FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA CLÍNICA LIMATAMBO, 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. OLIVOS VARGAS, EVELYN

https://orcid.org/0009-0000-3572-3207

ASESOR:

Mg. TICONA SANDOVAL, FRANCIS AARON

https://orcid.org/0000-0001-8056-3249

LIMA – PERU

2025

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Olivos Vargas , Evelyn** , con DNI **42243318** en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional para optar el TITULO PROFESIONAL de Licenciado(a) en Enfermería de título Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente de cesárea en el servicio de emergencias de la Clínica Limatambo, 2025 , **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud 10 **%** y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 26 de Setiembre del 2025.

Olivos Vargas, Evelyn

Ticona Sandoval, Francis Aarón

Evelyn Olivos Vargas

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE DE CESAREA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA CLIN...

Quick Submit

Quick Submit

ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3343627041

Fecha de entrega
18 sep 2025, 11:16 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
18 sep 2025, 11:19 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
EVELYN_OLIVOS_VARGAS._CESAREA.._WORD.pdf

Tamaño del archivo
2.9 MB

59 páginas

11.509 palabras

69.151 caracteres

turnitin Página 2 de 64 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid:::1:3343627041

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuente excluida

Fuentes principales

9% Fuentes de Internet

2% Publicaciones

5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

DEDICATORIA

A mi mamá, por su apoyo incondicional, por ser mi guía, mi ejemplo de esfuerzo y por enseñarme a nunca rendirme. A mi hijito, que es mi motor que me impulsa siempre a seguir mis metas y a dar lo mejor de mí siempre. Este logro es para ustedes, con todo mi amor y gratitud. A mi docente Mg. Ticona, por sus enseñanzas y su gran paciencia y a Dios por ser mi fortaleza y darme la sabiduría para cumplir lo que me propongo.

Índice General

DEDICATORIA ..... **II**
ÍNDICE DE TABLAS ..... **III**
ÍNDICE DE FIGURAS ..... **IV**
ÍNDICE DE ANEXOS ..... **V**
RESUMEN ..... **VI**
ABSTRACT ..... **VII**
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN **1**
1.1 MARO TEÓRICO 1
1.2 CASO CLÍNICO 6
1.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 6
1.4 PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS 11
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS **12**
2.1 DISEÑO DE ESTUDIO 12
2.2 POBLACIÓN 13
2.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 13
2.4 MÉTODO DE ANÁLISIS 14
2.5 ASPECTOS ÉTICOS 14
CAPITULO III: RESULTADOS **16**
3.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 16
CAPITULO IV: DISCUSION **48**
4.1 DISCUSIÓN 48
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **50**
5.1 CONCLUSIONES 50
5.2 RECOMENDACIONES 50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **51**
ANEXOS **56**

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DOLOR AGUDO RELACIONADO CON EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO Y CONTRACCIONES UTERINAS INTENSAS, EVIDENCIADO POR VERBALIZACIÓN DE DOLOR EN EL BAJO VIENTRE Y ESPALDA, ASÍ COMO POR POSTURA ANTALGICA Y EXPRESIÓN FACIAL DE MALESTAR, EVA 9/10 14

TABLA 2. ANSIEDAD RELACIONADA CON LA EXPERIENCIA DE CIRUGÍA INMINENTE, PERCEPCIÓN DE DOLOR E INCERTIDUMBRE SOBRE LOS RESULTADOS MATERNO-FETALES, EVIDENCIADO POR FASCIA ANSIOSA Y PREOCUPADA, VERBALIZACIÓN DE MIEDO, INSOMNIO Y CONDUCTA INQUIETA 18

TABLA 3. RIESGO DE INFECCIÓN FACTOR DE RIESGO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (CESÁREA) Y RUPTURA DE LA BARRERA CUTÁNEA 22

TABLA 4. RIESGO DE HEMORRAGIA FACTOR DE RIESGO CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA UTERINA (CESÁREA) Y ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA. 26

TABLA 5. PATRÓN DE SUEÑO PERTURBADO RELACIONADO CON DOLOR E INCOMODIDAD FÍSICA, EVIDENCIADO POR LA FALTA DE SUEÑO DURANTE VARIAS NOCHES, OJERAS VISIBLES Y SIGNOS EVIDENTES DE FATIGA 30

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. EVALUACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. DOLOR AGUDO RELACIONADO CON EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO Y CONTRACCIONES UTERINAS INTENSAS, EVIDENCIADO POR VERBALIZACIÓN DE DOLOR EN EL BAJO VIENTRE Y ESPALDA, ASÍ COMO POR POSTURA ANTALGICA Y EXPRESIÓN FACIAL DE MALESTAR, EVA 9/10 16

FIGURA 2. EVALUACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. ANSIEDAD RELACIONADA CON LA EXPERIENCIA DE CIRUGÍA INMINENTE, PERCEPCIÓN DE DOLOR E INCERTIDUMBRE SOBRE LOS RESULTADOS MATERNO-FETALES, EVIDENCIADO POR FASCIA ANSIOSA Y PREOCUPADA, VERBALIZACIÓN DE MIEDO, INSOMNIO Y CONDUCTA INQUIETA 19

FIGURA 3. EVALUACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (CESÁREA) Y RUPTURA DE LA BARRERA CUTÁNEA..... 24

FIGURA 4. EVALUACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE HEMORRAGIA RELACIONADO CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA UTERINA (CESÁREA) Y ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA 28

FIGURA 5. EVALUACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PATRÓN DE SUEÑO PERTURBADO RELACIONADO CON DOLOR E INCOMODIDAD FÍSICA, EVIDENCIADO POR LA FALTA DE SUEÑO DURANTE VARIAS NOCHES, OJERAS VISIBLES Y SIGNOS EVIDENTES DE FATIGA..... 32

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. FORMATO VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES 44
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 48
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... 50
ANEXO D. EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO..... 51

RESUMEN

Objetivo: Estructurar intervenciones de enfermería para el proceso del cuidado enfermero aplicado a una paciente de cesárea en la Clínica Limatambo, San Isidro, Lima, 2025. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de caso clínico, descriptivo y no experimental, utilizando instrumentos como la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NIC y NOC", y el modelo de adaptación de Hildegard Peplau. La unidad de análisis correspondió a una paciente mujer de 31 años con diagnóstico de cesárea seleccionado por conveniencia debido a su disponibilidad y características clínicas compatibles con los objetivos del estudio. **Resultados**: Se identificaron cinco diagnósticos enfermeros, para el diagnóstico: Dolor agudo, 90% de intervenciones ejecutadas exitosamente; 10% en proceso. Ansiedad se logró ejecutar el 80% de éxito y el 20% aún en proceso. Los diagnósticos de Riesgo de infección, Riesgo de hemorragia y el Patrón del sueño perturbado también tuvieron resultado fue similar 80% se ejecutaron exitosamente y el 20% en proceso. **Conclusión:** Las intervenciones de enfermería fundamentadas en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, evidenciaron una notable efectividad en la evolución favorable del estado clínico, favoreciendo la recuperación integral de la paciente constatándose una evolución clínica favorable. No obstante, se reconocieron áreas de mejora en la continuidad y el grado de implementación de ciertos cuidados, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de seguimiento individualizado y optimizar la atención en dimensiones específicas del proceso de recupera

Palabras claves: Cesárea; Paciente; Diagnóstico de Enfermería; Intervención de Enfermería; Recuperación Postoperatoria; Ansiedad. DeCS/MeSH.

ABSTRACT

Objective: To structure nursing interventions for the nursing care process applied to a cesarean section patient at Clínica Limatambo, San Isidro, Lima, 2025.**Materials and Methods:** A clinical, descriptive, and non-experimental case study was conducted using assessment tools such as Marjory Gordon's functional health patterns, the NANDA, NIC, and NOC taxonomies, and Hildegard Peplau's adaptation model. The unit of analysis was a 31-year-old female patient with a cesarean diagnosis, selected for convenience due to her availability and clinical characteristics aligned with the study objectives.**Results:** Five nursing diagnoses were identified: for Acute Pain, 90% of interventions were successfully carried out and 10% remained in progress. For Anxiety, 80% were successful and 20% in progress. For Risk of Infection, Risk of Hemorrhage, and Disturbed Sleep Pattern, results were similar, with 80% successfully executed and 20% ongoing.**Conclusion:** Nursing interventions based on NANDA, NIC, and NOC taxonomies demonstrated notable effectiveness in the patient's favorable clinical progress, supporting her integral recovery. However, areas for improvement were identified in the continuity and degree of implementation of certain care practices, highlighting the need to strengthen individualized follow-up strategies and optimize attention in specific dimensions of the recovery process.

Keywords: Cesarean Section; Patient; Nursing Diagnosis; Nursing Intervention; Postoperative Recovery; Anxiety.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Maro Teórico:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cesárea es una intervención quirúrgica que implica realizar una incisión en el abdomen y el útero de la gestante para extraer al bebé, siendo indicada únicamente cuando el parto vaginal implica riesgos para la madre o el feto. La OMS insiste en que su uso debe limitarse a situaciones donde exista una necesidad médica. (1) En España el Informe Anual del 2023, indicó que en 2022 el 22.4 % de los partos se realizaron por cesárea, cifra que se eleva al 34.5 % en el sector privado. (2) Otro estudio realizado en España sobre la bibliográfica entre el 2021 y 2022 destaco la importancia de adherirse a las recomendaciones internacionales respecto al uso de la cesárea, recomendándose mantener la tasa entre el 10% y el 15 % para evitar complicaciones y costos médicos innecesarios. (3) En México (2023), un estudio en un centro de primer nivel encontró una tasa de cesáreas del 39.9 %, principalmente por riesgo fetal, detención del trabajo de parto o macrosomía. El análisis señaló que algunas cesáreas podrían haberse evitado en pacientes de bajo riesgo, aunque se prioriza la referencia a centros de mayor capacidad para casos complicados.(4)

En Ecuador en el 2022, un estudio transversal identificó 108 partos por cesárea entre enero y agosto, con mayores frecuencias en enero y marzo. Las principales indicaciones fueron cicatriz uterina previa, desproporción cefalopélvica y ruptura prematura de membranas. (5) En Colombia en el 2022, reconoce el derecho de las mujeres a decidir de manera informada sobre la vía de parto. Sin embargo, las tasas de cesáreas siguen siendo elevadas y motivo de estudio para identificar sus causas y reducirlas. (6) En Chile, en 2022, la tasa nacional de cesáreas fue de aproximadamente 49.6 %, con variaciones regionalessignificativas: 54 % en la Región Metropolitana (45 % en hospitales públicos y 60 % en privados), llegando hasta 63 % en Magallanes. Se ha estudiado la influencia de la edad materna, condiciones de salud preexistentes y las diferencias entre cesáreas electivas y de urgencias.(7)

En Perú, durante 2022, Tumbes registró un 47.9 % de nacimientos por cesárea, superando el promedio nacional y acercándose al 49 % de Lima Metropolitana. El INEI reportó en la ENDES 2023 que el 37.8 % de los nacimientos a nivel nacional fueron por cesárea, con incrementos en varias regiones. Las causas incluyen factores maternos, obstétricos y prácticas médicas que requieren análisis para alinear las tasas con las recomendaciones de la OMS. (8)

Según la encuesta ENDES 2023, a nivel nacional el 37.8 % de los nacimientos en el quinquenio previo fueron por cesárea, mostrando un incremento respecto al año anterior. Las tasas más altas se encontraron en Lima, Tumbes y Moquegua, mientras que regiones como Huánuco, Loreto, Amazonas y Huancavelica reportaron los niveles más bajos. (9) En Trujillo, un estudio retrospectivo realizado en 2020 determinó que la cesárea repetida está asociada con mayor riesgo de atonía uterina, con un odds ratio de 2.90, indicando que este antecedente aumenta significativamente la probabilidad de dicha complicación. (10) Por otro lado, en un hospital de Lima durante 2022 se identificó que aproximadamente uno de cada cinco partos por cesárea se debió a antecedentes de una cesárea previa. Las mujeres con este perfil tenían en promedio 32 años, la mayoría con estudios secundarios completos y convivientes, con dos gestaciones previas en promedio.(11)El parto por cesárea es una intervención quirúrgica en la que se realiza un corte en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía) para extraer al bebé. Se indica cuando el parto vaginal representa un peligro mayor para la madre o el recién nacido, por ejemplo, ante complicaciones o condiciones que impiden un parto natural. (12) Las cesáreas se clasifican por el momento de su realización y por el tipo de incisión. Pueden ser programadas (antes de intraparto (durante el trabajo de parto). Según la incisión, se dividen en transversa baja (más común) o vertical (baja o alta, esta última usada en emergencias). Además, desde el punto de vista asistencial, se clasifican en electivas, en curso de parto y urgentes, estas últimas con subdivisiones según la rapidez requerida.
(13) La cesárea se indica por causas maternas, fetales o complicaciones del parto, como dilatación de parto insuficiente, placenta previa, preeclampsia o posiciones anómalas del bebé. Factores como edad avanzada o falta de controles aumentan el riesgo. La decisión se basa en un análisis médico para cuidar la salud materno-fetal. (14) Los síntomas después de una cesárea, es habitual sentir

dolor en la zona de la incisión, fiebre leve normal, pero persistente o alta (>38 °C) sugiere infección, sangrado vaginal que debería ir disminuyendo, estreñimiento o dificultad para mover el abdomen, hinchazón o dolor. También pueden presentarse inflamación o dolor en las piernas y problemas para respirar. Es clave vigilar señales de infección como enrojecimiento, secreción o calor en la herida. (15) El tratamiento de una cesárea, normalmente se permanece en el hospital entre dos y tres días. Para prevenir problemas como el estreñimiento o coágulos, se aconseja ingerir líquidos y caminar cuando la anestesia se pase. El personal revisará la herida para detectar infecciones y retirará la sonda urinaria lo antes posible. Se puede empezar a amamantar de inmediato, contando con la ayuda del personal de salud para aprender posiciones cómodas. Los analgésicos se elegirán considerando la lactancia materna. (16) Los cuidados de enfermería post cesárea se centran en la vigilancia de la madre y la herida quirúrgica (cura de la herida quirúrgica, revisar la retracción uterina), el manejo del dolor, control de sangrado e infecciones, la promoción de la lactancia y la educación sobre cuidados en el hogar. (17) Las complicaciones de la cesárea varían según el tipo (electiva o de emergencia) y factores individuales. La tasa de complicaciones postoperatorias ronda el 34%, y las intraoperatorias entre 12% y 15%. El riesgo es mayor en cesáreas de emergencia y en mujeres con obesidad, diabetes o infecciones. En general, la cesárea triplica el riesgo de complicaciones tempranas frente al parto vaginal. (18) La Teoría de las Relaciones Interpersonales, formulada por Hildegard Peplau, destaca la importancia del vínculo entre la enfermera y el paciente como elemento clave en el proceso de cuidado. Esta teoría sostiene que una interacción basada en la comunicación, la empatía y la confianza mutua favorece el bienestar del paciente y mejora los resultados del cuidado. Peplau propuso que esta relación terapéutica atraviesa cuatro etapas: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, durante las cuales la enfermera adopta distintos roles para acompañar al paciente en su proceso de adaptación frente a su estado de salud. A diferencia de enfoques centrados únicamente en lo físico o técnico, esta teoría pone énfasis en el aspecto humano de la atención, promoviendo una práctica profesional más integral, en la que el paciente es parte activa de su propio proceso de cuidado. (19)

Ansiedad:

En cuanto a este diagnóstico, NANDA-I lo define como: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. (20) La ansiedad es una reacción frente a un peligro percibido, pero en la neurosis se trata de un peligro interno, resultado de un conflicto inconsciente entre el ello, el yo y el superyó. (21) La ansiedad es el producto de una percepción de amenaza exagerada o distorsionada, resultado de interpretaciones erróneas o pensamientos automáticos negativos. (22) La ansiedad-estado es una reacción emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y preocupación, mientras que la ansiedad-rasgo es una disposición relativamente estable a percibir situaciones como amenazantes. (23)

Dolor agudo:

En cuanto a este diagnóstico, NANDA-I lo define como: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain) ; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible”. (20) El dolor agudo es un dolor de inicio súbito, de duración breve, que usualmente se relaciona con lesiones o cirugías y desaparece con la curación. (24) Dolor agudo es aquel que tiene un inicio reciente y limitado en el tiempo, con una causa identificable, y sirve como mecanismo protector. (25)Dolor agudo es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de duración limitada.(26)

Patrón del sueño perturbado:

En cuanto a este diagnóstico, NANDA-I lo define como: “Interrupciones del tiempo limitado disponible para dormir que interfieren con el funcionamiento de la persona”. (20) Dificultad persistente para iniciar o mantener el sueño, o despertar precoz, a pesar de tener las condiciones propicias para dormir y con repercusión en la funcionalidad diurna. (27) Cuando el sueño es insuficiente para mantener la alerta, el rendimiento y la salud, ya sea por reducción en la duración total del

sueño o por fragmentación del mismo mediante despertares breves y frecuentes.(28) Destacan que el sueño inadecuado interfiere en los procesos de recuperación y adaptación, y lo definen como un patrón alterado de suspensión natural de la conciencia, que impacta en la homeostasis.(29)

Riesgo de infección:

En cuanto a este diagnóstico, NANDA-I lo define como “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pude comprometer la salud”. (20) La infección es la invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en el cuerpo.(30) Es la entrada y desarrollo de un agente infeccioso en el organismo, que puede causar enfermedad. (31) Proceso en el que un microorganismo establece una relación dañina con el hospedador.(32)

Riesgo de hemorragia:

En cuanto a este diagnóstico, NANDA-I lo define como **“**Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud”. (20) Definen la hemorragia como la pérdida de componentes sanguíneos del sistema vascular, lo cual puede conducir a una oxigenación tisular inadecuada.(33) Probabilidad aumentada de pérdida sanguínea que puede ocurrir por procedimientos invasivos, trauma o alteraciones de coagulación. (34) Estado en el que el paciente presenta posibilidad elevada de sangrado debido a factores médicos o quirúrgicos.(35) Señalan que la hemorragia posparto es una complicación obstétrica grave caracterizada por una pérdida excesiva de sangre después del parto.(36)

1.2 Caso clínico

Paciente femenina de 31 años de edad, identificada con las iniciales L.G.V., quien ingresa al servicio de emergencias de la Clínica Limatambo el 14/06/25, acompañada de su esposo, por presentar contracciones uterinas que se incrementan en frecuencia e intensidad, sin pérdida de líquido amniótico ni sangrado vaginal. La paciente ingresa para hospitalización por cesárea programada urgente. Durante la entrevista, se observa ansiosa y preocupada, refiriendo que presenta contracciones desde las 6:00 a. m. del día anterior, las

cuales han ido aumentando en dolor e intensidad. También refiere dolor en la parte baja de la espalda y que no pudo dormir en toda la noche. Antecedentes importantes: cesárea anterior realizada hace 2 años. Al examen físico, se observa un paciente consciente y orientada, con fascie de preocupación y dolor, en posición antalgica con una palidez leve y temperatura corporal de 36.6. C°, presión arterial 120/60 mmHg , frecuencia cardiaca de 98 lp , frecuencia respiratoria de 20 rpm . A la inspección se identifica signos de fatiga con ojeras, piel hidratada, sin palidez franca, ligera hinchazón en los pies y manos. A la palpación edema leve en miembros inferiores y superiores, pulso regular. A la auscultación cardiopulmonar sin ruidos patólogos, se perciben ruidos intestinales activos, abdomen con distensión y dolor localizado en vientre. Tras la evaluación de enfermería y los hallazgos encontrados se confirma la indicación de intervención quirúrgica inmediata (cesárea) y la necesidad de vigilancia postoperatoria estricta para reducir la ansiedad, controlar el dolor, prevenir complicaciones postquirúrgicas. El plan de manejo establecido es la hospitalización para cesárea inmediata, el manejo integral con tratamiento antibiótico empírico intravenosa intravenoso, analgesia, hidratación parenteral, control estricto de diuresis y sangrado, educación y acompañamiento emocional para reducir la ansiedad y facilitar el afrontamiento.

1.3 Valoración de enfermería

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

Datos Significativos	Dominio / Clase
Datos subjetivos: Ansiosa y preocupada por el procedimiento. Refiere antecedentes de cesárea. anterior hace dos años. **Datos objetivos:** Ingresa por cesárea programada urgente. Plan de manejo: antibiótico EV,analgesia, hidratación, control de diuresis y sangrado.	**Dominio 1:** Promoción de la salud **Clase 2:** Gestión de la salud

Patrón 4: Actividad–ejercicio

Datos Significativos	Dominio / Clase
Datos subjetivos: Dolor en la parte baja de la espalda. Dolor abdominal bajo en aumento. **Datos objetivos:** Posición antalgica. Fascie de dolor. EVA 9/10. Pulso regular. Signos estables : P.A: 120/60 mmHg F.C: 98 lpm. F.R: 20 rpm.T° : 36.6 C°	**Dominio 4:** Actividad/Reposo **Clase 2:** Movilidad/ Actividad

Patrón 5: Sueño- descanso

Datos Significativos	Dominio / Clase
Datos subjetivos: No pudo dormir toda la noche. **Datos objetivos:** Ojeras visibles. Signos de fatiga.	**Dominio 4 :** Actividad/ Reposo. **Clase 4:** Sueño/Descanso.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual

Datos Significativos	Dominio / Clase

Datos subjetivos: Refiere dolor intense creciente. Ansiedad por la cirugía. **Datos objetivos:** Paciente consciente y orientada. Responde adecuadamente. Dolor localizado en vientre.	**Dominio 5 :** Percepción. **Clase 4:** Procesos Cognitivos.

Patrón 7: Autopercepción-auto concepto

Datos Significativos	Dominio / Clase
Datos subjetivos: Ansiosa. Preocupada. Expresa miedo al procedimiento **Datos objetivos:** Fascie de preocupación. Conducta ansiosa.	**Dominio 6 :** Autopercepción **Clase 1:** Imagen corporal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Primer diagnostico

- **Etiqueta diagnostica:** Ansiedad.
- **Característica Definitorias:** Verbalización de miedo, expresión facial ansiosa y preocupada, insomnio, conducta inquieta, hipervigilancia, tensión muscular y dificultad para concentrarse.
- **Factores Relacionados:** Experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor, incertidumbre sobre el resultado materno-fetal, amenaza percibida al bienestar de uno mismo o del feto.
- **Enunciado Diagnostico:** Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno-fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización

de miedo, insomnio y conducta inquieta.

Segundo Diagnostico

- **Etiqueta Diagnostico**: Dolor agudo**.**
- **Características Definitorias:** Verbalización de dolor en hipogastrio (bajo vientre) y espalda y EVA: 9/10, expresiones faciales de malestar, posición antálgica (postura para aliviar el dolor), conducta protectora hacia la zona dolorida, aumento de la tensión muscular, inquietud motora.
- **Factores Relacionados:** Proceso fisiológico del trabajo de parto, contracciones uterinas intensas, cambios en la presión intraabdominal, estiramiento y dilatación del cuello uterino.
- **Enunciado Diagnostico:** Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antálgica y expresión facial de malestar.

Tercer Diagnostico

- **Etiqueta Diagnostica:** Patrón del sueño perturbado.
- **Característica Definitorias:** Reporta no haber dormido durante varias noche, ojeras visibles, signos de fatiga (letargo, disminución de la concentración) quejas de cansancio durante el día, cambios en el comportamiento relacionados con la falta de sueño.
- **Factores de Riesgo:** Dolor e incomodidad física.
- **Enunciado Diagnostico**: Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.

Cuarto Diagnostico

- **Etiqueta Diagnostica:** Riesgo de infección.
- **Factores de Riesgo:** Procedimiento quirúrgico (cesárea), con ruptura de la barrera cutánea, exposición a microorganismos en el entorno hospitalario y posible disminución de las defensas inmunológicas postoperatorias.
- **Enunciado Diagnostica:** Riesgo de infección relacionado con procedimiento

quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.

Quinto Diagnostico

- **Etiqueta Diagnostica:** Riesgo de hemorragia.
- **Factores de Riesgo:** Intervención quirúrgica uterina (cesárea, antecedentes de cesárea previa (posible formación de adherencias o alteraciones en la cicatrización uterina y alteración de los vasos sanguíneos en el sitio quirúrgico.
- **Enunciado Diagnostica:** Riesgo de hemorragia relacionado con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.

1.4 Priorización de diagnósticos

1. Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antálgica y expresión facial de malestar.
2. Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno-fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta.
3. Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.
4. Riesgo de hemorragia relacionado con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.
5. Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS

2.1. Diseño de estudio

Se desarrollará un estudio de caso clínico con enfoque cuantitativo, empleando un diseño descriptivo y no experimental. La investigación estará orientada a la utilización de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC para abordar la condición del paciente. En este análisis participarán distintas especialidades del ámbito de la salud, tratándose como un caso real y único. Se aplicarán diversos criterios y métodos con el fin de abordar de forma integral los aspectos sociales vinculados a la Cesárea. Los resultados de enfermería serán examinados y concluidos con base en la evidencia recolectada a lo largo del estudio.

2.2. Población

La población estudiada está representada por una sola paciente, una mujer de 31años, que este momento se encuentra en el servicio de emergencia con diagnóstico de Cesárea. Este caso particular tiene lugar en la Clínica Limatambo.

2.3. Procedimiento de recolección de datos

2.3.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

Antes de comenzar con la recopilación de datos, se le explicó a la paciente el propósito de la investigación. Ella respondió amablemente y brindó su consentimiento, lo que facilitó una coordinación efectiva con el competente personal de la aérea de emergencia durante el turno respectivo.

2.3.2. Aplicación de instrumento de recolección de datos:

La obtención de datos se efectuó durante el mes de Mayo del presente año. Para ello, se tramitó la autorización correspondiente ante el jefe de personal del servicio de emergencia de la Clínica Limatambo, quien otorgó su aprobación, logrando una repuesta de satisfactoria. Se programó un día determinado para llevar a cabo la valoración de enfermería en dicho servicio. Al finalizar la evaluación de la paciente, se realizó una revisión detallada para asegurar que el instrumento estuviera correctamente diligenciado.

2.3.3. Técnica de recolección de datos:

Se emplearon la observación y la entrevista como técnicas principales, debido a que permiten obtener información de forma eficiente.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos:

Para la obtención de información, se utilizó el instrumento de valoración basado en los patrones funcionales propuestos por Hidegard P, mediante el cual se realizó la recolección de datos. Este formato contempla 11 patrones funcionales de salud, un modelo que facilita la evaluación completa del estado físico, psicológico y social del paciente. Este enfoque permite recopilar información de manera estructurada, lo que mejora la planificación de cuidados individualizados en enfermería. La organización de los cuidados se realizó siguiendo el modelo de planificación funcional, que comprende la identificación del diagnóstico de enfermería, la formulación de un objetivo central, la definición de los resultados esperados, el diseño de intervenciones de enfermería, la ejecución de las acciones y su posterior evaluación.

2.4. Método de análisis

Tras concluir la recolección de datos del paciente adulto mayor, se llevó a cabo la transcripción de la información y la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, utilizando las codificaciones propuestas por sus respectivos autores. Dichas codificaciones serán organizadas en tablas e interpretadas conforme a nuestro análisis, con el propósito de lograr resultados favorables que contribuyan al bienestar del paciente.

2.5 Aspectos éticos

Se informó al paciente acerca del propósito de la recolección de datos, asegurándole que la información obtenida sería utilizada para apoyar decisiones relacionadas con su atención. Se respetaron sus preferencias personales y se le brindó la oportunidad de manifestar sus necesidades y preocupaciones. Asimismo, se comunicó al personal del turno correspondiente sobre la ejecución del estudio, proporcionándoles los datos pertinentes.

Principio de beneficencia

Se informó al personal de salud acerca de la importancia y los beneficios del estudio, destacando la necesidad de brindar cuidados de enfermería profesionales como medio para asegurar una atención de calidad y reforzar la confianza del paciente.

Principio de no maleficencia

Se atendieron todas las dudas del paciente respecto al estudio, garantizándole que este no representaría ningún riesgo para su salud ni comprometería su integridad. Del mismo modo, se ofreció esta misma garantía al personal profesional del área involucrada.

Principio de justicia

La atención ofrecida a la paciente se distinguió por un trato cordial, respetuoso y considerado, garantizando en todo momento la no discriminación y la salvaguarda de sus derechos.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1 Intervención de enfermería

Tabla 1. Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antalgica y expresión facial de malestar, EVA 9/10.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 12: Confort. **Clase 1:** Confort físico **Código:** 00132 Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por Verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antalgica y expresión facial de malestar EVA 9/10.	**NOC :** Control del dolor **1605** **INDICADORES:** **160501** Reconoce el inicio del dolor Raramente adecuado(2) **160527** Realiza técnicas de relajación efectivas. Raramente adecuado(2)	**NIC: 1400** Manejo del dolor. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar características del dolor (intensidad, localización, duración, tipo), **2.** Fomentar el uso de técnicas de respiración profunda y visualización guiada. **3.** Animar al paciente a conversar o pensar temas placenteros. **4.** Posicionar al paciente para mayor confort. **5.** Ofrecer estímulos visuales o auditivos (música suave, videos relajantes).	**NIC:** Alivio del dolor o disminución del dolor hasta un nivel de comodidad para el paciente. **1.** Permite comprender como lo experimenta el paciente y ayuda a detectar la cusa y conocer la intensidad lo cual es clave para definir su tratamiento. **2.** Ayuda a reducir el dolor y la ansiedad, ya que estas técnicas relajan el cuerpo y mente. **3.** Ayuda a distraer su mente del dolor que está sintiendo. **4.** Ayuda a reducir el dolor, la tensión muscular y la incomodidad. **5.** Ayuda a distraer su mente del dolor , del estrés para que el paciente se sienta más conectado con su entorno.	**NOC: 2109 –** Nivel del dolor. **INDICADORES:** **210201:** Intensidad del dolor referido (moderadamente adecuado 3) **210204:** Expresión facial de dolor reducida (moderadamente adecuado 3)

	NOC: Nivel del dolor 2102 **INDICADORES: 210201** Intensidad del dolor referido (ligeramente adecuado.(2) **210204** Expresión facial de dolor reducida (ligeramente adecuado 2)	**NIC: 1400** Manejo del dolor. **ACTIVIDADES:** 1. Evaluar nivel e intensidad del dolor con escala EVA. 2. Observar signos no verbales del dolor. 3. Identificar los factores que aumente el nivel del dolor. 4. Ofrecer medida de confort medidas de confort como cambio de posición y uso de almohadas. 5. Reducir estímulos ambientales que aumentan el dolor.	Disminuir la percepción del dolor hasta alcanzar un nivel de confort aceptable para el paciente. **1.** Con la escala de EVA Nos ayuda a conocer realmente cuanto le duele al paciente y que tan fuerte siente el dolor. **2.** Al observar los signos no verbales, el paciente nos dirá lo que sienten y así darnos cuenta si tiene dolor. **3.** Nos ayuda a entender mejor su situación y prevenir que el dolor empeore. **4.** Ayuda a aliviar molestias y reducir el dolor. **5.** Reducir los ruidos, luces Fuertes o interrupciones ayuda que el paciente este mas	**NOC: 2109 –** Nivel del dolor. **INDICADORES:** **210201:** Intensidad del dolor referido (moderadamente adecuado 3). **210204:** Expresión facial de dolor reducida (moderadamente adecuado 3).

Figura 1. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería. Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antalgica y expresión facial de malestar, EVA 9/10.

Diagnóstico enfermería NANDA	**Criterios de Evaluación NOC**	**Intervenciones de enfermería NIC**	**Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda**
			Se Ejecutó No se ejecutó En proceso
Dominio 12: Confort. **Clase 1:** Confort físico **Código:** 00132 Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por Verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antalgica y expresión facial de malestar EVA 9/10.	**NOC :** Control del dolor **1605** **INDICADORES:** **160501** Reconoce el inicio del dolor Raramente adecuado(2) **160527** Realiza técnicas de relajación efectivas. Raramente adecuado(2)	**NIC: (1400)** Manejo del dolor. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar características del dolor (intensidad, localización, duración, tipo), **2.** Fomentar el uso de técnicas de respiración profunda y visualización guiada. **3.** Animar al paciente a conversar o pensar temas placenteros. **4.** Posicionar al paciente para mayor confort. **5.** Ofrecer estímulos visuales o auditivos (música suave, videos relajantes).	**90%** **10%**

	NOC: Nivel del dolor (2102) **INDICADORES:** **210201** Intensidad del dolor referido (ligeramente adecuado.(2) **210204** Expresión facial de dolor reducida (ligeramente adecuado 2)	**NIC: (1400)** Manejo del dolor. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar nivel e intensidad del dolor con escala EVA. **2.** Observar signos no verbales del dolor. **3.** Identificar los factores que aumente el nivel del dolor. **4.** Ofrecer medida de confort medidas de confort como cambio de posición y uso de almohadas. **5.** Reducir estímulos ambientales que aumentan el dolor.	

En relación de la figura 1 , se puede destacar que el 90% de las intervenciones planificadas fueron ejecutadas de manera exitosa, lo que ha contribuido a una mejora significativa en el estado del paciente mostrando un EVA 5/10 .El 10% restante corresponde a intervenciones que aún están en proceso de ejecución o evaluación esto se atribuye principalmente a la duración del tratamiento post-operatorio.

Tabla 2. Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno-fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 9: Afrontamiento /Tolerancia al estrés **Clase 2: Respuestas** de Afrontamiento. **Código:** 00146. Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno- fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta.	**NOC :** 1211 Nivel de ansiedad **INDICADORES:** **121113** Expresiones faciales de preocupación (sustancial 2) **121103** Inquietud (sustancial 2)	**NIC: 5820 Disminución de la ansiedad.** **ACTIVIDADES:** **1.** Escuchar con atención las expresiones de miedo y preocupación de la paciente para validar sus sentimientos. **2.** Explicar los procedimientos quirúrgicos y sus posibles efectos en un lenguaje claro y adaptado a su nivel de compresión, reduciendo la incertidumbre. **3.** Fomentar técnicas de relajación (respiración profunda, visualización positiva) antes de la cirugía escenarios seguros y agradables. **4.** Reforzar verbalmente los esfuerzos de la paciente cuando utilice las técnicas aprendidas para reducir su ansiedad. **5.** Establecer un horario breve pero frecuente de práctica de las técnicas para que se integren en su rutina prequirúrgica.	**NIC:** Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto o anticipado. **1.** Escucharla la hace sentir acompañada. **2.** Explicar bien le da seguridad a la paciente. **3.** Relajarse ayuda a calmar los nervios. **4.** Tener a alguien cerca le da confianza. **5.** Hablar en positivo le da ánimo.	**NOC: 1211-** Nivel de ansiedad. **INDICADORES:** 121113 Expresiones faciales de preocupación: paso de 2 a 4 leve. 121103 Inquietud: paso de 2 a 4 leve.

	NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad **INDICADORES:** **140203** **Utiliza** técnicas de Relajación. 2 (raramente demostrado) **140207** Controla la respuesta de miedo. 2 (raramente demostrado)	**NIC: 6040** Entrenamiento en técnicas para disminuir la ansiedad. **ACTIVIDADES:** **1.** Enseñar técnicas de respiración diafragmática y practicarlas con la paciente hasta que pueda realizarlas de forma autónoma. **2.** Instruir en relajación muscular progresiva, empezando por grupos musculares pequeños y avanzando a los grandes. **3.** Fomentar el uso de visualización positiva, guiando a la paciente para que imagine escenarios seguros y agradables. **4.** Reforzar verbalmente los esfuerzos de la paciente cuando utilice las técnicas aprendidas para reducir su ansiedad. **5.** Establecer un horario breve pero frecuente de práctica de las técnicas para que se integren en su rutina prequirúrgica.	Ayudar al paciente a desarrollar y utilizar estrategias para reducir los sentimientos de tensión y aprensión. **1.** Enseñar respiración diafragmática mejora la oxigenación y calma. **2.** La relajación muscular progresiva libera tensión física y mental. **3.** La visualización positiva generasensaciones de seguridad y bienestar. **4.** Reforzar verbalmente motiva y aumenta la confianza de la paciente. **5.** Practicar con frecuencia consolida las técnicas y mejora el control de la ansiedad.	**NOC: :** **1402 -** Autocontrol de ansiedad. **INDICADORES:** **140203** Utiliza técnicas de relajación paso de 2 a 4 (frecuentemente demostrado) **140207** Controla respuesta de miedo paso de 2 a 4 (frecuentemente demostrado)

Figura 2. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería. Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno-fetales,

evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda
			Se Ejecutó No se ejecutó En proceso
Dominio 9: Afrontamiento /Tolerancia al estrés **Clase 2:** Respuestas de Afrontamiento. **Código:** 00146. Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno-fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta.	**NOC : 1211** Nivel de ansiedad. **INDICADORES:** **121113** Expresiones faciales de preocupación (sustancial 2) **121103** Inquietud (sustancial 2)	**NIC: 5820** Disminución de la ansiedad. **ACTIVIDADES:** **1.** Escuchar con atención las expresiones de miedo y preocupación de la paciente para validar sus sentimientos. **2.** Explicar los procedimientos quirúrgicos y sus posibles efectos en un lenguaje claro y adaptado a su nivel de compresión, reduciendo la incertidumbre. **3.** Fomentar técnicas de relajación (respiración profunda, visualización positiva) antes de la cirugía escenarios seguros y agradables. **4.** Reforzar verbalmente los esfuerzos de la paciente cuando utilice las técnicas aprendidas para reducir su ansiedad. **5.** Establecer un horario breve pero frecuente de práctica de las técnicas para que se integren en su rutina prequirúrgica. Ayudar al paciente a desarrollar y utilizar estrategias para reducir los sentimientos de tensión y aprensión.	**80%** **20%**

	NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad **INDICADORES:** **140203** Utiliza técnicas de Relajación. 2 (raramente demostrado) **140207** Controla la respuesta de miedo 2 (raramente demostrado)	**ACTIVIDADES:** **1.** Enseñar técnicas de respiración diafragmática y practicarlas con la paciente hasta que pueda realizarlas de forma autónoma. **2.** Instruir en relajación muscular progresiva, empezando por grupos musculares pequeños y avanzando a los grandes. **3.** Fomentar el uso de visualización positiva, guiando a la paciente para que imagine escenarios seguros y agradables. **4.** Reforzar verbalmente los esfuerzos de la paciente cuando utilice las técnicas aprendidas para reducir su ansiedad. **5.** Establecer un horario breve pero frecuente de práctica de las técnicas para que se integren en su rutina prequirúrgica.	

En relación de la figura 2 , se logró ejecutar el 80% de las intervenciones planificadas. Esto indica que la mayoría de las acciones se aplicaron con éxito, contribuyendo a una disminución parcial de la ansiedad manifestada por la paciente y el 20% restante está aún en proceso debido a que algunas intervenciones requieren más tiempo para mostrar resultados completos.

Tabla 3. Riesgo de infección factor de riesgo con procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 11: Seguridad/Protección **Clase 2:** Infección **Código: 00004** Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.	**NOC: 0703 –** Curación de heridas. **INDICADORES:** **070304 –** Ausencia de signos de infección (3 moderada) **070306 –** Limpieza dela herida (3 moderada)	**NIC: 3440** Cuidados del sitio de incisión/herida. **ACTIVIDADES:** **1.** Aplicar solución antiséptica según tolerancia de la paciente. **2.** Utilizar los apósitos estériles con efecto barrera para limitar la exposición ambiental. **3.** Controlar signos de infección (fiebre, enrojecimiento, secreciones. **4.** Asegurar el estado adecuado de vendajes, catéteres y dispositivos. **5.** Enseñar al paciente y familia técnicas correctas de higiene de la herida.	Prevenir la invasión microbiana en la zona ulcerada mediante cuidados locales con técnica estéril y control de factores Predisponentes. **1.** La aplicación de antisépticos ayuda a prevenir infecciones en la piel o herida del paciente. **2.** Los apósitos protegen la herida del contacto con microrganismos del ambiente. **3.** Nos ayuda a detectar a tiempo si el cuerpo esta reaccionando mal o si hay una herida infectada. **4.** Asegurar que los vendajes estén en buen estado es clave para evitar infecciones o complicaciones. **5.** Es importante para prevenir infecciones y cuidar la salud en casa.	**NOC: 0703 –** Curación de heridas. **INDICADORES:** **070304 –** Ausencia de signos de infección: La lesión no presenta enrojecimiento, ni calor local, ni secreción purulenta; lo que Indica una buena evolución y un control adecuado de la inflamación. (de 3 paso a 5 completa) **070306 –** Limpieza de la herida: El lecho se observa sin residuos necróticos ni tejido desvitalizado visible, no hay secreción La secreción y el apósito se mantienen limpio por mayor tiempo. (de3 paso a 5 completo)

	NOC 1924 – Prevención de infección **INDICADORES:** **192401** Conocimiento de signos y síntomas de infección (3 a veces demostrado) **192406** Prácticas de higiene personal (raramente demostrado)	**NIC: 6540 –** Control de infecciones **ACTIVIDADES:** **1.** Enseñar técnicas de higiene a paciente y familia. (lavado de manos, cuidado de heridas). **2.** Promover uso de ropa limpia y materiales adecuados durante el autocuidado. **3.** Asegurar un entorno limpio y seguro, ventilado y con buena higiene. **4.** Registrar hallazgo y notificar cualquier signo de infección de inmediato. **5.** Fomentar la hidratación y nutrición adecuada, que fortalecen el sistema inmune.	Ayuda a evitar que los Microorganismos dañinos entren al cuerpo del paciente o se propaguen. **1.** Las técnicas nos ayuda a prevenir infecciones y cuidar mejor su salud en casa. **2.** Es importante porque nos ayuda a mantener la piel sana y a prevenir infecciones. **3.** Nos ayuda a prevenir infecciones y a que el paciente se sientas más cómodo. **4.** Nos permite actuar rápido y evitar que el problema se grave. Ayuda llevar un buen control de infección del paciente. **5.** Nos ayuda a que el cuerpo del paciente este más fuerte para defenderse de enfermedades. Lo que mejora larecuperación y previene infecciones.	**NOC: 1924 –** Prevención de infección **INDICADORES:** **192401 –** Conocimiento de signos y síntomas de infección. La paciente identifica signos como enrojecimiento, calor, secreción y manifiesta los cabios clínicos. (de 3 paso a 5 siempre demostrado) **192406 –** Prácticas de higiene personal: Se evidencian mejoras en el cuidado diario incluyendo el lavado de Manos, uso de ropa limpia lo que contribuye a limitar la exposición microbiana. (de 2 paso a 4 frecuentemente demostrado)

Figura 3. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería, Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda
			Se Ejecutó No se ejecutó En proceso
Dominio 11: Seguridad/Protección **Clase 2:** Infección **Código: 00004** Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea.	**NOC: 0703 –** Curación de heridas. **INDICADORES:** **070304 –** Ausencia de signos de infección (3 moderada) **070306 –** Limpieza dela herida (3 moderada)	**NIC: 3440** Cuidados del sitio de incisión/herida. **ACTIVIDADES:** **1.** Aplicar solución antiséptica según tolerancia de la paciente. **2.** Utilizar los apósitos estériles con efecto barrera para limitar la exposición ambiental. **3.** Controlar signos de infección (fiebre, enrojecimiento, secreciones. **4.** Asegurar el estado adecuado de vendajes, catéteres y dispositivos. **5.** Enseñar al paciente y familia técnicas correctas de higiene de la herida.	**80%** **20%**

	NOC 1924 – Prevención de infección **INDICADORES:** **192401 -** Conocimiento de signos y síntomas de infección (3 a veces demostrado) **192406 -** Prácticas de higiene personal (raramente demostrado)	**NIC: 6540 –** Control de infecciones **ACTIVIDADES:** **1.** Enseñar técnicas de higiene a paciente y familia. (lavado de manos, cuidado de heridas). **2.** Promover uso de ropa limpia y materiales adecuados durante el autocuidado. **3.** Asegurar un entorno limpio y seguro, ventilado y con buena higiene. **4.** Registrar hallazgo y notificar cualquier signo de infección de inmediato. **5.** Fomentar la hidratación y nutrición adecuada, que fortalecen el sistema inmune.	

En relación a la figura 3, se logró ejecutar el 80% de las intervenciones planificadas, esto refleja que la mayoría de las ac ciones preventivas, se llevaron a cabo de forma efectiva, contribuyendo a minimizar el riesgo de infección. El 20% restante está en proceso debido a que algunas medidas requieren seguimiento continuo, Este porcentaje en proceso indica que el cuidado es dinámico y que se mantiene una vigilancia constante para asegurar la prevención total de infecciones postquirúrgicas.

Tabla 4. Riesgo de hemorragia factor de riesgo con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 4: Fisiológico. **Clase4:** Circulación. **Código: 00206** Riesgo de hemorragia relacionado con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.	**NOC: 0410-** Severidad de la pérdida de sangre **INDICADORES:** **041004** - Volumen de perdida sanguínea (3 moderada) **041009-** Presión arterial sistólica (3 moderada)	**NIC: 4010**- Precauciones de la hemorragia. **ACTIVIDADES:** **1.** Monitorizar signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno) en intervalos establecidos. **2.** Observar el sitio quirúrgico y los apósitos para detectar sangrado visible o aumento de exudado. **3.** Valorar la cantidad y características del sangrado vaginal pos cesárea, registrando color, cantidad y coágulos. **4.** Mantener acceso venoso permeable para administración rápida de líquidos o hemoderivados si es necesario. **5.** Informar de inmediato al equipo médico ante signos de hemorragia o inestabilidad hemodinámica.	**NIC:** Establecer medidas para la detección temprana y el tratamiento de la hemorragia. **1.** Controlar signos vitales ayuda a detectar sangrado temprano. **2.** Revisar la herida permite ver cambios o sangrado. **3.** Valorar el sangrado vaginal muestra la magnitud de la pérdida. **4.** Mantener la vía venosa asegura tratamiento rápido. **5.** Avisar al médico permite actuar de inmediato.	**NOC: 0410** Severidad pérdida de sangre. **INDICADORES:** **041004** Volumen de perdida sanguínea (paso de 3 moderada A 5 ninguna) **041009** Presión arterial sistólica (paso de 3 moderada A 5 ninguna alteración)

	NOC: 0401 - Estado circulatorio **INDICADORES:** **040101 -** Frecuencia cardiaca (3 moderada) **040111** - Color de la piel (3 moderada)	**NIC: 6680-** Monitorización de signos vitales. **ACTIVIDADES:** **1.** Medir la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en intervalos regulares o según indicación médica. **2.** Registrar los valores obtenidos de manera precisa y oportuna en la hoja de control o sistema electrónico. **3.** Observar el color, temperatura y humedad de la piel para valorar la perfusión periférica. **4.** Comparar los valores actuales con los previos para detectar cambios o tendencias anormales. **5.** Comunicar de inmediato al equipo de salud cualquier signo de alteración que indique compromiso circulatorio.	Recoger y analizar datos sobre las funciones vitales para detectar cambios o problemas potenciales. **1.** Medir los signos vitales me permite ver si la circulación está bien. **2.** Registrar los datos me ayuda a llevar un control exacto. **3.** La piel me muestra si la sangre llega bien a todo el cuerpo, muestra la perfusión y oxigenación. . **4.** Comparar los valores me deja ver si el paciente mejora o empeora. **5.** Avisar al médico rápido ayuda a prevenir complicaciones y actuar a tiempo.	**NOC: : 0401** Estado circulatorio **INDICADORES:** **040101** Frecuencia cardiaca (paso de 3 moderada a 5 no comprometida) **040111** Color de la piel (paso 3 A moderada 5 no comprometida)

Figura 4. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería Riesgo de hemorragia relacionado con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda
			Se Ejecutó No se ejecutó En proceso
Dominio 4: Fisiológico. **Clase4:** Circulación. **Código: 00206** Riesgo de hemorragia relacionado con intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa.	**NOC: 0410-** Severidad de la pérdida de sangre **INDICADORES:** **041004** Volumen de perdida sanguínea (3 moderada) **041009** Presión arterial sistólica (3 moderada)	**NIC: 4010**- Precauciones de la hemorragia. **ACTIVIDADES:** **1.** Monitorizar signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno) en intervalos establecidos. **2.** Observar el sitio quirúrgico y los apósitos para detectar sangrado visible o aumento de exudado. **3.** Valorar la cantidad y características del sangrado vaginal pos cesárea, registrando color, cantidad y coágulos. **4.** Mantener acceso venoso permeable para administración rápida de líquidos o hemoderivados si es necesario. **5.** Informar de inmediato al equipo médico ante signos de hemorragia o inestabilidad hemodinámica.	**80%** **20%**

	NOC: 0401 Estado circulatorio **INDICADORES:** **040101** Frecuencia cardiaca (3 moderada) **040111** Color de la piel (3 moderada)	**ACTIVIDADES:** **1.** Medir la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en intervalos regulares o según indicación médica. **2.** Registrar los valores obtenidos de manera precisa y oportuna en la hoja de control o sistema electrónico. **3.** Observar el color, temperatura y humedad de la piel para valorar la perfusión periférica. **4.** Comparar los valores actuales con los previos para detectar cambios o tendencias anormales. **5.** Comunicar de inmediato al equipo de salud cualquier signo de alteración que indique compromiso circulatorio.	

En relación a la figura 4, se logró ejecutar el 80% de las intervenciones planificadas implementando de manera efectiva y el 20% restante está en proceso, ya que algunas intervenciones requieren tiempo para su completa evaluación y seguimiento, y la vigilancia continua es crucial dada la gravedad potencial del riesgo, lo que justifica la atención constante y ajustes en el plan de cuidados según la evolución clínica.

Tabla 5. Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 11: Sueño/ Descanso **Clase 1:** Sueño **Código: 00198** Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.	**NOC: 0004** Patrón de sueño. **INDICADORES:** **0000402** Horas de sueño. 2 (pobre). **000403** Calidad de sueño. 2 (pobre)	**NIC: 1850 -** Manejo del patrón del sueño. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar hábitos de sueño, ambiente y factores que interfieren en el descanso. **2.** Crear un ambiente tranquilo, oscuro y confortable para favorecer el sueño. **3.** Fomentar la relajación antes de dormir mediante técnicas como respiración profunda o música suave. **4.** Educar sobre la importancia de horarios regulares para acostarse y levantarse. **5.** Evitar la administración de estimulantes, (como cafeína) en horas cercanas al sueño.	**NIC:** Intervenciones para promover el sueño adecuado y prevenir o tratar las alteraciones del sueño. **1.** Evaluar el sueño ayuda a entender problemas. **2.** Un ambiente tranquilo facilita dormir mejor. **3.** La relajación prepara el cuerpo para descansar. **4.** Horarios fijos ayudan a regular el sueño. **5.** Evitar cafeína evita que el cuerpo se active antes de dormir.	**NOC: 0004** Patrón de sueño. **INDICADORES:** **0000402** Horas de sueño 2(pobre) paso a 4 (bueno) **000403** Calidad de sueño. 2 (pobre) paso a (4)

	NOC:0007 Fatiga. **INDICADORES:** **000702** Nivel de energía 2 (grave) **000705** Capacidad para realizar actividades 2 (grave)	**NIC: 1630** - Manejo de la fatiga. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar el nivel de fatiga y factores que la provocan o agravan. **2.** Planificar períodos de descanso adecuados durante el día. **3.** Fomentar una dieta balanceada e hidratación adecuada para mantener energía. **4.** Promover la realización gradual de actividades para mejorar la tolerancia física. **5.** Educar sobre técnicas de manejo del estrés que pueden reducir la fatiga.	**NIC:** Intervenciones para reducir a fatiga y mejorar el nivel de energía y la capacidad para realizar actividades. **1.** Es importante conocer cuánto cansa al paciente y qué lo empeora para darle un cuidado adecuado. **2.** Organizar momentos de descanso ayuda a que el cuerpo recupere fuerzas y evite agotarse más. **3.** Una buena alimentación y suficiente agua dan energía para funcionar mejor. **4.** Hacer ejercicio poco a poco fortalece el cuerpo y mejora la resistencia. ➢ Enseñar a manejar el estrés reduce el cansancio emocional y físico, mejorando el bienestar general.	**INDICADORES:** **000702** Nivel de energía de 2 (grave) paso 4 (leve) **000705** Capacidad para realizar actividades 2 (grave) a 4 (leve)

Figura 5. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.

Diagnóstico enfermería NANDA	**Criterios de Evaluación NOC**	**Intervenciones de enfermería NIC**	**Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda**
			Se Ejecutó No se ejecutó En proceso
Dominio 11: Sueño/ Descanso **Clase 1:** Sueño **Código: 00198** Patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga.	**NOC: 0004** Patrón de sueño. **INDICADORES:** **0000402** Horas de sueño. 2 (pobre). **000403** Calidad de sueño. 2 (pobre)	**NIC: 1850 -** Manejo del patrón del sueño. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar hábitos de sueño, ambiente y factores que interfieren en el descanso. **2.** Crear un ambiente tranquilo, oscuro y confortable para favorecer el sueño. **3.** Fomentar la relajación antes de dormir mediante técnicas como respiración profunda o música suave. **4.** Educar sobre la importancia de horarios regulares para acostarse y levantarse. **5.** Evitar la administración de estimulantes, (como cafeína) en horas cercanas al sueño.	**80%** **20%**

	NOC:0007 Fatiga. **INDICADORES:** **000702** Nivel de energía 2 (grave) **000705** Capacidad para realizar actividades 2 (grave)	**NIC: 1630** - Manejo de la fatiga. **ACTIVIDADES:** **1.** Evaluar el nivel de fatiga y factores que la provocan o agravan. **2.** Planificar períodos de descanso adecuados durante el día. **3.** Fomentar una dieta balanceada e hidratación adecuada para mantener energía. **4.** Promover la realización gradual de actividades para mejorar la tolerancia física. **5.** Educar sobre técnicas de manejo del estrés que pueden reducir la fatiga.	

En relación a la figura 5, se logró ejecutar el 80% de las intervenciones planificadas. Esto indica que la mayoría de las acciones se llevaron a cabo con éxito, contribuyendo a una mejora parcial en la calidad y duración del sueño. El 20% restante está en proceso, ya que ciertas intervenciones, requieren más tiempo para mostrar resultados completos ya que el paciente aún se encuentra en modificación del patrón sueño.

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1 Discusión

Este caso clínico aplicado a un paciente joven femenina con diagnóstico de Cesárea que ingresa por emergencia a la Clínica Limatambo, representa una oportunidad para evidenciar cómo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), basado en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, representa una oportunidad fundamental para brindar una atención integral, sistematizada y centrada en las necesidades reales y potenciales de la paciente facilitando una recuperación progresiva y segura.

Con respecto al primer diagnóstico; Dolor agudo relacionado con el proceso de trabajo de parto y contracciones uterinas intensas, evidenciado por verbalización de dolor en el bajo vientre y espalda, así como por postura antálgica y expresión facial de malestar. Un 90% de las intervenciones planificadas fueron ejecutadas de manera exitosa, lo que ha contribuido a una mejora significativa en el estado del paciente mostrando un EVA 5/10. El 10% restante corresponde a intervenciones que aún están en proceso de ejecución o evaluación. Esto se asocia a la presencia del Dolor agudo, entendido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de duración limitada.

Con respecto al segundo diagnóstico Ansiedad relacionada con la experiencia de cirugía inminente, percepción de dolor e incertidumbre sobre los resultados materno- fetales, evidenciado por fascia ansiosa y preocupada, verbalización de miedo, insomnio y conducta inquieta. El 80% de las intervenciones planificadas se aplicaron con éxito, contribuyendo a una disminución parcial de la ansiedad manifestada por la paciente. Sin embargo, el 20% restante está aún en proceso debido a que algunas intervenciones requieren más tiempo para mostrar resultados completos. Esto se asocia con la ansiedad que es una reacción frente a un peligro percibido, pero en la neurosis se trata de un peligro interno, resultado de un conflicto inconsciente entre el ello, el yo y el superyó.

Con respecto al tercer diagnóstico, Riesgo de infección factor de riesgo procedimiento quirúrgico (cesárea) y ruptura de la barrera cutánea. El 80% de las intervenciones planificadas se llevaron a cabo de forma efectiva, contribuyendo a minimizar el riesgo de infección y el 20% restante está en proceso debido a que algunas medidas requieren seguimiento continuo. El riesgo de infección quirúrgica está directamente relacionado con la invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en el cuerpo.

Con respecto al cuarto diagnóstico, Riesgo de hemorragia factor de riesgo intervención quirúrgica uterina (cesárea) y antecedentes de cesárea previa. El 80% de las intervenciones planificadas se implementaron de manera efectiva y el 20% restante está en proceso, ya que algunas intervenciones requieren tiempo para su completa evaluación y seguimiento, y la vigilancia continua es crucial dada la gravedad potencial del riesgo, lo que justifica la atención constante y ajustes en el plan de cuidados según la evolución clínica. Esto se relaciona con la probabilidad aumentada de pérdida sanguínea que puede ocurrir por procedimientos invasivos, trauma o alteraciones de coagulación.

Con respecto al quinto diagnóstico, patrón de sueño perturbado relacionado con dolor e incomodidad física, evidenciado por la falta de sueño durante varias noches, ojeras visibles y signos evidentes de fatiga. El 80% de las intervenciones planificadas se llevaron a cabo con éxito, contribuyendo a una mejora parcial en la calidad y duración del sueño y el 20% restante está en proceso, ya que ciertas intervenciones, requieren más tiempo para mostrar resultados completos ya que el paciente aún se encuentra en modificación del patrón sueño con las intervenciones realizadas hasta el momento. Esto se relaciona con dificultad persistente para iniciar o mantener el sueño, o despertar precoz, a pesar de tener las condiciones propicias para dormir y con repercusión en la funcionalidad diurna.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Por consiguiente, en la figura 1 , nos indica que la totalidad de las intervenciones, es decir, un 90% de las intervenciones planificadas fueron ejecutadas de manera exitosa y El 10% restante corresponde a intervenciones que aún están en proceso de ejecución o evaluación, dado que el paciente disminuyo el nivel del dolor actualmente tiene un EVA 3/10 por lo tanto, se evidencia una mejora.
- De manera a que en la figura 2, nos indica que la totalidad de las intervenciones el 80 % se aplicaron con éxito, contribuyendo a una disminución parcial de la ansiedad manifestada por la paciente, Sin embargo, el 20% restante está aún en proceso debido a que la paciente aún no ha alcanzado un estado óptimo de control de ansiedad, debido a la preocupación por él bebe y la inseguridad ante su recuperación.
- La figura 3 nos indica que la totalidad de las intervenciones, el 80% de las intervenciones planificadas se llevaron a cabo de forma efectiva, contribuyendo a minimizar el riesgo de infección y el 20% restante está en proceso, aunque se educó al paciente, en el uso técnicas para la prevención de infecciones, y cuidados de la herida operatoria ya que presenta un sistema inmunológico.
- En cuanto a la figura 4 nos indica que la totalidad de las intervenciones, el 80% de las intervenciones planificadas se implementaron de manera efectiva y el 20% restante está en proceso, ya que todavía queda un margen de vigilancia continua del control del sangrado de la paciente que pasado los días disminuirá.
- La figura 5 nos indica que la totalidad de las intervenciones, El 80% de las intervenciones planificadas se llevaron a cabo con éxito, contribuyendo a una mejora parcial en la calidad y duración del sueño y el 20% restante está en proceso, y se encuentra en modificación del patrón sueño con las intervenciones ejecutadas hasta el momento.

5.2 Recomendaciones

- Se sugiere en cuanto a la primera conclusión, todo momento dar continuidad al manejo oportuno del dolor, combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, reforzar la educación al paciente sobre técnicas de alivio y garantizar un ambiente de confort, con el fin de lograr un control del dolor adecuado favoreciendo la recuperación post operatoria.
- Se sugiere en cuanto a la segunda conclusión, que los profesionales de enfermería mantener un ambiente seguro, reforzar la comunicación efectiva, involucrar a la familia en el proceso de apoyo emocional, brindar educación sobre los cuidados postcesarea, signos de alarma y manejo de la lactancia, materna, con el fin de disminuir la incertidumbre, aumentar la seguridad frente al proceso de recuperación.
- Acerca de la tercera conclusión, se recomienda reforzar la educación sobre los cuidados de la herida post quirúrgica, higiene personal adecuada, asegurando una vigilancia continua de los parámetros vitales y del sitio quirúrgico para prevenir complicaciones.
- En recomendación de la cuarta conclusión, se recomienda una vigilancia continua de signos vótales, cantidad y características del sangrado vaginal, así como la involución uterina, con el fin de detectar de manera temprana signos de hemorragia y actuar oportunamente para prevenir complicaciones.
- Finalmente, frente a la quinta conclusión, se recomienda implementar medidas que favorezcan el descanso de la paciente, tales como el control del dolor , un ambiente tranquilo y seguro , horarios flexibles y orientar a la paciente sobre técnicas de relajación y hábitos que promueven un sueño reparador garantizando su recuperación física y emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum. 2014;28(1):33-40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006
2. Realizar más de 3 cesáreas en centros especializados es seguro para madre e hijo. Disponible en: https://www.abc.es/salud/enfermedades/realizar-cesareas-centros-especializados-seguro-madre-hijo-20240819140043-nt.html
3. Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es
4. SciELO. Cesárea: tendencias y resultados [Internet]. 2014 [citado 2025 Sep 17];28(1):33-40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Ramírez-Flores DA, et al. Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(8):570-? Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000800570
6. Rosales Lalangui RAm, Pereira Infante RA, Barrezueta Seme KY, Aguilar Ramirez MP. Incidencia e indicaciones de partos por cesáreas en clínica de Machala enero a agosto 2022. Polo del Conocimiento. 2022;7(12):[páginas]. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4996/0
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Comportamiento de las cesáreas en Bogotá entre los años 2008 y 2020. Boletín Epidemiológico Distrital [Internet]. 2022 [citado 2025 Sep 13];(33):1-10. Disponible en: https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/BED/article/view/42
8. Yamamoto M, Estrada M, Larraín F, Valdebenito P, Arteaga JC, Figueroa H. Análisis de la tasa de cesáreas por grupos de Robson en Clínica Universidad de los Andes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;89(2):[páginas]. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262024000200085

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023. Lima: INEI; 2023. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2023/
10. Távara A, Núñez M, Tresierra M, et al. Factores asociados a atonía uterina. Rev Peru Ginecol Obstet. 2022;68(2):[páginas]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322022000200005&script=sci_arttext.
11. Fernandez Gaitan MV, Luna Figueroa AM. Cesárea previa como indicación de parto por cesárea en un hospital peruano en el año 2022 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2023. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/20112
12. Sung S, Mikes BA, Martingano DJ, Mahdy H. Cesarean Delivery. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [actualizado 7 dic 2024; citado 17 sep 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/
13. Mayo Clinic. C-section (Cesarean section): Recovery. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2024 [citado 17 sep 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones no clínicas para reducir las cesáreas innecesarias*. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/275375
15. Mayo Clinic. C-section (Cesarean section): Recovery. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2024 [citado 17 sep 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655
16. Sung S, Mikes BA, Martingano DJ, Mahdy H. Cesarean Delivery. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [actualizado 7 dic 2024; citado 17 sep 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/

17. Cárdenas López G, García Martínez A, Hernández López M. Cuidados de enfermería en el puerperio quirúrgico: cesárea. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(2):127-34. Disponible en: **https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/112**

18. Golandaj JA. Complications and implications of Caesarean delivery: Facts and trends. CEGH. 2024;volumen:pp-pp. Disponible en: **https://cegh.net/article/S2213-3984(24)00267-7/fulltext**

19. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* [Internet]. New York: G.P. Putnam's Sons; 1952[citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://archive.org/details/interpersonalrel00pepl**

20. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* [Internet]. 12.ª ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes C, editoras. Madrid: Elsevier; 2021 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros/9788491138947**

21. Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia* [Internet]. Obras completas, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu; 1976 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.valentinodepardo.com/textos/Freud_InhibicionSintomaAngustia.pdf**

22. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* [Internet]. New York: Basic Books; 1985 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://archive.org/details/anxietydisorders00beck**

23. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* [Internet]. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state**

24. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* [Internet]. 12.ª ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes C, editoras. Madrid: Elsevier; 2021 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros/9788491138947**

25. McCaffery M, Pasero C. *Pain: clinical manual* [Internet]. 2.ª ed. St. Louis: Mosby; 1999 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://archive.org/details/painclinicalmanu0000mcca**

26. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology: pain definitions [Internet]. Washington, DC: IASP; 2020 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.iasp-pain.org/resources/terminology**

27. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* [Internet]. 2017 [citado 2025 Sep 17];9:151-61. Disponible en: **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449130/**

28. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* [Internet]. 12.ª ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes C, editoras. Madrid: Elsevier; 2021 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros/9788491138947**

29. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* [Internet]. 12.ª ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes C, editoras. Madrid: Elsevier; 2021 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: **https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros/9788491138947**

30. García-Palomo JD, Agüero-Balbín J, Parra-Blanco JA, Santos-Benito MF. Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas complementarias. Criterios de indicación. *Medicine (Madr)*. 2010;10(49):3251-3264. Disponible en: **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144102/**

31. arcía-Palomo JD, Agüero-Balbín J, Parra-Blanco JA, Santos-Benito MF. Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas complementarias. Criterios de indicación. *Medicine (Madr)*. 2010;10(49):3251-64. Disponible en: **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144102/**

32. Diagnósticos NANDA. Riesgo de hemorragia – Diagnósticos NANDA [Internet].Disponible___en: **https://diagnosticosnanda.com/riesgo-de-**

hemorragia/

33. Marshall AL, Durani U, Bartoshesky L. Postpartum Hemorrhage [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/
34. Donley ER, Munakomi S, Loyd J. Hemorrhage Control. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan [actualizado 13 ago 2023; citado 2025 Sep 17]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535393/
35. Cleveland Clinic. Hemorrhage: Causes, Emergency Symptoms & Treatment [Internet]. Cleveland (OH): Cleveland Clinic; 2023 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/hemorrhage
36. Johns Hopkins Medicine. Bleeding Disorders [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins Medicine; 2023 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/bleeding-disorders
37. World Health Organization. WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420

ANEXOS

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales

UMA
Universidad
María Auxiliadora

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre del paciente L. G. V Fecha de Nacimiento 25/6/93 Edad 31 Dirección LINCE
Fecha de ingreso al servicio 14-6-25 Hora 7:15 pm Persona de referencia Esposo Telf —
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia (X) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas (X) Camilla ( ) Otro ( )
Peso: 68 Kg Estatura 1.57 cm PA 120/60 FC 78 FR 18 T° 36.6°C
Fuente de información: Paciente ( ) Familiar (X) Otro
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:
HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) Asma ( ) TBC ( ) Otros CESAREA Cirugías Si (X) No ( )
Especifique CESAREA Fecha 2023 Alergias y otras reacciones: Fármacos ( ) Alimentos ( )
Signos y síntomas Otros Dx. Médico

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD
¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? Todo
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?
Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No (X)
Herida Quirúrgica
Estilos de vida/Hábitos
USO DE TABACO SI ( ) NO (X) Cant/Frec. _____
USO DE ALCOHOL SI ( ) NO (X) Cant/Frec. _____
Comentarios
Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frec.	Ultima dosis
—	—	—

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad
Estado de higiene:
Corporal Bueno
Hogar Bueno
Comunidad
Estilo de alimentación Adecuado
Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo
Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Temperatura
Vías aéreas permeables Si (X) No ( ) Secreciones ( ) Otros ( )
Alergias: Látex ( ) Otros ( )
Test del Apgar: al minuto ... a los 5 minutos

Recomendaciones de Datos a obtener:
- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO
Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si (X) No ( )
Apetito: Normal (X) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dific. Para deglutir: No (X) Si ( ) Motivo
Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cant. NO
SNG: No (X) Si ( ) Especificar
Abdomen: Normal (X) Distendido ( ) Doloroso ( )
Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )
Drenaje: No (X) Si ( ) Especificar
Hidratación piel: Seca ( ) Turgente ( ) Otro
Estado de piel y mucosas Piel hidratada, llenado capilar < 2"
Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización
Comentarios adicionales
Aliment. Niño: Lactancia No ( ) Motivo
Lactancia Si ( ) Frecuencia Exclusiva ( ) Otro
Dentición
Diagnósticos nutricionales: Normal ( )
Desnutrición global: Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )
Desnutrición Crónica: Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )
Riesgos Nutricionales Obesidad ( )
DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ( )
Riesgo ( ) Retraso ( ) en:
Motricidad: Gruesa ( ) Fina ( )
Lenguaje ( ) Coordinación ( ) Social ( )
Comentarios Adicionales
FACTORES DE RIESGO: Nutricional ( ) Ceguera ( ) Pobreza ( )
Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental ( )
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC
Normal (X) Delgadez ( ) Obesidad ( )
DESARROLLO:
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) Fatiga (X) Deshidratación ( ) Enfermedad ( )
Dificultad para razonar ( )
Otros ( )

¿Qué come frecuentemente su niño?
Comentarios Adicionales
Recomendaciones de Datos a obtener:
- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

PATRON 3: ELIMINACIÓN
Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día 3 x DIA

UMA
Universidad
María Auxiliadora

Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomía ( )
Comentarios Adicionales: La paciente refiere evacuación normal.
Hábitos Vesicales: Frecuencia..... Disuria ( )
Retención ( ) Incontinencia ( ) Otros.....
Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si ( ) No (X) Pañal ( )
Sonda ( ) Fecha coloc..... Colector ( ) Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios: Adecuado
Consumo de líquidos: Regular
Ruidos Respiratorios: Claros ( ) Sibilancias ( ) Estertores ( )
Secreciones traqueobtronquiales ( ) Disnea ( ) Cianosis ( )
Palidez ( ) Otro.....
Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno ✓	Alerta ✓	Deambula ✓	total ✓	ninguna ✓	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

GRADO	LESION	CARACTERISTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Ulceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Ulceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Ulceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
Clase 2 : Venas Varicosas
Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos
Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venioso, lipo–dermato–esclerosis)
Clase 5 : Cambios cutáneos, con ulcera cicatrizada
Clase 6 : Ulcera activa

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE :incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir del baño . Usa el baño DEPENDIENTE :incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE: No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE :Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Clasificación
A. Independientemente en todas las actividades
B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.
C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional
F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional
G. Dependiente en la seis funciones

Aparatos de ayuda: Ninguno (X) Muletas ( ) Andador ( )
S. de Ruedas ( ) Bastón ( ) otros ( )
Movilidad de miembros:
Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )
Fuerza Muscular: Conservada (X) Disminuida ( )
Fatiga Si ( ) No ( ) Otros motivos de déficit de autocuidado
.....
ACTIVIDAD CIRCULATORIA
Pulso ( ) Irregular ( )
Pulso periférico : Pedio ( ) ( ).....( ) ( )
Poplíteo ( ) ( ).....( ) ( )

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCION LEVE
+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si ( ) No (X) Localización.....
+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 – 1.25cm.) +++(1.25 – 2.50cm)
Riesgo periférico:
Extremidades Superiores: Normal (X) Cianosis ( ) Fría ( )
Extremidades Inferiores: Normal (X) Cianosis ( ) Fría ( )
Presencia de líneas Invasivas .....
ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular (X) Irregular ( )
Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )
Gasometría..... Comentarios Adicionales.....
Traqueostomía No (X) Si ( ).....
Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... $SatO_2$.....

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

UMA
Universidad
María Auxiliadora

Perfusión tisular: Renal Hematuria ( ) Oliguria ( ) Anuria ( )
BUN:..... Creatinina:..... P.T. Cerebral:.....
Habla..... Pupilas..... Parálisis ( )
P. T. Gastrointestinales..... Sonidos ( ) Hipo ( )
Nauseas ( ) PT. Cardiopulmonar.....
PT Periférica: Palidez Extrema ( ).....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?
-

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño....8 horas Problemas para dormir:
Si (X) No ( ) tiempo: .....minutos
Toma algo para dormir Si ( ) No (X)
Padece de insomnio (X) Pesadillas ( )
Conciliar el sueño adecuadamente si ..X.. No .....
Excesiva somnolencia
Cuantas veces se ha despertado por la noche: ....2 veces....

- ¿Cuántas horas duerme diariamente? 8 horas
- ¿Concilia bien el sueño?¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? NO
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día?¿Es reparador su sueño? NO
- ¿Tiene pesadillas? NO
- ¿Toma alguna sustancia para dormir? NO
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? Sí ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo? NO
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño? Sí

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No (X) Si ( ) Tiempo.....
NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW) 15/15

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 (X) Espontanea 3 ( ) A la voz 2 ( ) Al dolor 1 ( ) No responde	5(X) Orientado mantiene conversación 4( ) Confuso 3( ) Palabras inapropiadas 2( )Sonido incomprensibles 1( ) No responde	6(X) Obedece ordenes 5( ) Localiza el dolor 4( ) Se retira 3( ) Flexión anormal 2( ) Extensión Anormal 1( ) No responde

Orientado: Tiempo (X) Espacio (X) Persona (X)
Lagunas mentales: Frecuentes ( ) Espaciados ( )
Alteración en el proceso del pensamiento: Si ( ) No (X)
Alteraciones sensoriales: Visuales ( ) Auditivas ( ) Cenestésicas ( )
Gustativas ( ) Táctiles ( ) Olfatorias ( ) Otro:.....
COMUNICACIÓN:

Alteración del habla ( ) Alteración del Lenguaje ( )
Barreras: Nivel de conciencia ( ) Edad ( ) Barrera Física ( )
Diferencias culturales ( ) Medicamentos ( ) Autoestima ( )
Barrera Psicológica ( ) Alteración de la percepción ( )
Incapacidades: Invalidez ( ) Ceguera ( ) Demencia ( )
Dolor / Molestias: No ( ) Si ( ) Crónica ( ) Aguda ( )

Especificar intensidad
Tiempo y frecuencia.....
Nauseas: No ( ) Si ( ) Motivo.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caídas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

PATRON 7 : AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de si mismo:.....
Sensación de fracaso: Familia ( ) Trabajo ( ) Otro ( )
Especifique..... Tiempo.....
Cuidado de su persona
Corporal.....
Vestimenta.....Adecuado.....
Alimentación.....Adecuado, Balanceada.....
Aceptación en la familia y comunidad: Si ( ) No ( )
Motivo.....
Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad (X)
Indiferencia ( ) Desesperanza ( ) Rechazo ( )
Comentarios.....
.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

Estado Civil ....Casado..... Profesión/Ocupación.....
Con quien vive: Solo ( ) Con su familia (X) Otros ( )
Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos ( ) Otros ( )
Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños
Desinterés ( ) *Negligencia* ( ) *Desconocimiento* ( )
Cansancio ( ) Otros.....
Composición familiar:
Divorcio ( ) Muerte ( ) Nacimiento de un nuevo ser (X)
Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos
.....
Conflictos familiares: No (X) Si ( )
Especifique.....
VIOLENCIA FAMILIAR: Física ( ) Psicológica ( )
Intento de suicidio ( ) Motivo.....

UMA
Universidad
María Auxiliadora

Problemas: Alcoholismo ( ) Drogadicción ( ) Pandillaje ( )
Especifique.....
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo (X) Inefectivo ( )
Motivo.....
Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena (X) Mala ( )
Especifique.....
Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son? 2 miembros
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres? NO
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? NO ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos? SI
- ¿Pertenece a algún grupo social? NO
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece? SI

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No (X) Si ( ).....
Problemas en actividad sexual con su pareja: No ( ) Si ( )
Especifique.....
Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ( ) .....
Edad ( ) Enfermedad psicológica ( ) Otro ( )
Comentarios Adicionales.....
.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)? 13 AÑOS
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos?¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No (X)
Si ( ) Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No (X) si ( ) Fecha.....
Conducta psicológica frente al hecho.....
Comentarios Adicionales.....
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación (X) Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Temor ( )
Desesperanza ( ) Tristeza ( ) Negación ( ) Otro ( )
Comentarios Adicionales.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal (X) Problemas ( )
Signos palidez ( ) bradicardia o taquicardia ( )
Hipertensión paroxística ( ) Diaforesis ( ) Manchas ( )
Otros.....
Lesiones medulares No (X) Si ( ).....
Conducta del lactante: Normal ( ) Inadecuada ( )
Signos: Irritabilidad ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )
Flacidez ( ) Movimientos descoordinados ( ) Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

Religión....EVANGELICA..... Restricciones religiosas.....
Solicita visita de capellán.....
Comentarios Adicionales.....
Dificultad para tomar decisiones en.....

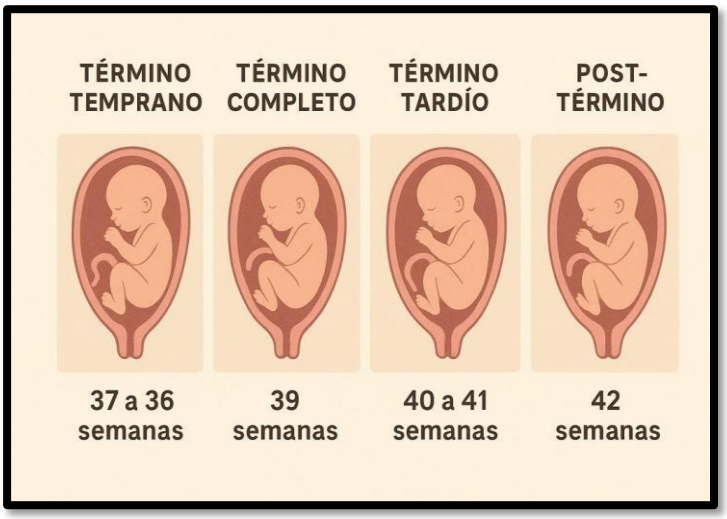
Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida?¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

- **ESCALA DE EVA**

- **CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL**



- **Sangrado post- cesárea. (loquios)**

Anexo C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PLAN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. **Título del plan:** Proceso del cuidado enfermero aplicado a una paciente de Cesárea en la Clínica Limatambo, San Isidro.

Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante: **Olivos Vargas, Evelyn,** bajo la asesoría del **Mg. Ticona Sandoval, Francis Aarón**; los datos obtenidos por medio de la guía, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán solo para fines del estudio.

Propósito del estudio: Planificar intervenciones de enfermería aplicado a una paciente de Cesárea, en la Clínica Limatambo, San Isidro.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer el manejo adecuado sobre su enfermedad, así como se brindará el plan de cuidados sin ofrecer ningún pago por el servicio brindado o la participación en el estudio.

Riesgos del estudio: Se me ha comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico ni psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, está la probabilidad de que mi identidad pueda ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia como la identificación por números para disminuir dicha posibilidad. **Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida del beneficio a los que tiene derecho.

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Lima, 08 de marzo del 2025

Firma del paciente

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

Anexo D. Evidencia del trabajo de campo