

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 post cesárea del Servicio de Gineco -
Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018

Por:

Pamela Ingrid Anaya Marcos

Asesor:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018.”* constituye la memoria que presenta la licenciada ANAYA MARCOS PAMELA INGRID para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post cesárea del Servicio de Gineco -
Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018.

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Mg. Delia Luz León Castro

Presidente



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Secretario



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

A sesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I	10
Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios:	12
Exámenes auxiliares.	12
Tratamiento médico.....	14
Capítulo II.....	15
Diagnóstico, planificación y ejecución.....	15
Diagnóstico enfermero	15
Primer diagnóstico.....	15
Segundo diagnóstico.	15
Tercer diagnóstico.	15
Cuarto diagnóstico.....	16
Quinto diagnóstico.	16
Sexto diagnóstico.	16
Séptimo diagnóstico.	16
Octavo diagnóstico.	17

Noveno diagnóstico.....	17
Décimo diagnóstico.....	17
Décimo primer diagnóstico.....	17
Planificación.....	18
Priorización.....	18
Plan de cuidados.....	20
Capítulo III.....	25
Marco teórico.....	25
Dolor agudo.....	25
Riesgo de sangrado:	28
Estreñimiento:	30
Ansiedad:.....	32
Riesgo de infección	34
Capítulo IV.....	36
Evaluación y conclusiones.....	36
Evaluación por días de atención:.....	36
Primer diagnóstico.....	36
Segundo diagnóstico.....	36
Tercer diagnóstico.....	36
Cuarto diagnóstico.....	36
Quinto diagnóstico.....	37
Conclusión:	37
Bibliografía.....	38

Apéndices..... 40

Índice de tablas

Tabla 1	12
Hemograma completo	12
Tabla 2	13
Examen completo de orina.....	13
Tabla 3	13
Grupo sanguíneo y factor RH	13
Tabla 4	20
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físicos evidenciado por facies dolorosas e intranquilidad y verbaliza el dolor en ocho según EVA.....	20
Tabla 5	21
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones post parto (atonía uterina).....	21
Tabla 6	22
Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con el embarazo evidenciado por disminución de las frecuencias de las deposiciones.	22
Tabla 7	23
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con factores estresantes evidenciado por preocupación.....	23
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con herida operatoria reciente procedimiento invasivo (catéter venoso periférico).....	24

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	40
Apéndice B: Consentimiento informado	42
Apéndice C: Escalas de evaluación	43

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente G.N.R.D. aplicado durante 2 días a la paciente a partir del segundo día de su ingreso al servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho. El Dx médico de esta paciente, al ingreso, fue gestante de 39ss x FUR-PLP cesárea anterior 1 vez. Se realizó la valoración del paciente con la ayuda de la guía de Marjory Gordon, la cual permitió identificar diagnósticos de enfermería, para luego realizar el planeamiento de intervenciones, que fueron ejecutadas y evaluadas. En los 2 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: dolor agudo, riesgo de sangrado, estreñimiento, ansiedad y riesgo de infección. Los objetivos generales fueron: paciente disminuirá el dolor durante el turno, Paciente disminuirá riesgo de sangrado durante el turno, Paciente evidenciará ausencia de estreñimiento progresivamente durante el turno, Paciente disminuirá ansiedad durante el turno y paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia hospitalaria. De los objetivos propuestos, se alcanzaron, el primero, segundo, tercero, cuarto y quinto fue parcialmente alcanzado. Se concluyó que el proceso de atención de enfermería se aplicó con éxito por haber alcanzado la mayoría de los objetivos, siendo de beneficio para la paciente en estudio.

Palabras claves: *Cesárea, gestante, PAE, enfermería.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: G.N.R.D.

Edad: 33 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente que ingresa al servicio de Gineco obstetricia procedente del servicio de emergencia acompañada por personal técnico de enfermería y familiares es trasladada en camilla, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona; quejumbrosa, con acceso periférico en miembro superior derecho con fluido terapia permeable Cloruro de sodio al 9/1000 refiriendo: "Estoy con mucho dolor en mi vientre", queda hospitalizada con diagnóstico médico: gestante de 39ss x FUR –PLP cesárea anterior 1 vez.

Días de hospitalización: 3 días.

Días de atención de enfermería: 2 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción - control de la salud.

Paciente post cesareada presenta como antecedente un aborto espontaneo el año 2002 y una intervención quirúrgica por cesárea en el 2006. Niega alergias y evidencia buena higiene corporal.

Antecedentes del recién nacido por presentar un Apgar a los 5 minutos de 3 puntos y a los 10 minutos de 6 puntos D/c descartar ICC.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente presenta piel pálida, piel turgente, en buen estado e higiene, apetito normal y ruidos hidroaereos normales, funciones vitales dentro de parámetros normales con T=37, peso=72Kg, con una talla de 1.50cm, Hb=10.5g/dl y grupo sanguíneo O positivo; dentaduras completa, cambió de peso corporal, apetito normal, no náuseas, no vómitos, no epigastralgia, abdomen doloroso a la palpación, presenta ruidos hidroaéreos normales.

Patrón III: Eliminación.

Paciente no presenta retención urinaria, no globo vesical, no sondaje vesical, presenta diuresis de 500ml en 12 horas, de característica normal y presenta estreñimiento, ausencia de deposición hace cuatro días.

Patrón IV: Actividad - ejercicio.

Paciente presenta respiraciones regulares, no fatiga, no disnea, no cianosis; se encuentra en reposo relativo, sin apoyo ventilatorio, con un pulso normal de 78 latidos por minuto no edemas en miembros inferiores, paciente presenta catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo con de dextrosa 5%+ agregados, presenta capacidad de autocuidado parcialmente dependiente, con aparato de ayuda de silla de ruedas, con movilidad de miembro es conservado y fuerza muscular conservado.

Patrón V: Descanso - sueño.

Paciente no concilia el sueño solo 3 horas al día, si tiene problemas al dormir por la situación de la salud de su bebe, paciente no utiliza medicamentos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente post cesareada inmediata orientada en tiempo, espacio y persona presenta dolor en herida operatoria reciente EVA 8/10, no presencia de anomalías, en audición, visión, habla y lenguaje normales.

Patrón VII: Autopercepción - autoconcepto/ tolerancia a la situación y al estrés

Paciente se encuentra muy ansiosa. Refiere que su preocupación principal tiene que ver con la salud de su bebe.

Patrón VIII: Relaciones - rol.

Paciente tiene ocupación ama de casa, es casada, vive con la familia de su esposo y también cuenta con apoyo familiar.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Paciente adulta joven post. cesareada en el periodo inmediato, presenta mamas blandas, con presencia de secreción de calostro, con pezones formados, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, se observa herida operatoria cubierta con apósito seco, limpio y sellado, loquios hemáticos sin mal olor en poca cantidad, no edemas genitales.

Patrón X: Valores y creencias.

Paciente de religión católica, no tiene restricciones religiosas no solicita visita capellán. Solo espera que su hijo se encuentre bien de salud.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma completo

Compuesto	Valor encontrado	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	10.9	12 gr/dl	16 gr/dl
Hematocrito	32.7	gr/dl	48 gr/dl
Glóbulos rojos	3.95	4 mm	4.5 mm
Glóbulos blanco	9,000	5 mm	10 mm
Neutrófilos	56.9	55 %	65 %
segmentados			
Eosinofilos	0	0.5 %	4 %
Basófilos	0	0 %	2 %

Monocitos	7,0	4 %	8 %
Linfocitos	34.4	23 %	35 %
Plaquetas	387	150 mil mm	400 mil mm

Fuente: Historia clínica

Interpretación: Anemia leve

Tabla 2

Examen completo de orina.

Compuesto	Valor encontrado	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Transparente	Transparente
Reacción (ph)	5.0	4.5 – 8.0
Densidad	1.030	1003-1040
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo
Ácido ascórbico	Negativo	Negativo
Hematíes	0-1xc	-
Bacterias	No hay	-
Creatinina	0.78	0.50 – 0.90

Fuente: Historia clínica

Interpretación: el examen de orina en la paciente se evidencia un resultado dentro de valores normales sin ninguna alteración.

Tabla 3

Grupo sanguíneo y factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Fuente: Historia clínica

Interpretación: O+ DONANTE UNIVERSAL en los seres humanos encontramos en el torrente sanguíneo los glóbulos rojos, los cuales contienen diferentes proteínas las cuales determinan el Grupo (A,B O AB) y factor sanguíneo (positivo o negativo),se observa en la paciente en estudio el grupo O, el cual indica que no hay ningún tipo de proteínas de las mencionadas también observamos que el factor predominante es de tipo POSITIVO.

Tratamiento médico.

Primer día (02-06-2018)

Indicaciones en el post operatorio.

NPO

Dextrosa 5% 1000cc + Hipersodio (1)+ Oxitocina 20 U. EV a 40 gotas x min

Cefazolina 1gr EV.cada 8 horas.

Ketorolaco 60mg EV. cada 8 horas.

Ranitidina 50mg EV.cada 8 horas.

Metoclopramida 10mg EV.cada 8 horas.

Segundo día (03-06-2018)

Dieta líquida amplia. Más líquidos a voluntad.

Ketorolaco 60mg. EV.cada 8 horas.

Sulfato ferroso 300mg VO cada 12 horas.

Lactulosa 20cc VO cada 8 horas.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: facies de dolor, e intranquilidad, verbaliza el dolor en 8 según la escala de EVA.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Factor relacionado: agente lesivo físicos

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físicos evidenciado por facies de dolor e intranquilidad y verbaliza el dolor en 8 según la escala de EVA.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: complicaciones postparto por atonía uterina

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones post. Parto (atonía uterina).

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: disminución en la frecuencia de las heces.

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento.

Factor relacionado: embarazo

Enunciado diagnóstico: Estreñimiento relacionado a embarazo evidenciado por disminución en la frecuencia de las heces.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Expresión de preocupación.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Factor relacionado: Estado de salud.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con factores estresantes evidenciado por preocupación.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Infección

Factor de riesgo: Herida operatoria procedimiento invasivos (catéter venoso periférico)

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con herida operatoria reciente y procedimientos invasivos (catéter venoso periférico.).

Sexto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: CP Anemia

Definición: La anemia es la disminución de la masa de la hemoglobina circulante puede tener su origen en un desorden hematológico primario dentro de la médula ósea y/o pérdida o destrucción aumentada, en el embarazo la cifra normal es de 11gr/dl Dr. Rafecas (2014)

Signos y síntomas: Ligera palidez facial, hemoglobina de 10.9gr/dl.

Enunciado diagnóstico CP Anemia

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: Sentimientos de temor.

Etiqueta diagnóstica: Temor.

Factor relacionado: entorno desconocido.

Enunciado diagnóstico: Temor relacionado con entorno desconocido evidenciado por sentimientos de temor.

Octavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal.

Factor relacionado: Complicaciones del embarazo.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal relacionado con complicaciones del embarazo.

Noveno diagnóstico.

Características definitorias: Insatisfacción con el sueño.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: Factores ambientales (ruido, luz encendida, llantos de los bebés)

Enunciado diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido, luz encendida, llantos de los bebés) evidenciado por insatisfacción con el sueño.

Décimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas.

Factor relacionado: Periodo de recuperación.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con periodo de recuperación.

Décimo primer diagnóstico.

Características definitorias: Lactancia materna no exclusiva.

Etiqueta diagnóstica: Interrupción de la lactancia materna.

Factor relacionado: Enfermedad del niño.

Enunciado diagnóstico: Interrupción de la lactancia materna relacionado con la enfermedad del niño evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

Planificación

Priorización.

1. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físicos evidenciado por facies dolorosas e intranquilidad y verbaliza el dolor en ocho según la escala EVA.
2. Riesgo de sangrado relacionado por complicaciones post parto (atonía uterina) Ansiedad relacionada con factores estresantes evidenciado por preocupación.
3. Estreñimiento relacionado con el embarazo evidenciado por disminución en las frecuencias de las deposiciones.
4. Ansiedad relacionada con factores estresantes evidenciado por preocupación.
5. Riesgo de infección relacionado con herida operatoria reciente y procedimiento invasivo (catéter venoso periférico).
6. Temor relacionado con entorno desconocido evidenciado por sentimientos de temor.
7. Riesgo de alteración de la díada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo.
8. Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales e/p debilidad, intranquilidad.
9. Riesgo de caídas relacionado con periodo de recuperación.
10. Interrupción de la lactancia materna relacionado con enfermedad del niño evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físicos evidenciado por facies dolorosas e intranquilidad y verbaliza el dolor en ocho según EVA

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		02/06/18			03/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá el dolor durante el turno.	1. Valorar la intensidad del dolor a través de la escala EVA.	→	→				→
Resultados: Paciente evidencia facies de alivio después de tratamiento analgésico	2. Valorar las manifestaciones no verbales frente al dolor.	→	→				→
	3. Valorar constantes vitales.	8am	2pm				8pm
Paciente verbaliza dolor en 2 según la escala de EVA	4. Colocar al paciente en una posición antálgica.	→	→				→
	5. Administrar analgésico ketorolaco 60mg ev, cada 8 horas, según indicación médica.	8am	2pm				8pm

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones post parto (atonía uterina)

Objetivo / Resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones		02/06/18			03/06/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1	Mantener una vía de buen calibre (cvp 18)	→	→				→
Paciente disminuirá riesgo de sangrado durante el turno.	2	Mantener una vía endovenoso permeable.	→	→				→
	3	Administrar C1Na 9%.a goteo rápido.		→				→
	4	Supervisar que se encuentre en reposo absoluto.	→	→				
	5	Controlar funciones vitales cada 2 horas.		→				
	6	Administrar oxitócicas según indicación médica.		→				→
	7	Realizar valoración de involución uterina.		→				→
	8	Controlar sangrado vaginal (loquios hemáticos).		→				→
	9	Realizar vigilancia estricta de loquios hemáticos las primeras horas de la cesáreas.		→				→
	10	Hacer miccionar a la paciente antes de valorarla involucion uterina.		→				→
	11	Realizar masaje uterino bimanual.						→

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con el embarazo evidenciado por disminución de las frecuencias de las deposiciones.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		02/06/18		03/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente evidenciará ausencia de estreñimiento progresivamente durante el turno.	1. Coordinar con el profesional de nutrición para incluir dieta rica en fibra.	→	→				→
	2. Aumentar ingesta de líquidos.	→	→				→
	3. Ofrecer líquidos a voluntad.	→	→				→
Resultados: Paciente evacuará después del tratamiento administrado	4. Administrar lactulosa 20cc.según indicación médica.	→	→				→
	5. Educar a la paciente en consumir dieta rica en fibra.	→	→				→

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con factores estresantes evidenciado por preocupación.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		02/06/18		03/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá ansiedad durante el turno.	1. Valorar factores que causan la ansiedad.	→	→				→
	2. Proporcionar un ambiente libre de ruidos y de interrupciones.	→	→				
Resultados: Paciente verbalizará sentirse aliviada después de manifestar sus preocupaciones	3. Proporcionar medidas de confort necesarias.	→	→				→
	4. Enseñar terapias de relajación.	→	→				→
	5. Brindar apoyo emocional.	→	→				→
	6. Despejar todas dudas que tenga la paciente en cuanto a su salud.	→	→				→

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con herida operatoria reciente procedimiento invasivo (catéter venoso periférico).

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		02/06/18			03/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia hospitalaria.	1 Realizar lavado clínico de manos antes y después de cada procedimiento	→	→				→
	2 Valorar signos de infección (coloración, dolor, inflamación, y rubor).	→	→				→
	3 Control de funciones vitales (principalmente la FC y T°).	8am	2pm				12am
	4 Verificar la permeabilidad del CVP.	→	→				→
	5 Administrar cefazolina 1gr ev cada 8 hrs.	8am	4pm				12am

Capítulo III

Marco teórico

Dolor agudo

El Dolor Agudo según Grunentha (2018) es “la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo doloroso, que esta específicamente localizado, y su intensidad varía de acuerdo al estímulo nocivo”.

Así mismo la OMS (2005) define ”Al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial.”

Por otro lado, Caballero y otros (2018) refieren ”que el dolor agudo es una lesión tisular real o potencial identificable, ocasionado por estímulos nocivos desencadenantes por heridas de la piel”. Además, podemos agregar que según NANDA (2015-2017) considera el dolor agudo como ”Una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible”. El dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo.

El dolor agudo según Nanda (2015) es provocado por los siguientes factores: agentes lesivos biológicos (p.e: infección, isquemia ,cáncer),agentes lesivos físicos (p.e: abceso, amputación, quemadura, corte, levantar pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobrentrenamiento), agentes lesivos químicos (p.e quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).En el caso de la paciente con dolor agudo es relacionado a herida quirúrgica reciente .

En el caso de estudio este diagnóstico se relaciona con una herida operatoria, en referencia a esto la OMS (2005) menciona que el alivio del dolor es un derecho humano y este derecho incluye un adecuado alivio del dolor. La intensidad y duración del dolor post. quirúrgico varían significativamente de un paciente a otro y de una intervención quirúrgica a otra y los factores que se consideran que influyen en ello son tipo de intervención quirúrgica, duración, el paciente, la preparación preoperatoria, las complicaciones posteriores a la cirugía y el tratamiento analgésico aplicado, así como se puede brindar calidad de atención con calidez a nuestros paciente en cuanto a su proceso de recuperación.

Según Germen (2017), el dolor postquirúrgico es una experiencia sensorial y emocional muy desagradable, es de carácter agudo y se presenta como resultado de la agresión quirúrgica, es predecible ya que se origina de una agresión con planificación y que puede ser prevenida para llegar al objetivo de una recuperación rápida .

La paciente en estudio presenta dolor agudo a nivel de la herida operatoria producto de la cesárea que se le realizó. Según Calvo (2010), la cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación, a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

La indicación para ordenar a realizarse una cesárea se caracteriza atendiendo si su causa es primaria y es de origen materno fetal y ovulares. La técnica de la cesárea consiste en colocar a la paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia la izquierda que permite mejor el retorno venoso (Calvo 2010).

Este procedimiento consiste en realizar una laparotomía de Pfannenstiel haciendo una incisión transversa de 10 a 12 cm sobre el pubis cortando la sección del celular subcutáneo y aponeurosis en forma transversa teniendo mucho cuidado con la hemostasia de los vasos

perforantes (Schnapp, 2014) . La anestesia epidural o regional son la más utilizada para estos procedimientos ya que bloquea los nervios periféricos y evita que haya dolor. Gonzales (2005).

Añadiendo a esto, la apreciación en una paciente obstétrica en cuanto al dolor es el resultado de una experiencia única y muchos factores, la cual es influenciada por la ansiedad, experiencias previas, aspectos étnicos-culturales y el medio ambiente, (Covarrubias, 2006).

El manejo inadecuado del dolor post operatorio en las pacientes post cesareadas puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en la presencia del dolor va a retrasar la deambulaci3n lo define (Covarrubias, 2006).

Las intervenciones a realizar frente a este caso de estudio est3n orientadas a disminuir paulatinamente el dolor y lograr el alivio de la paciente. En un estudio parecido realizado por García y otros (2014) titulado “Proceso de atenci3n de enfermería en pacientes post cesareadas” considero al dolor agudo como primer diagn3stico y las intervenciones a realizar fueron las siguientes: valorar escala de dolor, colocar al paciente en una posici3n antalgica, administrar analgésicos seg3n indicaci3n médica.

De igual forma en el caso de estudio realizado, la primera intervenci3n a realizar es valorar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor, seg3n Potter (2000) dice que esto sirve para evaluar la efectividad de la medicaci3n.

Generalmente las pacientes post ces3reas una vez pasado el tiempo de la sedaci3n por la anestesia experimentan una sensaci3n muy dolorosa provocada por la intervenci3n quir3rgica reciente ,como es el caso de la paciente en estudio que se encuentra en el postoperatorio inmediato y presenta dolor intenso que lo categorizamos seg3n la escala de valoraci3n del dolor en ocho puntos seg3n escala EVA, que son métodos clásicos de medici3n de la intensidad del

dolor y con su uso se pudo llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte de la paciente en estudio y administrar adecuadamente los analgésicos indicados.

Luego de la valoración del dolor, se debe proseguir a observar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor, como el ceño fruncido, facies de dolor, posición antalgica, etc; esto sirve para evaluar la efectividad de la medicación lo define (Potter 2000).

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

El colocar a la paciente en posición antalgica favorecerá en la disminución del dolor porque adopta posturas para su alivio por la circulación sanguínea que ocurre y por ende una buena oxigenación, Paz (2006) y, por ultimo, recurrir a la administración de analgésicos en pacientes con dolor ayudara mucho a aliviarlo, en el caso de estudio estuvo indicado el Ketorolaco 60mg endovenoso cada 8 horas, este fármaco es un AINES que posee actividad analgésica y antiinflamatoria ,su absorción es rápida y muy completa ,la cual hace que la concentración plasmática alcance entre los 30 a 40 minutos después de su administración vademécum (2005).

Riesgo de sangrado:

Según García (2004), el sangrado es la salida de los vasos que puede ser visible a través de una lesión externa o interna por la extravasación de sangre en los tejidos o en una cavidad corporal.

A si mismo Carrillo (2015) define que el sangrado es considerado como un riesgo contra la vida cuando la pérdida de sangre es de 150ml por minuto en un periodo de 3 horas. En pacientes post cesareadas la pérdida del volumen sanguínea va incrementando a valores superior

de 150ml /min que supera 500cc, es por esto que es de gran importancia monitorizar la perdidas en cuanto al volumen del sangrado en estas pacientes (Asturizaga & Toledo, 2014). Por consiguiente. El Nanda (2015) dice que es una disminución de volumen de sangre, que puede comprometer la salud del paciente.

Generalmente, el riesgo de sangrado se da en pacientes post, parto vaginal y por cesárea, los cuales tienen compromisos hemodinámicos que si no son manejados correctamente pueden causar la muerte, en las 4 primeras horas de haber producido el parto (OMS, 2014).

La institución mencionada revela mediante un estudio realizado en 115 países que la primera causa de mortalidad materna son las hemorragias en el postparto, en las cuales el 27% tiene riesgo de sangrado, ya sean paciente púerperas por parto eutócicos y partos distócicos. El actuar de enfermería cumple un papel muy importante en reconocer los signos de alarma y así poder evitar complicaciones que conllevan a la muerte.

Es por esto, que los cuidados que brinda la enfermera es de suma importancia en las pacientes post operadas de cesárea; nuestra prioridad debe estar enfocada en las intervenciones de enfermería brindadas oportunamente, con calidad y calidez, favoreciendo de esta manera su recuperación y disminuyendo su estancia hospitalaria. Frente a este problema se procedió en primer lugar a mantener una vía endovenosa de buen calibre catéter n 18 que se encuentre permeable, en referencia a esto Ledesma (2013) menciona que se debe hacer esto con la finalidad de reponer líquidos perdidos mediante su absorción inmediata, también para restaurar y mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos mediante el torrente sanguíneo, ya que este contribuye ser un buen vehículo para el transporte de medicación y esto sea oportuno para la volemia de nuestra paciente

También es importante controlar las funciones vitales ya que son indicadores del estado de salud de una persona, su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida de la paciente (Zamora, 2009).

Luego se debe valorar la involución uterina, esto nos va a permite verificar que el útero después de la cesárea está volviendo a su tamaño normal, en relación a esto (Johanson, 2011) dice que el proceso de involución inicia inmediatamente después de la expulsión de la placenta, cuando se contrae las fibras musculares uterinas. Las contracciones de los músculos uterinos comprimen los vasos sanguíneos y controlan el sangrado. Antes de valorar la involución uterina se debe hacer miccionar a la paciente, ya que si la vejiga se encuentra distendida empuja el útero hacia arriba y por lo general a un lado del abdomen.

En la paciente en estudio estuvo indicado administrar Oxitocina 20UI por vía endovenoso para lograr un efecto rápido y producir contracciones tónicas (Navarro & Castro, 2014).

El controlar sangrado vaginal permanente; nos permite cuantificar el volumen sanguíneo que está perdiendo la paciente (Balderas,2006).

Y por último, incentivar y educar a la paciente a realizar el masaje uterino bimanual, el cual se hace con una mano en forma de puño presionado en la parte anterior del útero y la otra supra umbilical sobre la cara posterior del cuerpo uterino contribuirá también a la involución uterina (Toledo, 2014). Añadiendo a esto, el estimular a la lactancia materna también será de beneficio para la contracción uterina ya que cuando el recién nacido lacta estimula el pezón a aumentar la

Estreñimiento:

El estreñimiento según Enes (2013) puede tener diferentes significados y variar entre los pacientes, puesto que depende principalmente de como el sujeto percibe su hábito intestinal.

Por otro lado, la comunidad científica lo define como un trastorno intestinal que se caracteriza por el número de deposiciones; su consistencia, y las necesidades de evacuación (Ford, 2014).

Además, Sacudez (2018) menciona que este cuadro se da cuando la paciente evacua menos de 3 deposiciones al día y puede clasificarse como agudo y crónico. Finalmente, Nanda (2015) lo define como “disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras”.

El estreñimiento según Nanda (2015) puede estar relacionado al proceso de embarazo, en relación a esto, Martha (2015) menciona que los factores que originan y conllevan a un estreñimiento en las gestantes son los factores hormonales porque hay aumento de progesterona, ya que esta tiene efecto de lentecer la motilidad intestinal, entre los factores anatómicos tenemos la compresión del útero y también el intestino grueso por lo cual vuelve lento su proceso, otro es el consumo de hierro.

Frente a este problema, las intervenciones a realizar estuvieron enfocadas a ayudar a que la paciente consiga evacuar normalmente, lo primero que se debe realizar es coordinar con el profesional de nutrición para incluir dieta rica en fibra, ya que son hidratos de carbono que ayudan en el funcionamiento del ser humano. Varios estudios observacionales han mostrado que la dieta baja en fibra se asocia con un mayor frecuencia de estreñimiento; por el contrario, las dietas ricas en fibra aumentan el volumen de las deposiciones y aceleran el tránsito intestinal (Pablo, 2010).

También, Pablo (2010) dice que se debe aumentar la ingesta de líquidos, se ha probado que tiene mucha utilidad en su consumo, ya que es un complemento el uso de la sustancia no

absorbibles y osmóticamente activa que modifiquen la absorción de los alimentos en el colon liberación de oxitocina de la hipófisis posterior.

Ansiedad:

Según Bobes (2006) la ansiedad es una reacción emocional que muestra la paciente y que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación ,por lo cual esto conlleva a la activación del sistema nervioso autónomo .

Así mismo, Schultz (2000) menciona que la ansiedad es efecto en un sentimiento de temor que se desarrolla cuando se amenaza a la persona o a su propio concepto ,por lo cual da como resultado a una respuesta de mucho estrés de la vida diaria.

Por otro lado, Moix (2008) refiere que el estado de ánimo ansioso y de tensión se refleja como sentimientos de mucha inseguridad, preocupación, resultado de una situación que se está viviendo o que puede ocurrir, estos pensamientos y sentimientos dan como resultado aumento de la ansiedad en las personas.

Además, Nanda (2015), define ansiedad como” sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es causado con la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente que permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.”

En el caso de estudio, la ansiedad de la madre está relacionado a su estancia hospitalaria y por la salud de su bebe, quien al nacer tuvo problemas y obtuvo en el apgar al minuto 6 puntos y luego a los cinco minutos un Apgar de 7 puntos , por eso que el recién nacido se encuentra en cuidados intermedios del servicio de neonatología para realizarle el seguimiento respectivo, sin embargo esta situación le ocasiona una gran preocupación a la paciente como al entorno familiar.

Durante la hospitalización la paciente esta propenso a experimentar ansiedad a causas de procesos, situaciones o prácticas a las cuales la paciente será sometida, tanto como el propio ambiente hospitalario se convierte en un agente que genera ansiedad, al estar rodeado del equipo médico y en especial el equipo de enfermeras, en algunos casos acompañados de compañeras de cuartos con múltiples patologías, lo menciona Vallejo (2011).

Las intervenciones a realizar en este diagnóstico están direccionadas a disminuir la ansiedad de la madre, en el proceso de atención de enfermería realizado por Rigol (2011) titulado “Proceso de enfermero orientado a personas con trastornos de ansiedad” considero a la ansiedad como una de sus etiquetas y considero las siguientes intervenciones: valorar la intensidad de la ansiedad, brindar apoyo emocional y enseñar técnicas de relajación. Por otro lado, en el proceso de atención de enfermería realizado por García y otros (2014) titulado “Proceso de atención de enfermería en pacientes post cesareadas”, consideró la ansiedad como segunda etiqueta y considero las siguientes intervenciones de enfermería: escuchar las inquietudes de la paciente y brindar apoyo emocional.

La importancia de disminuir las manifestaciones de la ansiedad está inmersa a los cuidados del profesional de enfermería, es importante saber escuchar a los pacientes y brindar información necesaria para poder así despejar sus dudas y preocupaciones; esto ayudará a mejorar y facilitar su recuperación (Perry, 2000).

Según Perry (2000) menciona que también se debe valorar los factores que causan la ansiedad; el conocer el origen de la ansiedad ayuda a la enfermera a mejorar la comunicación y el apoyo que brinda.

También se debe proporcionar un ambiente libre de ruidos y de interrupciones, estos factores pueden incrementar la conducta ansiosa por los estímulos externos (Schultz, 2013). El

proporcionar las medidas de confort necesarias reduce la ansiedad y favorece su cooperación (Perry, 2000) y enseñar terapias de relajación como: ejercicios respiratorios de relajación son opciones muy efectivas ya que no requieren de sustancias químicas y favorecen a disminuir los niveles de ansiedad (Schultz, 2013).

Riesgo de infección

Según Potter y Perry (2000) la definen como la entrada y multiplicación de un agente infeccioso en los tejidos del huésped, los elementos que participan de este ciclo son agente infeccioso, un reservorio, salida del reservorio, modo de transmisión, una puerta de entrada del huésped”.

Así mismo, Zamora (2009) nos dice que infección es el ingreso de agentes virales, bacterianos o micóticos, que ponen en riesgo la vida del paciente. Añadiendo a esto Nanda (20015) lo define como el estado de una persona cuando esta vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

En el paciente en estudio este diagnóstico se relaciona a una intervención quirúrgica que es la cesárea, en este procedimiento se realizó una incisión quirúrgica, en la cual varios tejidos han sido expuestos o manipulados; lo que aumenta el riesgo a desarrollar una infección si no se tiene un cuidado adecuado.

La infección de la herida quirúrgica después del parto por cesáreas es una de las complicaciones de mayor importancia que causa morbilidad postparto que prolonga su estancia hospitalaria; esto se da por una mala técnica quirúrgica. De ahí la importancia de los cuidados que brinda la enfermera al paciente post operado expuestos a riesgo de infecciones como es también los catéteres venosos periféricos.

Frente a este problema identificado se procede a realizar las siguientes intervenciones de enfermería, en primer lugar, se debe realizar lavado de manos antes y después de cada procedimiento, este procedimiento es considerado como la primera línea de defensa contra las infecciones el cual reduce el riesgo de la contaminación cruzada (Doenge, 2008).

También se debe valorar las funciones vitales como la temperatura y frecuencia cardíaca ya que, si se encuentran alteradas, son indicadores de un proceso infeccioso (Potter, 2014)

Además, valorar los signos de infección como la coloración, dolor, inflamación y rubor nos indican que puede existir una infección y tenemos que actuar oportunamente (Brunner, 2013). Administrar cefazolina endovenoso, ya que es una cefalosporina de primera generación que combate a las bacterias gram positivas y es por eso que se utiliza como profiláctico para prevenir infecciones de sitio operatorio (Vademécum, 2005).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería a la paciente G.R.D, durante dos días del día 2 de junio del 2018 en el turno de 12 horas de todo el día al 3 de junio en el turno de noche de 12 horas respectivamente, prestó servicios dos días de hospitalización, se identificó 10 diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyó dolor agudo al evidenciar facies de alivio y verbalizar el dolor en 2 puntos según la escala de EVA.

Segundo diagnóstico.

Riesgo de sangrado.

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyó riesgo de sangrado al estar libre de complicaciones post parto.

Tercer diagnóstico.

Estreñimiento.

Objetivo alcanzado: Paciente evidencio ausencia de estreñimiento al lograr realizar deposición durante el turno.

Cuarto diagnóstico.

Ansiedad

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyó la ansiedad al evidenciar estado de ánimo tranquilo y libre de preocupaciones.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección:

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente disminuyó parcialmente el riesgo de infección al presentar procedimientos libres de infección, sin embargo, continua con el catéter venoso periférico.

Conclusión:

El PAE es el método científico utilizado por las enfermeras el cual fue aplicado con éxito ya que se logro cumplir la mayoría de los objetivos y fue de beneficio para la paciente en estudio.

Bibliografía

- Bados, A. (2015) Transtorno de la ansiedad generalizada. Barcelona-España. recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116>.
- Garay, S. (2015) Infecciones asociadas a procedimientos invasivos del Hospital de alta complejidad de Paraguay. Recuperado de [file:///C:/Users/PC/Downloads/5-24-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/5-24-3-PB%20(1).pdf)
- Guillén, J. (2014) Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el procesos quirúrgico y evolución postoperatoria. Universidad de granada. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/23077037.pdf>
- Guía de Práctica Clínica (2013). Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico. México: CENETEC.
- Hopfer, J. Hazard , A. (2009). Guía farmacológica para profesionales de Enfermería (10ª edición) México: Editorial Mac GrawHill.
- Perry,P.(2014). Fundamentos de enfermería (8va edición) Editorial Elsevier España S.L
- Pantoja, G. Rivera, L. y Rodenas, N. (2017) Satisfacción del paciente quirúrgico frente al cuidado del enfermero en el alivio del dolor post quirúrgico en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, Clínica Oncosalud. Lima - 2017. Recuperado.
- Kozier y Erb.(2013). Fundamentos de enfermeria de conceptos, procesos y practicas (novena edición vol.1) España: Editorial Pearson.S.A.
- Palacios, B.(2008). El dolor agudo poet.operatorio afecta a las pacientes .
<Dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19771/4/Tesis.pdf>.
- Borges, N.(2017). Dolor post operatorio en mujeres sometidas a cesáreas
<SciELO.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00354.pdf>.

Iade, B., y Umpierre, V. (2012). Manejo de paciente con constipación.

Archivos de Medicina Interna, 34(3), 67-79. Recuperado en 11 de noviembre de 2018.

De [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sciabstract&lng=es&pid=org.scielo.org@idm.scielo.org@idm.scielo.org) -script=S1688 x2012000300002&Ing=esting=es.

Mendoza, M. (2015). Comportamiento del dolor Agudo en personas post.cesareadas. Tesis

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/01_823.pdf.

Gonzales, A., y Jiménez, A. (2018). Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en

la medición del dolor post operatorio (vol.41.pag. 7-14).

Villegas, J y Villegas, O. (2012). Semiología de los signos vitales.

<http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5111/1/10>.

Minguez, M. (2016). Utilización del polietilenglicol como tratamiento en el estreñimiento.

[Scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n12/es-revision.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n12/es-revision.pdf).

Jhonson, (2011). Enfermería materna neonatal. México, Manual Moderno.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE

Servicio de gineco-obstetricia

DATOS GENERALES

Nombre y Apellido _____ N° cama _____ N° HCL _____ Edad _____ Fecha de Ingreso _____
 Hora _____
 Tipo de atención: SIS () Particular () SOAT () Otros _____
 Traído por: Enfermera () Técnico de enfermería ()
 Procedencia: EMG () CE () SOP () C.O () Otros _____
 Condición de Ingreso: Silla de ruedas () Camilla () Otros _____
 Fuente de información: Paciente () Familia () Otros _____
 Diagnóstico médico: _____

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO																								
HTA () Aborto () TBC () DM () VIH () Asma () VDRL () Gastritis Úlcera () Otros _____ Intervenciones quirúrgicas: No () Si () _____ Alergias y otras reacciones Fármacos _____ Alimentos _____ Otros _____ Vacunas _____ Medicamentos ¿Qué toma? Dosis/Frec _____ Última Dosis _____ Estado de Higiene Buena () Regular () Mala ()	Orientado: Tiempo () Espacio () persona () Presencia de anomalías en: Audición _____ Visión _____ Habla/lenguaje _____ Otros _____ Desorientado () Somnoliento () Letárgico () Soporoso () Coma () Estupor () Dolor: Si () No () Cefalea: Si () No () Escala del dolor: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.																								
PATRÓN DE ELIMINACIÓN	PATRÓN DE SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN																								
Retención urinaria: Si () No () Globo vesical: Si () No () Sondaje Vesical: Si () No () Hábitos vesicales: Frecuencia _____ / día Oliguria () anuria () coluria () Poliuria () Hematuria () Proteinuria () Otros _____ Nº deposiciones _____ Normal () Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia ()	Fórmula Obstétrica: G _____ P _____ EG _____ N° CPN _____ Mamas: Blandas () Congestiva () Turgente () Pezones: Formados () Planos () Invertidos () Útero: Contraído () Atonia () Involución uterina: Sobre cicatriz umbilical () A nivel de cicatriz umbilical () Debajo de cicatriz umbilical () Dinámica uterina: Si () No () Movimientos fetales: Si () No () Herida Quirúrgica: Apósitos secos () Apósitos húmedos () Apósito con secreción serohemática () EPISORRRAFIA: SI NO Sangrado Vaginal: Si () No () Volumen _____ Loquios: Hemático () Seroso () Serohemático () Olor: Con mal olor () Sin mal olor () Para el sexualidad R. Secreción vaginal: Si () No ()																								
PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO	PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO																								
Respiración: regular () Fatiga () Disnea () Cianosis () Reposo: Relativo () Absoluto () Deambulación () PASARLO PARA ACTIVIDAD Apoyo oxigenoterapia Si () No () Especificar _____ Actividad Circulatoria Pulso: Bradicardia () Taquicardia () Normal () Edema: No () Si () Localización _____ Fóvea: + () ++ () +++ () Cálcer periférico: Si () No () Capacidad de autocuidado: 1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3= Totalmente dependiente <table border="1" data-bbox="349 1732 787 1837"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Movilización en cama</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambular</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño/ bañarse</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Aparatos de ayuda: Silla de ruedas () Ninguno () Otros _____ Movilidad de miembros: Conservado () Flacidez () Contractura () Parálisis () Fuerza muscular: Conservado () Disminuido ()		1	2	3	Movilización en cama				Deambular				Ir al baño/ bañarse				Tomar alimento				Vestirse				T° _____ Peso _____ Talla _____ G _____ lib _____ G.S () Piel: Coloración Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótico () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar _____ Cavidad bucal Dentadura: Completa () Prótesis () Incompleta () Estado higiene: Mala () Regular () Buena () Cambio de peso: Si () No () Obesidad () Bajo peso () Otros _____ Especificar _____ Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Náuseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad _____ Abdomen: Grávido () Normal () Distendido () Doloroso () Ruidos Hidroacócos: Normal () Aumentado () Disminuido () Ausente ()
	1	2	3																						
Movilización en cama																									
Deambular																									
Ir al baño/ bañarse																									
Tomar alimento																									
Vestirse																									

<p align="center">PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</p>	<p align="center">PATRÓN DE RELACIONES – ROL</p>
<p>Problema para dormir: Si () No () Especificar _____ ¿Usa medicamentos para dormir? Si () No () Especificar _____</p>	<p>Ocupación _____ Estado civil: Soltera () Casada () Divorciada () Conviviente () ¿Con quién vives? Sola () Familia () Otros _____ Fuente de Apoyo Familia () Amigos () Otros _____</p>
<p align="center">PATRÓN AUROPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</p>	<p align="center">PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS</p>
<p>Estado emocional: Tranquila () Ansiosa () Negativa () Irritable () Temerosa () Depresiva ()</p> <p>Preocupación principal _____</p>	<p>Religión _____ Restricciones religiosas _____ Solicita visita capellán: Si () No () Comentario adicional _____</p> <p>Nombre del enfermero _____ CEP _____ Firma _____</p>

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post.cesarea-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente del servicio de Gineco-obstetricia de un hospital de Huacho,2018 con iniciales G.N.R.D. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Pamela Ingrid Anaya Marcos, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

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



Escala de glasgow

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

Total: 15/15

Escala de dependencia

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