

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST
OPERADAS DE CESÁREA POR PREECLAMPSIA DEL SERVICIO DE
RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO –
LIMA, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

MÓNICA CRUZ ENCISO

**Callao - 2022
PERÚ**

DEDICATORIA

A todos aquellos que creyeron en mí, en especial a mi madre Eusebia que es la gran forjadora de todos mis logros profesionales a base de gran esfuerzo y dedicación, sin su apoyo no sería la profesional que en estos momentos soy.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme salud y conocimiento

A mi amada madre, por su apoyo incondicional

A mi amado y dedicado esposo Jorge Vargas, por su paciencia y dedicación

A mis hijos, por su apoyo y comprensión

A mi hermano quien siempre confió en mi

A mis estimados docentes por los conocimientos impartidos

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 ANTECEDENTES.....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 BASES TEÓRICAS.....	11
2.3 BASES CONCEPTUALES.....	14
2.3.1 CESÁREA:	14
2.3.2 TÉCNICA DE CIRUGÍA POR CESÁREA	14
2.3.3 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	16
2.3.4 HEMORRAGIA POSTPARTO:	17
2.3.5 ATONÍA UTERINA:	18
2.3.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.....	19
CAPÍTULO III.....	21
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA	21
I. VALORACIÓN.....	21
1.1. DATOS DE FILIACIÓN	21
1.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	21
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL.....	21
1.4. ANTECEDENTES	21

1.5.	EXAMEN FÍSICO	23
1.6.	EXÁMENES AUXILIARES	24
1.7.	INDICACIÓN TERAPÉUTICA.....	26
1.8.	VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES	26
II.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	30
2.1.	LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.....	30
2.2.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS 30	
2.3.	ESQUEMA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.....	31
III.	PLANIFICACIÓN.....	33
3.1	ESQUEMA DE PLANIFICACION	33
IV.	EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	40
4.1.	REGISTRO DE ENFERMERIA	40
	CONCLUSIONES.....	44
	RECOMENDACIONES	45
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
	ANEXOS.....	48

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo uno de los trastornos hipertensivos más frecuentes e importantes causantes de una discapacidad crónica y muerte entre la madre y el nuevo ser es la preeclampsia, causante de un gran impacto y repercusión social.

Desde épocas antiguas se desconocía la etiología de esta enfermedad, pero ya años atrás se ha considerado dos etapas en su fisiopatología, la primera con un daño a nivel placentario y la segunda una inflamación sistemática o endotelial, el conocimiento de estos datos nos lleva a tener mejores métodos de diagnóstico, así como el tratamiento adecuado y las intervenciones oportunas para la prevención y manejo de las complicaciones.

La preeclampsia en el 2010 fue considerada como la causa principal de muerte materna en la DIRIS Lima Centro, siendo San Juan de Lurigancho uno de sus distritos con mayor densidad poblacional, por tal motivo consideramos la presentación de este trabajo con el nombre “Cuidados inmediatos de enfermería en pacientes post operadas de cesárea por preeclampsia del servicio de recuperación del hospital San Juan De Lurigancho - lima, 2021”, con el objetivo de unificar un plan de cuidados y criterios de atención mejorando la evolución de la enfermedad y así evitar complicaciones., utilizando el PAE de Enfermería guiados por el NANDA y el NOC-NIC mediante un método sistemático de Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; en resumen el presente trabajo consta de Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Plan de Cuidados de Enfermería, Conclusión, Recomendación, Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Uno de los trastornos hipertensivos con más complicaciones en las gestantes es la preeclampsia cuyos criterios clínicos no varían durante los últimos años, pero causan interés mundial no solo por las secuelas de la madre sino también en el hijo que se espera, su detección a tiempo, con tratamiento oportuno disminuiría la morbi-mortalidad materna.

La Organización Mundial de Salud considera que la incidencia a nivel mundial de este trastorno varía entre 2- 10 % de embarazos en total, con una tasa de mortalidad del 14% de estos casos, asimismo considera que la incidencia de la preeclampsia es siete veces mayor en países subdesarrollados.

El Ministerio de Salud en el 2021 para el programa presupuesto Materno-Neonatal del 2021, menciona que, en el 2016 las causas de muerte materna fueron por hemorragias (48.7%), Trastornos hipertensivos por embarazo, (33.6%), sepsis (6.7%), aborto con sepsis (7,6%), aborto con hemorragia (3.4%).(1)

Guevara-Ríos mencionó en la *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, vol 9-2020 que el número de gestantes que acudían al Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal habían aumentado, llegando a atender hasta 250 gestantes en un día, cuando 10 años anteriores el promedio de atenciones era de 150 en 24 horas; de los cuales llegaron a atender 80 partos en 24 horas, entre partos vaginales y cesáreas, de estas últimas las complicaciones maternas que presentaron fueron ruptura prematura de membranas con 14.5% (21 casos), seguido de la preeclampsia con el 4.8% (7 casos) y aborto con el 3.4% (5 casos), igual porcentaje para la amenaza de parto pretérmino, la infección del tracto urinario y el trabajo de parto disfuncional. (2)

Según el INEI en su nota de prensa N°006 del 2020 menciona que, la población probable del 2020 es 1 117 629 habitantes y en coordinación con MINSA para el

2021 la población probable es de 1 183 612 habitantes, considerado el distrito más poblado del país además de estimar una población 26 168 gestante.

El Hospital San Juan de Lurigancho se encuentra ubicado en el distrito con el mismo nombre, categorizado como nivel II-2 de mediana complejidad y proporciona atención integral con equipo especializado a demanda de la población, cuenta con 2 Salas de Operaciones y 1 servicio de Recuperación Posanestésica que por estado de emergencia por el SARS-COV2 se adaptó 1 servicio de Recuperación más hasta el término de la pandemia.

En el 2020 al Hospital San Juan de Lurigancho ingresaron para atención por cesáreas 1715 gestantes solo por EMERGENCIA, ya que no se estuvo atendiendo pacientes programadas ni adolescentes para cesárea(fueron referidas a distintos nosocomios por su complejidad y límite de atención por la pandemia), teniendo entre sus complicaciones preeclampsia, detectadas dentro de la atención hospitalaria ya que los controles prenatales fueron limitados en la atención primaria por el estado de emergencia, desconocimiento de signos de alarma en las gestantes así como el temor de contagio al acercarse a un establecimiento de salud por parte de las ellas. En el primer semestre en el servicio de Centro Quirúrgico del 2021 se atendieron 993 gestantes para cesárea, de las cuales 982 pasaron al servicio de Recuperación Postanestésica y 44 presentaron trastorno hipertensivo y preeclampsia dentro del servicio, 8 fueron referidas al servicio de UCI por trastorno hipertensivo no controlado.

Es por este motivo la presentación del Plan de cuidados para el servicio, ya que, con los problemas identificados en un trabajo de estudio, este puede servir como antecedente para la utilización de intervenciones de enfermería generalizadas evitando así las complicaciones que pueden conllevar hasta el servicio de UCI o mortalidad materno-fetal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

VALDÉS M. y HERNÁNDEZ J. (Cuba, 2014) presentó su estudio sobre “Factores de riesgo para preeclampsia” realizado en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" con **Objetivo:** identificar los factores de riesgo relacionados con la preeclampsia, utilizando como **Metodología** un estudio analítico, observacional, retrospectivo (de casos y controles) empleando encuestas y revisión de historias clínicas teniendo, tuvo una muestra de 128 pacientes de los cuales 64 fueron pacientes con preeclampsia considerados como grupo de estudio y el resto como grupo control teniendo pacientes gestantes sanas escogidas al azar. **Resultado** que los factores más influyentes en la preeclampsia fueron la edad materna, sobrepeso materno al inicio del embarazo, nuliparidad y antecedentes de preeclampsia en madre o hermana.(3)

Comentario: los factores de riesgo no son modificables y el diagnóstico precoz en los controles prenatales, así como el oportuno manejo de la enfermedad son decisivos para garantizar la vida de la gestante.

SABBAGH G., LOIDI J. Y ROMERO G. (España, 2015) en su estudio de “Plan de cuidados a paciente intervenida de cesárea con preeclampsia” en la unidad de Recuperación Posanestésica y Urología del Hospital Universitario Virgen Macarena, **presentaron** un caso clínico de una cesárea en fase de atención postoperatoria inmediata elaborando un plan de cuidados de enfermería **basados** en patrones funcionales de M. Gordon y guiado por el NANDA-NOC-NIC, donde **identifican** los problemas y diagnósticos de enfermería: riesgo de infección, exceso de volumen de líquidos, riesgo de sangrado, conocimientos deficientes sobre su proceso patológico, dolor agudo y ansiedad. Aplican las intervenciones y su plan de

cuidados de enfermería y como **resultado** muestra la mejora en la atención al paciente, así como una buena organización de trabajo. (4)

CARMONA A., ESCAÑO V. Y GARCÍA F. (España, 2015) publicaron su estudio “Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta” del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, **presentando** el caso de una gestante de 39 años con 31+5 semanas, madre soltera, fecundación in vitro, internada en el servicio de UCI, con signos de edema de tobillos y miembros inferiores, dolor de cabeza, agotamiento moderado, presión arterial 158/96 mmHg, con estado fetal tranquilizador, con controles prenatales, preocupación por el feto; realizaron un Plan De Atención de Enfermería realizando la recopilación de datos y la valoración **basado** en la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson junto con la taxonomía diagnóstica de NANDA, NOC-NIC; **identificaron** como diagnóstico de enfermería el “Exceso de volumen de líquidos” y “Riesgo de alteración de la diada materno-fetal” y como complicaciones potenciales, la eclampsia y la prematuridad del feto; considerando como **objetivos** generales (NOC) la integración de la gestante en el proceso de la enfermedad, así como el reconocimiento de los factores de riesgo de su enfermedad. Las intervenciones de enfermería (NIC) finalizó con el conocimiento de la enfermedad, la aplicación de estilo de vida saludables y el cumplimiento de su tratamiento.(5)

Comentario: el rol de la enfermera en los servicios permite la autonomía de la gestante en un máximo bienestar materno-fetal y que el mal manejo del caso podría aumentar la probabilidad de morbimortalidad materna.

VÁZQUEZ J., RICO EL (México, 2016) publicaron su investigación sobre “Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos” aplicado en el servicio de UCI del Centro Médico Nacional La Raza. **Objetivo:** Establecer las complicaciones maternas en gestantes con preeclampsia e hiperuricemia

asistida en el hospital de Alta Especialidad en el servicio de Cuidados Intensivos. **Metodología:** un estudio transversal y retrospectivo con estadística descriptiva, usando como estudio las historias clínicas de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, considerando una hiperuricemia > 4mg/dl, el estudio lo realizo con una población de 127 casos de gestantes con preeclampsia, teniendo como **Resultado** que un 88.1% (112 casos) presentaron hiperuricemia, complicaciones maternas fueron un 50% (56 casos) de los cuales el 40.1% (45 casos) presentaron síndrome de HELLP, lesión renal aguda 6.2% (7 casos), abrupto placentario 1.7% (2 casos), hemorragia por atonía uterina 0.8% (1 caso) y edema agudo pulmonar 0.8% (1 caso), finalmente el embarazo termino en cesárea con un 98.21%. **Concluyendo** así que las complicaciones maternas fueron elevada con frecuencia en la hiperuricemia y las complicaciones fueron resueltas con el tratamiento médico propios del servicio de alta complejidad como UCI.(6) **Comentario:** el control de ácido úrico puede detectar a tiempo las elevaciones en el resultado de laboratorio, colaborando este estudio en la detección de complicaciones de preeclampsia e ir identificando las complicaciones dependiendo de los signos que se presenten.

MELLENDEZ M. (México, 2016) presentó su estudio sobre “Sulfato de Magnesio como factor de riesgo para hemorragia obstétrica” realizado en el Hospital Universitario Nuevo León, teniendo como **objetivo** determinar el riesgo de hemorragia uterina e histerectomía en pacientes tratadas con sulfato de magnesio, usando un **método** de estudio observacional, longitudinal, comparativo, prospectivo, con una muestra de mujeres de estudio a 116 pacientes como casos y 99 controles, con embarazo >24 semanas, diferentes edades, cesareadas, tratamiento de sulfato de magnesio, resultados de hemoglobina hematocrito dentro de las 72 horas previas a la cirugía; con exclusión a pacientes con antecedente de hemorragia uterina, corioamnionitis, malformaciones uterinas, miomatosis uterina, embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios, fármacos útero-inhibidores usados al menos 8 horas antes de la cirugía, uso al menos 4 horas de oxitocina previo a la cesárea, dando como **resultado** significativo

el riesgo de 95% en cuanto a la relación al tiempo de uso de sulfato de magnesio, el sangrado total y la atonía uterina.(7)

Comentario: este estudio nos presenta una alternativa de tomar en cuenta que el tratamiento con sulfato de magnesio tiene relación con el incremento del riesgo de la hemorragia obstétrica determinando y clarificando los factores de riesgo de cada paciente.

MUÑOZ E, ELIZALDE V. y TELLES G. (México, 2017) presentó su estudio sobre “Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia” aplicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil, teniendo como **objetivo** establecer una escala de factores de riesgo como instrumento predictivo sobre complicaciones de preeclampsia, usando un **método** de estudio prospectivo, longitudinal y analítico con una muestra de 60 pacientes con diagnóstico de preeclampsia en la que se usó un instrumento de escalas dando como **resultado** el árbol de decisiones una precisión el 93.3% y un error estimado del 6.7% y una red neuronal teniendo una precisión de 100% **concluyendo** que este último es un instrumento eficiente para la predicción de complicaciones por preeclampsia oportuno y adecuado.(8)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

PILLACA J. (Lima, 2018) publicó su estudio “Alteraciones hemodinámicas asociadas al uso de anestesia raquídea en mujeres gestantes sometidas a cesárea electiva en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, con el **objetivo** de determinar las alteraciones hemodinámicas asociadas al uso de anestesia raquídea en un grupo de gestantes sometidas a cesárea utilizando una **metodología** de estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal en el que aplicó un muestreo probabilístico

aleatorio simple con 198 casos en el cual el **resultado** fue que la presión arterial sistólica y diastólica vario con un descenso significativo, en especial a los 5 minutos después de la administración de la anestesia raquídea; que la frecuencia cardiaca y el pulso sufrieron un aumento notable, en especial en los minutos 7 y 15 después de la colocación de anestesia raquídea y la frecuencia respiratoria no sufrió alteración durante la cirugía.(9)

Comentario: este trabajo de investigación aporta un factor determinante al ingreso de pacientes al servicio de recuperación, mostrando que existe una alteración de funciones vitales y como en el campo de enfermería debemos monitorizar constantemente e identificar los cambios significativos a fin de evitar complicaciones.

ROMO O. (Huancayo, 2017) en su estudio “Características clínico-epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016” **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en el HNRPP del 2015-2016. **Metodología:** retrospectivo, transversal, descriptivo, mediante la recolección de datos basados en 140 historias clínicas y carne de controles prenatales de pacientes con preeclampsia. Todos los datos se analizaron vía estadística descriptiva. **Resultados:** características epidemiológicas fueron, edades con elevado porcentaje estuvo comprendido entre los 19 y 34 años (53,57%), las gestantes con nuliparidad (57,86%), aquellas con edad gestacional mayor de 37 semanas (52,86%); con controles prenatales (51,43%), abortos previos a la gestación 06 casos (4,29%), antecedentes familiares de hipertensión arterial 08 casos (5,8%) y antecedentes personales de preeclampsia 08 (2,8%). Características clínicas fueron hipertensión asociada a uno o más de los criterios de severidad (81,43%), cefalea (60%), visión borrosa (8,57%), epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho (20%), tinnitus (2,8%). La culminación del parto por cesárea (94,2%) e inducido (5,7%). El tratamiento no solo incluyo nifedipino (85,71%), sulfato de magnesio (10%) sino también control de la presión arterial.(10)

Comentario: el reconocimiento de criterios epidemiológicos y clínicos de manera oportuna sirve al personal de salud para la predicción de complicaciones, así como un manejo oportuno de la enfermedad considerando dentro de sus acciones el conocimiento de antecedentes personales y el control de presión arterial.

OTERO E. (Piura, 2018) presentó un estudio sobre “Complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación en el Hospital de Apoyo de Sullana II-2 en el periodo enero - diciembre 2017”.

Objetivo: determinar las complicaciones inmediatas de postcesareadas con Hipertensión. **Metodología:** descriptiva, observacional, retrospectiva, de corte transversal, en el que se usó el Sistema Informativo Perinatal 2000, excluyendo a gestantes referidas a otro nosocomio; con antecedentes de patologías cardiovasculares, respiratorias, renales, hematológicas, con tratamiento hipertensivo y diagnóstico de hipertensión transitoria; tomando como muestra 350 historias clínicas. **Resultado:** se encontró la prevalencia de esta patología de 3,72%, predominando la preeclampsia severa y entre las complicaciones inmediatas encontradas en el estudio se halló la anemia postoperatoria 139 (76%), hipotonía uterina 57 (31,1%) e insuficiencia renal aguda 21 (11,5%). **Conclusión:** entre los trastornos hipertensivos con más índice se tiene la preeclampsia severa teniendo como mayor porcentaje de complicaciones inmediatas la anemia.(11)

2.2 BASES TEÓRICAS

Para el desarrollo de plan de cuidados se tomó como una de las bases teóricas el modelo de cuidados de Virginia Henderson en el cual orienta nuestro trabajo hacia la valoración de las 14 necesidades básicas humanas indispensables para la armonía integral y estas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales

4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de valores normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Todas estas necesidades biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales interactúan entre sí, propiciando así de manera sistemática las intervenciones de enfermería, ya que la enfermera tomara un rol de suplencia ayuda, tomando en cuenta las fuentes de dificultad que se evidencia en la paciente hasta cumplir el objetivo de satisfacer las necesidades básicas.

Otra de las bases para el desarrollo de este plan de cuidados es la teoría Del *Déficit de Autocuidado* de Dorothea Orem, en el cual relaciona y propone sus tres subteorías:

- teoría de autocuidado: el cual se basa en condiciones o requerimientos universales y de desarrollo para la realización del cuidado básico e integral de uno mismo como ser humano para mejorar su calidad de vida.

- Teoría del déficit de autocuidado: Es el enfoque central de esta teoría, se fundamenta como el actuar de enfermería como ayuda y apoyo hacia el individuo con el objetivo de conservar la salud y la vida del individuo, fomentando la recuperación de la enfermedad y el afrontamiento de las secuelas de esta, hasta que el individuo mantenga por sí mismo sus acciones de autocuidado.
- Teoría de los sistemas de enfermería: Esta teoría se basa en el accionar de la enfermera con conocimiento, avances científicos técnicos, respetando las normas y códigos (éticos y morales) de la profesión así como la autonomía, para satisfacer las necesidades no cubiertas y demandas de cuidado del individuo, dependiendo de las limitaciones de este, planificando e implementando sus cuidados de manera conjunta, como un solo ente, y así fomentar su independencia de autocuidado.(12)

La teoría del autocuidado proporcionará al Plan De Cuidados, el fundamento para la valoración de enfermería basados en los requisitos que necesita el paciente (sobre autocuidado universal, desarrollo y desviación de la salud) para cuidar de sí mismo, así como los factores internos y externos que se presenta en el paciente y afectan su capacidad de autocuidado. El personal de enfermería actuará como un agente de autocuidado, identificando las necesidades de cuidado a realizar y proporcionará intervenciones específicas, teniendo en cuenta las limitaciones que se presenten en el servicio, así como la secuencia de acciones internas y externas. El logro de las intervenciones realizadas en conjunto con el paciente se verá reflejadas en la capacidad de autocuidado ya sea total o parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo proporcionado.

La enfermera desarrollará y perfeccionará juicios y cuidados necesarios para la atención en enfermería, brindando a la vez conocimiento y habilidades a la paciente, para contribuir a su calidad de vida y el mantenimiento de su salud, implementando estrategias asistenciales y educativas.

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 CESÁREA:

Es una intervención quirúrgica que consiste en la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y pared uterina (histerotomía) para el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas, cuando se contraindica el parto por vía vaginal y en el que está en riesgo la vida de la madre o el feto.

- a. **Cesárea Electiva:** Es aquella cirugía programada con tiempo, con los requisitos necesarios para la cesárea e identificada durante el control prenatal de la gestante.
- b. **Cesárea de Emergencia:** es aquella cirugía que se da de manera súbita y que obliga al término del embarazo, respetando o no los requisitos que se pueden necesitar para la cirugía.(13).

2.3.2 TÉCNICA DE CIRUGÍA POR CESÁREA

La posición de la gestante en camilla será supina, en el cual se desplazará manualmente el útero (hacia la izquierda) por compresión o se utilizará una cuña lumbar derecha, para mejorar retorno venoso uterino.

- a. **Laparotomía de Pfannenstiel:** esta técnica se realiza sobre el pubis mediante una incisión transversa de 10–12cm de longitud en el tejido celular subcutáneo y aponeurosis. En el plano muscular sub-aponeurótico se realiza la disección partiendo por la línea media cuidando la hemostasia de vasos perforantes; luego se pasa a separar los rectos abdominales en sentido vertical hasta el peritoneo parietal hasta identificar el segmento uterino.
- b. **Histerotomía:** la técnica más usada es la transversa baja, debido a que se presenta menor pérdida de sangre y menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. Se inicia identificando el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), para proceder a la incisión uterina de manera transversal y ligeramente curva sobre el peritoneo visceral y

descender a la vejiga, para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho; expuesto el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal (las maniobras de extracción dependerán del tipo de presentación). Una de las recomendaciones es postergar la ligadura del cordón por al menos 30 segundos para mejorar los niveles hematológicos en el neonato, a excepción de una emergencia en la que peligre la vida de la madre y/o el recién nacido. Extraída la placenta, se realiza una revisión instrumental y manual, para reducir riesgos de retención de restos placentarios. Completado la cirugía se administra oxitocina o similar, según protocolo a fin de favorecer la retracción uterina.

- c. Histerorrafia:** La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continúa de uno o dos planos corridos o con vuelta atrás, al igual que puntos separados invaginantes; el material de sutura puede ser *catgut* crómico o *vicril* # 0 o #1.

El cierre del peritoneo visceral se puede o no ejecutar, en el caso se realice se usa una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible; al terminar debe realizarse una revisión minuciosa de la hemostasia, de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado de la cavidad pelviana.

El cierre del peritoneo parietal y afrontamiento muscular se realiza con material reabsorbible de sutura corrida adelante o con puntos separados. La fascia aponeurótica se cierra con sutura corrida *vicryl* # 0, el procedimiento debe ser impecable debido a la probabilidad de sangrado perforantes y la formación de hematoma subaponeurótico.

El cierre del tejido celular subcutáneo se realiza con sutura corrida o puntos separados, con material reabsorbible # 00. El cierre de la piel se realiza con sutura subdérmica o con puntos separados,

en el caso se utilice material no reabsorbible debe retirarse a los 7–10 días posterior a la cirugía.

- d. **Laparotomía media infra umbilical:** Esta técnica se usa cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia, en la cual se necesite la ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen.

- e. **Técnica de Pelosi:** esta técnica usa una incisión de piel (similar a *Pfannenstiel*), hasta aponeurosis utilizando electrobisturí, se separan los músculos rectales y se continua con la disección digital del resto de línea media y entrada a peritoneo; no se disecciona peritoneo visceral y no se desplaza la vejiga hacia abajo. Se realiza apertura de útero en línea media y por tracción digital se prolonga lateralmente para realizar la extracción fetal, posteriormente se administra oxitocina esperando alumbramiento espontáneo. Se realiza masaje uterino y se pasa al cierre de pared uterina con poliglactina unida a sutura continua enganchada o atrás; sin cierre de peritoneo visceral, parietal y muscular. La aponeurosis se cierra con poliglactina. Si el tejido celular es grueso se afronta con tres puntos separados absorbibles y se pasa al cierre de la piel.(14)

2.3.3 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

- a. **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:** Es la elevación de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación o diagnosticada por primera vez en el puerperio, con ausencia de proteinuria; si desaparece antes de las 12 semanas posparto se considera hipertensión transitoria, si persiste se clasifica como hipertensión crónica.

- b. **PREECLAMPSIA:** Trastorno de hipertensión arterial evidenciado después de las 22 semanas de gestación, asociada con proteinuria. Se clasifica en:

Preeclampsia leve: Es aquel trastorno caracterizado por una presión arterial sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg, con ausencia de daño a órgano blanco y una proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: Es aquel trastorno caracterizado por una presión arterial sistólica \geq 160 mm Hg o diastólica \geq 110 mm Hg, proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico), puede o no mostrar daño de órganos blanco con manifestaciones de oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis.

c. ECLAMPSIA: Considerada una de las complicaciones de la preeclampsia caracterizada por convulsiones generalizadas.

d. SÍNDROME HELLP: Complicación de la preeclampsia que presenta

- Anemia hemolítica microangiopática, hiperbilirrubinemia >1.2gr/dl a predominio indirecto.
- elevación del TGO >70 UI, o LDH >600 UI.
- Plaquetopenia < 100,000 por ml. (15)

2.3.4 HEMORRAGIA POSTPARTO: En la actualidad se define como la pérdida de sangre produce cambios hemodinámicos en el que se requiere de la transfusión de sangre.(15)

a. CAUSAS

- Sobredistensión
- Infección intrauterina.
- Medicamentos relajantes uterinos
- Fatiga uterina después de un trabajo de parto prolongado o inducido
- Inversión uterina
- Retención placentaria

b. FACTORES DE RIESGO

- Placenta previa
- Historia de hemorragia posparto previa •
- Obesidad
- Multiparidad
- Raza asiática o hispánica
- Preeclampsia

c. CUADRO CLÍNICO

- Sangrado vaginal moderado o grave
- Hipotensión
- Taquicardia
- Oliguria
- Taquipnea
- Palidez
- Alteración de la conciencia. (16)

2.3.5 ATONÍA UTERINA: Alteración de la contracción miometrial que permite el flujo sanguíneo del espacio vascular a la cavidad uterina, afectando el mecanismo primario de homeostasia inmediata puerperal.

Factores de riesgo

- Multiparidad
- Edad materna avanzada
- Polihidramnios
- Macrosomía fetal
- Embarazo múltiple
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Parto prolongado
- Parto precipitado
- Corioamnionitis
- Miomatosis uterina
- Maniobra de kristeller

- Obesidad
- Oxitócicos
- Anestesia general
- Sulfato de magnesio
- Tocolíticos (17)

2.3.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

Los cuidados de enfermería en esta área son de suma importancia con el propósito de identificar los signos y síntomas que manifiesta el paciente, anticipándose y previniendo complicaciones post-operatorias en cesáreas.

- Traslado del paciente postoperado inmediato al servicio de recuperación posanestésica.
- Valoración de las condiciones de ingreso del paciente: nivel de conciencia, funciones vitales del paciente, coloración de la piel, temperatura, reflejos como nauseas.
- Verificación de datos del paciente sobre su identificación, procedimiento quirúrgico, técnica y fármacos utilizados en la anestesia, personal de salud que intervinieron en la cirugía, hallazgos quirúrgicos, complicaciones intraoperatorias, duración de la cirugía.
- Valoración de antecedentes preoperatorios que puedan afectar su estado post operatorio.
- Examen cefalocaudal
- Masajes uterinos, valoración y registro del sangrado vaginal cada 15 minutos.
- Valoración del estado y localización de drenajes, apósitos y catéteres.
- Valoración de temperatura y refuerzo de cobertores y confort.
- Valoración de líquidos administrados y sangrado durante la cirugía.
- Revisión de Historia clínica.

- Monitorización permanente de funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura).
- Registro en el formato de recuperación post anestésica: datos de filiación, diagnóstico pre y postoperatorio de la paciente, intervención realizada, utilización de anestesia, antecedentes y alergias del paciente, nota de ingreso, registro de Test de Aldrete, registro de Escala de valoración del dolor, tratamiento post operatorio, registro de funciones vitales y puntaje de Aldrete en determinado tiempo, balance hídrico estricto.
- Monitoreo y control del dolor.
- Administración y registro de tratamiento.
- Comunicación inmediata de alguna alteración o complicación del paciente al médico de turno.
- Al egreso del paciente la enfermera a cargo de recuperación debe comunicar a la obstetra de hospitalización sobre el equipo especial que necesitara la paciente para su vigilancia continua en caso lo requiera.
- La enfermera presentará y reportará al siguiente servicio: tipo de intervención, estado general de la paciente, tratamiento administrado, evolución postoperatoria inmediata (exaltando las complicaciones); situación de drenajes, apósitos y catéteres existentes, registro de últimas funciones vitales, total de sangrado perdido, condición uterina.

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombre y Apellido:** J E S J
- **Historia clínica:** 43532267
- **Edad:** 36
- **Dirección:** MZ I6 LT 26
- **Distrito:** San Juan De Lurigancho
- **Departamento:** Lima
- **Provincia:** Lima
- **Fecha de nacimiento:** 16-04-1985
- **Tipo de seguro:** SIS

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente se apersona al hospital referida del centro de salud José Carlos Mariátegui por presentar presión arterial elevada 135/85, hemoglobina 7.7, examen de laboratorio donde se aprecia proteinuria 2+, refiere hinchazón de manos y pies hace 3 días, dolor al orinar, dolor de cabeza el día de hoy, dolor de cadera, dolor abdominal dos días, percibe movimientos fetales, cansancio, niega sangrado vaginal o pérdida de líquido, no cuenta con controles prenatales.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Preeclampsia no especifica

Anemia severa

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

Número de gestaciones: 2

Número de abortos: 0

Partos: 2
Partos Vía: Vaginales
Nacidos vivos: 2
Vivos actualmente: 2
Fecha de ultimo parto: 17-02-2017
Peso de ultimo RN: 4035 gr
Lugar de ultimo parto: ESSALUD

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Niega alergias, enfermedades hipertensivas, epilepsia, Diabetes, Malaria
Hipotiroidismo, Neoplasias, TBC, otros.
Pareja desconoce gestación

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Niega: abortos, alcoholismo, alergias medicamentosas, asma, violencia familiar, cardiopatía, cesáreas anteriores, eclampsia, enfermedades congénitas, epilepsia, hemorragia posparto, consumo de drogas, neoplasias, infertilidad, partos prolongados, trastornos hipertensivos, recién nacidos prematuros, consumo de tabacos o cigarros, TBC, VIH/SIDA, Trastornos Mentales.

Refiere contagio de COVID-19 en diciembre del 2020

Administración e 1 paquete globular en emergencia

Balance hídrico en sala de operaciones + 750

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Estado civil: Conviviente
Ocupación: Ama de casa
Grado de instrucción: Secundaria incompleta
Religión: Católica

1.5. EXAMEN FÍSICO

1.5.1 Control de signos vitales

○ Ingreso al hospital:

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Saturación De O2	Peso	Talla
140/80	112 x`	18x`	36.4 C	97	54 kg	149cm

○ Ingreso a sala de operaciones:

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Saturación De O2	Peso	Talla
163/96	90 x`	18x`	36.8 C	97	54 kg	149cm

○ Ingreso y a la hora al servicio de Recuperación:

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Saturación De O2	Peso	Talla
142/88	92 x`	18x`	35.8 °C	97%	52 kg	149cm
168/113	98x	17 x´	37.2 °C	97%	52 Kg	149 cm

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

Estado de conciencia: confusa, voluntad disminuida, con tendencia al sueño.

Cabeza: normo cefálico.

Cabello: Cabello largo, buena implantación, maltratado y seco, color negro aclarado, puntas horquilladas, grasoso y con presencia de caspa.

Facies: dolor al despertar, cansada, apática, ojerosa.

Oreja: simétricas, canal auditivo externo intacto, presencia de cerumen.

Ojos: simétricos, palidez de mucosa palpebral y conjuntival, pupilas isocóricas \pm 2mm.

Nariz: Mediana y asimétrica (ligera desviación hacia la derecha).

Boca: Pieza dentarias cariadas e incompletas, mucosa oral semihidratada y pálida, lengua de tamaño conservado, halitosis.

Cuello: simétrico, cilíndrico y móvil, no doloroso al movimiento, sin adenopatía.

Tórax: Simétrico, buen murmullo vesicular, región axilar sin adenopatías.

Mamas: consistencia suave y blanda, hiperpigmentadas de color marrón oscuro. Pezón alargado con presencia de buena cantidad de calostro.

Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación, presencia de apósitos limpios y secos en herida operatoria. Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, sensación de orinar a la palpación de hipogastrio.

Genitales: sin tumoraciones, presencia de loquios hemáticos escasa cantidad, sonda foley N°14 a circuito cerrado con escasa diuresis de color amarillo intenso.

Extremidades: temblores a nivel superior, frías, llenado capilar > 2", brazos con lesiones múltiples de venopunción, no moviliza MMII, presencia de edema en miembros inferiores (+++).

Uñas: sucias, quebradas y coloración pálida de lecho ungueal.

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA

EXAMEN	RESULTADO
Hemoglobina	5.7 gr/dl
Hematocrito	22%
Grupo sanguíneo	O
Factor Rh	POSITIVO
Plaquetas	349.000 / UI
LEUCOCITOS	12.960
Glucosa	80 mg/dl

EXAMEN DE ORINA

EXAMEN	RESULTADO
Densidad	1020
PH	6.0
Glucosa	1+
Proteínas	2++
Cetonas	1+
Bilirrubina	1+

Sedimentación de orina

EXAMEN	RESULTADO
Células epiteliales	20-25 x campo
Leucocitos	> 100 x campo
Hematíes	1-2 x campo
Gérmenes	granulosos 2+
Levaduras	2++

ACIDO URICO SERICO

EXAMEN	RESULTADO
Ácido úrico sérico	5.49 mg/dl

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

NPO por 8 horas luego probar tolerancia oral

NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 30 UI > XXX gtsx' I-II frascos en 24 horas

SO₄Mg 20% 5 amp + ClNa 9%o 50cc > 1gr por hora (cumplir las 24 h)

Metildopa 500 mg VO cada 8 horas

Nifedipino 10 mg VO PRN a PA ≥ 160/110 mmHg

Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas

Tramadol 100 mg EV cada 8 horas

Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas

Misoprostol 800mg IR STAT

Transfusión de 2 paquetes globulares

Control de funciones vitales constante

Control de sangrado vaginal

Sonda foley permanente

Solicitud de Set de Preeclampsia en 6 horas postoperado

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Toma conciencia de su enfermedad: Desconoce su enfermedad, presenta descuido personal, sin controles prenatales

DOMINIO II. Nutrición

Ingestión: Hemoglobina 5.7 gr/dl, hematocrito 22%

Nutrición: NPO por 8 horas

Hidratación: Piel y mucosas semihidratadas, edema de MMII.

DOMINIO III. Eliminación

Función urinaria: Escasa diuresis de color amarillo intenso, disuria, polaquiuria, sonda foley permanente, Células epiteliales 20-25 x campo, Leucocitos > 100 x campo, Gérmenes granulosos 2+, Levaduras 2++, Hematíes 1-2 x campo, Proteínas 2++, edema de miembros inferiores.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Actividad/ejercicio: no moviliza miembros inferiores, con efectos de la anestesia.

Equilibrio/energía: cansada, apatía, voluntad disminuida, tendencia al sueño.

Respuesta cardiovascular/pulmonar: hipertensión arterial 168/113 mmHg, llenado capilar >2".

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Orientación: confusa, somnolienta

DOMINIO VI. Autopercepción

Autoestima: disminuida por desconfianza y reproche de pareja por no conocer embarazo.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Rol de cuidador: pareja colabora con el proceso de tratamiento de paciente

Relaciones familiares: no cuenta con familiares en Lima.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Reproducción: Multípara, embarazo no planificado

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Respuesta de afrontamiento: Paciente colabora con el tratamiento de manera favorable.

DOMINIO X. Principios vitales

Valores: creyente en Dios, católica.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Infección: vía periférica en ambos miembros superiores (#18), sonda Foley permeable permanente.

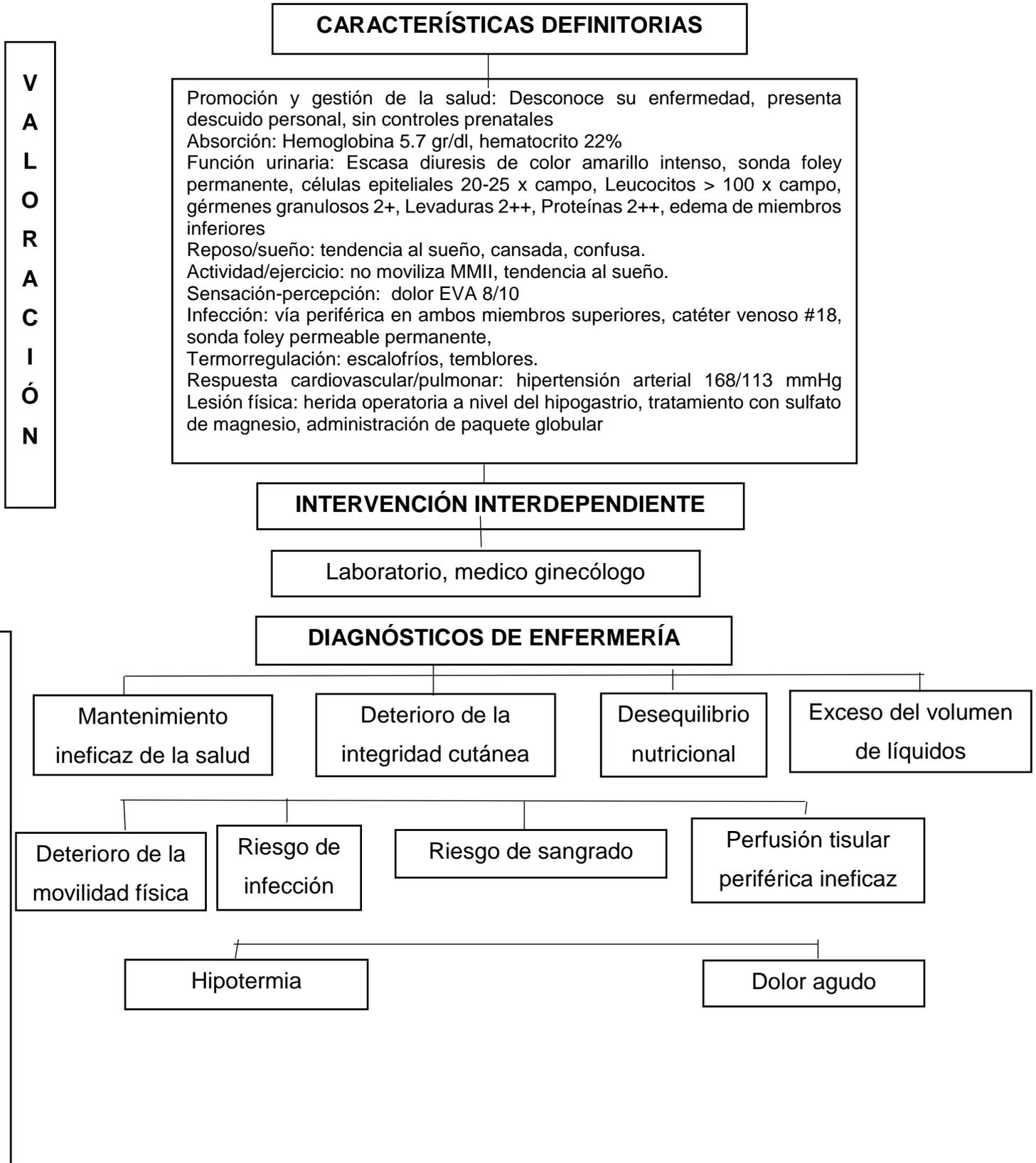
Lesión física: herida operatoria a nivel del hipogastrio, tratamiento con sulfato de magnesio y administración de paquete globular.

Termorregulación: escalofríos, temblores, piel fría, temperatura 35.8°C

DOMINIO XII. Confort

Confort Físico: dolor en zona operatoria, fascias de dolor y cansancio

ESQUEMA DE VALORACIÓN



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Desconocimiento de su enfermedad, descuido personal, sin controles prenatales
- Hemoglobina 5.7 gr/dl, hematocrito 22%
- Cabello y uñas quebradizas
- Palidez de piel y mucosa palpebral
- Infección urinaria
- Proteinuria 2++
- Edema de miembros inferiores
- No moviliza miembros inferiores, bajo efectos de anestesia
- Tendencia al sueño y cansancio
- EVA 8/10 con facies de dolor
- Vía periférica en ambos miembros superiores (cateter #18)
- Sonda Foley permeable permanente,
- Escalofrío y temblores, piel fría con temperatura corporal 35.8°C
- Hipertensión arterial 168/113 mmHg
- Tratamiento con sulfato de magnesio
- Herida operatoria
- Llenado capilar >2"

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

Dolor agudo R/C agente lesivo físico

Hipotermia R/C efectos de agente farmacológico post anestésico

Perfusión tisular periférica ineficaz R/C respuesta de estímulos vasoconstrictores

Exceso del volumen de líquidos R/C administración excesiva de líquidos

Desequilibrio nutricional R/C ingesta diaria insuficiente

Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento ineficaz

Deterioro de la integridad cutánea R/C procedimiento quirúrgico

Deterioro de la movilidad física R/C Agente farmacológico

Riesgo de sangrado R/C complicaciones postparto

Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel

2.3. ESQUEMA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
Dolor agudo	Agente lesivo físico	Procedimiento quirúrgico, EVA 8/10, fascias de dolor, cansancio	Dolor agudo R/C agente lesivo físico
Deterioro de la integridad cutánea	Procedimiento quirúrgico	Herida operatoria (cesárea)	Deterioro de la integridad cutánea R/C procedimiento quirúrgico
Hipotermia	Efectos de agente farmacológico post anestésico	Piel fría, escalofríos, temblores, T 35.8°C	Hipotermia R/C efectos de agente farmacológico post anestésico
Perfusión tisular periférica ineficaz	respuesta de estímulos vasoconstrictores secundario a hipoperfusión útero-placentaria	Hipertensión 168/113 mmHg, llenado capilar > 2"	Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente de la preeclampsia
Exceso del volumen de líquidos	Mecanismos regulatorios comprometidos	Edema de miembros inferiores, oliguria, Hb 5.7 mg/dl, balance hídrico positivo	Exceso del volumen de líquidos R/C mecanismos regulatorios comprometidos
Desequilibrio nutricional	ingesta diaria insuficiente	Hb 5.7 mg/dl Hto 22%, palidez de piel, mucosa palpebral pálida, cabello y uñas quebradizas	Desequilibrio nutricional R/C ingesta diaria insuficiente
Mantenimiento ineficaz de la salud	Estrategias de afrontamiento ineficaz	Desaseo personal, sin controles prenatales	Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento ineficaz

Deterioro de la movilidad física	Agente farmacológico	Cansancio, efectos de anestesia, no moviliza miembros inferiores	Deterioro de la movilidad física R/C Agente farmacológico
Riesgo de sangrado	complicaciones postparto	Multiparidad y régimen terapéutico	Riesgo de sangrado R/C complicaciones postparto
Riesgo de infección	Alteración de la integridad de la piel	Herida operatoria, vías periféricas en miembros superiores	Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel

III. PLANIFICACIÓN

3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código:00132</p> <p>Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P Procedimiento quirúrgico, EVA 8/10, fascias de dolor, cansancio</p>	<p>Código: 2102 <i>Nivel del dolor</i></p> <p>Manifiesta y expresa intensidad y duración del dolor</p> <p>Código: 1605 <i>Control del dolor</i></p> <p>Refiere dolor controlado o eliminado</p>	<p>Código: 1410 <i>Manejo del dolor</i></p> <p>Realizar la valoración del dolor (localización, duración, intensidad).</p> <p>Utilización de escala del dolor 0-10</p> <p>Explorar los conocimientos y experiencias previas del dolor que experimento la paciente.</p> <p>Valorar los indicios no verbales fascias y movimientos corporales mientras la paciente no comunique de manera adecuada el dolor.</p> <p>Notificar al médico si las medidas de control del dolor no son efectivas.</p> <p>Administración de analgésicos según indicación o antes de procedimientos que induzcan el dolor.</p> <p>Informar a la paciente la administración del analgésico</p> <p>Código:2210 <i>Administración de analgésicos</i></p> <p>Valorar el nivel del dolor utilizando la escala apropiada antes y después de la administración del medicamento.</p> <p>Controlar las funciones vitales de la paciente antes y después de su administración.</p>	<p>Paciente manifestó una ligera molestia en forma de cólico menstrual con escala de dolor 1/10 al alta del servicio</p> <p>Recuperación Posanestésica considerándolo o como dolor controlado de</p>

		<p>Código: 6482 Manejo Ambiental</p> <p>Mantener un ambiente tranquilo, con luz tenue durante la estadía del paciente, evitando ruidos.</p>	
<p>Código:00006</p> <p>Hipotermia R/C efectos de agente farmacológico post anestésico E/P Piel fría, escalofríos, temblores, Temperatura 35.8°C</p>	<p>Código: 0800 <i>Termorregulación</i></p> <p>Identificar signos y síntomas de hipotermia</p> <p>Mantener la temperatura corporal dentro del rango normal</p>	<p>Código: 3800 Tratamiento de hipotermia</p> <p>Monitorización y registro continuo de la temperatura corporal y coloración de la piel.</p> <p>Evitar la exposición a un ambiente frío o húmedo.</p> <p>Retiro de la ropa fría o húmeda.</p> <p>Calentar la bata y manta del paciente para su colocación.</p> <p>Evitar movimientos excesivos y limitar la estimulación del paciente.</p> <p>Calentar solución endovenosa de administración continua.</p> <p>Monitorizar la presencia de cianosis central y periférica.</p>	<p>Paciente al alta del servicio presento una temperatura de 37 °C sin evidencia de temblores ni escalofríos</p>
<p>Código: 00204</p> <p>Perfusión tisular periférica ineficaz R/C respuesta de estímulos vasoconstrictores secundario a hipoperfusión útero-placentaria E/P presión arterial 168/113 mmHg, edema de miembros inferiores llenado capilar > 2", Hb</p>	<p>Código: 0407</p> <p>040727-040728 Mantener Presión sistólica y diastólica dentro del rango normal</p> <p>040715 mantener un adecuado flujo sanguíneo con llenado capilar dentro del rango normal.</p>	<p>Código:4062 Cuidados circulatorios</p> <p>Valorar la circulación periférica, llenado capilar menos de 2 segundos, edema, pulsos periféricos, color de la piel, temperatura.</p> <p>Proporcionar calor corporal.</p> <p>Realizar el balance hídrico estricto</p> <p>Código: 4162 Manejo de hipertensión</p> <p>Identificar y valorar los antecedentes personales y familiares que contribuyan al riesgo de hipertensión.</p> <p>Medir la presión arterial de manera continua, valorando si hay tendencias y fluctuaciones de la presión arterial</p>	<p>Paciente es dada de alta del servicio con:</p> <p>Hb 7.5 gr/dl</p> <p>Llenado capilar < 2"</p> <p>PA 128/78 mmHg</p> <p>No presencia de cianosis</p>

<p>5.7 mg/dl, palidez de la piel</p>	<p>040743 disminuir la palidez</p>	<p>Evitar factores que contribuyan al aumento de presión arterial.</p> <p>Educar al paciente y familiares acerca de la detección de signos de alarma de crisis hipertensiva (dolor de cabeza, zumbido de oído, náuseas, piel fría, cambios de visión, alteración de la conciencia).</p> <p>Código: 2304 Administración de medicación oral</p> <p>Verificar los cinco correctos para la administración de medicamentos antihipertensivos.</p> <p>Triturar la medicación para que la paciente lo ingiera con limitada cantidad de agua.</p> <p>Ayudar a la paciente a la toma de medicamentos.</p> <p>Vigilar signos de vitales de manera continua</p> <p>Código: 4030 Administración de hemoderivados</p> <p>Verificar indicación médica.</p> <p>Comprobar el consentimiento informado.</p> <p>Verificar el nombre del paciente y resultado de pruebas cruzadas con el receptor.</p> <p>Verificar y registrar que sea el paciente correcto, el grupo sanguíneo, factor Rh, código de paquete globular y vencimiento.</p> <p>Cebiar el sistema de transfusión sanguínea con solución salina.</p> <p>Preparar y realizar el cateterismo venoso periférico en una vena de gran calibre que será solo para la transfusión sanguínea.</p> <p>Valorar la zona de venopunción durante la administración,</p>	
--	--	--	--

		<p>Monitorizar, registrar y notificar el indicio de reacción adversa y sobrecarga de líquidos.</p> <p>Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión.</p> <p>Pasar solución salina una vez terminada la transfusión..</p>	
<p>Código: 00026</p> <p>Exceso del volumen de líquidos R/C compromiso de mecanismos reguladores E/P Edema de miembros inferiores 3+, oliguria, balance hídrico positivo, orina concentrada</p>	<p>Código: 0601</p> <p>Equilibrio hídrico</p> <p>060112 edema periférico</p> <p>060120 densidad de la orina</p> <p>060127 cantidad de orina</p> <p>060107 entradas y salidas equilibradas</p> <p>060101 presión arterial</p>	<p>Código: 4170 Manejo de hipervolemia</p> <p>Monitorización hemodinámica constante de funciones vitales.</p> <p>Valoración de ruidos respiratorios y edema periférico.</p> <p>Valoración y monitorización de resultados de laboratorio proteínas en orina, ácido úrico sérico, hematocrito</p> <p>Administración de hemoderivados de manera lenta para evitar aumento de precarga.</p> <p>Vigilar la integridad de la piel.</p> <p>Código: 4120 Manejo de líquidos</p> <p>Contabilización y peso de pañales.</p> <p>Mantener sonda Foley permeable. Vigilancia de estado de hidratación mucosa húmedas, pulso adecuado, presión arterial.</p> <p>Realizar balance hídrico estricto.</p>	<p>Paciente egresa del servicio con compromiso leve de equilibrio hídrico, edema de miembros inferiores 2++, orina coloración clara, balance hídrico +250cc, presión arterial dentro del rango normal</p>
<p>Código:00002</p> <p>Desequilibrio nutricional R/C ingesta diaria insuficiente E/P Anemia Hb 5.7 mg/dl Hto 22%, palidez de pie y mucosa palpebral</p>	<p>Código: 1854</p> <p><i>Conocimiento: dieta saludable</i></p> <p>Código: 3116</p> <p><i>Autocontrol: Anemia crónica</i></p>	<p>Código: 5614 enseñanza dieta prescrita</p> <p>Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales que requiere la paciente.</p> <p>Educar la paciente sobre los alimentos que contienen alto contenido en hierro.</p> <p>Sugerir a la paciente sobre las alternativas en platos que puede adecuar para su alimentación postparto.</p>	<p>Paciente menciona conocimientos escasos sobre dieta equilibrada y nutritiva.</p> <p>Familiar de paciente menciona</p>

,cabello y uñas quebradizas	Mantener acciones para la prevención y control de anemia.	Enseñar a la familia sobre las necesidades dietéticas requeridas para la atención de la paciente en casa. Sugerir al médico tratante la solicitud de interconsulta al servicio de nutrición de la paciente.	conocimiento moderado sobre alimentación adecuada para la etapa postparto de la paciente.
Código:00099 Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento ineficaz E/P Desaseo personal, sin controles prenatales	Código:2304 Recuperación quirúrgica convalecencia Código:1818 <i>Conocimiento: salud materna en el puerperio</i> Código:1803 <i>Conocimiento: proceso de la enfermedad</i>	Proporcionar ayuda a la paciente hasta que sea totalmente capaz de su autocuidado (tratamiento e higiene). Código: 1750 Cuidados perineales Proporcionar cuidados de higiene perineal personal con solución jabonosa y agua, eliminando indicios de yodo. Mantener el periné seco Valorar el estado de la piel (enrojecimiento, irritación, etc) Código: 6930 Cuidados pospartos Monitorizar funciones vitales constantemente. Vigilancia de loquios (olor, color, cantidad y presencia de coágulos). Controlar localización, altura y tono de fondo uterino. Realizar masaje uterino. Mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los parámetros normales. Administrar tratamiento indicado. Control del dolor. Vigilancia de complicaciones. Código:5602 Enseñanza del Proceso de la enfermedad	Al alta del servicio la paciente refirió estar muy satisfecha del cuidado brindado, hemodinamicamente estable. Paciente manifiesta conocimiento moderado sobre su salud materna y proceso de la enfermedad

		<p>Explicar sobre la fisiopatología, signos y síntomas, tratamiento, complicaciones y signos de alarma de la enfermedad en términos adecuados.</p> <p>Proporcionar información sobre estilos de vida saludables.</p> <p>Reforzar la información dada a los familiares para el cuidado de la paciente (cuidado de herida operatoria, salud bucal, aseo personal, lactancia materna, alimentación).</p>	
<p>Código:00093</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C Agente farmacológico E/P Cansancio, efectos de anestesia, no moviliza miembros inferiores.</p>	<p>Código:2303</p> <p>Recuperación posterior al procedimiento o</p> <p>230308</p> <p>puntuación del test de recuperación posanestésica (ALDRETE)</p>	<p>Código:6930 Cuidados posanestesia</p> <p>Monitorizar y registrar funciones vitales.</p> <p>Realizar examen cefalocaudal.</p> <p>Administrar medidas de calor (cobertor y bata).</p> <p>Administrar tratamiento según indicación médica (antihipertensivos, analgésicos, oxióticos, antibióticos, antieméticos, etc.)</p> <p>Controlar el retorno de función motora y sensorial.</p> <p>vigilar estado de conciencia.</p> <p>Mantener la seguridad del paciente (barandas arriba, seguridad en la camilla y entorno).</p> <p>Comparar estado de ingreso al nosocomio con alta en el servicio para determinar cambios.</p> <p>Proporcionar intimidad a la paciente.</p> <p>Determinar si paciente cumple condiciones del alta para el servicio de Recuperación Posanestésica con test de Aldrete</p>	<p>Paciente egresa del servicio con Aldrete 10 control de funciones vitales estables, movilizand miembros inferiores.</p>
<p>Código:00206</p>	<p>Código:0413</p>	<p>Código:4010 Prevención de hemorragia</p>	<p>Paciente no presentó</p>

<p>Riesgo de sangrado R/C complicaciones postparto EP Multiparidad y régimen terapéutico</p>	<p>Vigilar los signos y síntomas por pérdida de sangre</p>	<p>Valorar los factores de riesgo específicos (multiparidad, ITU, tratamiento con tocolíticos, hipertensión arterial, cesárea).</p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de hemorragia (distensión abdominal, abundante sangrado vaginal, hipotonía uterina, sangrado en el apósito).</p> <p>Valorar el nivel de hemoglobina hematocrito antes y después de sangrado.</p> <p>Valorar el estado de conciencia y orientación registrar algún cambio.</p> <p>Monitorizar, vigilar y registrar signos vitales permanentemente en busca de hemorragia.</p> <p>Mantener un acceso venoso de gran calibre permeable.</p> <p>Valorar los resultados de perfil de coagulación.</p> <p>Realización de masaje en el fondo uterino constantemente.</p> <p>Valorar las características de los loquios (color, coágulos y volumen).</p> <p>Administración según indicación médica de oxitócicos.</p> <p>Realización de balance hídrico estricto.</p> <p>Cuantificar la cantidad de sangre perdida.</p>	<p>signos ni síntomas de presencia de hemorragia</p>
<p>Código:00004</p> <p>Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos</p> <p>E/P herida operatoria, dos</p>	<p>Código:1924</p> <p>Utilizar medidas para reducir la amenaza de infección.</p>	<p>Código: 00093 Control de Infecciones</p> <p>Control de funciones vitales constantemente.</p> <p>Mantenimiento de la asepsia antes y después de cualquier procedimiento con la paciente.</p> <p>Valorar la vulnerabilidad de la paciente a las infecciones (ITU, Hb 5.7 mg/dl).</p>	<p>Durante la estancia d la paciente no se evidencio signos ni síntomas de infección.</p>

<p>vías periféricas en miembros superiores, sonda Foley, Hb 5.7 gr /dl</p>		<p>Vigilar el aumento de Leucocitos y Granulocitos.</p> <p>Inspeccionar la integridad de la piel en busca de signos y síntomas de infección (eritema, calor extremo, exudados de piel y mucosas, signos de flebitis para su cuidado.</p> <p>Cambiar el apósito según la cantidad de sangrado y exudado presente.</p> <p>Educar a la familia sobre signos y síntomas de infección que tiene que comunicar al personal de salud.</p>	
--	--	--	--

IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA

S	<p>Paciente se encuentra confusa, menciona cansancio, frío, dolor en herida operatorio y sueño.</p>
O	<p>Paciente con Diagnóstico Posoperatorio de Cesárea por preeclampsia severa+ ITU+ Anemia severa, transfusión sanguínea de 1° paquete globular en EMG y continuación del 2° paquete globular pendiente pasar 150cc, ingresa al servicio de recuperación AREG, temblorosa, somnolienta bajo efectos de anestesia, piel fría, palidez moderada, presencia de palidez palpebral, ruidos respiratorios normales, abdomen blando y depresible doloroso a la palpación, útero contraído con escaso sangrado vaginal, sonda Foley permeable calibre #16 con presencia de orina concentrada, edema de miembros inferiores, palidez de lecho ungueal, vía periférica permeable en ambos miembros superiores pasando CLNA 9%+Oxitocina 20 UI>1000cc/pp y SO4Mg 5amp+ CLNa 9% 50cc > 50ccpp en MSI y 2° PG 150cc por pasar en MSD.</p>
A	<p>Dolor agudo R/C agente lesivo físico .</p> <p>Hipotermia R/C efectos de agente farmacológico post anestésico.</p> <p>Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente de la Preeclampsia.</p>

	<p>Exceso del volumen de líquidos R/C compromiso de mecanismos reguladores.</p> <p>Desequilibrio nutricional R/C ingesta diaria insuficiente.</p> <p>Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento ineficaz.</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C Agente farmacológico.</p> <p>Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos.</p>
P	<p>Paciente manifestará disminución o eliminación del dolor.</p> <p>Mantener la temperatura corporal dentro del rango normal.</p> <p>Mantener una adecuada perfusión tisular y la presión arterial dentro los parámetros normales.</p> <p>Adquirir conocimiento sobre su enfermedad Preeclamsia.</p> <p>Paciente presentará un equilibrio hídrico adecuado al alta del servicio.</p> <p>Paciente adquirirá un grado de conocimiento moderado sobre una dieta nutritiva y equilibrada priorizando la prevención y control de anemia.</p> <p>Mantener de manera eficaz el cuidado físico de la paciente.</p> <p>Paciente manifestará un grado de conocimiento moderado de la salud materna en el periodo postcesarea.</p> <p>Recuperar el grado de función fisiológica y de rol al alta del servicio de Recuperación con TEST ALDRETE.</p> <p>Identificar de manera oportuna el riesgo de hemorragia.</p> <p>Utilizar medidas para reducir la amenaza de infección.</p> <p>Utilizar medidas para reducir la amenaza de infección.</p>
I	<p>Monitorización de signos vitales.</p> <p>Manejo del dolor agudo.</p> <p>Tratamiento de hipotermia.</p> <p>Precauciones circulatorias.</p> <p>Administración de hemoderivados.</p> <p>Manejo de hipertensión.</p> <p>Manejo de hipervolemia.</p> <p>Manejo de líquidos.</p> <p>Educación sobre el manejo de la nutrición y estilos de vida saludables.</p>

	<p>Brindar cuidados de posanestesia.</p> <p>Brindar cuidados perineales.</p> <p>Brindar cuidados pospartos.</p> <p>Educación sobre el proceso de la enfermedad.</p> <p>Prevención de hemorragias.</p> <p>Control de infecciones.</p>
<p>E</p>	<p>Paciente manifestó una ligera molestia en forma de cólico menstrual con escala de dolor 1/10 al alta del servicio de Recuperación Posanestésica.</p> <p>Paciente al alta del servicio presentó una temperatura de 37 °C sin temblores ni escalofríos.</p> <p>Paciente es dada de alta del servicio con: Hb 7.5 gr/dl, llenado capilar < 2” PA 128/78 mmHg.</p> <p>Paciente manifiesta conocimiento moderado sobre el proceso de su enfermedad.</p> <p>Paciente egresa del servicio con compromiso moderado de equilibrio hídrico, edema de miembros inferiores 2++, orina coloración clara, balance hídrico +250cc.</p> <p>Paciente menciona conocimientos escasos sobre dieta equilibrada y nutritiva.</p> <p>Familiar de paciente menciona conocimiento moderado sobre alimentación adecuada para la etapa postparto de la paciente.</p> <p>Al alta del servicio la paciente manifestó estar muy satisfecha del cuidado brindado y manifiesta conocimiento moderado sobre su salud materna.</p>

	<p>Paciente egresa del servicio con Aldrete 10, funciones vitales estables y movilizando miembros inferiores.</p> <p>Paciente no se presentó signos ni síntomas de presencia de hemorragia Durante la estancia d la paciente no se evidencio signos ni síntomas de infección.</p>
--	---

CONCLUSIONES

1. MINSA considera a los trastornos hipertensivos como la segunda causa de mortalidad materna en el país y según estudios consideraron que los factores de riesgo son decisivos para el buen pronóstico de la enfermedad y sus secuelas, estos son captados en los controles prenatales, pero en época de pandemia por SARS-COV2 dichas atenciones fueron suspendidas, golpeando de manera abrupta a los distritos más poblados como San Juan de Lurigancho.
2. la cesárea es el procedimiento quirúrgico más usado para evitar más complicaciones materno-fetales y la utilización de este Plan de Atención de Enfermería, aplicado en la paciente, se dio de manera efectiva a pesar del corto tiempo de atención inmediata, dado que es un servicio transitorio postquirúrgico.
3. Los problemas identificados en el PAE fueron dolor agudo y la hipotermia relacionados con efectos farmacológico post anestésico, que dándose los cuidados oportunos mostraron un buen resultado de ausencia de dolor por procedimiento quirúrgico y mantenimiento de temperatura de 37°C.
4. En la paciente post cesárea con preeclampsia y anemia, una de las posibles complicaciones era el riesgo de hemorragia ya que dentro de sus factores de riesgo estaba la multiparidad y el tratamiento con uso de tocolíticos como sulfato de magnesio, Nifedipino y Metildopa, se brindó los cuidados y las valoraciones oportunas no evidenciándose al alta el riesgo de presentarse.

RECOMENDACIONES

1. El personal de salud en el servicio de recuperación debe tener en cuenta las alteraciones hemodinámicas de la anestesia, que se puedan enmascarar una presión arterial normal y pueda conllevar a una complicación.
2. La implementación de un Protocolo de Atención en pacientes post cesárea con preeclampsia en coordinación con la Unidad de Calidad, Seguridad del paciente, Departamento de enfermería, Departamento de Ginecobstetricia, Departamento de Anestesiología.
3. La implementación de un formato de atención para el servicio de Centro Quirúrgico en el cual incluyan la valoración basada en los Dominios y sus clases para una mejor identificación de problemas y una adecuada intervención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. PROGRAMA PRESUPUESTO MATERNO-NEONATAL 2021 [Internet]. 2021 [citado 30 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7
2. Guevara-Ríos E. Estado actual de la morbilidad materna extrema en el Perú. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 17 de octubre de 2019;5(1):7-8.
3. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cuba Med Mil.* septiembre de 2014;43(3):307-16.
4. Sabbagh-Sequera M, Loidi-García JM, Romero-Vázquez GM. Plan de cuidados a paciente intervenida de cesárea con preeclampsia. *Enferm Clínica.* 1 de enero de 2015;25(1):33-9.
5. Carmona-Guirado AJ, Escaño-Cardona V, García-Cañedo FJ. Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enferm Intensiva.* 1 de enero de 2015;26(1):32-6.
6. Vázquez-Rodríguez JG, Rico-Trejo EI. Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos. *Ginecol Obstet México.* 15 de abril de 2017;84(03):143-9.
7. Meléndez López M. Sulfato de magnesio como factor de riesgo para hemorragia obstétrica [Internet] [engd]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2016 [citado 30 de julio de 2021]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/17509/>
8. Muñoz E. E, Elizalde V. VM, Téllez B. GE. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* octubre de 2017;82(4):438-46.
9. Pillaca Aza, Jairo. Alteraciones hemodinámicas asociadas al uso de anestesia raquídea en mujeres gestantes sometidas a cesárea electiva en el Hospital

Nacional “Arzobispo Loayza” durante el periodo 2018. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2019 [citado 29 de julio de 2021]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1674994>

10. Romo Flores O. Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016. Univ Nac Cent Perú [Internet]. 2017 [citado 31 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1658>
11. Otero Anton, Elsa. Complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación en el Hospital de Apoyo de Sullana II-2 en el periodo enero - diciembre 2017. Univ Nac Piura UNP [Internet]. 2018 [citado 31 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1192>
12. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2014;36(6):835-45.
13. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
14. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S. Operación cesárea. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):987-92.
15. Vásquez DCV. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. :385.
16. a05v56n1.pdf [Internet]. [citado 6 de agosto de 2021]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf
17. RD_432-2019-HCH-DG.pdf [Internet]. [citado 6 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_432-2019-HCH-DG.pdf

ANEXOS

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE SOP

Mover a Arch

Ministerio de Salud

Hospital San Juan de Lurigancho

Entrada

Número(s) y anestesiólogo(a) como mínimo a administración de la anestesia

125 x 100007

hora de inicio: 22:28

hora de salida: 28:15

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Antes de la incisión cutánea

	PAUSA	SALIDA
<p>Con ella(s) enfermera(s), anestesiólogo(a), y cirujano</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados por haber presentado por su nombre y función <i>Dr. Humberto (Anestesiólogo) Dr. Pineda - Dr. Jaramilla</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar la identidad del/la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico <i>confirmado</i></p>	<p>Con ella(s) enfermera(s), anestesiólogo(a), y cirujano</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar la identidad verbalmente: <i>Dr. Salvador</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <i>Clasico</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El equipo de instrumentos, gases y agujas <i>12: 240 - 6 diazepam - 25 gases</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (incluida de la etiqueta en que haya, incluido el nombre del paciente) <i>Dr. Pineda</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <i>ninguno</i></p>	<p>Con ella(s) enfermera(s), anestesiólogo(a), y cirujano</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente? <i>temperatura 36.0°C saturación 95% diuresis 150</i></p> <p><i>hora: 22:58</i></p> <p><i>Signos: Frecuencia 9-9</i></p> <p><i>paciente reile para etiquetado de miembros S. 22:35 pm.</i></p> <p><i>se puso sueldo Magnifico 5 amp - 10 ml por hora de oxígeno y tabicito de hipertensión de una que se dio y un tiempo de anestesia como quedaba paciente tranquilo y en el momento siguiente fue trasladado a su habitación.</i></p> <p><i>Función vital: 145mg / 100-115</i></p>
<p>¿Tiene el/la paciente alergias conocidas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No <i>ninguna</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Hay alguna dificultad / riesgo de aspiración?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>En ese caso, ¿hay instrumental y equipos/ayuda disponible?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Riesgo de hemorragia 500 ml (7ml / Kg en niños)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>En ese caso, ¿se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y otros vías de acceso (IV / central)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <i>2.º. cefepim</i></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Previsión de Eventos Críticos</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o riesgos? <i>Obstrucción Sangre</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <i>40m.</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? <i>500cc</i></p> <p>Anestesiología verifica:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <i>NO: S. T. 918 (Coronario) - (Mediograma Severa)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental, equipos? (con resultados de los indicadores) <i>confirmado</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? <i>Ninguno</i></p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No Propose</p>	<p>Nombre(s) y Apellidos del/la paciente</p> <p><i>Sambouh Jean José Alvarado</i></p> <p>Nombre(s) y Apellidos del/la enfermera(a)</p> <p><i>Yolanda Patricia Quispe Rojas</i></p> <p>CPE-79157</p> <p>Nombre(s) y Apellidos del/la anestesiólogo(a)</p> <p><i>Humberto Pineda</i></p> <p>CPE-79157</p> <p>Fecha</p> <p><i>01-1-21</i></p>

HOJA DE RECUPERACION POSANESTÉSICA

 **PERU** **Ministerio de Salud** **Hospital San Juan de Lurigancho** **Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico** 

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST - ANESTESICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y Nombres: _____
 Fecha: _____ Hora de Ingreso: _____ HCL: _____
 Edad: _____ Sexo: (M),(F) Cama: _____ Servicio: _____
 SIS() SOAT() SISALUD() Particular()

2. CONDICIÓN DEL PACIENTE

Programado () Emergencia () Ambulatorio () Reingresante ()

3. DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: _____
POST OPERATORIO: _____
PROCEDIMIENTO REALIZADO _____

4. TIPO DE ANESTESIA:

General Inhalatorio () General Endovenoso () Sedación ()
Regional Raquídea () Regional Epidural () Bloqueo ()
Local () Otros: _____

5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - RECUPERACIÓN POST - ANESTESIA

Hora Ingreso: _____ Hora de Egreso: _____

Antecedentes: _____
Alergias: _____

Funciones Vitales T° () PA () FR () FC () SDO₂ () EVA ()

Condición del paciente al ingreso: _____
Condición del paciente al egreso: _____

Nombre del Anestesiólogo: _____ Nombre del Cirujano: _____
Hora de Coordinaciones con Hospitalización para egreso: _____

GALERIA DE FOTOS



Monitorización de funciones vitales



Masaje uterino



Verificación del medicamento



Preparación del medicamento



Administración del medicamento