

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de enfermería en paciente post cesárea con infección de herida operatoria del servicio de ginecoobstetricia de un hospital del Callao, 2021

Trabajo Académico

presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia

Por:

Elizabeth Julia Espilco Portugal

Elena Céspedes Avendaño

Asesor:

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Lima, enero de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Lili Albertina Fernández Molocho, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

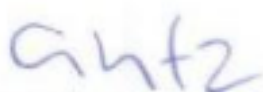
Que el presente trabajo de investigación titulado: “Proceso de enfermería en paciente post cesárea con infección de herida operatoria del servicio de ginecoobstetricia de un hospital del Callao, 2021”, constituye la memoria que presentan las licenciadas Elizabeth Julia Espilco Portugal y Elena Céspedes Avendaño, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución. Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 19 días del mes de enero de 2022.

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

**Proceso de enfermería en paciente post cesárea con
infección de herida operatoria del servicio de
ginecoobstetricia de un hospital
del Callao, 2021**

Trabajo Académico
presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia



Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Lima, 19 de enero de 2022

Proceso de enfermería en paciente post cesárea con infección de herida operatoria

Lic. Espilco Portugal Elizabeth Julia, Lic. Céspedes Avendaño Elena^a y

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho^b

^aAutor del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El presente trabajo académico comprende el cuidado a una paciente post cesárea mediata con diagnóstico médico de infección de herida quirúrgica, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta metodológica para proporcionar dicho cuidado. Las infecciones puerperales son la segunda causa de mortalidad materna y uno de los mayores problemas de hospitalización materna durante el puerperio temprano (OMS, 2019). Por ello, el objetivo de este estudio es identificar los problemas de enfermería y gestionar el cuidado integral de la puérpera. La recolección y organización de los datos se realizó a través de Guía de valoración de Enfermería, basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identificaron los diagnósticos de enfermería y se priorizaron los siguientes: Hipertermia relacionada con proceso infeccioso de herida operatoria, manifestado por temperatura 38. 4º C; dolor agudo relacionado con herida operatoria manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 6 puntos y fascies de expresión de dolor; ansiedad relacionada con grandes cambios manifestados por temor y preocupación. Los resultados de las intervenciones realizadas obtuvieron una puntuación de cambio favorable, evidenciado en la recuperación de la paciente. Se concluye que el proceso de atención de enfermería permite proporcionar y evaluar cuidados de forma integral y de calidad.

Palabras clave: Paciente, Proceso de Atención de enfermería, infección de herida operatoria.

Abstract

The present academic work includes the care of a post-cesarean patient with medical diagnosis of Surgical injury infection, through the application of the Nursing Care Process as a methodological tool to provide said care. Puerperal infections are the second cause of maternal mortality and one of the greatest problems of maternal hospitalization during the early puerperium (WHO, 2019). The objective is to identify nursing problems and manage the comprehensive care of the puerperal woman. The data collection and organization were carried out through the Nursing Assessment Guide, based on the functional patterns of Marjory Gordon, the nursing diagnoses were identified and the following were prioritized: Hyperthermia related with infectious process of surgical injury manifested by temperature 38.4°C; Acute pain related to surgical injury manifested by verbal report of pain according to verbal scale: 6/10 points and pain expression fascies; Anxiety related to big changes manifested by fear and worry. The results of the interventions carried out obtained a favorable change score, evidenced in the recovery of the patient. It is concluded that the nursing care process allows providing and evaluating comprehensive and quality care.

Introducción

Se entiende por infección al fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria ante la presencia de microorganismos o a una invasión de tejidos estériles del huésped por dichos microorganismos (Salas, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), las infecciones —específicamente las de tipo quirúrgicas— son causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos.

En Perú, la tasa de infección del sitio quirúrgico posterior a una cesárea varía del 5% al 15%, según condiciones de la localidad. Asimismo, la obesidad es el factor principal de infección después de una cesárea (Sánchez-Maldonado, 2019). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), las cesáreas más frecuentes a nivel nacional, fueron en el departamento de Lima (45.5%), Tumbes (45.2%), Lima capital (44.0%), Moquegua (39,4%) y Callao (39,4%).

Según Herdman & Kamitsuru (2021), los factores que incrementan el riesgo de infección en una paciente incluyen: falta de conocimiento para evitar el contacto con patógenos, enfermedades crónicas, desnutrición, obesidad, cirugía invasiva, brotes de enfermedades, cambios en la integridad de la piel, cambios en el pH de la secreción, acción ciliar debilitada, retención de líquidos, rotura prematura de membranas amnióticas, rotura prolongada de membranas amnióticas, tabaquismo, hemoglobina baja, inmunosupresión, leucopenia, inhibición de la respuesta inflamatoria y vacunación incompleta.

Respecto a la infección de heridas operatorias, la OMS (2016) refiere que siguen siendo muy frecuentes; sin embargo, han ido disminuyendo en su gravedad. Las infecciones del sitio operatorio surgen de acuerdo a varios factores, como la virulencia del germen causal, la

reacción del sistema inmune del paciente a la infección, la destreza del cirujano y el punto de vista para determinar que existe una infección (Romero & Farias, 2017).

A continuación, la clasificación de infección del sitio quirúrgico, de acuerdo con las pautas de los centros para el control y prevención de enfermedades, se clasifican de la siguiente manera:

Infecciones superficiales del sitio quirúrgico: Las infecciones en la piel o tejido celular subcutáneo tienen las siguientes condiciones: realizar drenaje supurativo, confirmado o no por cultivo de laboratorio, aislar organismos de cultivos obtenidos asépticamente a partir de líquidos o tejidos de la superficie. Los signos de infección incluyen: dolor, supuración, enrojecimiento o fiebre (Salazar Guerrero, 2015).

Infección del sitio quirúrgico profunda: Involucran el tejido blando del corte profundo, drenaje purulento, fiebre $> 38^{\circ} \text{C}$ y dolor local. La principal fuente de bacterias aeróbicas en el quirófano es el equipo quirúrgico. Las personas que trabajan en el quirófano propagan microorganismos, especialmente estafilococos; por lo tanto, las medidas de control de infecciones deben apuntar a minimizar esta posibilidad (Salazar-Guerrero, 2015).

Actualmente, se utiliza la profilaxis antibiótica en los pacientes con problemas quirúrgicos, incluyendo el área de ginecología, dando como resultado la reducción de la tasa de infecciones postoperatorias (OMS, 2016). Esta profilaxis consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro como la cefazolina y ceftriaxona (Vademécum, 2016).

En cuanto a la intervención de enfermería, esta comprende un conjunto de medidas que permiten la prevención y/o la detección oportuna de complicaciones, favoreciendo la pronta recuperación de los pacientes. Estas medidas comprenden: el lavado de manos antes y después del cuidado de cada paciente (MINSA, 2017); el control de funciones vitales en busca de alteraciones hemodinámicas (Piriz & Martín, 2016); el monitoreo de la piel en búsqueda de infección, que incluyen color, dolor, textura, edema e inflamación; finalmente, vigilancia y cuidados de las heridas quirúrgicas (Rael & López, 2016). También comprende la información

al paciente y familiares sobre posibles signos y síntomas que deben avisar pronto al personal de salud: presencia de dolor, calor, edema, tumoración, hematomas, seromas, dehiscencia, etc. (Piriz & Martin, 2016).

En suma, el profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humanizado utilizando como metodología el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones. También considera la integralidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el paciente en diferentes momentos y en diferentes escenarios (Carvajal, 2018). Por ello, en la atención del paciente con infección de herida operatoria existe un proceso de interacción entre el cuidador y el que es cuidado.

Metodología

El estudio es de enfoque cualitativo, de tipo estudio de caso, con método de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual promueve la asistencia reflexiva, individualizada y dirigida a los resultados (Jara-Sanabria & Lizano Pérez, 2016). El sujeto del estudio fue una mujer de 41 años, con diagnóstico médico de infección de herida operatoria post cesárea. El estudio se realizó en un hospital del Callao (Lima). El periodo de estudio ocurrió durante el mes noviembre de 2021. El recojo de la información se realizó a través de la entrevista, observación y exploración física; luego se organizó mediante una guía basada en el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

A continuación, se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de NANDA. Para efectos del presente trabajo académico, se desarrolló el plan de cuidados, considerando tres diagnósticos priorizados según riesgo de vida. La elaboración del plan de cuidados se realizó mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Los tres diagnósticos de enfermería que se priorizaron fueron: hipertermia relacionada con proceso infeccioso de herida operatoria manifestado por temperatura 38.4 °C; dolor agudo relacionado con infección en herida operatoria manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA 6/10 puntos

y facies de expresión de dolor; ansiedad relacionado con grandes cambios manifestado por temor y preocupación.

Posterior a la elección de los tres diagnósticos principales, se genera el resultado (NOC), los criterios de intervención (NIC) y las actividades correspondientes. En cuanto a la ejecución, se realiza la mayoría de las actividades de enfermería planificadas según lo programado. En la evaluación se verificó la efectividad de las intervenciones implementadas en el plan de atención individual del paciente, a través de la diferencia de la puntuación final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Valoración

Datos generales.

Nombre: L.N.A.P

Sexo: Femenino

Edad: 41años

Días de atención de enfermería: 3 días

Fecha de valoración: noviembre de 2021

Motivo de ingreso: Puérpera mediata post cesárea por ruptura prematura de membranas (RPM). En su séptimo día reingresa al servicio de ginecoobstetricia por infección de herida operatoria.

Valoración según patrones funcionales.

Patrón I: Percepción-control de la salud.

Paciente niega algún antecedente personal y familiar respecto a enfermedades. Tuvo una cesárea en el año 2007. Grupo sanguíneo "O" y factor R.H "Positivo". Manifiesta no tener alergia hacia fármacos y alimentos. No consume tabaco, alcohol ni drogas. Durante el embarazo consumió sulfato ferroso de 300 mg hasta antes de la operación. Se observa buena higiene corporal.

Patrón II: Nutricional metabólico.

La paciente presenta piel hidratada, pálida, turgente y caliente, con una temperatura de 38.4°C. Mucosa oral hidratada, cavidad oral en buen estado de higiene, con dentadura completa. Paciente también refiere disminución de apetito. Abdomen blando doloroso a la palpación. Herida operatoria con signos de flogosis. IMC de 30.3, peso: 75 Kg, talla: 1.52 cm. Hemoglobina de control en el post operatorio de 8.5 gr/dl.

Patrón III: Eliminación.

La paciente realiza de una a dos deposiciones por día, de características normales. Su flujo urinario ocurre con una frecuencia de cinco a ocho veces por día.

Patrón IV: Actividad-ejercicio.

Actividad respiratoria: La paciente presenta una frecuencia respiratoria de 22 por minuto. Se ausculta murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Presenta ausencia de tos y secreciones.

Actividad circulatoria: Frecuencia cardiaca de 98 por minuto, presión arterial de 125/70 mmHg. No se observa edema alguno en miembros superiores e inferiores. Presenta catéter periférico en miembro superior izquierdo, sin signos de flebitis.

Capacidad de autocuidado: La paciente se encuentra en reposo relativo, se moviliza parcialmente. Realiza su higiene corporal y se viste con apoyo. Consume sus alimentos por sí sola. Presenta movilidad en ambas piernas y su fuerza muscular es conservada. Grado de dependencia II.

Patrón V: Descanso-sueño.

Su patrón de sueño antes de hospitalizarse era normal. Actualmente refiere dificultad para conciliar el sueño. Su sueño se interrumpe debido a la angustia por ausencia de su bebé, al dolor y a la preocupación por la infección de herida quirúrgica. Manifiesta que no toma medicamentos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo-cognitivo.

La paciente se encuentra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Evidencia una ausencia de problemas en el lenguaje, audición y visión. Actualmente manifiesta dolor en la herida operatoria con una puntuación de 6/10 en la escala del dolor según EVA.

Patrón VII: Autopercepción-autoconcepto.

Paciente interroga en cuanto al resultado final de su abdomen, y si presentará alguna cicatriz de la herida operatoria.

Patrón VIII: Relaciones-rol.

Paciente es ama de casa, convive junto a su pareja e hijos; mantiene una buena relación con todos ellos.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Puérpera múltipara con cesárea dos veces, sin abortos. Al examen físico presenta mamas turgentes, sin signos de inflamación, con pezones formados, ausencia de masas, secreción regular de leche. Loquios sero sanguinolentos, sin mal olor, en poca cantidad. Involución uterina por debajo del ombligo.

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

La paciente se encuentra preocupada por su situación de salud. No toma medicamentos para disminuir el estrés. Cuenta con el apoyo emocional de su familia.

Patrón XI: Valores y creencias.

La paciente profesa la religión católica.

Diagnósticos de enfermería priorizados**Primer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia

Características definitorias: Temperatura: 38.4 °C, piel caliente al tacto.

Factor relacionado: Proceso infeccioso de herida operatoria.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionado con proceso infeccioso de herida operatoria manifestado por temperatura 38.4 °C y piel caliente al tacto.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Características definitorias: Informe verbal del dolor según escala de EVA 6/10 puntos y facies de expresión de dolor.

Factor relacionado: infección en herida operatoria (agente lesivo).

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con infección en herida operatorio (agente lesivo biológico), manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA 6/10 puntos y facies de expresión de dolor.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Características definitorias: Temor y preocupación.

Factor relacionado: Grandes cambios.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con grandes cambios manifestado por temor y preocupación.

Planificación

Primer diagnóstico.

[00007] Hipertermia relacionado con proceso infeccioso de herida operatoria manifestado por temperatura 38.4 °C. y piel caliente al tacto.

Resultados de enfermería.

NOC [0800] Termorregulación.

Indicadores:

080011. Escalofríos

080010. Sudoración con el calor

080017. Frecuencia cardiaca

080013. Frecuencia respiratoria

080001. Temperatura cutánea aumentada

Intervenciones de enfermería.

NIC [3740] Tratamiento de la fiebre.

Actividades:

374001 Control de la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria además de la presión arterial.

374002 Observación de la coloración de la piel.

374003 Administración de Metamizol 1gr EV, si la T° > 38.5°C, según prescripción médica.

374004 Administración de paracetamol 1gr vía oral, condicional de fiebre mayor igual a 38 °C, según prescripción médica.

374005 Aplicar medios físicos.

374006 Aligerar cubierta y quitar ropa.

NIC [6540] Control de Infecciones.

Actividades:

654001 Promoción del consumo de líquidos, según corresponda.

654002 Administración de antibióticos cuando sea adecuado, previamente indicado.

654003 Limpieza del ambiente de forma adecuada, luego que el paciente lo haya usado (baño, superficies).

Segundo diagnóstico.

NANDA [00132] Dolor agudo relacionado con infección en herida operatoria manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 6 puntos y facies de expresión de dolor.

Resultados de enfermería.***NOC [1843] Conocimiento: manejo del dolor.*****Indicadores:**

184301. Causas y factores que contribuyen al dolor

184323. Técnicas de relajación efectivas

184325. Distracción efectiva

Intervenciones de enfermería.***NIC [1400] Manejo del dolor.*****Actividades:**

140001 Observación de signos no verbales de molestias por dolor.

140002 Valoración de las características del dolor: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad.

140003 Identificación de los factores que alivian o empeoran el dolor en la paciente.

140004 Administración del analgésico indicado: tramadol 100mg endovenoso cada 8 horas.

140005 Evaluación de la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

140006 Cambio de las medidas de control del dolor en relación a la respuesta del paciente al tratamiento.

Tercer diagnóstico.

NANDA [000146] Ansiedad relacionada con grandes cambios manifestado por temor y preocupación.

Resultados de enfermería.***NOC [1402] Autocontrol de la ansiedad.*****Indicadores:**

140217. Control de la respuesta de ansiedad.

140207. Uso de técnicas de relajación para reducir la ansiedad

140204. Búsqueda de información para reducir la ansiedad.

Intervenciones de enfermería.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento.

Actividades:

523001 Servicio de información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

523002 Uso de enfoque sereno que proporcione seguridad.

523003 Valoración de la comprensión de la paciente sobre el proceso de enfermedad.

523004 Comprensión de la perspectiva de la paciente en relación a su estrés.

523005 Apoyo a la paciente a identificar la información que más le desee adquirir.

NIC [5820] Disminución de la ansiedad.

Actividades:

582001 Informe de todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que pueda experimentar durante el procedimiento.

582002 Comprensión de la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

582003 Promoción de la seguridad y reducción del miedo al paciente.

Ejecución

En la ejecución de las intervenciones de enfermería según los principales diagnósticos de enfermería, se recurrió al manual de intervenciones de enfermería (NIC). Posteriormente, se desarrollaron las actividades de enfermería y modificaciones de los factores que contribuyeron al problema de la paciente. Asimismo, se identificaron los problemas potenciales que agravaron la situación de la paciente. A través de estas intervenciones se buscó que la paciente mejore su salud y se incorpore nuevamente a su seno familiar. De igual manera, se organizó de manera específica los registros narrativos que se mostraran a continuación.

Intervenciones del diagnóstico de enfermería principal.***Intervención: (3740) Tratamiento de la fiebre (Butcher et al. 2020).*****Actividades:**

(374001) Control de la temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, además de la presión arterial.

(374002) Observación de la coloración de la piel.

(374003) Administración de metamizol 1gr EV, si la $T^{\circ} > 38.5^{\circ}\text{C}$, según prescripción médica.

(374004) Administración de paracetamol 1gr vía oral, condicional de fiebre mayor igual a 38°C , según prescripción médica.

(374005) Aplicación de medios físicos.

(374006) Aligeramiento de cubierta y despojo de ropa.

Se controlaron las funciones vitales manteniendo las normas estrictas de bioseguridad. Los signos vitales indican si hay alteración hemodinámica, por lo que es importante revalorar la temperatura corporal. Posterior a la administración del medicamento prescrito, se verificó el efecto del fármaco. Además, se procedió al registro respectivo en la historia clínica.

Intervención: (6540) Control de Infecciones (Butcher et al. 2020).**Actividades:**

(654001) Consumo de líquidos, según corresponda.

(654002) Administración de antibióticos cuando sea adecuado, con indicación previa.

(654003) Limpieza del ambiente de forma adecuada, luego que el paciente lo haya usado (baño, superficies).

La administración de medicamentos se realizó siguiendo el protocolo respectivo y el manual de administración de medicamentos (Fernández, 2018), elementos que comprenden las reglas básicas para el uso correcto de los medicamentos de manera eficaz y segura.

Asimismo, al término se registrarán todos los medicamentos con administración según indicación médica en las notas de enfermería.

Intervenciones del segundo diagnóstico de enfermería.

Intervención: (1400) Manejo del dolor (Butcher et al. 2020).

Actividades:

(140001) Observación de signos no verbales de molestias por dolor.

(140002) Valoración de las características del dolor: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad.

(140003) Consulta a la paciente sobre los factores que le alivian o empeoran el dolor.

(140004) Administración de analgésico indicado: tramadol 100mg endovenoso cada 8 horas.

(140005) Evaluación de la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

(140006) Cambio de las medidas de control del dolor en relación a la respuesta del paciente al tratamiento.

La valoración minuciosa del dolor se realizó poniendo énfasis en el inicio del dolor, la localización, duración y frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. La evaluación correcta del dolor es importante para lograr determinar qué tratamiento y cuidados será más indicados para la paciente.

Intervenciones del tercer diagnóstico de enfermería.

Intervención: (5230) Mejorar el afrontamiento (Butcher et al. 2020).

Actividades:

(523001) Muestra de información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

(523002) Uso de un enfoque sereno que proporcione seguridad.

(523003) Valoración de la comprensión de la paciente sobre el proceso de enfermedad.

(523004) Comprensión de la perspectiva de la paciente en relación a su estrés.

(523005) Identificación de la información más relevante para la paciente.

Todas estas actividades permitieron ayudar a la paciente a comprender su proceso de enfermedad específico y la manera en que puede prevenir y evitar complicaciones posteriores.

Intervención: (5820) Disminución de la ansiedad (Butcher et al. 2020).

Actividades:

(582001) Informe de todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar durante el procedimiento.

(582002) Comprensión de la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

(582003) Permanencia constante con el paciente, a fin de promoverle seguridad y reducir sus temores.

Esta intervención hizo uso de la revista de salud en enfermería (2016). De igual forma, se realiza una actividad de escucha activa a la paciente, dándole oportunidad para que exteriorice sus preocupaciones y exprese sus deseos de ayuda, para facilitar la toma de decisiones entre el paciente y la familia.

Evaluación

La evaluación se realiza en dos aspectos: aplicada a cada una de las fases del PAE y aplicada a la evaluación de los resultados de enfermería.

En cuanto a la evaluación de la fase de valoración, la recolección de los datos se obtuvo de la paciente como fuente principal, de su historia clínica y la madre como fuentes secundarias. Asimismo, se utilizó básicamente el examen físico como medio de recolección de la información. Luego, se organizó la data en la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

En la fase de diagnóstico se realizó el análisis de los datos significativos según la taxonomía NANDA, arribando a seis diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizaron tres. La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. El análisis determinó los resultados de enfermería que mejor se relacionen con los diagnósticos

de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados. Se tuvo que realizar un análisis adicional y un ajuste de los indicadores de resultado. La dificultad en esta fase estuvo en la determinación de la puntuación de los indicadores de resultados, tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación, la cual no presentó mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades de cada intervención. Por último, la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó a la paciente del presente estudio.

Evaluación de los diagnósticos principales.

Primer diagnóstico.

Hipertermia relacionado con proceso infeccioso de herida operatoria manifestado por temperatura 38.4° y piel caliente al tacto.

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó hipertermia

Segundo diagnóstico.

Dolor agudo relacionado con infección de herida operatoria (agente lesivo biológico) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA 6/10 puntos y facies de expresión de dolor. En cuanto al objetivo alcanzado, la paciente disminuyó el dolor agudo durante el turno, calificando dolor de 2 según la escala del uno al diez y evidenciando facies de alivio.

Tercer diagnóstico.

Ansiedad relacionada con grandes cambios manifestado por temor y preocupación. El objetivo alcanzado se demostró en que la paciente evidenció confianza y fortaleza en sí misma.

Resultados

En esta sección se muestra y describe la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería a través de los resultados de enfermería realizados antes y después de la ejecución.

Primer diagnóstico: Hipertermia

Resultado: Termorregulación

Tabla 1. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado “termorregulación”

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Escalofríos	2	4
Temperatura aumentada	3	4
Frecuencia cardíaca	3	4
Frecuencia respiratoria	3	4
Sudoración con el calor	3	4

La tabla 1 muestra que la moda de los indicadores del resultado “Termorregulación”, seleccionados para el diagnóstico “Hipertermia antes de las intervenciones de enfermería”, fue de 3 (moderadamente comprometido); después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la ausencia de los escalofríos. La puntuación de cambio fue de 1.

Segundo diagnóstico: Dolor agudo

Resultado de enfermería: Nivel del dolor

Tabla 2

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado “Dolor agudo”

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	4
Expresión facial de dolor	2	4
Inquietud	2	4

En la tabla 2 se observa que la moda de los indicadores del resultado “Nivel del dolor”, seleccionados antes de las intervenciones de enfermería, fue de 2 (sustancial); después de las

mismas, la moda fue 4 (leve), referido por el paciente y evidenciado por ausencia de expresión facial de dolor e inquietud. La puntuación de cambio fue de +2

Tercer diagnóstico: Ansiedad

Resultado de enfermería: Autocontrol de la ansiedad

Tabla 3

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado “Autocontrol de la ansiedad”

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Controla la respuesta de ansiedad	2	4
Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2	4
Busca información para reducir la ansiedad	1	3

De acuerdo a la tabla 3, se observa que la moda de los indicadores del resultado

“Autocontrol de la ansiedad”, seleccionados antes de las intervenciones de enfermería, fue de 2 (raramente demostrado); después de las mismas, la moda fue 4 (frecuentemente demostrado).

Luego de haber buscado información para disminuir la ansiedad, la paciente utilizó técnicas de relajación, logrando controlarla y refirió sentirse más tranquila y confiada en que su problema de salud pronto sería resuelto. La puntuación de cambio fue de +2.

Discusión

Hipertermia

La hipertermia se define como el incremento de la temperatura corporal por encima al rango normal diurno y nocturno, ocasionando problemas de termorregulación (NANDA Internacional, 2018). Son muchas las situaciones en las que las personas pueden presentar hipertermia, una de las más comunes es la infección bacteriana y/o viral.

La temperatura corporal es controlada por una función propia del hipotálamo. Las neuronas de su porción anterior preóptica y las de la porción posterior reciben dos tipos de señales: una proveniente de los receptores de frío y calor que recorre por los nervios periféricos, y la otra señal de la temperatura de la sangre que riega la región. Estos dos tipos

de señales se juntan en el centro termorregulador del hipotálamo para mantener la temperatura dentro de lo normal. En condiciones normales, y a pesar de las variaciones ambientales, el organismo mantiene la temperatura uniforme porque el centro termorregulador hipotalámico equilibra el exceso de producción de calor (Harrison da Cruz, 2018).

Por su parte, Ramón (2016) indica que es posible que la fiebre se inicie debido a la producción de pirógenos endógenos, originados a partir de condiciones que pueden dividirse en varios grupos: 1) Infecciones producidas por bacterias, rickettsias, virus y parásitos; 2) reacciones inmunes; 3) destrucción de tejidos; 4) inflamaciones específicas; 5) procesos neoplásicos con la participación del sistema linfocitario y hematopoyético y/o tumores sólidos; 6) fallas metabólicas agudas, como la artritis úrica, porfiria, crisis de Addison, crisis tirotoxicas y feocromocitoma; 7) administración de algunas drogas; 8) deshidratación o administración de sales (esta es la razón por la que la fiebre aparece junto con diarrea); y 9) administración de proteínas foráneas.

Referente a la infección uterina, esta puede ser ocasionada por una amplia gama de microorganismos. Dentro del grupo de anaerobios se encuentran: estreptococos de los grupos A, B y D, enterococo, bacterias gramnegativas (como *E. Coli*, *Klebsiella* y especies de *Proteus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Gardnerella vaginalis*). En el grupo anaeróbicos se encuentran las especies de *Peptococcus*, de *Peptostreptococcus*, grupo de *Bacteroides fragilis*, especies de *Prevotella*, de *Clostridium*, especies de *Fusobacterium*, especies de *Mobiluncus* y otras especies de *Mycoplasma* (Torres & Ortiz, 2017)

En la paciente del estudio, la fiebre se presenta como consecuencia de un proceso infeccioso de la herida operatoria post cesárea, en el que la presencia de bacterias en la sangre es captada por los leucocitos, macrófagos y los linfocitos granulados; estos los fagocitan, destruyendo así los microorganismos que pretenden atacar el sistema inmunológico (Escobar-Tobón et al., 2018).

Por otro lado, la fiebre se evidencia por valores de la temperatura superior a 38° C y se acompaña por enrojecimiento de la piel, sudoración, escalofríos, aumento de la frecuencia cardíaca >100 por minuto y frecuencia respiratoria >24 por minuto (Moislinger, 2016).

En el control de la hipertermia es necesario realizar exámenes auxiliares como hemograma, cultivos y radiografía de tórax para identificar los microorganismos causantes de la infección (Téllez-Díaz et al., 2017). En el caso de la paciente, los resultados del hemograma indicaron leucocitos 11,000 cel/ml³, abastones 3.5%, procalcitonina y proteína C Reactiva, ambos elevados.

Los cuidados en la paciente de estudio se centraron en dos intervenciones de enfermería: tratamiento de la fiebre y protección contra las infecciones (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 2019). El control de los signos vitales y la evaluación de las características de la piel, en búsqueda de rubor y calor permiten evaluar el estado de salud del paciente (Duran, 2017).

La administración de medicamentos antipiréticos es una indicación médica que se utiliza en pacientes con hipertermia, y en el caso de la paciente del estudio se administró metamizol y paracetamol. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa (Vademécum, 2016). La administración de paracetamol 1gr bloquea el pirógeno endógeno en el centro del hipotálamo, regulando la temperatura e inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas. El calor es disipado por vasodilatación y aumenta el flujo sanguíneo periférico (Vademécum, 2016).

La intervención en manejo de líquidos presenta como actividades la vigilancia del estado de hidratación, el monitoreo del estado hemodinámico y de los signos vitales (Butcher, 2019). Según Potter et al. (2019), las intervenciones de enfermería se establecen al realizar técnicas de termorregulación para controlar la temperatura, al retiro de las prendas del paciente, para favorecer la pérdida del calor por evaporación, permitiendo que el cuerpo se

refresque por medio de la vaporización del sudor. Los medios físicos también son de ayuda por la conducción y control de la temperatura. Estas dos técnicas permiten al paciente regular su temperatura corporal y mantenerla dentro de los rangos normales. El monitoreo y control se efectúa cada 2 horas de temperatura o cuando sea necesario.

El monitoreo del estado hemodinámico por medio de la piel permite observar constantemente el color: si hay rubor existe hipertermia y la piel se encuentra caliente; si hay hipotermia se presenta palidez de color azulado cianótico, poniéndose la piel fría por la disminución del flujo sanguíneo, la temperatura y humedad de la piel (Crespo, 2018). Durante la hipertermia es necesario el monitoreo de funciones vitales, ya que el pulso aumenta como respuesta de la disminución de la presión arterial por la vasodilatación periférica y consecuencia del aumento del metabolismo. La frecuencia y profundidad respiratoria aumentarán teniendo como objetivo incrementar la pérdida de calor por la transpiración (Hinkle-Suddarth & Cheever-Brunner, 2019).

Dolor agudo

Anahuari (2017) manifiesta que el dolor agudo es una sensación que experimenta una persona por un problema de salud. Es agudo por tiempo limitado, con inicio lento, progresivo y final previsible, síntoma que experimenta la paciente en estudio. Asimismo, es una sensación desagradable y una experiencia emocional relacionada con un daño tisular real o potencial (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 1978). Este dolor aparece con un inicio repentino o lento, de cualquier intensidad: de leve a severo, con un final predecible o no predecible y que dura menos de 3 meses (Heather-Herdman, 2021).

Por su parte, Borges et al. (2017) mencionan que el dolor quirúrgico se produce por las manipulaciones propias del acto quirúrgico al liberarse del organismo sustancias algógenas que son las causantes del dolor. Al haber traumatismo, se emite una señal hacia el sistema nervioso central por la médula espinal, causando repercusiones a nivel cardiovascular, gastrointestinal y del sistema nervioso.

Por otro lado, el dolor postoperatorio se produce por múltiples lesiones en la estructura anatómica, que comprende un malestar agudo y nocivo que dura de 1 a 7 días y su intensidad puede variar de inexistente a insoportable; esto va a depender de una variedad de factores, como agentes lesivos biológicos (infección, isquemia, cáncer, etc.), agentes lesivos físicos (absceso, amputación, quemadura, corte, procesos quirúrgicos, etc.) y agentes lesivos químicos (Hernán & Kamitsuru, 2021).

En otro orden de cosas, las intervenciones de enfermería se orientaron al manejo del dolor, que comprende la valoración de la intensidad del mismo, mediante la Escala Visual Analógica (EVA) del dolor. En este sentido, Carvalho et al. (2017) mencionan que esta escala es válida, confiable y comprensible, por ejemplo: un valor inferior a 4 en la EVA refiere un dolor leve, una puntuación de 4-6 refiere un dolor moderado, y un valor elevado a 6 refiere un dolor intenso. Debido a una estimulación del sistema simpático, el dolor puede estar asociado con presión arterial elevada, frecuencia cardíaca aumentada, sudoración y lagrimeo.

De otro lado, las funciones vitales PA y FR permiten detectar, de forma rápida y eficaz, alguna causa de dolor, evitando mayores complicaciones, por lo que se establece una frecuencia en su medición (Potter et al., 2019). Carvalho et al. (2017) han demostrado que el dolor tiene efectos adversos en el organismo, afectando al sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y nervioso. Si no se controla, puede ser la causa de un dolor crónico en la mujer; además que el procedimiento es realizado en el momento en que ocurren cambios hormonales y emocionales asociados al embarazo y al término de una cirugía. Por lo tanto, una evaluación apropiada del dolor según escala EVA y la monitorización de las funciones vitales proporcionarán una atención de cuidado óptimo de enfermería.

En cuanto a la paciente del presente estudio, ella mostraba dolor severo en la escala EVA con valor de 6 puntos, por lo que se le proporcionó tramadol, un analgésico opioide de acción central utilizado para tratar el dolor moderado e intenso. También, el tramadol es un metabolito de la trazodona (antidepresivo), compuesto por dos enantiómeros (+) y (-) que

interactúan sinérgicamente para producir analgesia. Además, el tramadol reduce las respuestas motoras y sensoriales del sistema nociceptivo espinal, a través de la acción espinal y supraespinal. Se estimó que la efectividad analgésica del tramadol es una décima parte menor que la de la morfina. Su perfil de efectos secundarios es mejor que el de los opioides, porque tiene efectos respiratorios y cardiovasculares mínimos (Vademécum, 2016).

Para Rubio-Álvarez (2018) el dolor puede ser aliviado o disminuido mediante medidas no farmacológicas. Una técnica no farmacológica eficiente viene a ser la aplicación de frío local en el área de la herida quirúrgica por encima del apósito, combinado con terapia de música. El frío local hace que las terminaciones nerviosas se estimulen en exceso y contraiga de los vasos sanguíneos, adormeciendo esa zona. Un estudio ha demostrado que ello disminuye la intensidad del dolor según la evaluación por escala EVA, lo que a su vez reduce el consumo de medicamentos.

Cabe añadir que la música produce efectos fisiológicos que actúan sobre el patrón respiratorio, la tensión arterial, las presiones del estómago, los niveles de hormonas, y efectos psicológicos, que facilitan el control del dolor y la ansiedad (Pérez-Fuentes, 2020). Otros tratamientos no farmacológico son la terapia de relajación, la terapia física, respiración profunda, cambio de posición, masajes y caminar alrededor de la cama, tan pronto sea posible por el paciente (Morón, 2017).

La posición antálgica es considerada la postura que adopta el paciente espontáneamente —y muchas veces inconscientemente— a fin de aliviar la tensión muscular, disminuir alguna presión en la zona y evitar el dolor latente (Piriz & Martin, 2016). Como una buena alternativa para calmar el dolor, la paciente C.C.A. adoptó la postura decúbito lateral derecho.

Finalmente, cabe señalar la importancia de un ambiente adecuado, ya que según Tarantilla (2016) el entorno es parte de la terapia: la atmosfera, luz, temperatura, olores, música, colores, etc. tienen una parte importante en el tratamiento. Todo esto hizo que la

paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción del dolor, lo que contribuyó a su disminución.

Ansiedad

Consiste en un sentimiento de aprensión, desasosiego, agotamiento, inseguridad y miedo, que se produce con anticipación a una amenaza (como una posible enfermedad). Las reacciones de ansiedad varían de un paciente a otro y de una fase a otra en el comportamiento del enfermo (Potter et al., 2019). Por otro lado, Hinkle-Suddarth y Cheever-Brunner (2019) mencionan que los niveles de ansiedad pueden permanecer elevados en el periodo posoperatorio inmediato; entre los factores que contribuyen a esto se encuentra el dolor, encontrándose en un ambiente poco familiar, sintiéndose incapaz de controlar circunstancias, experimentando miedo a las complicaciones, incapacidad de cuidarse a sí mismo, fatiga, angustia, alteración de las funciones y responsabilidades, afrontamiento deficiente e imagen corporal alterada.

Al respecto, NANDA Internacional (2018) cataloga la ansiedad como una sensación incómoda de malestar y de alerta que sugiere un peligro amenazador. Con frecuencia, su origen es inespecífico o desconocido para la persona, presentándose sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro, y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

En este sentido, Cunningham (2015) afirma que el puerperio es la etapa donde ocurren los cambios anatómicos y fisiológicos en la mujer, ocasionándole una fuerte ansiedad al enfrentarse a estas experiencias desconocidas, aun cuando no es primípara. Agregado a esto, el nuevo rol de cuidado a su bebé y la experimentación de sentimientos de soledad posparto, incrementan su ansiedad.

En la paciente en estudio la ansiedad se presenta porque, además de lo descrito, tiene una infección de herida operatoria, complicación que la obligó a volver a hospitalizarse e incrementó su temor de complicación de su salud y la imposibilidad de cuidar a su bebé. Ante

esta situación inesperada, desconocida e incierta para ella, con frecuencia manifestaba: “me preocupa mi salud” y su rostro manifestaba algún nivel de angustia.

La intervención de enfermería se enfocó en identificar y disminuir el nivel de ansiedad y mejorar el afrontamiento a la misma, pues la ansiedad provoca un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático alterando los síntomas cardiovasculares, causando hipertensión, frecuencia cardíaca elevada, dificultad respiratoria, palpitaciones y taquipnea (Howard, 2018). Por ello, se controló las funciones vitales a horario en la paciente.

Por otro lado, el apoyo emocional, mediante la escucha activa, la información oportuna sobre el tratamiento y el proceso de su enfermedad, reduce los niveles de ansiedad, miedo y la percepción del dolor. Es importante recalcar que el apoyo familiar y del personal de salud ayuda en el manejo del evento estresor y/o estado ansioso durante el proceso postoperatorio de la paciente (Moorhead et al., 2018).

Asimismo, la relajación permite la disminución de la tensión mediante técnicas basadas en ejercicios corporales y respiratorios para lograr la distensión muscular y nerviosa (Gual, 2015). Además, se mantiene la empatía con la paciente, lo que permitió una reacción colaborativa, porque el tiempo no permitía realizar más técnicas.

Conclusiones

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una excelente metodología para brindar cuidados a los pacientes de forma sistemática, lógica, ordenada, y con resultados favorables. De aquí la importancia de realizar una valoración de enfermería completa, objetiva y precisa, puesto que es la base para identificar los diagnósticos de enfermería pertinentes.

Por otro lado, la identificación correcta de los diagnósticos de enfermería es la base para la planificación, en relación a la identificación de los resultados e intervenciones de enfermería. El manejo de la interrelación NANDA-NOC-NIC por parte de los profesionales de enfermería, permite la utilización de un lenguaje unificado que facilita el trabajo de enfermería.

Finalmente, el trabajo demuestra que los cuidados de enfermería brindados contribuyeron eficazmente en la recuperación de la paciente.

Referencias

- Borges, N. C., e Silva, B. C., Pedroso, C. F., Silva, T. C., Tatagiba, B. S. F., & Pereira, L. V. (2017). Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana. *Enfermeria Global*, 16(4), 364–373. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Carvajal. (2018). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Una Mirada Al Cuidado de Enfermería*.
- Escobar Tobón, A. L., Arias Valencia, M. M., & Salazar Maya, Á. M. (2018). Angustia en cuidadores de niños con fiebre: análisis del concepto. Modelo híbrido. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 65–78. <https://doi.org/10.22463/17949831.1402>
- Fernandez. (2018). *administración de medicamentos*.
- Hall, J. (2016). *Tratado de Fisiologia Medica*.
- Harrison da Cruz, L. (2018). *Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100005&lang=es
- Heather Herdman, T. (2021). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana*.
- Hinkle Suddarth, J. L., & Cheever Brunner, K. H. (2019). *Enfermería Medicoquirúrgica*.
- Jara-Sanabria, F., & Lizano Perez, A. (2016). *Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida*.
- MINSA. (2017). *Norma Técnica de salud N° 105- MINSA/DGSP. Norma Tecnica de salud N° 105-MINSA/DGSP*.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*.
- Morón, K. A. (2017). *Factores Relacionados a la Calidad de Atención en el Manejo del Dolor de la Paciente Postcesareada del Servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope*.

NANDA Internacional. (2018). *Diagnósticos Enfermeros definición y clasificación. Una décima edición.*

OMS. (2016). OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recuperado el 10 de 06 de 2019.*

Perez Fuentes, J. (2020). *Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás.* https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003

Piriz, R., & Martin, N. (2016). *Cuidados de Enfermería locales en las quemaduras.*

Potter, P., Griffin Perry, A., & Stockert, P. (2019). *Fundamentos de enfermería .*

Rael, R., & López, K. (2016). *Factores Asociados al Desarrollo de Infecciones Intrahospitalarias en Pacientes Quemados del Servicio de Cirugía Reconstructiva y Quemados en HDLM - Enero - 2012 - Diciembre 2016. Trujillo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.*

Ramón, M. A. (2016). *Hipertermia Materna Intrapado Factores de riesgo clínicos, manejo y resultados maternos y perinatales.*

Romero, F. R., & Farias, J. M. (2017). *La Fiebre. Revista de la Facultad de Medicina .*

Rubio Álvarez, A. (2018). *HEMORRAGIA POSTPARTO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y MODELO PREDICTIVO DEL RIESGO DE SANGRADO EXCESIVO POSTPARTO.*

Salazar Guerrero, O. A. (2015). *Factores de riesgo de infección de sitio quirúrgico en pacientes sometidas a cesárea en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2013 - 2014.*

Sánchez Maldonado, J. L. (2019). *Intervenciones del profesional de enfermería frente a un paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2019.*

Tarantilla, L. (2016). *Atención del paciente con dolor, España.*

- Téllez-Díaz, T., Aragón-Castro, M., Vázquez-Niño, L., Gutiérrez-Rosales, R., RuvalcabaOceguera, G., & Guerrero-Reyes, G. (2017). *Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres* .
- Torres, J., & Ortiz. (2017). *Factores de riesgo para Endometritis Puerperal en pacientes que asisten para terminación del embarazo en el hospital Simón Bolívar entre Enero 2007 a Diciembre 2013*.
- Vademécum. (2016). *Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica* .

Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Hipertermia relacionada con proceso infeccioso de herida operatoria manifestado por temperatura 38.4 °C. y piel caliente al tacto	Resultado:	3	Aumentar a: 4	Intervención: Tratamiento de la fiebre				4	+1
	Termorregulación			Actividades					
	Escala:			Controlar la temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, además de la presión arterial.	→	→	→		
	Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5)			Administrar metamizol 1gr EV, si la T° > 38.5°C, según prescripción médica.	→ 8am				
				Observar el coloración de la piel	→	→			
				Administrar paracetamol 1gr vía oral, condicional de fiebre mayor igual a 38° C, según prescripción médica.					
	Indicadores						→ 2pm	→ 10pm	
	080011 Escalofríos	2		Aplicar medios físicos.		→	→	4	
	080010 Sudoración con el calor	3		Aligerar cubierta y quitar ropa		→		4	
	080017 Frecuencia cardiaca	3		Intervención: Control de infecciones				4	
	080013 Frecuencia respiratoria	3		Actividades				4	
	080001 Temperatura aumentada	3		Fomentar el consumo de líquidos.		→		4	
				Administrar antibióticos, previamente indicado.		→			

DIAGNÓSTIC O ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades				Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
					M	T	N		
Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico (infección en herida operatoria) manifestado por informe verbal del dolor según escala de EVA: 6 puntos y facies de expresión de dolor.	Resultado: Nivel del dolor	2	Mantener en:	Intervención: Manejo del dolor				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala:			Observar signos no verbales de molestias por dolor.	→	→	→		
	Grave (1) a ninguno (5)			Valorar características del dolor: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad.	→	→	→		
	Indicadores			Preguntar a la paciente qué factores le alivia o empeoran el dolor.	→	→			
	210201 Dolor referido	2		Administrar analgésico indicado: Tramadol 100mg endovenoso cada 8 horas.		→ 2pm		4	
	210602 Expresión facial de dolor	2		Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor		→		4	
	210208 Inquietud	2		Cambiar las medidas de control del dolor en relación a la respuesta del paciente al tratamiento		→		4	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades				Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
					M	T	N		
Ansiedad relacionada con grandes cambios manifestado por temor y preocupación.	Resultado: Autocontrol de la ansiedad	2	Mantener en:	Intervención: Mejorar el afrontamiento				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Nunca demostrado (1) a Siempre demostrado (5)			Brindar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	→	→			
				Usar un enfoque sereno que dé seguridad.		→			
	Indicadores			Valorar la comprensión de la paciente sobre el proceso de su enfermedad	→				
	140217 Controla la respuesta de ansiedad	2		Intentar comprender la perspectiva de la paciente en relación estrés	→			4	
	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2		Apoyar a la paciente a identificar la información que más le desee obtener.	→	→		4	
	140204 Busca información para reducir la ansiedad	1		Intervención: Disminución de la ansiedad				3	
				Actividades					
				Informar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.	→	→			

				Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante	→	→			
				Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo	→	→			

Apéndice B: Guía de valoración

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA EN GINECO OBSTETRICIA

DATOS DE GENERALES	DATOS DE HOSPITALIZACION
Nombre y apellidos: _____ Dirección: _____ Edad: _____ Religión: _____ DNI _____ C.E: _____ Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Nacionalidad: _____ Idioma: _____ Fuente de Información: Paciente () Familiar () amigo () Acompañante: _____ Celular: _____ Celular de paciente: _____	Servicio: _____ HCL _____ Nº Cama _____ TIPO DE SEGURO: _____ Procedencia: Consultorio externo () Emergencia () Otros (): _____ Referida de: _____ Forma de llegada: Caminando () Camilla () Silla de ruedas () Grupo y factor _____ Dx. Médico: _____ Fecha de ingreso: _____ Hora: _____ Fecha de valoración: _____
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
PATRÓN DE SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN	
<u>MATERNO - FETAL</u> Edad de la menarquia: _____ Relaciones sexuales Edad de inicio: _____ Frecuencia: _____ Nº de parejas sexuales: _____ MAC: _____ Fórmula obstétrica: G _____ P _____ EG: _____ Nº CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ Mamas: blandas () turgentes () secretantes () no secretantes () Mamas infectadas () Pezones: Formados () planos () invertidos () agrietados () Útero: Grávido () No grávido () contraído () no contraído () Altura Uterina: _____ cm Dinámica uterina: Frec: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos fetales: Si () No () LCF: _____ Genitales: normal () edema () hematoma () otros: _____ Secreción vaginal: blanco () amarillo () verde () maloliente () Sangrado: Si () No () Volumen sangrado vaginal: M: _____ T: _____ N: _____ Tapón vaginal: Si () No () Perdida líquida amniótica: _____ Cant: _____ color: _____ olor: _____ Loquios: _____ cant: _____ color: _____ olor: _____ Embarazo: Deseado () No deseado () Planificado () E: Ectópico () Imágenes y otros (antecedentes): Ecografía obstétrica () Perfil biofísico () NST () CST () Exámenes de laboratorio: Hemograma () orina completa () Otros () Especificar: _____ Partos: Eutócico () Distócico () Cesáreas ()	<u>GINECOLÓGICA - ONCOLÓGICA</u> <u>Mamas:</u> Dolor de mamas () Mamas Infectadas () Presencia de nódulos () Mamas secretantes () Especificar: _____ Tumores benignos () Especificar: _____ Tumores malignos () Especificar: _____ Otros () Especificar: _____ Imágenes y otros (antecedentes): Examen de mamas () Frecuencia: _____ Ecografía de mamas () Mamografía () Biopsia () Fecha: _____ Cirugías previas () Especificar: _____ Fecha: _____ Útero y Anexos: Amenorrea () Dismenorrea () Dolor pélvico () EPI () Presencia de pólipos () Flujos vaginales () Especificar: _____ Sangrado Post coital () HUA () HUD () Quiste de ovario () Síndrome de ovario poliquístico () Tumores benignos () Especificar: _____ Tumores malignos () Especificar: _____ Imágenes y otros (Antecedentes): PAP () Fecha: _____ Resultado: _____ Biopsia () Ecografías () Especificar: _____ Colposcopia () TAC () Resonancia magnética () Otros () Especificar: _____ Procedimientos médicos quirúrgicos:

Nº de hijos: _____ Nº de abortos: _____ Nº de óbitos: _____ RECÍEN NACIDO: Apgar 1' () Apgar 5' () EG () Bajo peso al Nacer () RCIU () Macrosómico () Procedimientos médicos quirúrgicos: Legrado uterino () AMEU () EBA () BTB () Otros () Especificar: _____	Laparatomía () Crioterapia () Malla quirúrgica () Exéresis de tumor () Mastectomía () Salpingectomía () Unilateral () Bilateral () Ooforectomía () Unilateral () Bilateral () Histerectomía () Especificar: _____ Otros () Especificar: _____ Edad de la menopausia: - _____
1. PATRÓN DE MANEJO/PERCEPCIÓN DE LA SALUD Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Obesidad () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () VIH () VDRL () Enfermedades mentales () Antecedentes ginecoobstétricos: Enfermedades Transmisión Sexual: _____ Hemorragias del embarazo () Trimestre: _____ Enfermedades hipertensivas () Especificar: _____ Hiperemesis gravídica () RPM () Otros () Especificar: _____ Convulsiones () Otros _____ Cirugías: Si () No () Transfusión sanguínea: Si No Alergias y otras reacciones: Fármacos: Alimentos: Otros: _____ Signos y síntomas: _____ Hábitos nocivos: Tabaco: Si No Alcohol: Si No Drogas: Si No Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis Estado de higiene Buena () Regular () Mala () Enfermedad actual: Covid – 19 Prueba rápida: Reactivo () No reactivo () Prueba molecular: Reactivo () No reactivo ()	2. PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T: _____ °C Glucosa: _____ Hb: _____ AGA: _____ Diabetes gestacional: Si () No (), tratamiento: Si () No () Piel y mucosa: Sonrosado () Pálida () Cianótica () Ictérica () Hidratada () Deshidratada () Sobrehidratada () Edematosa () diaforética () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar: _____ Nutrición: Ingesta líquidos: _____ 24 hr / alimentos: _____ 24 hr Vía de administración: oral () enteral () SNG () ostomía () parenteral () Apetito: Norma I () Disminuido () Aumentado () Tipo de dieta: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta () Prótesis () Dificultad para deglutir: Si () No () Náuseas () Pirosis () Vómitos () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena () Cambio de peso durante los últimos días: Si No Obesidad: () Desnutrición: () Especificar: _____ Abdomen: Blando () Depresible () Distendido () Timpánico () Globuloso () Doloroso () Herida operatoria: _____ Ubicación: _____ Protegida con apósito: Limpios () Secos () Manchados () Húmedos () Sin signos de flogosis () Con signos de flogosis () Con bordes equimóticos () Equimóticos () Empastado () Infectada: Si () No () Con dren: Tubular () Laminar () Tipo de secreción: _____. Especificar: _____ Volumen: M: _____ cc, T: _____ cc, N: _____ cc
3. PATRÓN DE ACTIVIDAD/EJERCICIO ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _____ Sat %: _____ Respiración: Superficial () Profunda () Disnea: En reposo () Al ejercicio () Se cansa con facilidad Si No Tos: seca () productiva () Soporte ventilatorio: Si () No () Especifique: _____ I/m: _____ ACTIVIDAD CIRCULATORIA. FC: _____ P.A°: _____ Hipotensión () Hipertensión () Hipertensión gestacional () Taquicardia () Bradicardia () Entumecimiento () Sensibilidad de miembros () Arritmias () Dolor precordial () Marcapaso ()	4. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS ESTADO DE ÁNIMO Triste () Alegre () Molesta () Asustada () Pensativa () Aburrida () Sorprendida () Preocupada () ESTADO DE TENSIÓN / ESTRÉS Cambios de conducta: Tartamudez () Trato brusco () Dormir mucho () Dormir poco () Impulsividad () Cambio de ánimo () Falta de concentración () Dificultad para tomar decisiones () Olvidos () Distracciones frecuentes () Otros: _____ Especificar: _____ Alteraciones físicas: Cansancio () Insomnio () alteración del apetito ()

Edema: No () Si () Localización: _____ + () ++ () +++ () Presencia de líneas invasivas: Cateter periférico: _____ CVC: _____ Otros: _____ EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO M T N <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Reposo absoluto</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Reposo relativo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambulaci3n</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Aparatos de ayuda: ninguno () silla de ruedas () Camillas () Otros: _____ Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez () Contracturas () Parálisis () Fuerza muscular: Conservada () Disminuida () Hipertonía () Hipotonía ()	Reposo absoluto				Reposo relativo				Deambulaci3n				Diarrea () estreñimiento () Diaforesis aumentada () Contracturas musculares () Otros: _____ especificar: _____ SISTEMAS DE APOYO Familia () Amistades () Iglesia () Autoridades () Personal de salud () Especificar: _____ Otros: _____ Especificar: _____																								
Reposo absoluto																																					
Reposo relativo																																					
Deambulaci3n																																					
5. PATR3N DE ELIMINACI3N	6. PATR3N DE ROL/ RELACIONES																																				
Piel y Anexos Diaforesis: Si () No () Hábitos intestinales Nº de deposiciones/día: _____ Normal () Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Hábitos vesicales Frecuencia: _____ / día Polaquiúria () Disuria () Nicturia () Proteinuria: _____ Albumina en orina: _____ Otros: _____ SONDA VESICAL: Si () No ()	Ocupaci3n: _____ Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () ¿Con qui3n vive? Sola () Con su pareja () Con su familia () Otros: _____ ¿Se siente querida por su pareja? Si () No () Apoyo: Familiar () Amigos () Otro: _____ Conflicto/violencia familiar: Si No.... Intento/suicidio Si () No () cuando: _____																																				
7. PATR3N COGNITIVO/ PERCEPTIVO	8. PATR3N DE AUTOPERCEPCI3N/ AUTOCONCEPTO																																				
Orientado: Tiempo () Espacio () Persona () Desorientada () confusa () somnolienta () agitada () convulsiona () estupor () coma () letárgico () Comunicativa () poco comunicativa () PUNTUACI3N ESCALA DE GLASGOW: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">PARÁMETRO</th> <th style="width: 40%;">DESCRIPCI3N</th> <th style="width: 40%;">VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ABERTURA OCULAR</td> <td>ESPONTÁNEA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>VOZ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>DOLOR</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">RESPUESTA VERBAL</td> <td>ORIENTADA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CONFUSA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>INAPROPIADA</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SONIDOS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">RESPUESTA MOTRIZ</td> <td>OBEDECE</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>LOCALIZA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>RETIRADA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>FLEXI3N</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EXTENSI3N</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> Oído: sin alteraci3n () hipoacusia () acusia () prótesis () Visi3n: sin alteraci3n () deficiente () ceguera () prótesis () Alucinaciones: auditivas () visuales () olfatorias () táctiles () Alteraciones del pensamiento: demencia () Habla/lenguaje: _____ Dolor: Si () No () Localizaci3n: _____	PARÁMETRO	DESCRIPCI3N	VALOR	ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4	VOZ	3	DOLOR	2	NINGUNA	1	RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5	CONFUSA	4	INAPROPIADA	3	SONIDOS	2	NINGUNA	1	RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6	LOCALIZA	5	RETIRADA	4	FLEXI3N	3	EXTENSI3N	2	NINGUNA	1	ESTADO EMOCIONAL: Tranquila () Ansiosa () Negativa () Temerosa () Irritable () Indiferente () Depresiva () Otros () IMAGEN CORPORAL: Satisfecha () Insatisfecha () Indiferente () Verbalizaci3n negativa: Si () No () Problemas de autoestima: Si () No ()
PARÁMETRO	DESCRIPCI3N	VALOR																																			
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4																																			
	VOZ	3																																			
	DOLOR	2																																			
	NINGUNA	1																																			
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5																																			
	CONFUSA	4																																			
	INAPROPIADA	3																																			
	SONIDOS	2																																			
	NINGUNA	1																																			
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6																																			
	LOCALIZA	5																																			
	RETIRADA	4																																			
	FLEXI3N	3																																			
	EXTENSI3N	2																																			
NINGUNA	1																																				

Escala del Dolor: EVA 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
9. PATRÓN DE REPOSO/ SUEÑO	10. PATRÓN DE VALORES/ CREENCIAS
Horas de sueño: _____ Problemas para dormir: Si () No () Especificar: _____ ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No () Especificar: _____	Religión: _____ Restricciones religiosas: _____ Solicita visita de capellán: Si () No () Comentarios adicionales: _____
Nombre del enfermero: _____ Firma: _____ CEP: _____ Fecha: _____	

Apéndice C: Consentimiento informado

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

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de enfermería en paciente post cesárea con infección de herida operatoria del servicio de ginecoobstetricia de un hospital del Callao, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales A. P. L. N. Esa investigación está siendo realizada por la Lic. Elizabeth Espilco Portugal y Lic. Elena Céspedes Avendaño, bajo la asesoría de la Dra. Lili Albertina Fernández Molocho. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no existen riesgos físicos, químicos, biológicos y psicológicos asociados con este trabajo. No obstante, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR
Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

SIN DOLOR

EL MÁXIMO DOLOR POSIBLE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

