

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 poscesareada por preeclampsia severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un

hospital de Lima, 2018

Autora:

Elizabeth Janinna Pezantes Lazo

Asesora:

Mg. María Guima Reinoso Huerta

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

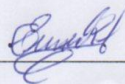
Yo, MARÍA GUIMA REINOSO HUERTA, de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: "*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente poscesareada por preeclampsia severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018*", constituye la memoria que presentan la licenciada: PEZANTES LAZO ELIZABETH JANINNA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciocho días del mes de setiembre de 2018.



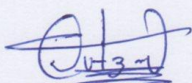
Mg. María Guima Reinoso Huerta

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente poscesareada por preeclampsia
severa de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

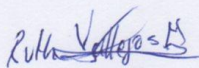
Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR



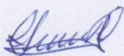
Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Presidenta



Mg. Ruth Vallejo Atalaya

Secretaria



Mg. María Guima Reinoso Huerta

Asesora

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A Dios, por siempre fortalecerme y darme esa luz de esperanza cuando más la necesitaba.

A mis padres, sobre todo a mi madre porque gracias a su gran apoyo, tenía el tiempo adecuado para realizar mis estudios, gracias a ella al cuidado de mi menor hijo.

A mi esposo, porque gracias a él, tengo un hijo a quien amo con todo mi corazón, quien es mi motor y motivo para continuar.

Agradecimientos

A Dios por dame una familia maravillosa, mi hijo Piero Nicolás, de quien su sonrisa me da esa fuerza que necesito, por ser mi motivación y mi orgullo, él es quien me ayuda a vencer mis obstáculos, quien con un abrazo me hace fortalecer y me impulsa día a día. Y por él seguiré avanzando y logrando muchas metas más.

Índice

Resumen.....	10
Capítulo I.....	11
Proceso de Atención de Enfermería.....	11
Valoración	11
Datos generales.....	11
Resumen de motivo de ingreso	12
Situación problemática	12
Tratamiento médico: (fecha: 25 – 01 – 18)	15
Valoración según patrones funcionales de salud.....	15
Hallazgos significativos por patrones funcionales	19
Diagnóstico de enfermería	22
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	22
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	25
Planificación.....	26
Priorización de diagnósticos.....	26
Planes de cuidados.....	28
Ejecución.....	39
Evaluación.....	44
Capítulo II	46
Marco teórico	46
Antecedentes	46
Marco conceptual	49

Cesárea	49
Modelo teórico	57
Capítulo III	59
Materiales y métodos	59
Tipo y diseño	59
Delimitación geográfica temporal	59
Técnica de recolección de datos	60
Consideraciones éticas	60
Capítulo IV	61
Resultado, análisis y discusión	61
Resultados	61
Análisis de los diagnósticos	62
Discusión	64
Capítulo V	66
Conclusiones y recomendaciones	66
Conclusiones	66
Recomendaciones	67
Referencias	68
Apéndice	72
Apéndice A. Instrumento: guía de valoración	72
Apéndice B. Ficha farmacológica	75
Apéndice C. Kardex	81

Índice de tablas

Tabla 1. Funciones vitales.....	12
Tabla 2. Análisis de gases arteriales.....	13
Tabla 3. Electrolitos.....	14
Tabla 4. Hemograma.....	14
Tabla 5. Balance hídrico.....	16
Tabla 6. Diagnóstico de enfermería 1.....	28
Tabla 7. Diagnóstico de enfermería 2.....	31
Tabla 8. Diagnóstico de enfermería 3.....	33
Tabla 9. Diagnóstico de enfermería 4.....	35
Tabla 10. Diagnóstico de enfermería 5.....	37
Tabla 11. SOAPIE diagnóstico de enfermería 1.....	39
Tabla 12. SOAPIE diagnóstico de enfermería 2.....	40
Tabla 13. SOAPIE diagnóstico de enfermería 3.....	41
Tabla 14. SOAPIE diagnóstico de enfermería 4.....	42
Tabla 15. SOAPIE diagnóstico de enfermería 5.....	43
Tabla 16. Evaluación diagnóstico enfermería 1.....	44
Tabla 17. Evaluación diagnóstico enfermería 2.....	44
Tabla 18. Evaluación diagnóstico enfermería 3.....	45
Tabla 19. Evaluación diagnóstico enfermería 4.....	45
Tabla 20. Evaluación diagnóstico enfermería 5.....	45
Tabla 21. Resultados generales.....	61

Tabla 22. Resultados finales.....	62
--	-----------

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico médico, pos cesárea por pre eclampsia severa con complicación de atonía uterina, atendida en el servicio de recuperación pos anestésico en un hospital de EsSalud, para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones.

Metodología: El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico, como método se utilizó el proceso de atención de enfermería que consta de cinco fases; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; como técnica la observación y la entrevista; el instrumento utilizado fue la Guía de valoración de Marjorie Gordon; adaptado por la investigadora Resultados: el 60% de los objetivos propuestos fueron parcialmente alcanzados, mientras que el 20% de ellos fue alcanzado y el 20% no fue alcanzado Conclusiones: se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave: Proceso de enfermería, paciente pos cesárea, pre eclampsia severa.

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre	: M.M.C
Sexo	: Femenino
Edad	: 29 años
Lugar de Procedencia	: Lima
Servicio	: Unidad de Recuperación Post Anestésica
N° de cama	: Recuobs01
Fecha de ingreso al hospital	: 25 – 01 – 2018
Fecha de ingreso al servicio	: 25 – 01 – 2018
Tiempo de hospitalización	: 3 horas
Fecha de valoración	: 25 – 01 – 2018
Hora	: 03:00 am
Diagnóstico médico	: Post cesárea por pre eclampsia severa
Peso	: 80 kg
Talla	: 162 cm

Resumen de motivo de ingreso

Paciente adulta de sexo femenino de 29 años ingresa al servicio de Recuperación Post Anestésica procedente de sala de operaciones pos operada de cesárea por pre eclampsia con complicación de atonía uterina en el intra operatorio.

Situación problemática

Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, ventilando espontáneamente, LOTEF, paciente refiere: “*señorita me siento muy agotada, señorita donde está mi bebé*”, portando dos vías periféricas permeables; en una de las vías está terminando de pasar un paquete globular, y en la otra pasando poligelina. Piel tibia, escaso loquios, portando sonda Foley conectada a bolsa colectora, con orina colúrica, volumen 50cc. Presenta edema en miembros inferiores. La enfermera de sala refiere “*Durante la cirugía paciente presenta atonía, por lo cual se le administró ergometrina, oxitocina y misoprostol también se administró un paquete globular; así mismo, el cirujano realizo una maniobra de b – Lynch, para el control de hemorragia y atonía.*”

Funciones Vitales.

Tabla 1

Funciones vitales

Hora	T	FC	FR	PA	FiO2	SatO2
Al ingreso	35.4°	90x	18x	127/84	32%	95%
Durante la estancia	36 °	123x	21x	167/95	32%	95%

Datos obtenidos en entrevista (fuente del autor)

Funciones biológicas.

Apetito: NPO

Sed: Refiere “señorita tengo mucha sed”, mucosas semi secas.

Sueño: Con tendencia al sueño.

Deposición: No presenta

Diuresis: Hematúrica ++. T= 150cc (durante toda la estancia en el servicio)

Medidas antropométricas.

Peso: 80 kg.

Talla: 1.62 cm

Índice de masa corporal (IMC): 30.50

Interpretación: Obesidad tipo I

Exámenes auxiliares.

Tabla 2

Análisis de Gases Arteriales

	Valores obtenidos	Valores normales
Ph	7.62	7.35-7.45
pCO ₂	46 mm Hg	35-45 mm Hg
pO ₂	79 mm Hg	80-100 mm Hg
HCO ₃	27 mEq/l	22-26 mEq/l
Sat. O ₂	95%	95% - 100%

Tabla 3

Electrolitos

	Valores obtenidos	Valores normales
Sodio	135 mEq/lt	135-145 mEq/lt
Potasio	3.3 mEq/lt	3.5-5.5 mEq/lt
Cloro	100	100-106

Tabla 4

Hemograma

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	8.0mg/dl	12-16 mg/dl
Hematocrito	28 %	42-52%
Leucocitos	13 300cel/mm ³	5000-10000 cel/mm ³
Plaquetas	220 000cel/mm ³	150000-450000cel/mm ³
Neutrófilos	66.5%	50-60%
Linfocitos	45%	20-40%
Monocitos	4.2%	3-7%
Eosinofilos	0.2%	1-4%
Basófilos	0.1%	0-1%

El hematocrito se define como el volumen ocupado por los hematíes, en un volumen dado de sangre. El recuento de eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito suelen aumentar y disminuir como consecuencia de los mismos factores. El hematocrito no se altera inclusive después de una gran pérdida sanguínea, pero durante la recuperación esta tiende a disminuir con rapidez. (Miale, John – 2010).

Análisis:

La pérdida activa de sangre (hemorragia) produce la disminución de hemoglobina, la sangre es encargada de transportar el oxígeno a todas nuestras células, la disminución de esta provoca o con lleva a nuestra paciente a una hipoxemia, siendo necesario el uso de un complemento oxigena torio en este caso la cánula binasal.

Tratamiento médico: (fecha: 25 – 01 – 18)

Cefazolina 2gr cada 8 horas

Tramal 100 condicional al dolor

Ranitidina 50mg cada 8 horas

Metamizol 2gr cada 8 horas

Oxitocina 30ui cada 12 horas

Sulfato de magnesio 100ml/hora

Poligelina stat

Nifedipino 10mg stat

Paquete globular

NPO

Valoración según patrones funcionales de salud***Patrón percepción- control de la salud.***

Paciente secundigesta post cesárea (primera vez), por pre eclampsia severa, hijos 2 vivos. La historia clínica se verifica que paciente no tuvo sus controles completos durante la gestación.

Paciente orientada en tiempo lugar y espacio, curso con hipertensión arterial durante el embarazo 167/77 mm hg. Con buena higiene.

Patrón nutricional – metabólico.

Paciente presenta piel tibia turgente, pálidas y diaforética con una temperatura de 35.4°C, mucosas orales secas, dentadura completa, nada por vía oral ya que es un pos operada inmediata. Presentando escalofríos. Paciente tiene dos vías periféricas permeables, en una de las vías está terminando de pasar un paquete globular ya que presento atonía y hemorragia en SOP, y en la otra está pasando poligelina 500cc a chorro. Abdomen globoso, ruidos hidro aéreos disminuidos. Presenta una herida operatoria en zona pélvica (infra umbilical - pfannienstiel) de aproximadamente 8 cm cubierto con gasa limpia y seca. Sus medidas antropométricas son. Peso 60kg y talla 1.62 cm índice de masa corporal = 30.5, obesidad presenta una anemia severa Hb: 8.0mg/dl.

Tabla 5

Balance hídrico

FECHA	25/01/18
INGRESOS	
PESO	80
HORAS	3 HORAS
PAQUETE	300
ENDOGENA	37
CLNA	1000
TOTAL	1337
EGRESOS	

PI	120
DIURESIS	150
SANGRADO	1300
TOTAL	1570
TOTAL DEL BH	233

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Patrón eliminación.

Paciente ingresa al servicio de recuperación piel fría diaforética, sonda Foley n 14 (25-01-18) con colector urinario permeable, total de diuresis en recuperación 150 cc hematórico ++.

En el reporte quirúrgico informan que tuvieron un balance negativo de 350cc.

A la palpación supra púlica, se evidencia el útero contraído al nivel de la cicatriz umbilical, con escaso loquios en pañal, con características color rojo oscuro en coágulos. No presenta deposiciones hace 2 días, ruidos hidro aéreos disminuido.

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente presenta una frecuencia respiratoria de 18, respiración superficial, regular, tos ineficaz, Sat O₂: 95%, con cánula binasal 3litros FiO₂ 32%, con murmullo vesicular normal sin ruidos sobre agregados.

Actividad cardiaca.

Paciente presenta frecuencia cardiaca 90 x', presión arterial de 127/64 mmHg, durante la estancia en el servicio de recuperación estas funciones fueron variando presentado una frecuencia cardiaca de 123 x y una presión arterial de 167/95 mmHg, edemas en miembros inferiores signo de fóvea (++), presenta dos vías periféricas en miembros superiores y un llenado capilar >5', con vendaje miembros inferiores.

Actividad de autocuidado.

Paciente con un grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros superiores conservada, miembros inferiores limitados por efecto de anestesia raquídea, al ingreso con Bromage 1 / 4, una escala de Morse riesgo de caída alta.

Patrón sueño y descanso.

Paciente al ingreso despierta, no concilia sueño pues está preocupada por su estado de salud y la de su bebe.

Patrón cognitivo – perceptivo.

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, sabe de su realidad de estado de salud, con escala de Glasgow = 15 pts., no presenta ningún riesgo de autolesión, presenta escala EVA = 5 moderado, con una escala de Aldrette = 7 pts, ansiosa y temerosa.

Paciente conoce situación de salud, y que está recibiendo paquetes globulares a pesar que su religión no se lo permite.

Patrón autopercepción y auto concepto.

Paciente despierta, no presenta ningún riesgo de autolesión, se muestra preocupada temerosa. Paciente refiere: “señorita como está mi bebé”, “señorita parece que estoy sangrando mucha ¿verdad?”, “señorita volverán a operarme”, “señorita estoy mal, por eso estoy recibiendo sangre”.

Patrón relaciones – rol.

Paciente es ama de casa, no es casada es conviviente, vive con su familia su esposo e hijo, presenta buena relación con ellos.

Patrón sexualidad reproducción.

Paciente conviviente secundigesta, presenta útero contraído, pero con restos de loquios, sangrado en sala de operaciones 1000, presenta sonda Foley.

Durante la estancia de recuperación a la palpación y masajes uterinos, se evidencia que útero se contrae solo por momentos, presentando un sangrado activo rojo, no coágulos, paciente sangra 1300cc durante la estancia en recuperación.

Patrón tolerancia al estrés.

Paciente reconoce el estado de salud, se muestra temerosa ansiosa, por la salud de su bebe, no quiere ingresar de nuevo a sala no desea que le retiren el útero. Paciente entra en crisis emocional por la situación.

Patrón valores y creencias.

Paciente es testigo de Jehová, esposo autorizo para recibir el paquete globular.

Hallazgos significativos por patrones funcionales***Patrón percepción- control de la salud.***

Paciente secundigesta post cesárea (primera vez) por pre eclampsia severa, hijos 2 vivos, la historia clínica se verifica que paciente no tuvo sus controles completos durante la gestación.

Paciente orientada en tiempo lugar y espacio, curso con hipertensión arterial durante el embarazo 167/77 mmhg. Con buena higiene.

Patrón nutricional – metabólico.

Paciente presenta piel tibia turgente, pálida y diaforética con una temperatura de 35.4 ° C, mucosas orales secas. Presentando escalofríos. Paciente tiene dos vías periféricas permeables la cual en una de las vías está terminando de pasar un paquete globular ya que presento atonía y

hemorragia en SOP, y en la otra está pasando poligelina 500cc a chorro. Abdomen globoso, ruidos hidro aéreos disminuidos. Sus medidas antropométricas son. Peso 60kg y talla 1.62 cm índice de masa corporal = 30.5, obesidad presenta una anemia severa Hb: 8.0mg/dl.

Patrón eliminación.

Paciente ingresa al servicio de recuperación piel fría diaforética, sonda Foley n° 14 (25-01-18) con colector urinario permeable, total de diuresis en recuperación 150 cc hematórico ++.

(Durante la estancia en recuperación)

En el reporte quirúrgico informan que tuvieron un balance negativo de 350cc.

Al ingreso al área, en la palpación supra púbrica, se evidencia el útero contraído al nivel de la cicatriz umbilical, con escaso loquios en pañal, con características color rojo oscuro en coágulos. No presenta deposiciones hace 2 días, ruidos hidro aéreos disminuido.

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente presenta una frecuencia respiratoria de 18, respiración superficial, regular, tos ineficaz, Sat O₂: 95%, con cánula binasal 3litros FiO₂ 32%, con murmullo vesicular normal sin ruidos sobre agregados.

Actividad cardiaca.

Paciente presenta frecuencia cardiaca 90 x', presión arterial de 127/64 mmHg, durante la estancia en el servicio de recuperación estas funciones fueron variando presentado una frecuencia cardiaca de 123 x y una presión arterial de 167/95 mmHg, edemas en miembros inferiores signo de fóvea (++), presenta dos vías periféricas en miembros superiores y un llenado capilar >5'', con vendaje miembros inferiores.

Actividad de autocuidado

Paciente con un grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros superiores conservada, miembros inferiores limitados por efecto de anestesia raquídea, al ingreso con Bromage 1 / 4, una escala de Morse riesgo de caída alta.

Patrón sueño y descanso.

Paciente al ingreso despierta, no concilia sueño pues está preocupada por su estado de salud y la de su bebe.

Patrón cognitivo – perceptivo.

Paciente presenta escala EVA = 5 moderado, con una escala de Aldrette = 7 pts, ansiosa y temerosa.

Paciente conoce situación de salud, y que está recibiendo paquetes globulares a pesar que su religión no se lo permite.

Patrón autopercepción y autoconcepto.

Paciente se muestra preocupada temerosa paciente refiere “señorita como está mi bebé”, “señorita parece que estoy sangrando mucha ¿verdad?”, “señorita volverán a operarme”, “señorita estoy mal, por eso estoy recibiendo sangre”.

Patrón sexualidad reproducción.

A la evaluación, paciente presenta útero contraído, pero con restos de loquios, sangrado en sala de operaciones 1000, presenta sonda Foley.

Durante la estancia de recuperación a la palpación y masajes uterinos, se evidencia que el útero se contrae solo por momentos, presentando un sangrado activo rojo, no coágulos; paciente sangra 1300cc durante la estancia en recuperación.

Patrón tolerancia al estrés.

Paciente reconoce el estado de salud, se muestra temerosa ansiosa, por la salud de su bebe, no quiere ingresar de nuevo a sala no desea que le retiren el útero. Paciente entra en crisis emocional por la situación.

Diagnóstico de enfermería**Análisis de las etiquetas diagnósticas**

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos

Código: 00027

Clase: 5 Hidratación

Dominio: 2 nutrición

Página: 177

Definición: Disminución de líquido intravascular, intersticial y o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio.

Factor relacionado: pérdida activa de volumen de líquidos.

Características definitorias: Aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-237).

Enunciado de enfermería, déficit de volumen de líquido RC, pérdida activa de volumen de líquidos. Evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código: 00132

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 confort físico

Página: 439

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado (Nanda Internacional 2017 – 2018).

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos.

Características definatorias: Diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA = 5.

Frecuencia cardiaca 123x.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos EP diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Código: 00146

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Página: 331

Definición: Sensación vaga intranquilizadora de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. (Nanda Internacional 2017 – 2018).

Factor relacionado: Grandes cambios en la salud, Crisis situacional

Características definitorias: Angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, impotencia

Enunciado de enfermería: Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional EP angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de shock

Código: 00205

Clase: 2 Lesión física

Dominio 11: seguridad/protección

Página: 403

Definición: vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que pueda comprometer la salud. (Nanda Internacional 2017 – 2018)

Factor de riesgo: hipovolemia e hipoxia

Características definitorias: No hay

Enunciado de enfermería Riesgo de shock RC hipovolemia e hipoxia .

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Código: 00004

Clase: 1 Infección

Dominio 11: seguridad/protección

Página: 379

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. (Nanda Internacional 2017 – 2018).

Factor de riesgo: Procedimiento invasivo, alteración de la integridad de la piel

Características definitorias: No hay

Enunciado de enfermería Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos y fisiológicos

Riesgo de shock RC Hipovolemia e hipoxia

Déficit del volumen de líquidos RC pérdida activa del volumen de líquidos y mecanismos de regulación comprometidos

Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel

Deterioro de la movilidad física RC agentes farmacológicos, disminución de la fuerza muscular.

Disminución del gasto cardiaco RC alteración de la precarga, alteración de la frecuencia cardiaca

Riesgo de caída RC disminución de la fuerza en las extremidades inferiores

Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional

Proceso de maternidad ineficaz RC cuidado prenatal insuficiente.

Conflicto de decisiones RC las reglas morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias.

Riesgo del equilibrio electrolítico RC mecanismo de regulación comprometidos

Interrupción de la lactancia materna RC enfermedad de la madre

Planificación

Priorización de diagnósticos

1. Déficit del volumen de líquidos RC pérdida activa del volumen de líquidos.
2. Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos y fisiológicos.
3. Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional.
4. Riesgo de shock RC Hipovolemia e hipoxia.
5. Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.
6. Deterioro de la movilidad física RC agentes farmacológicos, disminución de la fuerza muscular.
7. Proceso de maternidad ineficaz RC cuidado prenatal insuficiente.
8. Conflicto de decisiones RC las reglas morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias.
9. Disminución del gasto cardiaco RC alteración de la precarga, alteración de la frecuencia cardiaca.
10. Interrupción de la lactancia materna RC enfermedad de la madre.

11. Riesgo de caída RC disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
12. Riesgo del equilibrio electrolítico RC mecanismo de regulación comprometidos.

Planes de Cuidados

Déficit de volumen de líquido RC pérdida activa de volumen de líquidos. Evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, y membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería 1

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo: Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante la estancia en el servicio.	1. Monitorizar signos vitales. FC, FR, PA, SatO2. 2. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado, presión sanguínea estable).	1. Las valoraciones de las funciones vitales constituyen las principales señales de la vida, es un indicador básico para asegurar la continuidad del cuidado y monitorizar los cambios en la salud del paciente, así como garantizar una detección temprana de sucesos no deseables o recuperación retardada (María, 2018). 2. La importancia de la hidratación radica en el hecho de que es justamente una acción que nos permite seguir realizando nuestras y que permite a nuestro organismo cumplir con sus funciones (Sociedad española dietética, 2008). 3. El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen tanto de líquidos recibidos como las pérdidas en un determinado tiempo. El
Resultados: Paciente presentará un balance hídrico positivo + 50		

Paciente presentara piel y mucosas hidratadas.	3. Monitorizar el balance hídrico estricto (ingresos – egresos).	cálculo del balance hídrico permite ajustar el tratamiento para optimizarlo y evitar posibles complicaciones, mejorando la seguridad del paciente. Por eso es importante la vigilancia de los ingresos y egresos (Manual de protocolos de enfermería, 2010).
	4. Administrar líquidos Intravenosos, administración de productos sanguíneos, vigilar los estados hemodinámicos.	4. La reposición de líquidos intravenosos es muy recomendable. Guías de práctica clínica, basadas en evidencia, se plantea que en todos los casos de shock hipovolémico el tratamiento debe incluir soluciones cristaloides isotónicas con el plasma. Se recomiendan solución salina fisiológica como soluciones de elección, coloide o hemoderivados (Zapata y Gaona, 2015).
	5. Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos).	5. La vigilancia de las perdidas permite la identificación de las características de estos: color, cantidad, olor de esta podremos identificar a tiempo alguna irregularidad o alteración en el paciente (Zapata y Gaona, 2015).
	6. Realizar los masajes uterinos cada 10 minutos y también la administración de	6. Los continuos masajes intrauterinos permitirán la contracción del útero y a su vez la disminución del sangrado. Los fármacos oxitócicos se encargan de estimular las contracciones uterinas, tanto en la inducción del parto, como para contener la hemorragia posparto (Formulario Modelo de la OMS 2004).

oxitócicos según
indicación médica.

7. Anotar todo en registro
de enfermería.

7. Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno (Medwave, enfermería 2014).

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos y fisiológicos EP Diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería 2

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo: Paciente disminuirá dolor progresivamente durante la estancia en el servicio.	1. Manejar el dolor: evaluación del dolor a través de escala EVA, distracciones. 2. Administrar los analgésicos: administración de analgésicos EV, SC. Según indicación médica. Verificando los 10 correctos.	1. La evaluación del dolor se realiza a través de escalas esto nos facilita más la identificación del grado de dolor (Clarett, 2012). 2. El uso de analgésicos en estos pacientes tiene gran impacto en la evolución clínica, para el manejo del dolor se encuentran antiinflamatorios los cuales se pueden administrar en diferentes formas farmacéuticas (Vallejos, 2015).
Resultado: Paciente disminuirá dolor calificándolo de 2 – 4 según EVA.	3. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente. 4. Manejar un ambiente: confort, y Estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la	3. Esta técnica permite ajustar de manera continua la dosis de acuerdo a la intensidad del dolor ya las necesidades del paciente. La satisfacción del paciente y del personal de enfermería son evidentes (Viel, 2007).

experiencia del dolor y aceptar la respuesta del paciente al dolor.

5. Anotar todo en el registro de enfermería.

4. Es innegable que la calidad del trato al paciente en el pre-, intra- y postoperatorio, influyen tanto directa como indirectamente en la incidencia e intensidad del dolor (Martinez, 2000).

5. Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno. (Medwave, enfermería 2014).

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional EP Angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Tabla 8

Diagnóstico de Enfermería 3

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo: Paciente disminuirá ansiedad progresivamente durante la estancia en el servicio</p> <p>Resultado: Paciente referirá sentirse más tranquila.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar activamente a la paciente. 2. Mantener una buena relación paciente enfermera. 3. Aclarar todas sus dudas respecto a la situación. Y apoyo emocional 4. Ayudar a la toma de decisiones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nos permite desarrollar confianza. da espacio a los otros para abrirse con creciente confianza y libertad y les permite sentirse comprendidos y afirmados. (Instituto de lingüística, 2012). 2. Dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad (Naranjo, 2006). 3. Conocer a un paciente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en él y pone en marcha una relación de cuidados que le proporcione información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos que va a realizar (Ricaurte, 2006). 4. El estrés y la ansiedad provocan malestares y físicos, el estrés y ansiedad hacen que nuestros mecanismos de homeostasia no funcionen, y esto conlleva a depresión y la incapacidad para decidir adecuadamente.

-
5. Crear un ambiente que facilite la confianza
5. Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da a la enfermera la habilidad para comprender verdaderamente a la otra persona (Triana, 2017).

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock RC Hipovolemia e hipoxia.

Tabla 9

Diagnóstico de enfermería 4

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo: Paciente disminuirá el riesgo de shock durante la estancia en el servicio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar signos vitales FC, FR, PA, SatO2. 2. Administrar oxígeno por cánula binasal con FiO de 32%. 3. Realizar masajes uterinos cada 10 minutos. 4. Administrar de oxitócicos (aplicando los diez correctos) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las valoraciones de las funciones vitales constituyen las principales señales de la vida, es un indicador básico para asegurar la continuidad del cuidado y monitorizar los cambios en la salud del paciente, así como garantizar una detección temprana de sucesos no deseables o recuperación retardada (María, 2018). 2. La relación que existe entre el aporte del oxígeno al organismo está directamente con la hemoglobina, al disminuir la sangre (hemorragia), disminuye el aporte de oxígeno, y es necesario aumentar la concentración de oxígeno (Rodríguez, 2009). 3. Los continuos masajes intrauterinos permitirán la contracción del útero y a su vez la disminución del sangrado. 4. Los fármacos oxitócicos se encargan de estimular las contracciones uterinas, tanto en la inducción del parto, como para contener la hemorragia posparto (Formulario Modelo de la OMS 2004).

<p>según indicación médica.</p> <p>5. Vigilar de las características de los loquios.</p> <p>6. Monitorizar el balance hídrico estricto (ingresos – egresos).</p> <p>7. Monitorizar la función neurológica.</p> <p>8. Manejar la hipovolemia: administración de productos sanguíneos, vigilar los estados hemodinámicos</p>	<p>5. La vigilancia de loquios permite la identificación de las características de estos: color, cantidad, olor y presencia de coágulos, de esta podremos identificar a tiempo alguna irregularidad o alteración en el paciente.</p> <p>6. El monitoreo de los ingresos y egresos permite la identificación de alguna alteración en el paciente.</p> <p>7. La monitorización nos permite explorar y ayudan a valorar de forma objetiva y cuantificable la gravedad de la alteración neurológica. (Mercedes Arribas. 2009).</p> <p>8. Es un procedimiento médico terapéutico que tiene como objetivo corregir la deficiencia de un componente específico de la sangre. la administración de estos, evita la des compensación hemodinámica de la paciente (Minsa, 2008).</p>
--	--

Diagnóstico Enfermería: Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.

Tabla 10

Diagnóstico de Enfermería 5

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo:</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de infección durante la estancia en el servicio.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar las funciones vitales 2. Poner en práctica las normas universales de bioseguridad. 3. Vigilar y cuidar la herida operatoria. 4. Cuidar de la vía periférica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las valoraciones de las funciones vitales constituyen las principales señales de la vida, es un indicador básico para asegurar la continuidad del cuidado y monitorizar los cambios en la salud del paciente, así como garantizar una detección temprana de sucesos no deseables o recuperación retardada (María, 2018). 2. Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección (Hospital Sergio Bernales, 2014). 3. La infección de la herida quirúrgica (IHQ) y las complicaciones que de ella se derivan han constituido un hecho inseparable a la práctica quirúrgica y el cuidado de esta, la vigilancia y el adecuado manejo disminuirá el riesgo de infección (Santallan, 2007). 4. El adecuado cuidado y vigilancia de algún signo de flebitis ayudara a evitar infecciones.

-
- | | |
|--|--|
| 5. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. | 5. La detección precoz de los signos y síntomas de la infección es una tarea difícil que exige un alto grado de observación y monitorización de signos vitales (Sol de villa, 2005). |
| 6. Manejar la asepsia. | 6. Se trata de la ausencia de materia séptica, es decir, la inexistencia de gérmenes patógenos, de esta manera evitaremos que aumente el riesgo de infección (Asepsia.com). |
-

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Ejecución

Déficit de volumen de líquido RC pérdida activa de volumen de líquidos. Evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, y membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).

Tabla 11

SOAPIE diagnóstico de enfermería 1

Fecha/hora		Intervenciones
25/01/18 3am	S	“Señorita tengo sed, me siento débil”.
3:15 am	O	Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, portando dos vías periféricas permeables, en una de las vías está terminando de pasar un paquete globular, y en la otra pasando poligelina. Piel tibia, mucosas secas, escaso loquios, portando sonda Foley conectada a bolsa colectora, con orina colúrica, volumen 50cc, presenta edema en MI.
3:30	A	Déficit de volumen de líquido RC, pérdida activa de volumen de líquidos. Evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, y membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).
3:40	P	Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante la estancia en el servicio. Monitorizar signos vitales. FC, FR, PA, SatO2.
3:45	I	Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado, presión sanguínea estable). Monitorización del balance hídrico estricto (ingresos – egresos).

Administrar líquidos intravenosos, administración de productos sanguíneos, vigilar los estados hemodinámicos.

Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos)

Disminuir sangrado (hemorragia), a través de los masajes uterinos cada 10 minutos y también la administración de oxitócicos según indicación médica.

Anotar todo en registro de enfermería.

E Paciente presentará un balance hídrico positivo + 50

Paciente presentará piel y mucosas hidratadas.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos EP Diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA = 7.

Tabla 12

SOAPIE diagnóstico de enfermería 2

Fecha/hora	Intervenciones	
25/01/18 3am	S	“Señorita me duele el abdomen”.
3:15 am	O	Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, portando dos vías periféricas permeables, con útero contraído, escasos loquios, presenta una frecuencia de 123x, una PA 160/89 mmhg.
3:30	A	Dolor agudo RC Agentes lesivos físicos EP diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA = 7

3:40	P	Paciente disminuirá dolor progresivamente durante la estancia en el servicio. Manejo del dolor: evaluación del dolor a través de escala EVA, distracciones. Administración de analgésicos: administración de analgésicos EV, SC. Según indicación médica. Verificando los 10 correctos.
3:45	I	Asistencia en la analgesia controlada por el paciente. Manejo ambiental: confort. Estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y aceptar la respuesta del paciente al dolor.
	E	Paciente disminuirá dolor calificándolo de 2 – 4 según EVA.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional EP angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Tabla 13

SOAPIE diagnóstico de enfermería 3

Fecha/hora		Intervenciones
25/01/18 3am	S	“Señorita ya acabo todo, donde está mi bebe”.
3:15 am	O	Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, intranquila, ansiosa, diaforética con presión elevada. Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional EP
3:30	A	Angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

3:40	P	Paciente disminuirá ansiedad progresivamente durante la estancia en el servicio Escucha activa. Mantener una buena relación paciente enfermera. Aclarar todas sus dudas respecto a la situación.
3:45	I	Apoyo emocional Ayuda a la toma de decisiones. Crear un ambiente que facilite la confianza Incentivar a la relajación.
	E	Paciente referirá sentirse más tranquila.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Riesgo de shock R/C hipovolemia e hipoxia

Tabla 14. *SOAPIE diagnóstico de enfermería 4.*

Fecha/hora		Intervenciones
25/01/18 3am	S	No evaluable
3:15 am	O	Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, portando dos vías periféricas permeables, en una de las vías está terminando de pasar un paquete globular, y en la otra pasando poligelina. Piel tibia, escaso loquios, portando sonda Foley conectada a bolsa colectora, con orina colúrica, volumen 50cc, presenta edema en MI.
3:30	A	Riesgo de Shock RC hipovolemia e hipoxia
3:40	P	Paciente disminuirá el riesgo de shock durante la estancia en el servicio. Monitorizar signos vitales FC, FR, PA, SatO ₂ . Oxigenoterapia
3:45	I	Disminución de la hemorragia. Monitorización del balance hídrico estricto (diuresis). Monitorización neurológica.

Manejo de hipovolemia: administración de productos sanguíneos, vigilar los estados hemodinámicos.

E Paciente disminuirá el riesgo de shock

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel

Tabla 15

SOAPIE diagnóstico de enfermería 5

Fecha/hora	Intervenciones
25/01/18 3am	S No evaluable
3:15 am	O Paciente ingresa al área de recuperación, post cesárea, despierta, portando dos vías periféricas permeables, presenta una herida operatoria al nivel pélvica cubierta con gasa limpia y seca, portando sonda Foley conectada a bolsa colectora.
3:30	A Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.
3:40	P Paciente disminuirá riesgo de infección durante la estancia en el servicio. Control de funciones vitales. Poner en práctica las normas universales de bioseguridad.
3:45	I Cuidado de la herida operatoria. Cuidado de la vía periférica. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada Manejo de asepsia.
	E Paciente disminuirá el riesgo de infección.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Evaluación

Tabla 16

Evaluación diagnóstico enfermería 1

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo	ONA
Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante la estancia en el servicio.	Paciente presenta un balance hídrico negativo (- 237)
<i>Resultado esperado:</i>	Paciente presenta mucosas semi secas.
Paciente presentará un balance hídrico positivo + 50.	
Paciente presentara piel y mucosas hidratadas.	

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Tabla 17

Evaluación diagnóstico enfermería 2

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo	OA
Paciente disminuirá dolor progresivamente durante la estancia en el servicio	A la evaluación paciente refiere un EVA de 3 / 10.
<i>Resultado esperado:</i>	
Paciente disminuirá dolor calificándolo de 2 – 4 según EVA.	

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Tabla 18

Evaluación diagnóstico enfermería 3

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo: Paciente disminuirá ansiedad progresivamente durante la estancia en el servicio. Resultado esperado: Paciente referirá sentirse más tranquila.	OPA Paciente refirió sentirse tranquila, pero parcialmente.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Tabla 19

Evaluación diagnóstico enfermería 4

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo: paciente disminuirá riesgo de shock durante la estancia en el servicio.	OPA: Paciente no presentó shock hipovolémico, pero aun presenta sangrado (hemorragia).

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Tabla 20

Evaluación diagnóstico enfermería 5

Diagnóstico 5	Evaluación
Objetivo: Paciente disminuirá el riesgo de infección durante la estancia en el servicio.	OA Paciente no presentó ningún signo de infección.

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Flores Allbar (2014), en su estudio titulado “Proceso de atención de enfermería como un método sistemático”, se le aplicó a una paciente de 30 años de edad, hospitalizada en el servicio de ginecología post cesárea en el hospital rural del estado de México, con un producto vivo de sexo masculino. El objetivo de la investigación es dar a conocer el proceso de enfermería como método rector de dicha disciplina en el ser y hacer, y como producto de la interacción sistemática y continuada con la paciente. Las respuestas humanas se documentan para emitir diagnósticos, plantear objetivos, planear y evaluar cuidados. El propósito es exponer el plan de cuidados en pacientes de pos cesárea en un hospital rural del estado de México. Metodología: estudio descriptivo. Los resultados ofrecen un encuentro paradigmático en la ideología que atañe a las autoras desde la concepción innovadora de meta-paradigmas de enfermería. Conclusión: existe una falta de paradigmas para documentar el proceso de transformación desde lo cotidiano del trabajo de enfermería en este tercer milenio.

Ruiz (2015), en su estudio titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes que presentan hemorragias pos parto en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariana De Jesús”, lleva do en Guayaquil – Ecuador, tuvo el objetivo de determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes que presentan hemorragia postparto en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús. Metodología: descriptivo, cuantitativo, tiene un diseño de estudio analítico, no experimental. Resultados: Los datos nos indican que los profesionales de enfermería que laboran en el área de Emergencia de dicha

Institución Hospitalaria aplican siempre en un 60% la fase de valoración del PAE y un 40% opina que casi siempre la aplican, que un 70% aplican la fase de Diagnóstico del PAE y un 30% opina que casi siempre la aplican, que en un 52% la fase de Planificación del PAE y un 48% opina que casi siempre la aplican, que en un 80% la fase de Ejecución del PAE y un 20% opina que casi siempre la aplican, y que en un 62% la fase de Evaluación del PAE y un 38% opina que casi siempre la aplican. Conclusión: Al determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería por parte de los profesionales la mayoría de los profesionales siempre lo aplican, un pequeño porcentaje casi siempre lo aplican. En la aplicación de la fase de valoración, la mayoría siempre lo aplica y un mínimo porcentaje casi siempre la aplican. En la fase de diagnóstico, la mayoría siempre lo aplica y un porcentaje inferior opina que casi siempre la aplican, en la Fase de Planificación casi la mitad de los encuestados siempre lo aplican y un menor porcentaje opina que casi siempre la aplican, en la fase de ejecución más de las tres cuartas partes de los encuestados siempre lo aplican y mínimo porcentaje, opina que casi siempre la aplican, en la fase de evaluación la mayoría siempre lo aplican y un menor porcentaje , opina que casi siempre la aplican.

Peñaloza (2014), en su estudio titulado “Intervenciones de enfermería en el dolor post quirúrgico”, presenta el estudio realizado en Ecuador, a las pacientes post quirúrgico Gineco-Obstétrico. El objetivo fue pretender conocer cuáles son las intervenciones de enfermería y si esta influye en el manejo del dolor post quirúrgico el manejo del dolor post quirúrgico Gineco-Obstétrico y por ende cómo afecta en la recuperación de las pacientes. Metodología: Para lo cual se realizó un estudio descriptivo en las pacientes post quirúrgicas Gineco-obstétricas del Hospital Provincial Docente Ambato integrada por una muestra de 213 pacientes de esta área. Aplicando

un enfoque cuantitativo. Resultados, se analiza las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor post quirúrgico Gineco-obstétrico. De los datos obtenidos destaca que un 75% de las profesionales de enfermería no realizan intervenciones independientes, además se evidencia que estas influyen en alto índice de dolor que presentan las pacientes después del acto quirúrgico un 40 % de encuestadas presentan dolor intenso. Conclusiones, se propone un plan de charlas para el profesional de enfermería en el manejo del dolor post quirúrgico Gineco - obstétrico, en el cual se destaca la importancia de las intervenciones de enfermería en este tipo de pacientes además de esta manera evitar complicaciones post quirúrgicas Gineco- obstétricas y ayudar a una pronta recuperación de las mismas, con la aplicación de esta propuesta se beneficiará directamente al personal de enfermería, pacientes, e institución.

Alban (2014), en su estudio titulado “Histerectomía por atonía uterina secundaria a diagnóstico de pre eclampsia”, aplicó a una paciente de 40 años de edad, que ingresa al servicio gineco obstétrico del Hospital Ambato – Ecuador. El objetivo de la investigación es evaluar la eficacia terapéutica en manejo obstétrico de pacientes con pre eclampsia en el Hospital Ambato. Metodología: estudio descriptivo. Resultados: Dentro de la atención intrahospitalaria se debió pensar en un manejo multidisciplinario desde el inicio, pensando en las posibles complicaciones. Además, se debió de usar sulfato de magnesio ya que es el fármaco de primera elección luego de diagnosticar un cuadro de pre eclampsia, para de esta forma establecer la necesidad de la terminación del embarazo como en este caso presentado. Conclusión: La incidencia de Histerectomía es más alta con respecto a algunos países de Latinoamérica, teniendo como principal factor de riesgo el antecedente de cesárea o hemorragias, condición cada vez mayor en

la práctica médica que ocasiona alteraciones en la placentación (placenta previa y alteración de la adherencia).

Marco conceptual

Cesárea.

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente (Rev. Médica los Condes, 2014).

Indicaciones para una cesárea.

Presentación podálica, las pacientes con embarazo de término y feto único en presentación podálica, se les debe proponer operación cesárea, debido a que reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal.

Embarazo múltiple en pacientes con embarazo gemelar, en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica, se recomienda proponer operación cesárea programada. La operación cesárea en embarazos dobles no complicados, no debería realizarse antes de las 38 semanas de gestación debido al mayor riesgo de problemas respiratorios en los recién nacidos.

Placenta previa, las embarazadas con placenta previa, ya sea que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno, deben realizarse operación cesárea programada.

Transmisión de infecciones maternas (madre – hijo).

Presentación transversa. Considerada como presentación distócica en la cual el parto vaginal no es posible.

Paciente con antecedente de dos o más cesáreas. Se recomienda realizar operación cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Evento obstétrico de gravedad extrema que ocasiona hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de Couvelaire y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea tan pronto se realice el diagnóstico, disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones.

Procidencia de cordón. Evento obstétrico que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizar operación cesárea con el fin de evitar o disminuir las complicaciones fetales.

Antecedente de cirugía vaginal previa. La paciente con antecedente de plastia vaginal, debe recomendársele operación cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos previamente reparados quirúrgicamente.

Existen otras indicaciones de operación cesárea que deben realizarse de acuerdo al contexto obstétrico-perinatal, de cada una en particular.

Pre - eclampsia - eclampsia.

Malformaciones fetales.

Sufrimiento fetal agudo, con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal.

“Falta de progreso” en el trabajo de parto durante su fase activa (dilatación estacionaria).

Embarazo gemelar, monoamniótico.

Oligohidroamnios marcado.

Meconio espeso ante parto.

Macrosomía fetal.

Trastorno hipertensivo en el embarazo.

La presión arterial (PA) cae fisiológicamente en el segundo trimestre de gestación; alcanza valores de 15 mmHg más bajos que las cifras antes del embarazo por una disminución de la resistencia periférica total producto de la vasodilatación provocada por factores como:

Desviación arteriovenosa de la circulación materna impuesta por la placenta.

Mayor producción de prostaglandinas por las células endoteliales.

Disminución de la respuesta presora a la angiotensina II.

Elevación de los niveles de estrógenos y progesterona.

Hipertensión en el embarazo.

En el tercer trimestre, la PA retorna o excede a los valores pregestacionales. Estas fluctuaciones, más los picos nocturnos de hipertensión se pueden presentar en mujeres previamente normotensas, en hipertensas previas y en aquellas que desarrollan hipertensión inducida por el embarazo.

La definición de hipertensión arterial (HTA) en el embarazo no es uniforme, pero en la actualidad se prefieren los valores absolutos de presión arterial sistólica (PAS) = 140 mmHg y de presión arterial diastólica (PAD) = 90 mmHg, como criterios de HTA. Es necesario confirmar las cifras de PA elevadas en más de 2 lecturas con diferencia de 4 h. (Vasquez Vigoa, 2008).

Clasificación de la HTA en el embarazo.

HTA crónica:

Primaria

Secundaria

HTA gestacional

HTA Transitoria (normalización de la PA < 12 sem del posparto)

HTA posiblemente crónica (HTA continua > 12 sem del posparto)

Pre eclampsia - eclampsia

Pre eclampsia leve

Pre eclampsia grave

Eclampsia

Pre eclampsia sobreañadida a HTA crónica.

Según la OMS, entre los trastornos hipertensivos, la pre eclampsia sobresale por su impacto en la salud materna y neonatal. Es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales en todo el mundo. Sin embargo, la patogenia de la pre eclampsia se comprende solo parcialmente y está relacionada con alteraciones en la placentación al comienzo del embarazo, seguida de inflamación generalizada y daño endotelial progresivo. También hay otras incertidumbres: el diagnóstico, las pruebas de detección y, el control y el tratamiento de la pre eclampsia continúan siendo polémicos, al igual que la clasificación de su gravedad. Sin embargo, habitualmente se acepta que el comienzo de un nuevo episodio de hipertensión durante el embarazo (con presión diastólica persistente de >90 mm Hg) acompañado por proteinuria considerable (>0,3 g/24 h) puede utilizarse como criterio para identificar la pre eclampsia. Si bien hay cambios fisiopatológicos (por ejemplo, placentación inadecuada) desde los primeros meses del embarazo, la hipertensión y la proteinuria generalmente se manifiestan en la segunda

mitad del embarazo y generalmente están presentes en entre el 2 % y el 8 % de todos los embarazos (OMS, 2014).

Pre eclampsia-eclampsia

Se acordó eliminar la dependencia de la proteinuria para establecer un diagnóstico de pre eclampsia; este criterio había sido establecido y se mantuvo siempre para afirmar la existencia de la entidad.

Etiología.

Su origen sigue siendo desconocido, se considera multifactorial, incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, renales, hepáticas genéticas, hematológicas, sociales, económicas y geográficas (Secretaría salud reproductiva, 2002).

Clasificación.

Pre eclampsia leve: Gestante que presenta una PA sistólica < 160mmhg y una diastólica < 110mmhg, con proteinuria cualitativa de 1+ o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa de mayor igual a 300mg en orina 24 hrs y que no presenta daño en otro órgano blanco.

Pre eclampsia severa: Aquella pre eclampsia asociada a siguientes criterios:

Presión sistólica mayor 160mmhg y diastólica mayor a 110mmhg.

Deterioro a la función hepática, dos veces del valor normal, severa persistencia del dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio que no se controla con medicamentos.

Trombocitopenia < 100,000/mm³

Creatinina mayor de 1.1 mg/dl

Edema pulmonar

Trastorno cerebral repentino. (Guía práctica del Instituto Materno Perinatal, 2017).

Hipertensión arterial crónica.

Se le considera a la tensión arterial de 140/90 mm de Hg o mayor es antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. La HTA diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto. Se clasifica también como hipertensión arterial crónica (Napoles, 2016).

Hipertensión crónica con pre eclampsia sobreañadida

Suele presentarse en pacientes con HTA en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, en quienes posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 mg/dL (Napoles, 2016).

Hemorragia post parto.

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable (Pérez, 2009).

De las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP.

Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP [13]. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas (Asturizaga, 2014).

Tratamiento

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales: (Asturizaga, 2014)

I. Medidas generales

II. Resucitación

III. Control del sangrado

a) Tratamiento no quirúrgico

- Medicamentoso (de primera línea)
- Intervencionista (de segunda línea)

- Radiológico
- b) Tratamiento quirúrgico
- Cirugía conservadora
 - Cirugía radical

La cirugía está indicada si el útero no permanece contraído y el sangrado persiste a pesar de todos sus esfuerzos. Uterino y vaginal mensaje sirve como tratamiento definitivo. Las comidas se eliminan después de 24-48 horas. Laparotomía es raramente indicada. Si introduce el abdomen practicará la sutura laparoscópica o la coagulación con láser de los vasos placentarios como que pueden sangrar o ligadura de la arteria uterina.

La histerectomía es curativa para el sangrado.

Recomendaciones OMS, 2014

Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

En los lugares en los que no se dispone de oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg) (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la

comunidad y personal de la salud, luego para la prevención de la HPP (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

En los lugares en los que las parteras capacitadas están presentes, se recomienda la TCC para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad alta).

En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto), para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).

Modelo teórico

Para el presente estudio, se utilizó la teoría de cuidados de Swanson que es una forma educativa de relacionarse con un ser preciado al que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, dado que la paciente con el diagnóstico post cesárea con atonía uterina, necesitaba del cuidado permanente del personal de enfermería con compromiso y calidad.

Así mismo, a la paciente se le educó acerca de la situación que atraviesa, pues la paciente pasaba por una crisis, por todo lo que estaba repercutiendo a su salud y no entendía la situación. Se le educó acerca de su cuadro clínico, tratamiento, complicaciones porque es necesario que ella conozca para que pueda colaborar en el cuidado y lograr la pronta recuperación de su salud.

También se estuvo con el paciente, tanto de manera física como emocionalmente, durante su permanencia en el servicio que fue de 3 horas. Donde se compartió sus sentimientos y preocupaciones ya que la paciente se sentía angustiada y deprimida por todo lo sucedido. Se logró hacer todos los cuidados y atenciones física, emocional y espiritualmente que ella no pudo hacer por sí misma; explicándole las bondades que el servicio le iba brindar. Se trabajó con el paciente fortaleciendo la autoestima y confianza a así mismo, a fin de mantener la creencia de su pronta recuperación.

Capítulo III

Materiales y método

Tipo y diseño

Para el desarrollo del presente estudio se tomó en cuenta el tipo descriptivo - analítico, ya que nos centramos en recolectar datos reales en su situación actual. El estudio descriptivo permitirá una imagen exacta de la realidad con la finalidad de identificar, describir y analiza diversos acontecimientos.

Sujeto de estudio: El sujeto de estudio es una paciente post operada de cesárea elegido al azar en el servicio de reanimación pos anestésico de centro obstétrico de un hospital de EsSalud.

Delimitación geográfica temporal

La Unidad de Reanimación Pos Anestésica consta de 10 camas para la atención del paciente post operado inmediato, 10 profesionales de enfermería, 10 técnicos en turnos rotativos y medios turnos, 32 anesthesiólogos, 2 en 12 horas cada uno. La proporción enfermera – paciente es de 1 a 5.

El ingreso de pacientes es de 25 pacientes por día, las afecciones más frecuentes son:

Cirugía general, ginecológicas, otorrinología, odontopediatría, traumatología, urología, nefrología y neurocirugía.

La estructura física de la unidad tiene un monitor multiparámetro, balastro que tiene luz, oxígeno empotrado, punto de aspiración, punto de entrada para electricidad y la unidad general cuenta con 10 ventiladores Savina, que se rota semanalmente, un ventilador portátil Oxilog, coche de paro, ropería, coche de uni dosis para la preparación de medicamentos, cortina

corrediza en U para la individualidad del paciente, ambiente limpio y sucio. A parte, el estar de enfermería cuenta con dos monitores centrales donde se visualizan todos los monitores de las 10 camas. El hospital de EsSalud se encuentra ubicado en el distrito de Villa María del Triunfo, Av. Defensores de Lima, con la Av. 26 de noviembre S/N.

Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se eligió fue la entrevista y la guía de valoración por patrones funcionales, en la cual se incluyeron los once patrones funcionales de Marjory Gordon, y se adecuó según las necesidades de nuestra paciente elegida.

Consideraciones éticas

La enfermería es una profesión moralmente responsable. Históricamente, se ha caracterizado por ser una profesión con sentido humanístico, lo cual la diferencia de las otras profesiones, incluida la medicina. En el currículo de formación, la enfermería se considera como el eje rector del aspecto ético-humanista en los cuidados de la salud de las personas. Dentro de estos principios éticos tenemos.

La beneficencia, que aplicado en este caso se realizó en todo momento.

La veracidad fue otro principio de se aplicó pues en todo momento se tuvo que informar el verdadero estado de la paciente.

Capítulo IV

Resultado, análisis y discusión

Resultados

Tabla 21

Resultados generales

Diagnósticos de enfermería	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Déficit de volumen de líquido RC perdida activa de volumen de líquidos. Evidenciado por el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la concentración de la orina, debilidad, disminución de la diuresis, y membranas mucosas secas y balance hídrico negativo (-350).			X
Dolor agudo RC, agentes lesivos físicos y fisiológicos EP diaforesis, expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos, auto informe de las características del dolor usando valoración de EVA = 7.	X		
Ansiedad RC grandes cambios en la salud, crisis situacional EP angustia, confusión, aumento de sudoración, aumento de la presión arterial, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.		X	
Riesgo de shock RC hipovolemia e hipoxia.		X	
Riesgo de infección RC procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.	X		

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Tabla 22

Resultados finales

Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería						
	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	Fi	%	Fi	%	fi	%
Diagnóstico 1					1	20%
Diagnóstico 2	1	20%				
Diagnóstico 3			1	20%		
Diagnóstico 4			1	20%		
Diagnóstico 5	1	20%				
TOTAL	2	40%	2	40%	1	20%

Datos obtenidos en entrevista (Fuente del autor)

Análisis de los diagnósticos

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de tal daño. El dolor agudo es de comienzo reciente, de corta duración y, normalmente, existe una relación causal y temporal con una injuria o enfermedad. De la misma manera Kidd, nos dice que la intensidad del dolor depende de la psicología del paciente (ansiosa), su nivel de tolerancia subsecuente, el sitio de incisión, tipo de operación (cesárea) y magnitud de traumatismo quirúrgico. En una herida operatoria se presenta el dolor porque las terminaciones nerviosas ubicadas en la dermis son afectadas, esta afección es transmitida al centro del dolor del cerebro y como respuesta eferente es interpretada y se manifiesta como el

dolor. La paciente en estudio presenta dolor, y lo notamos por las facies con expresión de dolor, alteración de la frecuencia cardiaca y diaforesis. Debido a que presenta una incisión quirúrgica de gran tamaño por la operación cesárea, se mide EVA 7 – 10.

Según Diana Marcela (2007), el balance del agua y electrolíticos es crítico para la función de todos los órganos e indiscutiblemente para mantener la salud en general. El agua es un medio para las reacciones bioquímicas y las fisiológicas dentro de los tejidos celulares y es muy esencial para mantener un adecuado volumen sanguíneo y así la integridad del sistema cardiovascular. Nuestra paciente al presentar mucosas secas y balance hídrico negativo nos damos cuenta de que hay un déficit de líquidos, lo cual está bastante relacionado a la pérdida sanguínea que presenta por las hemorragias.

La ansiedad es una reacción compleja frente a situaciones o estímulos potencialmente peligrosos. Es una señal de alarma que pone en marcha una serie de respuestas para afrontar esta situación. La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos desagradables y alteraciones fisiológicas. La cirugía es percibida por el paciente como un factor de estrés importante que puede traducirse en nerviosismo y ansiedad. Ante una cirugía, la ansiedad casi siempre hace acto de presencia, en mayor o menor grado, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio. La paciente presenta ansiedad puesto que no sabe cómo terminara su situación respecto a su salud y complicaciones.

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. Nuestra paciente presentó una atonía hemorrágica en sala de operaciones de 1000cc, y en el área de recuperación perdió otros 1300cc

de sangre. La administración de paquetes globulares y líquidos intravenosos no permitió que nuestra paciente llegue a un shock hipovolémico. Pero el continuo sangrado aun ponía en riesgo a la paciente.

Según el Kossier (2007), el CVP es un material que se introduce en la vena para administrar fluidos o infusiones. La colocación de este equipo produce en la piel la ruptura de la misma, disponiendo de esta manera una puerta de acceso para los microorganismos. Por otro lado, Pearson (2010) nos dice que la sonda vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior. El cateterismo o sondaje vesical es un procedimiento invasivo frecuente en los ingresos hospitalarios, puesto que se realiza en un 10-15% de estos, y es la causa más frecuente de infección urinaria.

Discusión

Flores (2014) concluyó que existe una falta de paradigmas para documentar el proceso de transformación desde lo cotidiano del trabajo de enfermería en este tercer milenio. En la actualidad, existen los códigos rojos que son pautas y acciones que uno debe de seguir frente a una pre eclampsia.

Peñaloza (2014) propone un plan de charlas para el profesional de enfermería en el manejo del dolor post quirúrgico gineco-obstétrico, en el cual se destaca por la importancia de las intervenciones de enfermería en este tipo de pacientes; además, de esta manera evitar complicaciones post quirúrgicas gineco-obstétricas y ayudar a una pronta recuperación de las mismas, con la aplicación de esta propuesta se beneficiará directamente al personal de

enfermería, pacientes, e institución. Sería más factible y práctico que la enfermera domine las acciones a seguir frente al dolor pos quirúrgico, si bien es cierto se tomó todas las acciones para disminuir el dolor; esta aún persiste debido a la situación de salud de la paciente.

Pérez (2010) concluye que, si bien es cierto los cuidados de enfermería es la primera línea de actividades que recibe la paciente, el manejo de una hipovolemia es de manera multidisciplinaria; se evidencia que el plan de enfermería contribuyó a la mejora, más o no se pudieron alcanzar los objetivos. Estoy de acuerdo con este trabajo, pues la atención que se brindó a la paciente en estudio fue adecuada pero la falta de accionar de otras ramas de salud no complementa el cuidado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La pre eclampsia es una condición que ocurre solamente durante el embarazo. Algunos síntomas de pre eclampsia pueden incluir la hipertensión arterial y proteína en la orina que ocurre después de la semana 20 del embarazo. La pre eclampsia se clasifica en pre eclampsia leve y pre eclampsia severa.

Para la Organización Mundial de la Salud, es una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, fetos y recién nacidos. En el Perú, según datos estadísticos se muestra que es la segunda causa de muerte materna con el 28%. Según el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2013, se presentaron 468 casos de pre eclampsia severa y 483 casos de pre eclampsia leve. La pre eclampsia debe detectarse y tratarse antes de presentar complicaciones mortales.

Frente a la pre eclampsia, el tratamiento de elección es la cesárea ya que existen mayores complicaciones que pueden dificultar su salida por parto natural, para evitar complicaciones en la madre y en el bebé. La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. La hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o superior a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además, de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

El paciente recibió tratamiento adecuado y oportuno de parte del equipo de salud, pero el único tratamiento para la reversión de su complicación era quirúrgico.

Se logró cubrir las respuestas humanas del paciente con el uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que es un método sistemático y organizado, que sirve para brindar cuidados individualizados, humanistas y eficientes dirigido a la persona atendida para lograr los resultados esperados, apoyándose en un modelo científico, el cual nos permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente, tratando a la persona como un todo que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Del total de los objetivos planteados en los diagnósticos de enfermería se logró obtener como resultado final: 60% fueron objetivos parcialmente alcanzados, los 20% objetivos alcanzados y 20% no alcanzados.

Recomendaciones

Implementar planes estandarizados de cuidado enfermero para las pacientes intervenida quirúrgicamente de cesárea en la Unidad de Recuperación post anestésica en el hospital, a fin de garantizar la calidad del cuidado al paciente.

Implementar un manual de procedimientos en la Unidad de Recuperación post anestésica para el manejo de la seguridad en los diferentes procedimientos que se realizan para los pacientes.

Referencias

- Albert Palmieri, P. (s. f.). Prácticas basadas en evidencia: estrategias de abordaje frente a las infecciones asociadas a la atención en salud. Recuperado a partir de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2015/ponencia/240915/2-Estrategias_IAAS.pdf
- Carlos Schnapp, S., Eduardo Sepúlveda, S., & Jorge Andrés Robert, S. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987–992. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (Cuba), D. (2016). Medisan. (Vol. 20). Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013
- Colegio Oficial de Psicólogos., M. E., & Cruzado Crespo, J. A. (2008). Clínica y salud. *Clínica y Salud* (Vol. 19). Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300004
- Cortez, G. (2017). Guía para aplicar. Taxonomía II, NANDA I, NIC. NOC. Diagnóstico de enfermería - normado con estándares ISO. (1a ed.). Lima: Rodhas SAC.
- De Salud, M. (s. f.). Manual de hemoterapia. Recuperado a partir de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3178.pdf>
- Elena Fernández Jaimes Camino Viejo, M., Elena Fernández Jaimes, M., Amarilis Zárate Grajales, R., Monserrat Ochoa Cervantes, J., Teresa Ramírez Antonio, M., Eneo, P., & Resumen, U. (2010). Trabajo de investigación www.medigraphic.org.mx La evaluación de la calidad de los signos vitales como indicador de proceso en la Gestión del Cuidado de

Enfermería, 18, 65–70. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

Eugenio, T., Estefanía Tutora, G., ESP González Guevara, D., & Catalina Ambato – Ecuador, L. (2016). Análisis de caso clínico sobre: shock hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica por inversión uterina en sala de partos; Requisito previo para optar por el Título de Médico. Recuperado a partir de [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23894/2/Toalombo Eugenio Graciela Estefanía.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23894/2/Toalombo%20Eugenio%20Graciela%20Estefanía.pdf)

Gálvez, J., Almendro, M., Valenzuela, L. F., Méndez, I., & Gallego, P. (2006). Infecciones arteriales asociadas a cateterismo. *Revista Española de Cardiología*, 59(4), 391–395. [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(06\)74648-6](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(06)74648-6)

González, U. P. (s. f.). Revista 16 de Abril. *Revista estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*. Recuperado a partir de http://www.16deabril.sld.cu/rev/242/fluidoterapia_hemoderivados.html

Jiménez, M. M. D., Hernández, L. B. F., & Soto, J. A. E. (2016). *Revista de información científica*. *Revista Información Científica* (Vol. 95). Recuperado a partir de <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/122/2257>

Johnston, T., Byard, C. M., Chacón, L., De Pablos, J. F., López, N., & Urbina Medina, H. (2009). Angel City. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* (Vol. 72). Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400009

- Navarre (Spain). Departamento de Salud., H., & Pérez Sanz, C. (2009). Anales del sistema sanitario de Navarra. Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 32). Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- Normas de bioseguridad. (s. f.). Recuperado a partir de http://www.hnseb.gob.pe/epi/descargas/normas_bioseguridad.pdf
- Parrilla-Fernández, A., Manrique-Tejedor, J., Figuerol-Calderó, M. I., & García-Romero, V. (2017). Valoración, atención al parto y cuidados periparto en un caso de rotura uterina en trabajo de parto tras cesárea anterior. *Enfermería Clínica*, 27(1), 49–54. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2016.08.005>
- Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Collett, B., Coluzzi, F., ... Varrassi, G. (2012). The chronic pain conundrum: should we CHANGE from relying on past history to assessing prognostic factors? *Current Medical Research and Opinion*, 28(2), 249–256. <https://doi.org/10.1185/03007995.2011.651525>
- Plan de cuidados nanda.es: Disminución del gasto cardiaco por GeorGINAGO28. (s. f.). Recuperado 10 de abril de 2018, a partir de <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=9a51b28eca6090b7a94f13ff0bd53dc69f11c3a4>
- Revista de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse | Artículos. (s. f.). Recuperado 22 de abril de 2018, a partir de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/527>

- Sociedad Uruguaya de Cardiología., L., & Guirado, M. (2013). Revista uruguaya de cardiología. Revista Uruguaya de Cardiología (Vol. 28). Sociedad Uruguaya de Cardiología. Recuperado a partir de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200021
- Vallejos Narváez, Á., Ruano, C., Ávila, M. P., Latorre, S., Delgadillo, J., Manosalva, G., Caicedo, L. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm, 44(1), 107–127. Recuperado a partir de www.farmacia.unal.edu.co
- Víctor Parra, M. (2011). Shock hemorrágico. Revista Médica Clínica Las Condes, 22(3), 255–264. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70424-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70424-2)

Sangrado herida: Nulo () Escaso ()
 Moderado (x) Severo ()
 Cantidad: 1000
 Drenajes: NO (x) SI () Tipos:
 Especificar: ---
 Volumen: ---

Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente (x)
 Secreciones: NO (x) SI ()
 Características: .
 O2: NO () SI (x) Modo: 3 l/min./FIO2: 32
 TET: () Traqueotomía: () VM: () Sat.O2: 95%
 Drenaje torácico: D/I NO (x) SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

FC: **125x'** P.A: **167/77 mmhg**
 Ruidos cardíacos: Rítmicos (x) Arrítmicos ()
 Pulso: Regular (x) Irregular ()
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Llenado capilar: mayor 5"

Edema: NO () SI (x) Localización: Miembros inferiores
 + (0 - 0.65 cm) () ++ (0.65 - 1.25cm) (x) +++ (1.25 - 2.50cm) ()

Riego periférico

MII Tibia () Fría (x) Caliente ()
 MID Tibia () Fría (x) Caliente ()
 MSI Tibia () Fría (x) Caliente ()
 MSD Tibia () Fría (x) Caliente ()

Marcapaso: NO (x) SI () Tipo:

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: **2**
 Catéter Central:
 Línea arterial:
 Catéter epidural:

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1: Independiente () 3: Totalmente dependiente ()

2: Parcialmente dependiente (x)

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)

Comentarios adicionales: bromage 1/4

ESCALA MORSE - RIESGO DE CAIDA		
Antecedentes de caída	NO	0
	SI	25
Diagnóstico secundario	NO	0
	SI	15
Ayuda para deambular		0
		15
		30
Vía venosa	NO	0
	SI	20
Marcha		
Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0

Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos (x) Ausentes ()
 Crepitantes () Roncantes () Sibilantes ()
 Tos ineficaz: NO () SI (x)

PATRÓN 6: PERCEPTIVO - COGNITIVO

Escala de coma de Glasgow

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta Verbal
Espontánea 4	Espontánea, normal 6	Orientada 5
A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa 4
Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras inapropiadas 3
Ninguna 1	Decorticación 3	Sonidos incomprensibles 2
	Descerebración 2	Ninguna 1
	Ninguna 1	

Puntaje: 15 pts.

Riesgo de autolesión SI () NO (x)

Escala de Valoración del dolor EVA:



LEVE MODERADO INTENSO

Puntaje 0 al 10: 7 pts.

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características	Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes 2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes 1
	Incapaz de mover extremidades 0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente 2
	Disnea o limitación a la respiración 1
	Apnea 0
Circulación	PA ≤ 20% del nivel preanestésico 2
	PA 20-49% del nivel preanestésico 1
	PA ≥ 50% del nivel preanestésico 0
Conciencia	Completamente despierto 2
	Responde a la llamada 1
	No responde 0
SaO ₂	Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente 2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90% 1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario 0

Puntaje: 7 Pts.

ESCALA DE SEDACION – AGITACION RASS:

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	

Débil	15
Alterada requiere asistencia	30
Conciencia / Estado mental	
Consciente de sus capacidades y limitaciones	0
No consciente de sus limitaciones	15

Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo alto
Hasta 24	25 - 44	45 y mas

Riesgo: **Alto**

**PATRÓN 7 Y 10: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO
TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS**

Colabora: NO () SI (x) No Colabora: NO () SI ()
 Tranquilo: NO (x) SI ()
 Ansioso: NO () SI (x)
 Negativo: NO (x) SI ()
 Triste-lloroso: NO () SI (x)
 Reservado: NO () SI () Temeroso: NO () SI (x)
 Irritable: NO (x) SI () Indiferente: NO (x) SI ()
 Preocupaciones principales /comentarios: Saber acerca de su bebe,
 saber que es lo que esta pasando con su salud

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Ocupación: **Ama de casa**
 Estado civil: Soltero () Casado/a ()
 Conviviente (X) Divorciado/a () Otros: _____
 ¿Con quién vive?
 Solo () Con su familia (X) Otros: **Esposa y 1 hijos**
 Fuentes de apoyo: Familiar (x) Social () Otros _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado (x) Severo ()
 Cantidad: 1300 cc
 Características: coagulos , y sangre activa
 Tapón Vaginal: NO (x) SI ()

-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Religión: **Testigo de Jehova**

Restricciones religiosas: _No transfusiones sanguíneas____

Otros: _____

Firma y Sello de la Enfermera:



Elizabeth Janinna Pezantes Lazo

DNI 43650725

CEP 56496

Apéndice B. Ficha Farmacológica

Nifedipino

Nombre genérico: Nifedipino

Nombre comercial: Adalat

Clasificación: Dihidropiridina antagonista de calcio.

Indicaciones: Angina estable vasospástica y crónica, e Hipertensión

Mecanismo de acción: Inhibe el flujo de iones Ca al tejido miocárdico y muscular liso de arterias coronarias y vasos periféricos.

Reacción adversa/efectos adversos: En menos de 1%: edema facial, fiebre, edema periorbitario, arritmias, hipotensión, aumento en la presentación de angina, taquicardia, síncope, ansiedad, ataxia, disminución de la libido, depresión, hipertonía, hipoestesia, migraña, paranoia, vértigo, alopecia, aumento en la sudoración, urticaria.

Dosis: Cápsulas de Nifedipino para angina: Se recomienda iniciar la terapia con 10 mg, 3 veces al día. El rango de efectividad es de 10-20 mg, 3 veces al día. En pacientes con espasmo de la arteria coronaria: Se requieren dosis más altas, 20-30 mg, 3 ó 4 veces al día. Dosis de 120 mg al día son raras, no se recomiendan dosis de 180 mg por día.

Cuidados de enfermería

Tener en cuenta que aumenta los niveles de digoxina en 45 a 50%

Vigilar signos de toxicidad.

Observar la orina y las encías.

Vigilar y valorar cual signo o síntomas de una reacción adversa

Metamizol

Nombre genérico: Metamizol

Nombre comercial: Dipirona, antalgina, fenalgina, repriman

Clasificación: un fármaco perteneciente a la familia de las pirazolonas.

Indicaciones: Dolor agudo post-operatorio o post-traumático, dolor cólico, dolor oncológico.

Fiebre (refractaria a otros antitérmicos)

Mecanismo de acción: es un fármaco perteneciente a la familia de las pirazolonas, cuyo prototipo es el piramidón. También se le conoce como dipirona. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir a la actividad de la prostaglandina sintetasa.

Reacción adversa/efectos adversos: se deben a reacciones de hipersensibilidad: las más importantes son discrasias sanguíneas (agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia) y choque

Dosis: A partir de 15 años: 500 mg (20 gotas) o un comprimido de 575 mg, 3 o 4 veces por día. Dolor oncológico: 1-2 g cada 6-8 h. En general, dosis máx.de metamizol magnésico: 6000 mg/día. La dosificación del metamizol sódico por kilo de peso equivale a una dosis recomendada de 12.5 mg/kg/dosis

Cuidados de enfermería

Administrar en vía periférica, verificar su permeabilidad

Valorar la presencia de trastornos hematológicos

Se puede administrar con o sin alimentos (disminuir trastornos gastrointestinales)

Si se administra por vía IM debe ser profunda

Si es Ev directa debe ser lenta 3 – 5 min. 34

Si es Ev intermitente administrar por Volutrol

Si es Ev intermitente diluir en 50 – 100ml de SF o Dext. 5% en 30 – 60 min - Control de las funciones vitales

La administración EV rápida puede provocar sensación de calor, sofoco, palpitaciones, náusea, hipotensión y shock

Tramal

Nombre genérico: Tramal

Nombre comercial: Tramadol

Clasificación: Opioide

Indicaciones: indicado tanto para el dolor neuropático como la ciática como para el dolor nociceptivo (artrosis) y o el dolor mixto como el dolor lumbar crónico. El tramadol permite controlar bien y a dosis bajas el dolor moderado.

Mecanismo de acción: Es un agonista puro, no selectivo sobre los receptores opioides μ , δ y κ , con mayor afinidad por los receptores μ . Otros mecanismos que contribuyen a su efecto analgésico son la inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina, así como la intensificación de la liberación de serotonina.

Reacción adversa/efectos adversos: Las más frecuentes son náusea y mareo. Ocasionales (1 - 10%). Vómito, estreñimiento, sudoración, boca seca, cefalea y confusión. Raras (menos del 1%). Efectos cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, hipotensión postural o colapso cardiovascular), estos efectos se presentan especialmente luego de la aplicación intravenosa y

en pacientes que están bajo estrés físico, (prurito, rash, urticaria). También se han reportado cambios en el apetito, parestesias, temblor, depresión respiratoria, convulsiones, alucinaciones, confusión, trastornos del sueño y pesadillas. Si se exceden considerablemente las dosis recomendadas o se administran conjuntamente depresores centrales, puede ocurrir depresión respiratoria. Con Tramal se puede presentar dependencia física con reacciones de abstinencia

Dosis: La dosis debe ser ajustada de acuerdo a la intensidad del dolor y a la sensibilidad del paciente. Tramal debe administrarse a: - Adultos y niños mayores de 16 años: Tramal cápsulas 50 mg: 1-2 cápsulas, hasta 8 cápsulas. Tramal gotas 100 mg/ml: 20-40 gotas (con algo de líquido o azúcar), hasta 160 gotas. - Tramadol solución inyectable 100 mg: I.V.: 1 ampolla (inyectada lentamente o diluido en infusión); I.M.: 1 ampolla; S.C.: 1 ampolla, hasta 4 ampollas

Cuidados de enfermería

Lavado de manos clínico

Tener en cuenta los cinco correctos.

Informar al paciente sobre el medicamento.

Verificar los 10 correctos

Control de funciones vitales antes durante y después de la administración del medicamento.

Ceftriaxona

Nombre genérico: ceftriaxona

Nombre comercial: Rocephin; Ceftriaxone, Cefazona

Clasificación: Cefalosporina de 3^a generación

Indicaciones: Tratamiento de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la Ceftriaxona, tales como: Septicemia, infecciones de huesos y articulaciones, infecciones pélvicas de la mujer, infecciones intraabdominales, neumonía, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones complicadas de las vías ...

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

Reacción adversa/efectos adversos: Riesgo de: colitis pseudomembranosa, sobreinfección por microorganismo no susceptible; hiperbilirrubinémicos (puede desplazar bilirrubina de la albúmina sérica), controlar perfil hemático en tto. prolongado; I.R. grave: ajustar dosis; descritos casos de reacciones mortales en prematuros y recién nacidos a término < 1 mes por precipitados de calcio-ceftriaxona en pulmones y riñones

Dosis: La dosis usual para el tratamiento de infecciones causadas por organismos susceptibles es de 1-2 g en una sola administración o dividida en 2 dosis diarias, dependiendo del tipo y severidad de la infección. Para el tratamiento de infecciones serias y otras infecciones del SNC causadas por organismos susceptibles la dosis usual para neonatos y niños menores de 12 años es de 50-75 mg/kg, no excediendo de 2 g diarios en dosis iguales divididas cada 12 horas.

En neonatos menores de una semana la dosis es de 50 mg/kg/día; cuando son mayores a una semana, pero pesan menos de 2 kg, la dosis es de 50 mg/kg/día; y cuando son mayores a una semana, pero pesan más de 2 kg, la dosis es de 50 a 75 mg/kg/día

Cuidados de enfermería

Lavado de manos

Tener en cuenta los cinco correctos.

Verificar si el paciente es alérgico a las cefalosporinas y penicilinas.

Control de signos vitales. y B.H.

La función renal deberá ser monitoreada cuidadosamente en pacientes que reciben cefalosporinas.

Observar reacciones de hipersensibilidad. hipoprotrombinemia

En niños R.N.se debe usar el medicamento con precaución en neonato con hiperbilirrubinemia.

Administrar líquidos y electrolitos en caso de colitis pseudomembranosa moderada.

Observar cavidad oral y realizar higiene oral en caso de presentar candidiasis.

Mantener informado al paciente sobre las reacciones secundarias del medicamento como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarreas

