobre proceso de complicación del embarazo y post parto manifestado: “¿que tengo?”, “¿qué me va pasar?”.
7. Riesgo de caídas relacionado con debilidad y entorno desconocido (servicio de ginecología).
8. Déficit de autocuidado: baño relacionado con debilidad secundario a intervención quirúrgica evidenciado por dificultad para acceder al baño (ducha) y lavarse el cuerpo.

9. Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular secundario a post operatorio (cesárea) evidenciado por enlentecimiento del movimiento e inestabilidad postural.

## Plan de cuidados

*Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (procedimiento quirúrgico) secundario a oligohidramnios y cesárea anterior evidenciado por herida operatoria, expresión facial de dolor, EVA: 07 puntos*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivos	1. Controlar funciones vitales en especial:	→	→				→
La paciente presentará disminución de dolor en el turno.	FR, FC y PA.						
	2. Evaluar el dolor a través de la escala EVA (1-10)	→	→				→
Resultados esperados:	3. Ayudar a moverse a determinada posición antálgica.	→	→				→
La paciente manifestará disminución del dolor calificándolo 2-3 en la escala EVA.	4. Administrar analgésico: Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas.	8	4				12
La paciente evidenciará facie de tranquilidad.	5. Proporcionar ambiente adecuado.	→	→				→
	6. Enseñar/aplicar técnicas de relajación, respiración y masajes.	→	→				→

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Sangrado relacionado con gestación complicada (oligohidramnios), cesárea anterior y complicación post parto (atonía uterina)*

Planificación		Ejecución					
Objetivo / resultados	Intervenciones	05/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general	1. Valorar y monitorizar funciones vitales: en especial FC Y PA.C/30 min. así como estado de conciencia.	→	→				→
La paciente disminuirá el riesgo de sangrado.	2. Establecer vía venenosa, calibre N°18.	7					
	3. Administrar reposición de fluidos Dextrosa 5% 1000cc+oxitocina 20 UI 30gts por minutos (prescripción médica) a 45 gotas por min.	7	→				→
	4. Orientar procedimientos a realizar.	→	→				→
	5. Valorar la contracción uterina y altura uterina.	4	→				→
	6. Realizar masajes uterinos circular y compresión del mismo cada/15 min. Educar sobre automasajes uterinos.	4	→				→
		7	→				→

---

7. . Estimular precozmente lactancia materna exclusiva. Evaluar las mamas.	→	→	→
8. Vigilar sangrado vaginal y coágulos.	→	→	→
9. Calcular sangrado vaginal (pesar toallas higiénicas).	4		
10. Cateterizar vejiga y monitorizar diuresis 30 ml/hra.	4		
11. Administrar Methergin 01 ampolla IM stat (prescripción médica).	4		
12. Administrar oxitócicos vía rectal: Misoprostol 100 mg 04 tabletas vía rectal.	7	→	
13. Realizar balance hídrico estricto y valorar resultado positivo.	4		
14. Disponer de productos sanguíneos en laboratorio para posible transfusión de paquete globular.	4		
15. Tramitar examen de Hemoglobina y Hematocrito de control.			

---



Tabla 9

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con cambios en su estado de salud manifestado por la paciente “me preocupa mi salud” y expresión facial de angustia*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivos: La paciente mitigará la ansiedad progresivamente.	1. Utilizar una actitud serena, empática y amable; cuidando el lenguaje verbal y no verbal.	→	→				→
Resultados: La paciente referirá sentirse más tranquila.	2. Brindar apoyo emocional animándola a expresar sus sentimientos Informar sobre los procedimientos.	→	→				→
	3. Dar tiempo para que haga sus preguntas y discuta sus dudas.	→	→				→
	4. Mantener buena relación enfermera-paciente y con el equipo de turno.	→	→				→
	5. Ayudar a aceptar la situación de salud	→	→				→

Tabla 10

*Diagnóstico de enfermería: Trastorno del Patrón sueño relacionado con factores ambientales: luz, ruidos y por procedimientos terapéuticos manifestado: " me despiertan a cada rato para evaluarme", "me molesta la luz, los ruidos", "tengo sueño"*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		05/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivos: La paciente disminuirá trastorno del patrón del sueño en el turno.	1. Coordinar con el personal de turno acerca de los procedimientos y actividades terapéuticas que alteran sueño de la paciente.	→	→				→
Resultados: La paciente referirá sentirse tranquila y descansada en el turno.	2. Proporcionar bata y ropa de cama seca, suave y limpia antes de dormir.	→	→				→
	3. Ayudar a eliminar situaciones estresantes.	→	→				→
	4. Masaje y alineación corporal y posición anatómica adecuada.	→	→				→
	5. Limitar y/o retirar estímulos ambientales (luz, ruidos	→	→				→

Tabla 11

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de integridad de la piel (herida operatoria), procedimientos invasivos (sonda vesical permanente) hemoglobina 9.2 mg/dl.*

Objetivo / resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones		05/06/18			05/06/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivos:	1. Valorar signos vitales.	7		→				→
La paciente disminuirá riesgo de infección.	2. Utilizar medidas asépticas y de bioseguridad.	→	→					→
.	3. Administrar Ceftriaxona 02 gr cada 24 horas, teniendo en cuenta los 10 correctos en la administración de medicamentos.	4	→	→				→
	4. Vigilar herida quirúrgica y realizar cuidados de la misma-curación.		→	→				→
	5. Vigilar la ingesta de dieta indicada.		→	→				→
	6. Vigilar catéter urinario.		→	→				→
	7. Enseñar/aplicar lavado de manos.		→	→				→
	8. Instruir a la paciente y familia sobre asepsia medica signos y síntomas precoces de infección.		→	→				→
	9. Valorar resultados de laboratorio control.							

## Capítulo III

### Marco teórico

#### Dolor agudo

Anahuari (2017) manifiesta que el dolor agudo es una sensación que experimenta una persona por un problema de salud, decimos aguda ya que es por tiempo limitado, con inicio lento, progresivo y final previsible; síntoma que experimenta la paciente en estudio.

Carvalho (2017) menciona que el dolor quirúrgico son producidas por las manipulaciones propias del acto quirúrgico al liberarse de nuestro cuerpo sustancias algógenas que son las que producen dolor, al haber traumatismo se emite una señal hacia el sistema nervioso central por la médula espinal causando repercusiones a nivel cardiovascular, gastro-intestinal, sistema nervioso como fue el caso de la paciente y esto se agudiza más porque la paciente no estaba preparada para una intervención quirúrgica de emergencia ya que le habían comunicado en sus controles prenatales sería un parto vaginal.

En la paciente en estudio, el factor relacionado es por agentes lesivos físicos por presentar una herida quirúrgica (cesárea), lesión del tejido dérmico que causa daño en las células activando o sensibilizando los receptores del dolor, cambiando los parámetros fisiológicos (cardiovasculares, respiratorios y otros); las primeras horas de post operada es más intenso, por ello se debe estar atenta para identificar riesgos relacionados con el dolor como gemidos, llanto, expresión facial sutil, movimiento del cuerpo, etc. Ya que si es persistente o no es mitigado provocará alteraciones fisiopatológicas nocivas en diversos órganos y sistemas del paciente, modificando sus funciones vitales. Potter, P. y Perry. A. 2002. Como se alteró en la paciente en estudio.

El dolor post operatorio en pacientes sometidas a cesáreas es una experiencia altamente frecuente y se refleja con intensidad clínicamente inaceptable ya que puede traer alteración del binomio madre hijo. El alivio del dolor es un derecho humano y todo profesional de salud tiene un compromiso en el cumplimiento de los principios éticos como la autonomía sobre su plan terapéutico, la beneficencia que enfoca las conductas antiéticas frente al paciente con dolor, la no maleficencia que trata de los dilemas del riesgo y beneficio de los analgésicos y aplicación de procedimientos dolorosos innecesarios y por último el principio de la justicia el cual guía la práctica asistencial, distribución igualitaria en el acceso al tratamiento del dolor (Carvalho , 2017). Considerando que el dolor en todas sus formas, tipos etc., es desagradable y a veces insuportable para el paciente la enfermera utilizará plan de cuidados priorizando las intervenciones para calmar el dolor.

Carvalho (2017) refiere es importante alcanzar la pronta recuperación y reducción del sufrimiento del dolor por ello es imprescindible conocer la subjetividad del paciente y comprender los multifactores de la experiencia dolorosa.

En el caso de la paciente en estudio se encontró que al ingreso a la hospitalización refiere “me duele la herida” y se observa quejidos, facie quejumbrosa, expresión de dolor, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca aumentadas causando en ella el problema de dolor agudo relacionado por agentes lesivos físicos por intervención quirúrgica, frente a este problema identificado la enfermera interviene:

Se controla funciones vitales cada 30 min. Según Potter y Perry (2012) cuando hay dolor estos valores se alteran que sumado a otros signos y síntomas como gemidos, llanto, fascie de dolor, movimientos del cuerpo, etc. podemos evaluar mejor a la paciente.

Se evalúa el dolor con la escala visual analógica EVA, tras una operación lo más inmediato es medir el dolor a través de escala visual o verbal establecidos. Charett (2012) refiere que la escala EVA es un instrumento que evalúa el dolor a través de una escala de 1-10cm. y nos facilita la identificación e intensidad del grado de dolor que el paciente percibe y lo describe, es una línea horizontal de 10 cm. (regla milimetrada) en el cual en un borde se encuentra expresión extrema del dolor (lado derecho) y en el lado izquierdo se encuentra la ausencia o menor intensidad. En la paciente se evalúa y manifiesta EVA de 07 puntos.

Se administró analgésico prescrito Ketoprofeno 100mg EV. lento y diluido. Según Minsa (2014), este medicamento tiene propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas debido a su gran liposubilidad al atravesar la barrera hemato encefálica disminuyendo así el dolor. La paciente en estudio empezó a sentir disminución de dolor a los 10 min. de la administración, se debe tener en cuenta si padece o ha tenido antecedentes de úlceras, hemorragias o perforaciones estomacales, utilización de anticoagulantes, hipertensión, etc.

Otra de las intervenciones es ayudar a la paciente a moverse a determinada: posición antálgica que es considerada la postura que adopta el paciente espontáneamente y muchas veces inconscientemente para aliviar tensión muscular, disminuir presión en la zona y evitar el dolor que está presente (Paz, 2016). Esta posición es una buena alternativa para calmar el dolor, la paciente C.C.A. adoptó la postura decúbito lateral derecho.

También se proporciona un ambiente adecuado ya que según Tarantilla (2016) el entorno es parte de la terapia: la atmósfera, la luz, temperatura, olores, música, colores, etc. Todo esto hizo que la paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción del dolor que enfrenta lo que se contribuyó a la disminución del dolor.

Otra actividad realizada, fue enseñar y aplicar técnicas de relajación y/o respiración; Choliz (2017) menciona que consiste en tensar y relajar (inspiración y exhalación) grupos de músculos principales que están contraídos disminuyendo el oxígeno de los tejidos, produciendo hipoxia y por ende disminuyendo el umbral doloroso. La hipoxia tisular afecta el bienestar materno y fetal. La respiración profunda puede aumentar la relajación, ayudar a la paciente a mantenerse enfocada y distraída soslayando el foco del dolor. La respiración profunda ayuda activar el sistema nervioso parasimpático induciendo así a la relajación que es un tranquilizante natural del sistema nervioso. Este procedimiento se realizó posterior a la administración del analgésico y con mucha aceptación por el aprendizaje.

A la paciente en estudio, también se le realizó masajes en la espalda, que según Poggi e Ibarra (2007), los masajes actúan sobre el sistema nervioso en las terminaciones nerviosas de la piel estimulando así la liberación de endorfinas que son sustancias químicas naturales que lo ayudan a sentirse mejor, recibir este mensaje ha demostrado ser eficaz ya que promovió relajación en la paciente en mente y cuerpo de tensiones y le proporcionó autocontrol durante su estancia hospitalaria.

### **Riesgo de sangrado**

Para Karlsson y Pérez (2009), la hemorragia es una emergencia y complicación obstétrica más temidas por todo profesional de salud y una de las tres primeras causas de muerte materna en el mundo, por ello la vigilancia es necesaria, la causa más común es la atonía uterina que es la pérdida o disminución del tono muscular, cuando el útero no se contrae luego de la expulsión de la placenta y es la primera causa de hemorragia después del parto eutócico o distócico.

“Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” así lo define Nanda (2015-2017).

El factor relacionado es la prevención de la hemorragia post parto, el equipo de salud sí puede actuar para prevenir la falta de tono muscular del útero. Uno de los riesgos inmediatos post parto es la hemorragia vaginal pues se trata de una complicación sobre todo en las primeras dos horas post parto puede llegar a ser grave y suponer la muerte por disminución del volumen circulante de sangre, no debe confundirse con loquios que es normal, en la cesárea se pierde en promedio 1000 ml. La causa más común es la inercia uterina o atonía uterina que es la pérdida de la musculatura uterina es decir el útero no reacciona normal con las contracciones post parto o entuertos para recuperar su tamaño anterior que se conoce como involución uterina que gracias a una serie de cambios hormonales el útero va disminuyendo de tamaño y se van sellando los vasos sanguíneos dañados de la pared interna del útero pero en ocasiones esto no se produce y es entonces se produce hemorragia vaginal intensa debido a lo que se conoce como: atonía, hipotonía o inercia uterina, Álvarez y Otros (2012) y López (2017).

Oligohidramnios como patología complica al 3 a 5 % los embarazos y está relacionado con un aumento en la morbilidad del recién nacido: compresión del abdomen fetal, problemas pulmonares extrauterinos, líquido amniótico meconial, anormalidades cardíacas, compresión del cordón umbilical, pobre tolerancia del feto durante el parto, bajo apgar al nacer, acidosis fetal del recién nacido; las secuelas del oligohidramnios depende de la duración del mismo y la rapidez con la que se produzca y actuación oportuna del personal de salud el cual es uno de los motivos de practicar la cesárea en la paciente, patología aguda grave, de la madre y/o feto, con riesgo vital materno-fetal o pronóstico neurológico fetal lo que hizo finalización rápida del embarazo; otro motivo fue el antecedente de cesárea anterior que aumenta el riesgo de rotura uterina aumentando el riesgo de complicaciones dentro de ellos la hemorragia vaginal y el último motivo que hizo tomar la decisión de cesárea fue que tuvo control prenatal insuficiente seis



cuando las normas dicen doce, todo estos factores aunados a la cesarea de emergencia conllevan a un riesgo de sangrado vaginal en la paciente. Arispe y Otros (2011), Darmelia y Lezama (2008) y Cachar y Araque (2014).

El objetivo de vigilar el riesgo sangrado vaginal es para mantener una volemia que favorezca un normal funcionamiento del cuerpo, permita una adecuada oxigenación de tejidos y disminuya algunas alteraciones en la coagulación, usualmente en atonías uterinas hay coagulopatía dilucional.

Generalmente, el riesgo de sangrado vaginal en una post operada inmediata de cesárea es una complicación grave en las primeras horas, si no se atiende de forma oportuno y adecuado por el equipo de salud. En el caso de la paciente en estudio de siglas C.C.A., el riesgo de sangrado se relaciona con complicación post operatoria ya que al ingreso a hospitalización la paciente estaba aparentemente estable al realizar la valoración y empieza a complicarse aproximadamente a las 03 horas de hospitalizarse; el sangrado vaginal aumento hasta 300cc, útero contraído con tendencia a la relajación frente a este problema identificado se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería:

Control de funciones vitales cada 15-30 minutos, según Pérez y Merino (2014) reflejan el estado fisiológico del cuerpo, una alteración es un indicador para estar alerta a complicaciones. En caso de riesgo a sangrado vaginal, los tiempos de control es más corto y debe estar monitorizado en hoja aparte para comparar los valores.

Luego se establece vía venosa gruesa Nro. 18 para administrar fluidos para reanimación inicial de volumen ya que equilibran con rapidez en el espacio extravascular y las investigaciones demuestran que permanece en la circulación después de 02 horas, razón por la cual según Gallardo y Salguero (2014) debe infundirse volumen de cristaloides alrededor de 03

veces la pérdida sanguínea estimada. Reposición con cloruro de sodio al 9% 1000cc + Oxitócica 20UI cristaloides que permanece más tiempo en el torrente sanguíneo y su osmolaridad es parecida al plasma; la oxitocina es el fármaco de primera elección ya que aumenta la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, el goteo no debe ser rápido ya que causa hipotensión brusca.

Se procede a valorar el tono muscular uterino cada 15 min. y altura uterina. López (2016) refiere que esta valoración es primordial en la prevención de hemorragia post parto. En el puerperio inmediato el útero pesa aprox. 01 kilo, se encuentra a la altura o encima del ombligo y se palpa duro, redondeado y contraído. En caso de que la palpación uterina revele hipotonía, se debe comunicar al médico. Con tratamientos de contractibilidad e involución uterina el útero recuperará el tono y posición fisiológica a razón de un revés de dedo por día. En la paciente en estudio el útero estaba contraído pero por momentos había relajación uterina motivo de preocupación por esta característica, que puede complicarse a problemas como es la hemorragias.

Se realiza masaje uterino circular durante cinco minutos, compresión de la misma debajo del ombligo, el útero responderá contrayéndose; la contracción del útero o entuertos ayudan a sellar los vasos sanguíneos que quedan abiertos con la salida de la placenta y se expulsan posibles coágulos sanguíneos retenidos, estos coágulos retenidos también suprimen o inhiben las contracciones uterinas de una manera eficaz; reduciendo de este modo el riesgo de hemorragias intensas, puede ser realizado por el médico o enfermera que detectan con facilidad el nivel del útero y presionan para ayudarlo a involucionar controlando la presión efectuada, en el caso de la paciente en estudio todo el equipo profesional de turno trabajó con el automasaje uterino y evaluación de la paciente para detectar complicaciones como: hemorragias, shock hemorrágico,

histerectomía abdominal, síndrome de hellp, etc. (Asturizaga, 2014). Enseñar automasaje uterino a la paciente estable contribuye a detectar signos de alarma: sangrado vaginal abundante, dolor abdominal, atonía uterina, debilidad, mareos, etc. y comunicar al personal de salud cualquier eventualidad.

Asturizaga y Toledo (2014) y Abalos y otros (2006) refieren es importante vigilar el sangrado vaginal, entuertos o loquios cada 15 min. que son secreciones post parto compuesta por restos de decidua uterina, sangre, restos de tejido de granulación y exudado, si son rojos hemáticos y con coágulos debemos estar en alerta por posible complicación así mismo a la palpación no debe haber dolor. El sangrado lento y continuo o el sangrado repentino debe considerarse como emergencia. Aun si no hay signos de gravedad, debemos tener en mente en cada evaluación ya que su estado general puede empeorar rápidamente y estar vulnerable a un inadecuado riego sanguíneo a los órganos vitales. Estar vigilante de signos y síntomas de empeoramiento de sangrado vaginal: pulso rápido y débil, disminución de la presión arterial, palidez en especial los párpados, palma de manos y labios-boca, sudoración, piel fría, respiración rápida 30 x min. o más, ansiedad, confusión o inconciencia, escasa producción de orina (menos de 30 cc por hora), esto empeora ya que dos tercios de las hemorragias post parto ocurren sin la existencia de factores de riesgo identificado simplemente los vasos sanguíneos uterinos no se contraen. En el caso de la paciente en las tres primeras los loquios eran rojo semi oscuros luego se tornaban rojo rutilante así como al inicio fue escasa la cantidad de los loquios pero fue en aumento.

Cateterizar la vejiga con sonda Foley nro16 con bolsa colectora de orina, que según Abdel-Aleem y otros (2014) se realiza con la finalidad que este vacía la vejiga ya que esto favorece la contracción uterina post parto (entuertos) teniendo el espacio pélvico desocupado de

modo que el útero se pueda contraer mejor y recupere su tamaño, también se colocó la sonda vesical porque se utilizó anestesia epidural esta modifica el tracto urinario, produce retenciones urinarias y el personal de salud puede evaluar mejor la involución o regresión uterina y brindar cuidados adecuados. La paciente presentó sonda Foley permanente con bolsa colectora por 06 horas con diuresis leve concentrado (colúrico); evaluando si la diuresis está en parámetros establecidos 30 a 50cm. por hora.

Se orienta y estimula la práctica de la lactancia materna exclusiva lo más precoz posible así lo refieren Alvarez y Otros (2012), que la naturaleza es sabia, cada vez que él bebe succiona el pecho se produce una descarga de la hormona oxitocina que provoca que el útero se contraiga más, sellando los vasos sanguíneos que quedan abiertos tras el parto. Cuando se colocó al bebe al pecho materno y se estimuló a iniciar la lactancia materna se ayudó a las contracciones uterinas y al contraerse el útero los vasos se cierran esto es lo que se llama ligaduras vivientes de Pinard, la paciente comprendió y colaboró con la lactancia materna exclusiva.

Realizar cálculo de sangrado vaginal: pesar pañales para un adecuado registro de egresos corporales (Talombo, 2016).

Se administró Methergin 01 ampolla IM stat por indicación médica esto causa contracciones uterinas generalizada de la musculatura lisa (Gallardo y Salguero, 2014).

Se administró oxitócicos vía rectal: 4 tabletas de Misoprostol de 100mg por prescripción médica ya que según Gallardo y Salguero (2014) este se absorbe bien por la mucosa rectal teniendo en cuenta sus efectos secundarios: pirexia y temblores. Es un potente vasoconstrictor.

Se realizó balance hídrico estricto, se espera BH (+) ya que esta acción pronóstica la evolución clínica del paciente, es un marcador potencialmente modificable y determinante del resultado clínico y, por lo tanto, se deduce que hay disminución de lesión renal agudo refiere

Gonzales (2019). En el caso de la paciente, su BH fue positivo 1042 de 06 horas, lo que significa que no hay complicaciones, pero se sigue vigilando los ingresos y egresos de fluidos.

Se realizaron las coordinaciones para disponer de productos sanguíneos para una posible transfusión del paquete globular; también, se coordinó con laboratorio para hemoglobina de control por si llegara a complicarse a shock hipovolémico, previo debería usarse expansores plasmático ya que la transfusión de paquete globular restaura: el volumen, el transporte de oxígeno y la función hemostática de nuestro organismo (Minsa, 2015). La hemoglobina de control fue 9.2 mg/dl por lo que no fue necesario transfusión de paquetes globulares.

### **Ansiedad**

El periodo post parto es un momento especial en la vida de una mujer, marcado por emociones fuertes, dramáticos, cambios fisiológicos, ajustes y cambios a nuevos episodios y roles en su vida; momento de profunda transición que hace esfuerzos para adaptarse más aun cuando hay complicaciones.

Garcia (2013) menciona a la ansiedad relacionada con cambios en su estado de salud es producida como un mecanismo de defensa universal, es un sistema de alerta ante situaciones consideradas como amenazantes, es normal en las personas ya que moviliza el organismo, lo mantiene alerta y actúa frente a riesgos y amenazas para minimizar las consecuencias y así lo empuja a actuar ya sea atacar, huir, afrontar, adaptarse, neutralizar, etc. Por tanto, esto es bueno y no representa problemas de salud; pero si se altera produce problemas de salud y en vez de ayudarnos nos incapacita. Se puede comparar a la ansiedad como un “monstro” que vive y se alimenta con adrenalina, como un aviso que hay peligro y nuestro cuerpo descarga adrenalina en tanto reaccionamos para protegernos por un periodo de tiempo hasta que se recupera el nivel de adrenalina y volvemos a la normalidad, hasta un nuevo episodio de ansiedad.

La ansiedad es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta personal; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (Nanda, 2015-2017).

En la paciente, en estudio, corroborando las definiciones anteriormente mencionadas, la ansiedad se presenta por crisis situacional actual y grandes cambios en su estado de salud que no lo esperaba y no comprendía lo que le sucedía, los procedimientos que le practicaban, el personal de salud reunidos con ella, quien manifiesta “me preocupa mi salud” y se le observa una expresión facial de angustia. Frente a este problema se interviene priorizando las acciones de enfermería:

Mantener una actitud serena, empática y amable que de tranquilidad frente a la paciente según García (2013) y Martínez (2011), la enfermera realiza una labor imprescindible en esta etapa inicial por ser integrante del equipo de salud y pasa más tiempo con la paciente dando un sentimiento de seguridad; cuidando su lenguaje verbal y no verbal para potenciar la autoconfianza en la paciente, esta actitud hizo que colabore escuchando las indicaciones con atención.

Se brindó apoyo emocional propiciando catarsis para conocer la percepción que tiene de su salud y sus temores. Dar seguridad, aceptación y ánimos en momentos de tensión (Nic, 2015-2017). La paciente refiere que le preocupa su salud, pero no sabía de esta complicación.

Según Carrascosa (2014), en el puerperio hay un alto riesgo para desarrollar trastornos afectivos y psicológicos por ello, se debe prestar atención a la salud mental de la puérpera. Refiere también que todo parto es altamente estresante ya que provoca estrés con repercusiones

fisiológicas activando el eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal y psicológicos poniendo en marcha procesos cognitivos y conductuales que tendrá que afrontar la paciente.

Otra actividad que se realizó es dar tiempo para que realice pregunta y discuta sus dudas .Por ello se informan las expectativas de los procedimientos a realizar en el paciente.

Otra intervención de la enfermera fue ayudar a la adaptación física y psicológica a su nueva condición, educando sobre su salud y entorno para disminuir la ansiedad, Carrascosa (2014).

Mantener buena relación de enfermera – paciente, la comunicación es uno de los factores claves a la hora de prestar cuidados integrales y de calidad ya que el paciente es vulnerable a diferentes agentes estresores en relación a su entorno y salud; muchas veces es delegado a un segundo plano por falta de tiempo debido a la sobrecarga de trabajo o falta de entrenamiento sobre este aspecto refiere Escobar (2015). Se observa que la paciente se siente en confianza con la enfermera acepta las sugerencias y cuidados.

### **El trastorno del patrón del sueño.**

Onmeda (2017) y Nanda (2015-2017) definen al sueño como un estado de reposo caracterizado por una baja de actividad fisiológica, que influye en la homeostasis del cuerpo es decir en la salud, en la conservación de la energía y se puede afectar por diversos factores como fue la complicación de sangrado vaginal que presentó la paciente, se despertaba de manera automática ante cualquier ruido y no descansaba por completo; difícil de definirlo ya que es un fenómeno cíclico de la vida, estado fisiológico vital para poder vivir y recuperar energías.

Generalmente, el trastorno del patrón del sueño ocurre en la post cesárea es relacionado por factores ambientales, horario de la intervención quirúrgica, miedos, terapéuticas parenterales,

evaluaciones médicas, examen de laboratorio y en el caso de la paciente en estudio se agregó sangrado vaginal aumentado. Dentro de las actividades realizadas tenemos:

Pedir al paciente se tranquilice y se calme para inducir a la relajación refiere Pita (2015).

Se informó a la paciente sobre el estado de su salud y terapéutica a realizar desde el punto de vista enfermería así como el problema identificado y que vamos a tomar acciones, esto es importante según Pita (2015), conocer la percepción de la paciente ya que la enfermedad y los factores psicológicos son la causa del deterioro del sueño- El trastorno del sueño hace disminuir el sistema inmune, aumenta la presión arterial porque se incrementa la actividad parasimpática, aumenta las infecciones al disminuir las células Killer y de linfocitos, altera la insulina, la temperatura y otros. En el caso de la paciente en estudio refiere “me despiertan a cada rato para evaluarme”, “me molesta la luz, los ruidos”, “tengo sueño” al escuchar estas palabras tengo que propiciar un sueño reparador para evitar complicaciones como las mencionadas y es una necesidad de la paciente.

Se agrupan las actividades terapéuticas para minimizar el número de despertares y permitir ciclos de al menos 90 minutos o más, apoyando así ciclos de sueño y de vigilia según Cordero y Otros (2009). Se coordinó con el equipo de salud para no interrumpir su sueño, solo si es necesario.

También se ayuda a eliminar situaciones estresantes antes de conciliar el sueño, ya que según Cordero y Otros (2009), la buena comunicación logra identificar problemas de la paciente y no interferirá en su sueño; se comunica que su esposo está en la sala de espera, su hijo mayor, al cuidado de su mamá y su bebé, está con lactancia materna exclusiva y su salud está controlada y que nos comunique sus preocupaciones.



Se supervisó la ropa de la paciente y la ropa de cama que estén secos, suaves y limpios ya que estos producen confort.

Se ayuda a la paciente a mantener alineación corporal y posición anatómica adecuada ya que cada persona adopta una postura determinada para dormir que se altera en las hospitalizaciones, según Brunner (2013). La posición que adopta es decúbito lateral derecho.

Se limitaron los estímulos ambientales: luz, ruido ya que aumenta el ciclo circadiano, el tiempo de sueño y disminuye la calidad del mismo. Se apagó los florecientes del ambiente y se dejó la lámpara, se conversó con el personal del servicio y pacientes de otras camas para disminuir o evitar ruidos de cualquier índole refiere Pita (2015).

### **Riesgo de infección**

Spry (1996), López (2016) y Nanda (2015-2017) definen el riesgo de infección es un estado en que un paciente está vulnerable de ser invadido por agentes patológicos de forma exógena como instrumentos quirúrgicos o por las manos de quien practica la intervención quirúrgica o endógena; es decir, la piel, y se propaga a la herida quirúrgica y por tanto debe tener cuidados ya estandarizados para evitar infecciones bacterianas en los tejidos dañados en la intervención quirúrgica; las que se relacionan con una capacidad agresiva de respuestas inflamatorias y posteriormente infecciones.

Martínez y otros (2016) refieren que el cateterismo vesical es un factor para desarrollar infecciones urinarias; pueden ocasionar cuando los microorganismos ascienden entre la mucosa uretral y la superficie externa de la sonda, también entre el sistema de drenaje y orificio de entrada de la bolsa colectora y durante la inserción del catéter (se arrastran al interior microorganismo de la zona distal de la uretra), lo que produce un trauma local con inflamación lo que facilita riesgo de infección. El tratamiento antibiótico puede alterar la flora uretral del

paciente. En el caso de la paciente, se realizó este procedimiento según protocolo, aun así, hay riesgo de infección.

Duarte (2017) Cuando hay disminución de la hemoglobina en pacientes operadas puede ser por hemorragias, el paciente presenta taquicardia, hipertensión y aumento de la frecuencia respiratoria porque trata de controlar el flujo de oxígeno, también puede traer consecuencias en la piel como palidez o pérdida de coloración normal. La consecuencia más trascendental es la anemia donde se observa somnoliento, cambios bruscos de humor, depresión, palidez, debilidad, agotamiento, pudiendo comprometer nuestra salud. Los valores recomendados en mujeres son de 12 a 14 mg/dl. Y, en la paciente en el post operatorio, tuvo 9.2 mg/dl. que corresponde a anemia moderada.

Rael y López (2016) refieren que toda alteración de la integridad de la piel (herida quirúrgica), los procedimientos invasivos, como sondaje vesical permanente, pueda ser un factor de riesgo infeccioso ya que la piel tiene mayor facilidad y fragilidad para que los microorganismos atraviesen las barreras naturales de protección del cuerpo; sumado a esto, disminución de las defensas por una hemoglobina con valores baja. Los conocimientos insuficientes, también, puede aumentar este riesgo, como es el caso de la paciente en estudio que tiene estos factores predisponentes y por tanto se considera altamente vulnerable a un proceso de invasión bacteriana.

Frente a este problema identificado, la enfermera a través de sus intervenciones planificadas administró el tratamiento de enfermería empezando por:

Control de funciones vitales, ya que estos constituyen las principales señales de bienestar, indicador básico para la continuidad del cuidado, monitorizar los cambios en la salud y garantizar detección temprana de complicaciones, según la OMS (2016).

Es importante controlar la temperatura, ya que la hipotermia se asocia hasta seis veces el riesgo de infección de heridas en cirugías limpias por la vasoconstricción que causa la hipotermia que disminuye el flujo sanguíneo al tejido celular subcutáneo, refieren Rael y López (2016). En el caso de la paciente, su temperatura estuvo dentro de parámetros normales 37.2 grado centígrado.

Luego, se procede a utilizar medidas de asepsia y principios de bioseguridad que están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismo de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección, refiere Polaco y Otros (2011); así mismo, es importante utilizar los principios de bioseguridad como son la universalidad, uso de barreras y medios de eliminación de material contaminado (Hospital Sergio Bernales, 2014).

La Ceftriaxona es un bactericida de amplio espectro y de acción prolongada que inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana; se utiliza en profilaxis pre operatorio consiguiendo niveles del antibiótico en los tejidos por encima de la concentración mínima inhibitoria de los gérmenes antes de que estos contaminen el sitio quirúrgico; por ello, se debe administrar dentro de los 30 min. Una sola dosis como profiláctico es tan efectiva como múltiples dosis de antibióticos previos a la intervención quirúrgica; en heridas limpias no debería utilizarse los profilácticos ya que hay un riesgo de infección de 2% y también en heridas post quirúrgicos, en especial cuando hay complicaciones: hemorragias, operaciones prolongadas y cuyos efectos secundarios debemos tener en cuenta para orientar adecuadamente; diarreas, náuseas, vómitos, dermatitis alérgica, prurito, etc. Vademecun (2016) y Digemid (2012). Por los procedimientos, varios realizados en la paciente se le administró Ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas por tres días, tiempo que permaneció en la hospitalización.

Los cinco correctos para la administración de medicamentos permiten al personal de enfermería seguir algunas precauciones estándares para evitar o disminuir al máximo un error con ello se asegura un mejor proceder en bien del paciente según Giardis (2013).

Otra actividad fue vigilar la ingesta de dieta indicada. Inmediatamente después de una cesárea se deberá permanecer unas horas sin ingerir alimentos; luego de forma lenta y progresiva se va introduciendo alimentos empezando por líquidos ( zumos, sopas, mazamorras ligeras, etc.) luego dieta blanda y, por último, dieta completa; es decir, dieta equilibrada, variada y ajustada a los requerimientos de la paciente post operada puede ser clave para su recuperación y para una mejor cicatrización de la herida quirúrgica; algunos alimentos vinculados a mejorar este proceso traumático son las proteínas, vitaminas y minerales así como la ingesta de líquidos de 6 a 8 vasos de agua para que su cuerpo se mantenga hidratado y elimine los desechos del cuerpo ayudando a la recuperación (Martínez, 2014). En el caso de la paciente, toleró bien la dieta indicada y la ingesta de líquidos, en la institución como norma dejan 01 litro de agua de anís sin azúcar a las 8 a.m. y 5 p.m.

Se vigila y cuida la herida quirúrgica, que según Rael y López (2016) en busca de signos de infección: color, dolor, textura, edema, inflamación. La mayoría de casos es por contaminación durante la intervención del acto operatorio: personal sanitario, el patógeno y/o el paciente en ese orden; todo esto debemos tener en cuenta para disminuir la contaminación bacteriana. Existen una multitud de factores que puede alterar los mecanismos de defensa del paciente que pueden ser intrínsecos como patologías previas, edad, obesidad, etc. o bien de origen extrínseco como el personal sanitario o el sistema sanitario. El conocimiento de los factores de riesgo y las medidas de prevención ayudarán mucho a evitar riesgo de infecciones. R

Se enseña la técnica de lavado de manos. Según el Minsa (2012), es la medida de prevención más eficaz y la más olvidada para reducir la transmisión de microorganismos ya sea las flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel, la higiene con agua y jabón es suficiente para reducir infecciones en la paciente, con esta práctica.

Orientar al paciente y familia sobre signos y síntomas que deben informar al personal de salud: presencia de dolor, calor, edema, tumoración, hematomas, seromas, dehiscencia, etc., refiere Carrascosa (2014). Esta acción es importante para obtener su colaboración y contribuye a detectar precozmente signos de infección.

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendieron 2 días a la paciente C.C.A. en el servicio de Gineco-obstetricia del 05/06/18 al 06/06/18. El primer día en el turno diurno y el segundo día en el turno noche.

El primer día se identificaron 09 diagnósticos de enfermería priorizándose 05 al igual que el segundo día.

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

##### **Primer diagnóstico.**

Dolor agudo. Se alcanzó el objetivo planteado: evidenciándose expresión facial de alivio y refiere EVA 02; con la administración de analgésicos prescritos y técnicas de relajación.

##### **Segundo diagnóstico.**

Riesgo de Sangrado vaginal. Objetivo parcialmente alcanzado pesar que a las 03 horas post operatorias en el servicio de hospitalización presentó sangrado vaginal de 300cc se logró controlar y no presentaron complicaciones mayores.

##### **Tercer diagnóstico.**

Se alcanzó el diagnóstico ansiedad. La paciente refiere sentirse más tranquila y confiada.

##### **Cuarto diagnóstico.**

Alteración del patrón del sueño. Se alcanzó el objetivo. El paciente refiere sentirse tranquila y descansada en el turno, con los cuidados brindados de enfermería.

##### **Quinto diagnóstico.**

Riesgo de infección. Se alcanzó el objetivo. Se observa ausencia de signos y síntomas de infección en las 72 horas de hospitalizada.

## **Conclusiones**

Se concluye que, de los 05 objetivos planteados, el primero, tercero, cuarto y quinto fueron alcanzados; sin embargo, el segundo fue parcialmente alcanzado ya que la paciente presentó a las tres horas de hospitalizada aumentó paulatino de sangrado vaginal de 300 cc aproximadamente, pero se logra controlar con diversas intervenciones y se evitó complicaciones.

Se logra satisfacer las respuestas humanas del paciente con el uso del proceso de atención de enfermería, que es un método sistemático y organizado con el cual los profesionales de enfermería brindamos cuidados individuales, humanos y eficientes dirigido a la persona atendida y así lograr los resultados esperados apoyados en este modelo científico, el cual nos permitió crear un plan de cuidados centrado en las respuestas del paciente, tratando a la paciente como un todo; es decir, de manera integral, desde el punto de vista de enfermería enfocada principalmente a la persona y no solo a la enfermedad.

## Bibliografía

- Abalos, E., y otros (2006) Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia post parto, Córdoba –España.
- Abdel-Aleem, H., y otros, 2014. Sonda vesical permanente como parte de la atención intra y posoperatoria de la cesárea, España, Centro Cochrane Iberoamericano.
- Álvarez, J. y otros, 2012. Cuidados a la madre inmediatamente después del parto, Infogen, México.
- Anahuari, A., (2017). Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente post operado de cirugías abdominal, lima, Perú.
- Ariste, C., y otros (2011). Frecuencia del control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, Revista Médica Herediana, Lima, Perú.
- Artrizaga, p. y Toledo; L. (2014). Hemorragia obstétrica, V.20N.2, revista médica, La Paz, Bolivia.
- Brunner, S. (2013). Enfermería médico quirúrgico 8va ed., México.  
[Bvs.gob.pe/locel/Minsa/3131\\_4pdf](http://Bvs.gob.pe/locel/Minsa/3131_4pdf).
- Carrascosa, R, (2014). Cuidados de enfermería en la mujer puérpera con trastornos de ansiedad, España.
- Carvalho, N., y otros (2017). Dolor Postoperatorio en mujeres sometidas a cesáreas. Revista electrónica trimestral de enfermería Nro. 48. Brasil.
- Choliz, M. (2017). Técnicas para el control de la actuación; relajación y respiración.
- Clachar, G., y Araque, B., Hemorragia Post Parto, Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXX (602) 79-84, 2014.
- Clínica de la ansiedad. (2018), 3era edición, Barcelona España. <https://clinicadeansiedad.com>.



- Cordero, A., Lorenzo, F., Munca, O. (2009). Conocimientos sobre el sueño y cuidados enfermeros para un buen descanso, enferm.gldo.N°17, España.  
des.edu.ec/bitsstreaan/123456789/4197/1/TUAMEQO10.2016\_pdf.
- Dj Records Pachonsky Style, 2012.
- Domelia, I., y Lezama S. (2008) Incidencia de cesárea en pacientes con embarazos complicados con oligohidramnios, Honduras.
- Duarte, R. (2017), Manejo de la anemia en el puerperio tras cesárea, España.
- Espinoza, Y. (2016). Aplicaciones del proceso de atención de enfermería a una paciente con herida quirúrgica de Cesárea, México.
- Fernández, O. Y otros (2016). Factores de riesgo relacionados con las infecciones pos operatorias, vol.20, N: 2, cuba, medigran.
- Gallardo, C. y salguero, R. (2014). Prevención, manejo y cuidados de la hemorragia post parto, España. Diplomados en enfermería. Especialistas obstétricas- ginecológicas.
- Garay, S. (2015). Infecciones asociadas a procedimientos invasivos del hospital de alta complejidad.
- García, S. (2013). Trastornos de la ansiedad Recuperado de <https://www.google.com.pe/seardi?q=ansiedad+pae+atonía+uterina>.
- Giardis, L.,(2013) Los Cinco Correctos en Enfermería.
- Gonzales, N.Y otros. (2015). Balance hídrico, vol.xxx, núm. 2, México, revista de medicina crítica y terapia intensiva. [www.medigraphia.com/pdfs/medcri/gi](http://www.medigraphia.com/pdfs/medcri/gi).
- Jarro, D., (2015). Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente que presentan hemorragias post parto en el hospital especialista “Mariana de la Cruz”, ecuador.

Karlsson, H., y Pérez, C., Hemorragia post parto-Scielo, España, 2009. <http://.org/wiki/riego> de infección.

López, C., (2016). La hemorragia postparto: descripción, manejo y tratamiento, España.

Martínez, S. y Otros (2016). Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter, España.

Martínez, A. (2014). Alimentación saludable en el embarazo parto y puerperio. Lima-Perú.

MINSA, dirección general de medicamentos, insumos y drogas (2012).

MINSA, procedimientos de atención en la salud de la mujer (2012).

NANDA INTERNACIONAL. (2015-2017) “diagnóstico de enfermería. Definición y clasificación”, Barcelona Elsevier.

Parra, V. (2015). Shock hemorrágico, vol. 22, revista clínica médica Las condes, España.

Pita, rosa. (2015). Trastorno del patrón del sueño en unidades de cuidados críticos, España.

Poggi, L. e Ibarra, O. (2007). Manejo del dolor pos quirúrgico, vol.24 N2, lima, acta médica.

Polaco, J. y Otros. (2011). Asepsia y Antisepsia, capítulo 04, México.

Potter, P., Perry., y otros (2012) Tratamiento del dolor. EE UU de América.

<https://ruc.educ.es/dspace/bitstrecrn/hcndle/2183/15282>.

Rael, S. y López, M. (2016). Factores de Riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. Nro. 6, Vol. 19, España.

Redacción Omega, 2017, Trastorno del sueño, diagnóstico.

<https://www.onmeda.es/síntomas/trastornos-del-sueño-diagnosticos-11871-4,html>.

Revista de salud y bienestar, Natalben-web consultas, 2018.

Spry, C., 1996.Fundamentos de enfermería peri operatoria.

Talombo, G.,2016.Shock Hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica Por inversión uterina en partos; Ecuador.

Tarantilla, L. (2015). Atención del paciente con dolor, España.

<https://fisiopato.files.wordpress.com/21014/10>.

Vademecum.es, monografía principio activo, 2016.

[Web.vaemek.mx/revistahorizonles/docs/revista/vol15/3\\_proceso.pdf](http://Web.vaemek.mx/revistahorizonles/docs/revista/vol15/3_proceso.pdf).

[www.hgvcr.es/wp-content/.../or/plon-decuidados-paciente-cesarea-programada.pdf](http://www.hgvcr.es/wp-content/.../or/plon-decuidados-paciente-cesarea-programada.pdf)

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Telf. _____
Procedencia: _____	Consultorio ( )	Emergencia ( )	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ( )	Silla de ruedas ( )	Camilla ( )
Fuente de Información: _____	Paciente ( )	Familiar/amigo ( )	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<b>Antecedentes familiares de importancia:</b> _____ <b>Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlceras ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____ <b>Intervenciones quirúrgicas:</b> No ( ) Si ( ) (fechas) _____ _____ <b>Alergias y otras reacciones:</b> Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ <b>Factores de riesgo:</b> Consumo de tabaco No ( ) Si ( ) Consumo de alcohol No ( ) Si ( ) Consumo de drogas No ( ) Si ( ) <b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b> ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ <b>Estado de higiene</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) <b>Requiere ayuda?</b> Si ( ) No ( ) ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ <b>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?</b> _____	<b>Formula Obstétrica:</b> G _____ P _____ <b>EG:</b> N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ <b>Mamas:</b> <u>turgentes</u> ( ) ( ) <u>blandas</u> <b>Pezones:</b> Formados ( ) planos ( ) invertidos ( ) <b>Útero:</b> Altura Uterina: _____ <b>Dinámica uterina:</b> Frecuencia: _____ Tono: _____ <b>Intensidad:</b> _____ <b>Movimientos Fetales:</b> Si ( ) No ( ) LCF: _____ <b>Perdidas Vaginales:</b> Líquido amniótico ( ) <b>Sangrado Vaginal:</b> Si ( ) No ( ) Volumen: _____ <b>Secreciones Vaginales:</b> Si ( ) No ( ) <b>Características:</b> _____ <b>Comentarios adicionales:</b> _____
<b>PATRÓN DE RELACIONES - ROL</b> <b>Ocupación:</b> _____ <b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( ) <b>¿Con quién vive?</b> Solo ( ) Con su familia ( ) Otros _____ <b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____ <b>Abdomen grávido:</b> Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ) <b>Ruidos hidroaéreos:</b> Aumentados ( ) Normales ( ) Disminuidos ( ) ausentes ( ) <b>Comentarios adicionales</b> _____	<b>PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO</b> <b>T:</b> _____ °C <b>Peso:</b> _____ <b>Talla:</b> _____ <b>Glucosa:</b> _____ <b>Hb:</b> _____ <b>Piel:</b> Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Hidratación: Seca ( ) Turgente ( ) Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( ) Especificar si hay lesiones: _____ <b>Cavidad bucal:</b> <b>Dentadura:</b> Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( ) <b>Estado de higiene bucal:</b> Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) <b>Hidratación:</b> Si ( ) No ( ) <b>Cambio de peso durante los últimos días:</b> Si ( ) No ( ) <b>Obesidad:</b> ( ) Bajo peso: ( ) Otros _____ <b>Tipo de dieta:</b> _____ <b>Apetito:</b> Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( ) <b>Dificultad para deglutir:</b> Si ( ) No ( ) <b>Nauseas</b> ( ) <b>Pirosis</b> ( ) <b>Vómitos</b> ( ) <b>Cantidad:</b> _____
	<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</b> <b>Estado de conciencia:</b> Consciente ( ) Inconsciente ( ) Somnoliento ( ) <b>Estado emocional:</b> Tranquila ( ) ansiosa ( ) Negativa ( ) Temerosa ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Depresiva ( ) <b>Preocupaciones principales/comentarios:</b> _____

Tos ineficaz: No (  ) Si (  )  
 Reflejo de la tos: Presente (  ) Ausente (  ) Disminuido (  )  
 Secreciones: No (  ) Si (  )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No (  ) Si (  )  
 Modo: \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
 Edema: No Si Localización: \_\_\_\_\_  
 +( ) ++( ) +++( )

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: \_\_\_\_\_

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

1= Independiente 3= Totalmente dependiente

2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Riesgo de Caidas: Bajo (  ) Alto (  ) Sin Riesgo (  )

Aparatos de ayuda: ninguno (  ) S. ruedas(  ) Otros: \_\_\_\_\_

Mano dominante: \_\_\_\_\_  
 Movilidad de miembros: Conservada(  ) Flacidez(  )  
 Contracturas(  ) Parálisis (  )  
 Fuerza muscular: Conservada(  ) Disminuida(  )  
 Comentarios adicionales:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO**

Orientado: Tiempo (  ) Espacio(  ) Persona (  )

Presencia de anomalías en:

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Dolor: No (  ) Si (  )

Localización: \_\_\_\_\_

Cefalea (  ) Dinámica Uterina(  )

Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN****Hábitos intestinales**

Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_

Normal (  ) Estreñimiento(  ) Diarrea(  ) Incontinencia(  )

**Hábitos vesicales**

Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día

Polaquiúria (  ) Disuria(  ) Nicturia(  )

Proteinuria: \_\_\_\_\_

Albumina en orina: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Problemas para dormir: Si (  ) No(  )

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Usa algún medicamento para dormir? Si (  ) No(  )

Especificar: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS**

Religión: \_\_\_\_\_

Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_

Solicita visita de capellán: Si (  ) No(  )

Comentarios adicionales:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del enfermero:  
 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

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

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

**EXAMENES AUXILIARES:**

## Apéndice B: Consentimiento informado

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

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería”, el objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Zulmy Bruno Maldonado.

Bajo la asesoría de la Mg. Gloria Cortez Cuaresma La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizaran solo 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: Carmen Castillo Alfaro.

DNI: 46629728      Fecha: 05 de junio 2018

---

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

