

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de colpexia en la Unidad de Gineco Obstetricia de un hospital nacional de Lima, 2018

Por:

Mery Mariaca Enciso

Asesor:

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de colpoptexia en la Unidad de Gineco Obstetricia de un hospital nacional de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada MARIACA ENCISO MERY para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de colpopexia en la
Unidad de Gineco Obstetricia de un hospital nacional de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Secretario



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

A sesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Resumen.....	viii
Capítulo I	9
Valoración.....	9
Datos generales	9
Valoración según patrones funcionales:.....	9
Datos de valoración complementarios:	12
Exámenes auxiliares.	12
Tratamiento médico.....	13
Capítulo II.....	15
: Diagnóstico, planificación y ejecución.....	15
Diagnóstico enfermero	15
Primer diagnóstico.....	15
Segundo diagnóstico.	15
Tercer diagnóstico.	16
Cuarto diagnóstico.....	16
Quinto diagnóstico.	16
Planificación.....	19
Priorización.	19
Plan de cuidados.....	21

Capítulo III.....	26
Marco teórico	26
Dolor agudo.....	26
Déficit de autocuidado-baño	30
Ansiedad.....	33
Riesgo de sangrado	36
El riesgo de infección.....	39
Capítulo IV.....	44
Evaluación y conclusiones	44
Evaluación por días de atención:.....	44
Conclusión.....	48
Bibliografía	50
Apéndices.....	63

Índice de tablas

Tabla 1	12
Grupo Sanguíneo y Factor RH.....	12
Fuente: resultado de laboratorio.....	12
Interpretación: O + donante universal	12
Tabla 2	12
Examen completo de orina.....	12
Fuente: resultado de laboratorio.....	12
Tabla 3	12
Hemograma completo	12
Fuente: resultado de laboratorio.....	13
Tabla 4	21
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (proceso quirúrgico) evidenciado por conducta expresiva, informe verbal del dolor y actitud quejumbrosa. EVA 5/10	21
Tabla 5	22
Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado: baño relacionado con falta de motivación, debilidad o cansancio manifestado por olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente (expresa comunicación verbal siento frío)	22
Tabla 8	25
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter periférico y catéter vesical)	25

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	63
Apéndice B: Consentimiento informado	66
Apéndice C: Escalas de evaluación	67

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente M. C. S. A, aplicado durante 3 días, a partir del primer día de su ingreso al servicio de hospitalización Gineco-obstetricia de un hospital nacional de Lima. El diagnóstico médico al ingreso fue Post operada de Colpopexia más colocación de malla splentis. Se utilizó la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, la cual permitió recoger datos para conocer la situación de la paciente. En los 3 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería. Se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería, los cuales fueron. Dolor agudo relacionado agente lesivo físico, déficit de autocuidado: baño relacionado con falta de motivación, debilidad o cansancio, ansiedad relacionado a grandes cambios (entorno), riesgo de sangrado relacionado con post intervención quirúrgica y riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo. Los objetivos generales fueron: La paciente presentará disminución del dolor, disminuirá riesgo de sangrado durante estancia hospitalaria, disminuirá riesgo de infección, presentará buen cuidado e higiene personal y reducirá el nivel de ansiedad durante estadía hospitalaria. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primero, el cuarto y el quinto; sin embargo, el segundo y tercero se alcanzaron parcialmente porque requieren de un tiempo prolongado y de acciones continuas de enfermería. Se concluye que el PAE es un método científico que fue aplicado con éxito y fue de beneficio para la paciente.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería de colpopexia, colpopexia, prolapso de útero.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: S.A.M.C

Edad : 75 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente adulta mayor mujer con iniciales S.A.M.C de 75 años de edad ingresa al servicio de cirugía de día de un hospital nacional de Lima deambulando acompañada de familiares; paciente programada para la operación de prolapso útero-vaginal incompleto, se realiza la preparación preoperatoria, se coloca una bata quirúrgica, se canaliza vía de amplio calibre n° 18 en miembro superior izquierdo, se controla funciones vitales, se controla hemoglucotest resultado 98 mg/dl por antecedentes de diabetes mellitus y se realiza vendaje de miembros inferiores; luego, se traslada en silla de rueda acompañada de personal de enfermería al servicio centro quirúrgico, con antecedente de hipertensión última toma hoy 6: 00 a.m. (Losartan 50 mg VO), luego, terminado la cirugía y por el tipo de operación quirúrgica paciente queda hospitalizada, con diagnóstico médico: colpopexia y colocación de malla splentis.

Días de hospitalización: 4 días

Días de atención de enfermería: 3 días

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Antecedentes: patológico; diabetes mellitus e hipertensión arterial, intervención quirúrgica; post operada de cesárea 3 veces, post operada de prolapso 3 veces, última cirugía por

prolapso. Niega alergias, no hábitos nocivos, tiene como tratamiento metformina 01 tableta después del desayuno y del almuerzo, losartan 50 mg 01 tableta dos veces al día. Se controla glucosa - HGT de 130gr/dl (90-110gr/dl).

Patrón II: Nutricional metabólico.

Presenta temperatura de 37.1 c° axilar, piel normal, turgente. Presenta prótesis dental. Se observa mucosas orales intactas e hidratadas, estado de higiene bucal, regular. No evidencia cambios de peso en los últimos días, ruidos hidroaéreos (+). Inicia alimentación y refiere que su apetito ha disminuido. Se observa cicatriz a nivel supra púbico (post operada de cesárea). Presenta peso de 58kg y la talla de 1.58 cm.

Patrón III: Eliminación.

Flujo intestinal normal, aunque no realiza deposición hace 2 días. Presenta cateterismo vesical con sonda Foley # 14 del 15/06/18 conectado a bolsa de colectora, permeable con características de diuresis de color amarillo pálido que por indicación médica debe permanecer por 24 horas, igualmente el tapón vaginal.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria

Presenta frecuencia respiratoria (FR): 20 por minuto, profundas, saturando respiratoriamente (SatO₂) 98%, respiración normal.

Actividad circulatoria

El pulso de 83 por minuto de forma regular. La presión arterial (PA) 140/60 mmhg. Pulso periférico normal. No se evidencia edema de miembros superiores e inferiores. Portador de uso de catéter periférico en MSI 15/06/18 sin alteración, no signo de flogosis.

Capacidad de autocuidado

Presenta dependencia moderada, no puede vestirse sola, ni realizar su aseo o baño higiénico, necesita de ayuda (persona no muy fuerte) y para la deambulaci3n, parcialmente dependiente.

Patr3n V: Descanso – sue1o.

Duerme 4 horas, tiene problema para conciliar el sue1o, refiere estar preocupada por su operaci3n, su pronta recuperaci3n, no es lo mismo como estar en casa.

Patr3n VI: Perceptivo - cognitivo.

Habla lenguaje espa1ol; se encuentra despierta a la valoraci3n, l3cida, orientado en tiempo, espacio y persona. Ning3n problema de tipo sensorial (auditivo, visual o de dicci3n). A la valoraci3n palpaci3n se evidencia dolor seg3n escala (EVA 5/10 puntos), en zona de cirug3a. Paciente refiere que por momentos siente leve molestia por (cat3ter vesical, cat3ter perif3rico y tap3n vaginal). Escala de Glasgow 15/15. Se observa pupilas isoc3ricas reactivas a la luz.

Patr3n VII: Autopercepci3n – auto concepto y tolerancia al estr3s.

Paciente se encuentra en su habitaci3n, ansiosa, temerosa, preocupada por como sali3 su operaci3n. Preocupaciones principales o comentarios: refiere preocupaci3n por la sonda vesical (15/06/18) y el tap3n vesical, cuando lo van a retirar y hasta cuando se quedar3 hospitalizada, recibe visita familiar.

Patr3n IX: Sexualidad/reproducci3n.

Actualmente presenta una pareja (esposo vivo). Mamas blandas con pezones y sin alteraciones, tiene 4 hijos. Presenta sangrado vaginal (manchitas de rojo oscuro).

Patr3n X: Valores y creencias.

Religi3n cat3lica.

Datos de valoración complementarios:**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

Grupo Sanguíneo y Factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo

Fuente: resultado de laboratorio

Interpretación: O + donante universal

Tabla 2

Examen completo de orina

Compuesto	Valor encontrado	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Transparente	Transparente
Reacción (ph)	6.0	5.0 – 8.0
Densidad	1.017	1004-1030
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo
Ácido ascórbico	Negativo	Negativo
Hematíes	No hay	-
Bacterias	No hay	-
Creatinina	0.42	0.50 – 0.90

Fuente: resultado de laboratorio

Interpretación: resultado en valores normales, no alterados.

Tabla 3

Hemograma completo

Compuesto	Valor encontrado	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	13.8	12 gr/dl	16 gr/dl
Hematocrito	40.6	37 gr/dl	48 gr/dl
Glóbulos rojos	4.5	4.2 x10cel/ μ l	5.4 x10 cel/ μ l
Glóbulos blanco	12440.0	4000 cel/mm ³	11500 cel/mm ³

Neutrófilos segmentados	14270	1500 cel/mm ³	8000 cel/mm ³
Eosinófilos	34.4	20 cel/mm ³	350 cel/mm ³
Basófilos	24.9	20 cel/mm ³	100 cel/mm ³
Monocitos	696.6	200 cel/mm ³	1000 cel/mm ³
Linfocitos	1393.3	1000 cel/mm ³	5000 cel/mm ³
Plaquetas	221	150 mil mm	400 mil mm

Fuente: resultado de laboratorio

Interpretación: Hb 13.8 gr/dl dentro de los valores normales, descartando anemia.

Tratamiento médico.

NPO

Cloruro de sodio 0.9 % 1000 cc, EV a 30 gotas x min.

Ceftriaxona 2gr EV c/ 24 h.

Clindamicina 600 mg EV c/ 8 h.

Tramadol 100 mg EV c/12 h – PRN.

Dimenhidrinato 50 mg EV c/12 h – PRN.

Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 h.

Metamizol 1gr EV (2 AMP) EV c/ 8 h.

Losartan 50 mg VO c/ 12 h.

Insulina cristalina (escala móvil)

150- 200 (3U)

201– 250 (4U)

251– 300 (5U)

301– 350 (6U)

>350 ----- (7U)

Sonda Foley permanecer por 24 horas.

Tapón vaginal permanecer por 24 horas.

Orden de hemograma post cirugía 6 horas.

Capítulo II

: Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: conducta expresiva del dolor, informe verbal del dolor, actitud quejumbrosa EVA 5/10.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agente lesivo físico (proceso quirúrgico).

Enunciado de diagnóstico

Dolor agudo relacionado agente lesivo físico (proceso quirúrgico) evidenciado por conducta expresiva, informe verbal del dolor y actitud quejumbrosa. EVA 5/10.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente (expresa comunicación verbal siento frío).

Etiqueta diagnóstica: déficit de autocuidado, baño.

Factor relacionado: falta de motivación, debilidad o cansancio.

Enunciado de diagnóstico

Déficit de autocuidado: baño relacionado con falta de motivación, debilidad o cansancio manifestado por olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente (expresa comunicación verbal siento frío).

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: cambios en el patrón de sueño, comunicación verbal de preocupación, temor.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: grandes cambios (entorno) en el servicio de hospitalización ginecoobstetricia.

Enunciado de diagnóstico

Ansiedad relacionada a grandes cambios (entorno) en el servicio de hospitalización ginecoobstetricia evidenciado por cambios en el patrón de sueño, comunicación verbal de preocupación y temor.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: no contiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: post intervención quirúrgica (tapón vaginal).

Enunciado de diagnóstico: riesgo de sangrado relacionado con post intervención quirúrgica (tapón vaginal).

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: no contiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección

Factor de riesgo: procedimiento invasivo (catéter periférico, catéter vesical y tapon vaginal).

Enunciado de diagnóstico:

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter periférico, catéter vesical y tapon vaginal).

Sexto diagnóstico

Características definitorias: cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño.

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: factores ambientales (entorno no familiar).

Enunciado de diagnóstico:

Trastorno del patrón del sueño relacionado a factores ambientales (entorno no familiar) manifestado a cambios en el patrón del sueño y dificultad para conciliar el sueño.

Séptimo diagnóstico

Características definitorias: no contiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de nivel de glucosa inestable.

Factor de riesgo: monitorización inadecuada de la glicemia.

Enunciado de diagnóstico:

Riesgo de nivel de glucosa inestable relacionado con monitorización inadecuada de la glicemia.

Octavo diagnóstico

Características definitorias: no contiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Factor de riesgo: período de recuperación postoperatoria.

Enunciado de diagnóstico:

Riesgo de caídas relacionado con período de recuperación postoperatoria.

Noveno diagnóstico

Características definitorias: limitación del movimiento y dificultad para girarse en la cama.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado: reposo y proceso quirúrgico.

Enunciado de diagnóstico:

Deterioro de la movilidad física relacionado al dolor manifestado por disconfort y dificultad para girarse en la cama.

Décimo diagnóstico

Características definitorias: intranquilidad en la situación y dispositivos externos (catéter vesical y tapón vaginal).

Etiqueta diagnóstica: disconfort.

Factor relacionado: estancia hospitalaria.

Enunciado de diagnóstico:

Disconfort relacionado con estancia hospitalaria manifestado por intranquilidad en la situación y dispositivos externos (catéter vesical y tapón vaginal).

Onceavo diagnóstico

Características definitorias: no contiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de estreñimiento.

Factor relacionado: disminución de la motilidad gastrointestinal.

Enunciado de diagnóstico:

Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal.

Planificación

Priorización.

1. Dolor agudo relacionado agente lesivo físico (proceso quirúrgico) evidenciado por conducta expresiva, informe verbal del dolor y actitud quejumbrosa. EVA 5/10.
2. Déficit de autocuidado: baño relacionado con falta de motivación, debilidad o cansancio manifestado por olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente (expresa comunicación verbal siento frío).
3. Ansiedad relacionada a grandes cambios (entorno) en el servicio de hospitalización ginecoobstetricia evidenciado por cambios en el patrón de sueño, comunicación verbal de preocupación y temor.
4. Riesgo de sangrado relacionado con post intervención quirúrgico (tapón vaginal).
5. Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter periférico, catéter vesical y tapón vaginal).
6. Nivel de glucosa inestable relacionado con monitorización inadecuada de la glicemia evidenciado por control de hemoglucotec (130 mg/dl).
7. Trastorno del patrón del sueño relacionado a factores ambientales (entorno no familiar) manifestado a cambios en el patrón del sueño y dificultad para conciliar el sueño.
8. Riesgo de caídas relacionado con período de recuperación postoperatoria.
9. Deterioro de la movilidad física relacionado al reposo y proceso quirúrgico manifestado por limitación del movimiento y dificultad para girarse en la cama.

10. Discomfort relacionado con estancia hospitalaria manifestado por intranquilidad en la situación y dispositivos externos (catéter vesical y tapón vaginal).
11. Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (proceso quirúrgico) evidenciado por conducta expresiva, informe verbal del dolor y actitud quejumbrosa. EVA 5/10

Objetivos	Intervenciones	Ejecución								
		15 /06/18			16/06/18			17/06/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará disminución del dolor durante la estancia hospitalaria.	1. Valorar la intensidad del dolor. EVA (5/10). 2. Controlar funciones vitales. 3. Administrar analgésicos según indicación médica (metamizol 1gr c/8 h).		13h		7h		19h	7h		
			17h		10h		22h			
			14h				22h	10h		
Objetivo específico: La paciente referirá disminución del dolor, según la escala EVA: 3 (0-10)	4. Usar la vía y técnica adecuada aplicando los cinco correctos para la administración de medicamentos.		14h				22h			
La paciente mantendrá conducta de expresión de tranquilidad.	5. Enseñar al paciente y/o la familia a valorar la intensidad, calidad y duración.		15h		9h					
	6. Determinar las fuentes de incomodidad: como posición de la sonda vesical y factores ambientales irritantes.		14h		7h		22h			

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado: baño relacionado con falta de motivación, debilidad o cansancio manifestado por olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente (expresa comunicación verbal siento frío)

Objetivos	Intervenciones	Ejecución								
		15 /06/18			16/06/18			17/06/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará buen cuidado e higiene personal: baño.	1. Considerar la edad del paciente al promover las actividades del autocuidado.		14h		7h		22h		7h	
Objetivo específico: La paciente mantendrá olor corporal agradable.	2. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.		13h		7h		22h		8h	
La paciente presentará ambiente adecuado.	3. Facilitar que el paciente se cepille los dientes.		15h		8h		21h		8h	
La paciente logrará realizar el baño corporal con ayuda.	4. Evitar las corrientes de aire durante su higiene.		13h		9h		21h		8h	
	5. Ayudar con las medidas de higiene.		13h		8h		21h		9h	
	6. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.				8h		22h		9h	
	7. Brindar educación la importancia de higiene.				7h		22h		7h	
	8. Favorecer un ambiente agradable.				9h		19h		7h	

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado a grandes cambios (entorno) en el servicio de hospitalización ginecoobstetricia

Evidenciado a cambios en el patrón del sueño, comunicación verbal de preocupación y temor

Objetivos	Intervenciones	Ejecución								
		15 /06/18			16/06/18			17/06/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente reducirá nivel de ansiedad durante su estancia hospitalaria ginecoobstetricia.	1. Valorar nivel de ansiedad.		14h		10h		22h	10h		
	2. Realizar escucha activa.		17h		10h		22h	10h		
Objetivo específico: La paciente aumentará horas en el patrón del sueño.	3. Fomentar el sueño.		14h		10h		22h	9h		
	4. Brindar soporte emocional.		14h		9h		22h	10h		
La paciente disminuirá preocupación y temor.	5. Hacer participar a los familiares de los cuidados a realizar durante la estancia hospitalaria.		14h		9h			9h		
	6. Brindar educación		14h		7h					
	7. Favorecer un ambiente agradable		13h							

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado a post intervención quirúrgica (tapón vaginal)

Objetivos	Intervenciones	Ejecución								
		15 /06/18			16/06/18			17/06/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de sangrado durante estancia hospitalaria.	1. Controlar funciones vitales.		17h		10h		22h	10h		
	2. Mantener una vía permeable.		14h		10h		22h	10h		
	3. Vigilar pérdida de sangrado.		Cada hora		Cada hora		Cada hora	Cada hora		
	4. Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito.		13h		8h					
	5. Enseñar a la paciente y familiar el proceso post quirúrgico en el servicio de hospitalización.		15h		7h		22h	7h		
	6. Educar en el consumo, dieta rica en hierro.						19h			

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter periférico y catéter vesical)

Objetivos	Intervenciones	Ejecución								
		15 /06/18			16/06/18			17/06/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia hospitalaria.	1. Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo.		14h		10h		22h	10h		
	2. Realizar el lavado de manos antes y después del contacto con el paciente.		14h		10h		22h	8h		
	3. Verificar la permeabilidad de los catéteres (sonda vesical y vía periférica).		14h		8h		22h	10h		
	4. Observar la vulnerabilidad del paciente.		14h		6h		22h	6h		
	5. Administrar antibióticos según prescripción médica (clindamicina 600mg)		14h		8h		22h	8h		
	6. Realizar anotaciones de enfermería.			13h		7h		19h	7h	
	7. Brindar educación al paciente y familiar.			13h				19h		

Capítulo III

Marco teórico

Dolor agudo

El dolor agudo es la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real, potencial o descrita en tales términos; es en un inicio súbito o lento a cualquier intensidad o puede ser leve a grave con un final anticipado o previsible provocado por los siguientes factores relacionados: como los agentes lesivos biológicos, físicos y químicos (NANDA, 2015).

Así mismo, López, López y Vázquez (2017) indicaron que en el postoperatorio el dolor agudo se define como una experiencia subjetiva, multidimensional y cuyo manejo es complejo, precisando de un abordaje global y multidisciplinario. Por lo tanto, García y Andreu (2017) refieren que es importante reconocer que no todos los dolores son iguales. Esta el síndrome doloroso somático que suele ser opresivo o punzante, está bien localizado y relacionado con daño a estructuras somáticas, como hueso, músculo, tendón. El cual se transfiere primordialmente por las fibras A-delta. El síndrome doloroso visceral es de tipo cólico o sordo, mal definido en su localización y es transmitido por fibras amielínicas tipo C, relacionado con el daño a vísceras. Entre ambos síndromes encierran lo que se llama el dolor nociceptivo, ya que el daño a las estructuras respectivas es real y el sistema nervioso únicamente transmite la información sin afectarse. El síndrome doloroso neuropático se presenta principalmente como ardoroso, quemante o de toque eléctrico, y el daño está en el sistema somatosensorial, que se encuentra en los nervios. Por consiguiente, es muy importante precisar que el dolor agudo es de instalación reciente y su duración es menor a 3 meses.

Por su parte, Echevarría (2014) señala que el manejo inadecuado inicial del dolor agudo complicaría su pronóstico, aumentando así, los costos de su manejo, días de hospitalización y favorece el paso a la cronicidad. Además, actualmente se sabe que el dolor agudo genera respuestas fisiológicas que pueden ser fatales si se prolongan en el tiempo. También aumenta la frecuencia cardiaca, la presión arterial, el consumo de oxígeno miocárdico, la glicemia y disminuye la función ventilatoria e inmunitaria, entre otras. Ahora bien, en el ámbito emocional esto genera alteraciones en el sueño, sufrimiento, insatisfacción y hostilidad del paciente hacia el personal de salud que lo trata.

Uno de los factores que incide en que la analgesia sea insuficiente en el postoperatorio es el intervalo excesivo de tiempo de la indicación analgésica por razones necesarias. Por lo tanto, debemos conocer las molestias normales que puede experimentarse en el post operatorio, como por ejemplo la paciente que tenemos en estudio la cual presenta conducta de expresión facial de inquietud, conducta defensiva y que refiere tener dolor, como consecuencia de haber sido sometida a un procedimiento quirúrgico como es la colpopexia.

Frente a este problema identificado se procedió con las siguientes intervenciones de enfermería, como la de realizar la valoración del dolor mediante la escala de EVA (escala visual analógica), en el cual la paciente presento dolor con una puntuación de 5 (0-10). Según Vallejos (2015), las escalas de valoración del dolor vienen hacer métodos que tienen por objetivo medir la intensidad del dolor. Así mismo, Diez y Álvarez (2009) refiere el uso de la escala visual analógica puede conseguir mejorar el bienestar de un número importante de pacientes y, mejorar la calidad en el cuidado. Por tanto, la enfermera juega un papel relevante ya que el seguimiento de las respuestas de los pacientes ante el dolor es una actividad propiamente de enfermería.

Así mismo, controlar las funciones vitales. Desde el punto de vista de Fernández, Zárate y Ochoa (2010) refieren que es un proceso que refleja el estado fisiológico de los órganos vitales, así como el estado hemodinámico de la paciente. La temperatura corporal, el pulso, la respiración y la tensión arterial son los parámetros que integran la medición y sus resultados van a expresar inmediatamente los cambios funcionales en el organismo, garantizando la detección temprana de sucesos no deseables o recuperación retardada. Por otro lado, Corral y Quiroz (2006) mencionan que el uso de los principales juicios clínicos de enfermería es cuándo y con qué frecuencia se valoran los signos vitales ya que se refleja el estado de salud del usuario y constituyen una actividad esencial en la práctica de enfermería.

También administrar los analgésicos según indicación médica menciona Ballén y Dussan (2017) que es la que realiza el profesional de enfermería. Además, Echevarría (2014) refiere que la enfermera debe esperar que la paciente llame por dolor y a su vez, la paciente debe esperar que la enfermera evalúe su nivel de dolor, despache, prepare y administre el analgésico indicado. Así mismo, Vallejos (2015) refiere que, para mejorar el control del dolor postoperatorio, se deben combinar fármacos con mecanismos de acción diferentes, para obtener mayor potencia analgésica con menos efectos adversos. En tanto, la calidad de la estancia hospitalaria entre las opciones terapéuticas para el manejo del dolor tenemos al Metamizol. Que según el Hospital San Rafael (2015) refiere que es una pirazolona correspondiente a los antiinflamatorios no esteroideos, aine, y como mecanismo de acción es un analgésico, un antipirético y espasmolítico, con un mínimo efecto antiinflamatorio, que está indicado para el dolor agudo y crónico, para el dolor postoperatorio, antiespasmódico, migraña y reduce la fiebre, en cuanto la reacción adversa está asociada a las alteraciones del sistema nervioso central y periférico, gastrointestinales, respiratorios, cardiovasculares y la piel. Y, si, vamos administrar se va usar una vía y técnica

adecuada aplicando los correctos en la administración de terapéutica, Hildasaca, López y Quispe (2015) menciona los correctos como el conjunto de requerimientos asumidos como normas por los profesionales de enfermería, en la administración de medicamentos, para prevenir errores en su administración, la cual se deben aplicar de manera universal. Como consiste en una serie de pasos, entre los cuales se enfatizan: la preparación de los medicamentos, cálculo de la dosis, monitoreo de los efectos terapéuticos, la identificación y reducción de los efectos adversos de los medicamentos, la supervisión de posibles interacciones medicamentosas y control de la toxicidad (Caro, Díaz & De la Salas, 2014).

Por otro lado, se debe enseñar al paciente y/o la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención donde existe evidencia de que un manejo adecuado de alivio del dolor no solo aumenta la comodidad y la satisfacción de los pacientes, sino que además favorece a disminuir la morbilidad posoperatoria (Moreno & Muñoz 2014). Así mismo, se debe de asegurar que los pacientes entiendan la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor. Proporcionando información al paciente y familiar sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento por la (Asociación profesional de enfermeros de Ontario, 2013).

Así mismo, determinar las fuentes de incomodidad como posición de la sonda Foley y factores ambientales irritantes menciona Villarreal (2007) que estamos directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el cual los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad.

Por tanto, Montalvo, Gonzales y Herrera (2017) refieren que el paciente hospitalizado por su condición médica depende de la atención al 100% del personal de enfermería para la satisfacción de sus necesidades básicas como las que se indican: de poder eliminar la orina normalmente sin la sonda vesical, de presentar limitaciones para poder movilizarse, de conocer las medidas de prevención para evitar alguna caída, la falta de hábito de higiene, conciliar el sueño.

Déficit de autocuidado-baño

El déficit de autocuidado, baño, se define como el deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño y es provocado por los siguientes factores relacionados a la alteración de la función cognitiva, a la ansiedad, debilidad, el deterioro de la habilidad para percibir relaciones especiales, el deterioro de la habilidad para percibir una parte del cuerpo, el deterioro del musculo esquelético, el deterioro neuromuscular, la disminución de la motivación, el dolor, los obstáculos ambientales y trastorno de la percepción (NANDA, 2015).

Así mismo, Prado (2014) refiere que la enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse, a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. Además, Carvalho (2006) menciona que hubo que destacar principalmente la incapacidad para lavarse el cuerpo o partes del cuerpo y secundariamente la incapacidad de obtener o llegar a la fuente de agua., de la

paciente en estudio, que relato temor en esforzarse durante en el baño y de ahí poder causar daño en el sitio quirúrgico.

La paciente en estudio presenta olor corporal desagradable, temperatura del medio ambiente expresa comunicación verbal de sentir frío y deterioro de la habilidad para el cuerpo, como consecuencia de haber sido sometida a un procedimiento quirúrgico. Por tanto, la intervención de enfermería a realizar frente a este problema identificado se procedió a considerar la edad del paciente, en la cual Can y Valle (2015) mencionan que la edad es un factor influyente en el autocuidado de cada persona, aspecto que debe ser tenido en cuenta específicamente en el adulto mayor, quienes sus capacidades físicas y cognitivas muestran gran deterioro y limita así ciertas actividades de autocuidado. Asimismo, Alva, Huamán y Zúñiga (2018) refiere que la atención y ayuda hacia un ser vivo va estar asociado a la vigilancia y atención de la persona, por tanto, en el periodo postoperatorio, los cuidados de enfermería estarán centrados en restablecer el equilibrio fisiológico, prevenir posibles complicaciones y educar a la paciente sobre los cuidados personales que sean necesarios.

Además, prestar la ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados Sánchez (2018) refiere que el profesional de enfermería debe preservar la independencia de la paciente, la de asegurar su intimidad, mostrarle respeto, favorecer la expresión de necesidades e involucrarle en el autocuidado, de esta manera contribuye a la comodidad, la seguridad, el bienestar, la capacidad y la dignidad del individuo. En tanto, Sillas y Jordán (2011) describen al autocuidado como las acciones que asumen los pacientes en beneficio de su propia salud.

Ahora, para facilitar que el paciente se cepille los dientes, Moles y Arnau (2013) refieren que la higiene oral incluye el cuidado de los dientes, las prótesis dentales, las encías, la lengua y

el paladar, que es parte imprescindible de la higiene personal; por tanto, si se realiza el lavado de los dientes con la técnica correcta de cepillado y de la cavidad bucal después de cada comida se va a combatir el desarrollo de gérmenes que se ve favorecido por la fermentación de restos alimenticios. Al mismo tiempo, para López (2014), los órganos dentarios vienen a ser indispensables para el correcto funcionamiento de la masticación, la deglución, la digestión y por supuesto, para conservar la estética facial de la persona.

De la misma manera, ayudar con las medidas de higiene a la paciente Guevara y Laverde (2015) mencionan que los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales características del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, altamente valorados por los pacientes hospitalizados. Como es la de inspeccionar el estado de la piel durante el baño en el cual es un buen momento para identificar el estado de la piel en busca de enrojecimiento y llagas, en especial atención a las áreas óseas y a los pliegues de la piel al realizar la revisión.

Por tanto, se evitarán las corrientes de aire durante su higiene dentro de la habitación y el enfriamiento de la paciente, para ello siempre que estemos realizando el aseo, y debemos cubrir la zona donde no estamos realizando la limpieza, además es importante que la temperatura del paciente se encuentre entre 22°-24° grados. Por tanto, Rodríguez, Jara y Espina (2017) mencionan que la higiene del paciente hospitalizado es fundamental para la prevención de múltiples complicaciones ya que la piel es una barrera del organismo y además del órgano más extenso del cuerpo.

También al brindar educación sobre la importancia de la higiene Carvajal y Montenegro (2015) describe a la higiene como una intervención de proporcionar el bienestar, la comodidad y a su vez actúa como una medida preventiva contra las infecciones. Asimismo, para la Organización Mundial de la Salud (2016), la importancia de promover la higiene entre el

personal, los pacientes y los cuidadores, se debe recordar continuamente para la importancia de la lucha antifecciosa y los procedimientos sistemáticos necesarios.

Y la de mantener un ambiente agradable, Miranda (2012) refiere que el proceso de hospitalización va generar diversas situaciones como es el stress, por el miedo a lo desconocido, por la utilización de métodos invasivos, por el lenguaje rebuscado, por el ambiente extraño y la preocupación del paciente con su integridad física. Por tanto, la interacción de enfermero-paciente, en cuanto a la comunicación es denominada terapéutica, pues tiene como finalidad identificar y atender las necesidades de salud del paciente, despertando, consecuentemente, sentimientos de confianza, satisfacción y seguridad. También Flores y Romero (2010) refieren que los métodos para realizar los baños sean ducha o de esponja puede llegar hacer algunas veces difíciles para los pacientes por tanto si mantenemos una comunicación clara y un ambiente agradable, el proceso de baño puede mejorar y reducir los comportamientos negativos.

Ansiedad

Y, la ansiedad se define como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza que va estar acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro y es una señal de alerta el cual advierte de un peligro inminente a la persona para tomar las medidas de afrontar la amenaza provocado por los siguientes factores relacionados como al abuso de sustancias, la amenaza al estatus habitual, amenaza de muerte, los antecedentes familiares de ansiedad, el conflicto de valores, conflicto entre los objetos vitales, el contagio interpersonal, crisis madurativa, la crisis situacional, la exposición a toxinas, los factores estresantes, a los grandes cambios como por ejemplo el estatus económico, el entorno, estado de salud, rol, consideración social del rol. Herencia, las necesidades no satisfechas y la transmisión interpersonal (NANDA, 2015).

Así mismo, Torres y Chávez (2013) refieren que es un trastorno neurológico y subjetivo, que se manifiesta como una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta que pone a la persona en un estado de defensa ante situaciones diferentes, en una situación de temor desagradable constante. Por tanto, Iglesias, López y Carmona (2015) señalan que la hospitalización puede generar en la paciente un sentimiento de miedo y desconocimiento que puede llegar a provocar una ansiedad. De manera que el personal de enfermería, tras una valoración inicial va ser capaz de detectar esta situación y proceder en consecuencia.

La paciente en estudio presenta cambios en el patrón del sueño, comunicación verbal de preocupación y temor a consecuencia de haber sido sometida a una intervención quirúrgica y estancia hospitalaria para su recuperación, como consecuencia, esto lleva a una ansiedad y frente a este problema identificado se procedió a realizar las siguientes intervenciones, como la de valorar el nivel de ansiedad en la que Antonia y Moreno (2015) indican que la cirugía es percibida por la paciente como un factor de estrés causando nerviosismo y ansiedad. Ante una cirugía, la ansiedad casi siempre hace acto de presencia, tanto en el preoperatorio como después de la cirugía, por eso es misión de la enfermera el dar soporte a los pacientes teniendo en cuenta de cómo viven, sienten, afrontan el entorno y las circunstancias que determinan el proceso post quirúrgico en servicio de hospitalización. También, Virues (2005) refiere que la ansiedad va ser una respuesta emocional, que va estar presente en la persona ante diferentes situaciones, tanto amenazantes o peligrosas.

De la misma forma, al realizar el escucha activa, Gonzales y Vicente (2016) señalan que el saber escuchar implica una técnica de aprendizaje, ya que genera un entorno de empatía y confianza hacia la paciente y por parte del profesional presenta un mayor interés, no solo por los problemas de salud de los pacientes sino también por sus circunstancias, las emociones y los

sentimientos que al fin y al cabo son el pilar que presenta la paciente en el inicio de su relación con nosotros. Asimismo, Subiela (2014) describe que el escuchar viene a ser un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo, ya que el escuchar requiere de esfuerzo y de la concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho simplemente fisiológico.

Por otro lado, el fomentar el sueño Aguilera y Díaz (2012) refieren que los trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado han suscitado un creciente interés, que pueden aumentar el riesgo de padecer alguna enfermedad, también pueden aumentar los costos en atención de salud y disminuir el rendimiento cognitivo; por tanto, el personal de enfermería, debe estar capacitado para implementar estrategias no farmacológicas que limiten la aparición de estos trastornos. Asimismo, Medina y Lorenzo (2009) refieren que el descanso es de vital importancia dentro de la salud y enfermedad. Por tanto, los pacientes que son más ancianos son los que presentan más dificultad para dormir, teniendo un sueño muy cortado cuando están internados en el ambiente hospitalario.

Por consiguiente, brindar un soporte emocional Miranda (2012) refiere que el paciente, durante la estadía hospitalaria, además de sufrir cambios, rupturas en sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas capaces de interferir en el proceso de la adaptación y en su recuperación. Por tanto, los enfermeros, por mantener un contacto directo y permanente con los pacientes, deben colocarse en la posición de facilitadores en el proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional. De la misma manera, Campos y Rubio (2014) precisan que el equipo de enfermería busca respetar al otro como ser humano, y que junto con la

charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa durante el proceso de estancia hospitalaria. También hacer participar a los familiares de los cuidados a realizar durante la estancia hospitalaria; Siefer (2012) refiere que la esencia de la enfermería es cuidar, lo que implica también entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente-familia como una sola unidad. Decimos que parte de las intervenciones de enfermería consisten en dar la oportunidad de hacer participar a la familia en el cuidado de su familiar enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar. Asimismo, Aliberch y Miquel (2015) refieren que el mayor contacto que tenga entre las enfermeras y la familia va permitir conocer mejor la situación social de la paciente y de sus hábitos de vida. Como también se animará a los familiares acercarse a la paciente y colaborará en su cuidado, siendo guiados y apoyados por el personal de enfermería.

Riesgo de sangrado

El riesgo de sangrado se define como vulnerable a la disminución del volumen de sangre, en la cual puede comprometer la salud, por lo que es provocado por los siguientes factores de riesgo como es la afección gastrointestinal, aneurisma, antecedentes de caídas, circuncisión, coagulopatía esencial, coagulopatía intravascular diseminada, complicaciones del embarazo, complicaciones del postparto, conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado, régimen terapéutico, trastorno de la función hepática, traumatismo (NANDA, 2015).

Así mismo, el Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología (2017) menciona el sangrado agudo que puede desencadenar hipotensión arterial y shock con aumento del riesgo de eventos isquémicos, la cesación del tratamiento antitrombótico también lleva a isquemia y, por

último, las transfusiones conllevan un mecanismo patológico que produce inflamación y aumento de eventos mortales. Además, Grajales, Bonilla y Chavarría (2016) refieren que el sangrado uterino anormal es un signo ginecológico común que se observa en mujeres de cualquier edad, donde su diagnóstico y manejo representa uno de los problemas ginecológicos y se puede corregir con cirugía y puede corregir las causas estructurales del sangrado anormal.

La paciente en estudio presenta el riesgo de sangrado por el tipo de proceso quirúrgico ginecológico realizado. Frente a este problema identificado se procedió a brindar el cuidado de enfermería a través de las siguientes intervenciones, como la de controlar las funciones vitales. Según Fernández, Zárate y Quispe (2010), los signos vitales es un proceso que refleja el estado fisiológico de los órganos vitales, y el estado hemodinámico de la paciente. Y los parámetros que integran la medición son: temperatura corporal, el pulso, la respiración y la tensión arterial. Sus resultados van expresar de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, así como garantizar una detección temprana de sucesos no deseables o recuperación retardada y particularmente a las enfermeras les permite la toma de decisiones clínicas. Además, Villegas (2012) refiere que los signos vitales constituyen una herramienta valiosa para la persona y su toma se da al ingreso y egreso del centro asistencial, durante la estancia de hospitalización, de inmediato cuando la paciente presenta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica.

Además, antes y después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, especialmente si es invasivo y/o de cirugía mayor, en la que se encontró a la paciente con una presión arterial de 140/50 mmHg y esto ayudó a prevenir posibles complicaciones y al tipo de consumo de la dieta durante su estancia hospitalaria.

Así mismo, mantener una vía periférica permeable refiere Loro y Sancho (2005) que la canalización endovenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa. Por tanto, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2014) refiere que si mantenemos e inspeccionamos regularmente la permeabilidad del catéter periférico y la colocación correcta, va ayudar al reconocimiento temprano de la extravasación ya que es fundamental para limitar la cantidad de fluido que se extiende por el tejido subcutáneo y para evitar un daño potencial que puede producir en los tejidos, ya que mantener la vía permeable tiene un rol importante para la paciente post operada y hospitalizada.

Como también vigilar la pérdida de sangrado para Lagoueyte (2015) menciona que enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida hacia la persona. Por tanto, Uribe (2015) refiere que es el servicio prestado por parte de las enfermeras, es de un tipo de cuidados basados en una visión del individuo dotado a sus necesidades y respuestas humanas, siendo estas el centro de atención en la práctica profesional de enfermería, porque se controlara algún riesgo de pérdida de sangrado. Por tanto, observar los niveles de hemoglobina (13.8 gr/dl) y hematocrito (40.6 gr/dl) en el post operatorio; Franco (2010) lo define a la hemoglobina como el compuesto más importante de los glóbulos rojos en la cual su función es de transportar oxígeno de los tejidos a los pulmones y el hematocrito como el porcentaje ocupado por los glóbulos rojos en el volumen total de la sangre. Aunque la pre hemoglobina fue de (14.4 gr/dl) y hematocrito (44.2 gr/dl). Así mismo, Espinoza y Estrada (2016) refieren que es importante determinar los niveles óptimos de hemoglobina en un paciente sometido a una cirugía, ya que durante la operación pudo haber presentado sangrado y esto es un riesgo de presentar resultados negativos en el postoperatorio, mayores costos y tiempo de estancia hospitalaria.

Además, enseñar a la paciente y familiar del proceso post quirúrgico en el servicio de hospitalización Muggenburg (2012) manifiesta que sirve para tener una buena relación entre la enfermera y la paciente en la que va permitir elaborar un mejor plan de cuidados personalizado, humanizado y ético, con el fin de mejorar el estado de salud de la paciente y aprenda el proceso de recuperación post quirúrgico en el servicio de hospitalización. Así mismo, Silva y Fhon (2015) refieren que al brindar asistencia a la paciente es proveedora de cuidado, y como característica de este se contempla la calidad en el servicio que se otorga. Y también al educar en el consumo de dieta rica en hierro Rodríguez (2012) refiere que en cada hospital debe tener en funcionamiento un conjunto de apoyo nutricional para evitar la desnutrición de personas hospitalizadas y que influyan de manera positiva en todo lo relacionado con la buena alimentación para su pronta recuperación. Ya que el hierro por Listín Diario (2012) refiere que es un mineral indispensable para la vida y forma la hemoglobina de los glóbulos rojos, la cual está encargada del transporte de oxígeno que respiramos a través de la sangre hasta todas las células del organismo, por tanto como la paciente ha sido sometida a una operación y presenta una posibilidad de riesgo de sangrado por el tipo de cirugía y además ha tenido que soportar un ayuno, la ingesta de esta va favorecer y prevenir una posible anemia.

El riesgo de infección

Se define como vulnerable a una invasión y a la multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud de las personas y es provocado por los siguientes factores de riesgo como tenemos el conocimiento insuficiente para evitar la exposición de los patógenos, la enfermedad crónica, la malnutrición, la obesidad, el procedimiento invasivo, exposición a brotes de enfermedades, alteración de la integridad de la piel, alteración del peristaltismo, alteración del PH de las secreciones, la disminución de la acción ciliar, retención de los fluidos corporales, la

ruptura prematura de la membrana amniótica, ruptura prolongada de la membrana amniótica, el tabaquismo, la disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria y la vacunación inadecuada (NANDA, 2015).

También, Gómez (2014) refiere que el riesgo de infección en pacientes portadores de catéteres se relaciona con la contaminación del mismo y la proliferación de los microorganismos en la luz, o fuera de ella, lo que puede dar lugar a distintos grados de infección pudiéndose producir desde flebitis hasta septicemia por diseminación. Asimismo, Vargas (2010) refiere a las infecciones que son la complicación más común que existe en los pacientes hospitalizados y están severamente comprometidos y son continuamente sometidos a intervenciones, métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, por lo cual es importante conocer los factores asociados al desarrollo de las infecciones en este servicio hospitalario, siendo un área de especial interés para el desarrollo de medidas de seguridad.

La paciente en estudio presenta catéter vesical y catéter periférico, el cual es un medio invasivo y está expuesta al ingreso de un agente patógeno y a contraer un riesgo de infección. Por tanto, frente a este problema identificado se procedió a realizar las siguientes intervenciones de enfermería. Como la de mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo, en la que Orellana y Carmona (2013) mencionan que la técnica aséptica es el conjunto de procedimientos y actividades destinados a disminuir las posibilidades de contaminación microbiana en los pacientes y equipos en el área de hospitalización, en tanto la labor de enfermería va estar centrada en el cuidado integral del ser humano con el fin de lograr un estado de salud óptimo, por lo tanto se deberá enfatizar las medidas de prevención de enfermedades y limitar riesgos, ya que los procedimientos invasivos y la alteración de las defensas inmunitarias son los principales factores contribuyentes a las infecciones nosocomiales.

Asimismo, Tobo (2013) refiere que el profesional de enfermería tiene a su cargo y es de su responsabilidad de realizar una aplicación rigurosa en las normas y principios de asepsia y antisepsia. También al realizar el lavado de manos antes y después del contacto con la paciente según Coelho (2011) señala que el lavado de las manos es importante para la prevención de las infecciones y es considerada como la medida principal contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario.

Igualmente, el Ministerio de Salud (MINSA, 2016) refiere que es importante que la higiene de manos se lleve correctamente y en el momento adecuado para los que participan en la atención del paciente. Además verificar la permeabilidad de los catéteres como sonda vesical y vía periférica Olmedo (2004) refiere que para asegurar el éxito de la permeabilidad de una vía endovenosa debemos tomar en cuenta los lineamientos establecidos para elegir el sitio de punción entre los que destacan la duración del tratamiento, el tipo de solución intravenosa prescrita, el calibre del punzo catéter, la permeabilidad y flexibilidad de la vía y en cuanto a la sonda vesical es la de mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga de la paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical. También Los coordinadores de enfermería (2012) refieren que el uso de una vía periférica es uno de los más utilizados en el ambiente hospitalario en el cual se debe mantener permeable para favorecer la administración de medicamentos durante su estancia hospitalaria del paciente.

Por otro lado, observar la vulnerabilidad de la paciente Vera (2014) describe que la paciente va estar vulnerable a una gran variedad de microorganismos durante la estancia hospitalaria por lo que el personal de enfermería, resulta clave en la prevención de infecciones

nosocomiales en los pacientes, ya que es responsable de brindar los cuidados, a través de los cuales promueve, conserva y restablece la salud de la paciente que está bajo su cuidado.

Además, Vera y Rosalía (2008) refieren que todo ser humano es vulnerable en todas sus dimensiones, tanto físicamente, socialmente, psicológicamente y espiritualmente. Asimismo, la administración de antibióticos según prescripción médica del Ministerio de Salud MINSA (2011) refiere que la seguridad de los medicamentos es una parte esencial de la seguridad hacia los pacientes, tanto que la administración de los medicamentos por parte de la enfermera exige el conocimiento del estado clínico del paciente, el nombre comercial o genérico, la presentación, vías de administración, la dosificación, dilución, los efectos colaterales y cuidados de enfermería de los diversos medicamentos como son los antibióticos.

Por tanto, Zubieta (2015) menciona que los antibióticos son las primeras sustancias que están encargadas a tratar las infecciones ocasionadas por las bacterias, en el cual su principal objetivo es la eliminación o inhibición de la actividad de las bacterias en el organismo, como en este caso usamos la Clindamicina de 600 mg que es un antibiótico que está indicado para las infecciones severas por anaerobios infecciones del tracto biliar, infecciones osteoarticulares por estafilococos, gangrena gaseosa, infecciones ginecológicas como vaginosis bacteriana, endometritis y enfermedad inflamatoria pélvica aguda profilaxis de infecciones estreptocócicas perinatales y combinado con otros antibióticos en la profilaxis de cirugías que lo requieran reacciones adversas, frecuentes, colitis por *Clostridium difficile*, la diarrea, anorexia, las náuseas, vómitos, flatulencia, distensión abdominal, trastorno del gusto con sabor metálico en altas dosis, elevación transitoria de las enzimas hepáticas mecanismo de acción: Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas Revista Cubana de Farmacia (2016).

Por consiguiente, realizar las notas de enfermería, Fernández (2016) señala que se va a garantizar la calidad de atención en el servicio de hospitalización, donde no solo se debe disponer de personal suficiente con conocimientos actualizados, sino, además tener en cuenta que se trabaja con una persona, por lo cual hay que cuidar en los aspectos informativos, organizativos y de trato humano. Tanto así, que la comunicación permanente con el equipo de salud exige una estructuración rigurosa del acto de cuidar como evidencia escrita por parte del profesional de enfermería, en la que muestre la vivencia diaria a la atención del paciente; es así como que las notas de enfermería sirven de instrumento de apoyo a la gestión, para realizar controles de calidad y conocer los resultados propios de la atención. De la misma manera, Hernández (2011) refiere que los registros de enfermería vienen a ser un elemento importante ya que son documentos específicos y obligatorios que forma parte de una historia clínica y estos a su vez forman un expediente clínico.

Por otro lado, se brindará educación a la paciente y familiares por lo que Solón (2016) indica que el proceso educativo recae indudablemente sobre la enfermera que está encargada y debe ser continua y personalizada desde el momento de la hospitalización hasta su alta. De la misma manera, León (2006) refiere que la información y la educación durante su ingreso hospitalario consisten en ayudar a la persona y a su entorno familiar en adaptarse a una nueva situación como es del post operatorio en servicio de hospitalización.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería a la paciente S.A.M.C durante 3 días, del día 15 al 17 de junio en el turno tarde para el primer día, turno mañana y noche para el segundo día, el tercer día turno mañana. Se identificaron 6 diagnósticos el primer día, el segundo día 5 y el tercer día 5 diagnósticos de los cuales fueron priorizados para la atención los 5 primeros diagnósticos.

Evaluación por días de atención:

Evaluación del primer día (15/06/18) turno tarde.

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el dolor agudo de forma parcial al evidenciar una expresión facial de tranquilidad, escala del dolor Eva en 5 puntos; sin embargo, aún se muestra quejumbrosa a la deambulacion.

Segundo diagnóstico

Déficit de autocuidado: baño.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó buen cuidado e higiene personal: baño de forma parcial al evidenciar un ambiente adecuado, sin embargo, aún presenta un olor corporal desagradable y necesita ayuda para el aseo.

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el nivel de ansiedad de forma parcial al evidenciar una expresión corporal de calma; sin embargo, aún continua temerosa y no puede conciliar el sueño.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó de forma parcial el riesgo de sangrado; sin embargo, aún no conoce las medidas preventivas,

Quinto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de infección de forma parcial al conservar los procedimientos invasivos seguros; sin embargo, aún no conoce la medida preventiva de infección.

Evaluación del segundo día (16/06/18) turno mañana

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el dolor agudo de forma parcial al evidenciar una expresión facial de tranquilidad, escala del dolor Eva en 4 puntos; sin embargo, aún se muestra quejumbrosa a la deambulacion.

Segundo diagnóstico

Déficit de autocuidado: baño.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó buen cuidado e higiene personal: baño de forma parcial al evidenciar un ambiente adecuado, sin embargo, aún presenta un olor corporal desagradable.

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el nivel de ansiedad de forma parcial al evidenciar una expresión corporal de calma; sin embargo, aún continúa temerosa y no puede conciliar el sueño.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó de forma parcial el riesgo de sangrado; sin embargo, aun relativamente conoce las medidas preventivas.

Quinto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de infección de forma parcial al conservar los procedimientos invasivos seguros, sin embargo, conoce relativamente la medida preventiva de infección.

Evaluación del segundo día (16/06/18) turno noche

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó dolor agudo se evidencia una expresión facial de tranquilidad, escala del dolor Eva en 3 puntos; sin embargo, aún siente relativamente dolor a la deambulacion.

Segundo diagnóstico

Déficit de autocuidado: baño.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó buen cuidado e higiene personal: baño de forma parcial al evidenciar un ambiente adecuado, sin embargo, aún presenta un olor corporal desagradable.

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el nivel de ansiedad de forma parcial al evidenciar una expresión corporal de calma; sin embargo, relativamente aún temerosa y no puede conciliar el sueño.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó de forma parcial el riesgo de sangrado y conoce las medidas preventivas.

Quinto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el riesgo de infección de forma parcial al conservar los procedimientos invasivos seguros; sin embargo, conoce relativamente la medida preventiva de infección.

Evaluación del segundo día (17/06/18) turno mañana

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: La paciente disminuye el dolor agudo al evidenciar una expresión facial de tranquilidad, escala del dolor Eva en 2 puntos, puede moverse.

Segundo diagnóstico

Déficit de autocuidado: baño.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó buen cuidado e higiene personal: baño de forma parcial al evidenciar un ambiente adecuado; sin embargo, aún presenta relativamente un olor corporal desagradable.

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó el nivel de ansiedad de forma parcial al evidenciar una expresión corporal de calma; sin embargo, aun relativamente no puede conciliar el sueño.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de sangrado

Objetivo alcanzado: La paciente disminuye el riesgo de sangrado y conoce las medidas preventivas.

Quinto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: La paciente disminuye el riesgo de infección al conservar los procedimientos invasivos seguros y conoce la medida preventiva de infección.

Conclusión

El proceso de atención de enfermería es importante para la atención de la paciente ya que me permitió brindar cuidados más eficaces y así poder prevenir posibles complicaciones. En el cual de los 05 diagnósticos prioritarios 03 fueron alcanzados: La paciente disminuye el dolor según escala EVA (3), conoce las medidas preventivas de sangrado; por tanto, no presentó sangrado durante su hospitalización y paciente refiere conocer las medidas preventivas de

infección, no se evidenció infección durante su atención. Y 02 diagnósticos fueron parcialmente alcanzados: la paciente presenta regular cuidado e higiene personal: baño (no se acostumbraba al hábitat del hospital) y la paciente regularmente disminuye el nivel de ansiedad, se muestra sereno al tercer día de estar hospitalizada, pero no logra conciliar a sus horas el sueño.

Bibliografía

Aguilera, L., Díaz, M., & Sánchez, H. (2012). Trastorno del Sueño en el Paciente Adulto

Hospitalizado. Recuperado de

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueño_hospitalizado.pdf.

Aliberch, A. M., & Miquel, I. M. (2015). Necesidad de Rol en Los Familiares del Paciente en La

Unidad de Cuidados Intensivos. Recuperado de

file:///C:/Users/merym_000/Downloads/S1130239915000310.pdf

Alva, R., Huamán, K., & Zúñiga, V. (2018). Calidad de Los Cuidados de Enfermería en el

Paciente Post Operado del Hospital Cayetano Heredia Lima 2018. Recuperado de:

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4390/Calidad_AlvaMerino_Rosemary.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Antonia, M., & Moreno, P. (2015). Ansiedad en el Post Operatorio de CMA.

Recuperado de

http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/05_20_2_OR_Antonia.pdf

Ballén, M., Dussan, J., Sarmiento, G. & Barrero, L. (2017). Protocolo Uso De Opioides en

Clínica Universitaria Colombia. Recuperado de

http://www.unisanitas.edu.co/Revista/63/MABallen_et_al.pdf

Campos, L., Chico, J. & Cerna, L. (2014). Calidad del Cuidado de Enfermería en La Seguridad

Integral del Paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-

2014). Recuperado de [file:///C:/Users/merym_000/Downloads/1026-2734-1-](file:///C:/Users/merym_000/Downloads/1026-2734-1-PB%20(2).pdf)

[PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/merym_000/Downloads/1026-2734-1-PB%20(2).pdf)

- Can, A., Sarabia, B., & Guerrero, J. (2015). Autocuidado en las Personas Mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319043.pdf>
- Carbajal, G., & Montenegro, J. (2015). Higiene: Cuidado Básico que Promueve La Comodidad En Pacientes Críticos. Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/231831/181651>
- Caro, S., Díaz, D., & De Las Salas, R. (2014). Conocimientos Relacionados Con Aspectos de La Administración de Medicamentos en la Práctica de Enfermería en Tres Hospitales del Atlántico (Colombia).
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n3/v30n3a11.pdf>
- Coelho, M., Arruda, S., & Simoes, F. (2011). Higiene de Manos como Estrategia Fundamental en el Control de Infección Hospitalaria. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003.
- Coordinadores de Enfermería. (2012). Guía de Inserción de Catéter Venoso Periférico. Clínica Universidad de La Sabana. Recuperado de <https://es.slideshare.net/garciaj.cesar/gua-de-enfermera-institucional-de-cateter-venoso-periferico-cus>
- Corral, R., Juárez, E., & Ochoa, L. (2006). Signos Vitales: Conocimiento y Cumplimiento de Técnicas de Medición.
Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2006/eim062f.pdf>
- Diez, E. (2009). Valoración del Dolor Agudo Post Operatorio.

- Recuperado de
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-del-dolor-agudo-postoperatorio-S1134282X09000062>
- Echeverría, E. (2014a). Organización de un Programa de Dolor Agudo (PDA)
Recuperado de
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700823>
- Echeverría, E. (2014b). Organización de un Programa de Dolor Agudo (PDA)
Recuperado de
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/4%20Julio/3_Eu_Elizabeth-Echeverr-%C2%A1a.pdf
- Espinoza, I., Cabrea, C. & Rosales, A. (2016). Valores Óptimos de Hemoglobina en el Peri operatoria. Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma162h.pdf>
- Fernández, J., Zárate, G., Ochoa, C., & Ramírez, A. (2010). La Evaluación de la Calidad de los Signos Vitales como Indicador de Proceso en la Gestión del Cuidado de Enfermería.
Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en103d.pdf>
- Fernández, M., Zárate, R., & Ochoa, J. (2010). La Evaluación de La Calidad de los Signos Vitales Como Indicador de Proceso en La Gestión del Cuidado de Enfermería.
Recuperado de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en103d.pdf>

Fernández, S., Ruydiaz, K., & Del Toro, M. (2016). Notas de Enfermería: Una Mirada a su Calidad. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200015

Flores, C. & Romero, A. (2010). Higiene del Paciente en Cama.

Recuperado de

https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf

Franco, L. (2010). La Hemoglobina Una Molécula Prodigiosa.

Recuperado de.

<http://www.rac.es/ficheros/doc/00906.pdf>

García, J. (2017). Manejo Básico del Dolor Agudo y Crónico.

Recuperado de

<http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>

Gómez, D. (2014). Justificación Científica en el Diagnóstico Riesgo de Infección en Pacientes con Leucemia. Recuperado de

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12127/1/TFG-H328.pdf>

González, A., Montalvo, A., & Herrera, A. (2017). Comodidad de los Pacientes Hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivo e Intermedio. Recuperado de

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>

González, M., & Vicente, J. (2016). Escucha Activa Para una Asistencia de Calidad.

Recuperado de

http://revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/viewFile/337/pdf_279

Grajales, C., Bonilla, P., & Chavarría, M. (2016). Hemorragia Uterina Anormal.

Recuperado de.

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art36.pdf>

Guevara, M., & Laverde, O. (2015). Aplicación de la Teoría de la Comodidad en el Baño en

Cama. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100017

Hernández, C. (2011). Las Notas de Enfermería en la Relación a la Existencia de Los Elementos

Mínimos Para su Elaboración. Recuperado de.

<http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-088.pdf>

Hilasaca, N., López, C., Quispe, M., & Quispe, Y. (2015). Aplicación de los Diez Correctos en la

Administración de Antibióticos Endovenosos de la Familia Cefalosporina en Pacientes

del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unánue. Recuperado de

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/837/Aplicacion_HilasacaZea_Nora.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2014). Manejo de Catéteres Venosos

Periféricos. Recuperado de

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmanejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_peif%C3%A9ricos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946346&ssbinary=true

- Hospital San Rafael. (2015). Alerta de Medicamentos. El Programa de Farmacovigilancia de la Ese Hospital San Rafael Tunja se Permite Informar: Seguridad Sobre El Uso De Medicamento Dipiridona. Recuperado de https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/685/ASHSRT%2016-01.pdf
- Iglesias, J., & López, P. (2015). La Ansiedad por Hospitalización. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-por-hospitalización/>
- Lagoueyte, M. (2015). El Cuidado de Enfermería a Los Grupos Humanos. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
- León, M. (2006). Educación Sanitaria En La Unidad de Hospitalización del Servicio de Urología. Recuperado de [file:///C:/Users/merym_000/Downloads/Dialnet-EducacionSanitariaEnLaUnidadDeHospitalizacionDelSe-2956871%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/merym_000/Downloads/Dialnet-EducacionSanitariaEnLaUnidadDeHospitalizacionDelSe-2956871%20(1).pdf)
- Listín Diario. (2019). La Importancia del Hierro en las Dietas de Las Mujeres. Recuperado de. <https://listindiario.com/la-vida/2012/02/06/220638/la-importancia-del-hierro-en-la-dieta-de-las-mujeres>
- López, C., Nachón, G., & Hernández, H. (2011). Salud Bucal, Salud Bucal Percibida y Calidad De Vida en Adultos Mayores. Recuperado de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num2/articulos/salud.pdf

- López, S., López, A., & Vásquez, A. (2017). Claves para optimizar el tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. Editorial Inspira Network España. Recuperado de http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf
- Loro, N., & Sancho, M. (2005). Enfermería: Canalizaciones Periféricas, Atención, Cuidados, Mantenimiento y Complicaciones. Recuperado de [file:///C:/Users/merym_000/Downloads/481-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2139-2-10-20080208%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/merym_000/Downloads/481-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2139-2-10-20080208%20(1).pdf)
- Medina, A., Feria, D., & Oscoz, G. (2009). Los Conocimientos Sobre El Sueño y Los Cuidados Enfermeros Para un Buen Descanso. Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/75151/72901>
- MINSA. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Recuperado de <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-2014/GUIA%20DE%20MEDICAMENTOS,%2024%20ENERO%202011.pdf>
- MINSA (2016). Guía Técnica Para La Implementación Del Proceso De Higiene De Manos En Los Establecimientos De Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3554.pdf>
- Miranda, M., Christello, V., Portella, J., Roggia, D., Stein, D., & Miritz, A. (2012). Apoyo

Emocional Ofrecido por el Equipo de enfermería a Pacientes Hospitalizados.

Recuperado de

<http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>

Moles, P., & Arnau, E. (2013). Evaluación del Higiene Bucal en los Pacientes de un Hospital de Media/Larga Estancia. Recuperado de

File:///C:/Users/merym_000/Downloads/Dialnet-

EvaluacionDeLaHigieneBucalEnLosPacientesDeUnHospit-5557664%20(1).pdf

Moreno, M., & Muñoz, M. (2014). Satisfacción con El Manejo del Dolor Postoperatorio en Pacientes Hospitalizados. Recuperado de

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3996/3737>

Muggenburg, M., & Riveros, A. (2012). Interacción Enfermera – Paciente y su Repercusión en el Cuidado Hospitalario. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

70632012000100005

NANDA. (2015a). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación (2015-2017).

Barcelona, España: Elsevier. Editorial DRK Edición, 439.

NANDA. (2015b). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación (2015-2017).

Barcelona, España: Elsevier. Editorial DRK Edición, 246.

NANDA. (2015c). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación (2015-2017).

Barcelona, España: Elsevier. Editorial DRK Edición, 331.

NANDA. (2015d). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación (2015-2017).

Barcelona, España: Elsevier. Editorial DRK Edición, 401.

NANDA. (2015e). *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación (2015-2017)*.

Barcelona, España: Elsevier. Editorial DRK Edición, 379.

Olmedo, B., Velasco, R., Godínez, R., & Delgado, C. (2004). *Acciones para Restablecer la*

Permeabilidad de la Venoclísis por Personal de Enfermería.

Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042h.pdf>.

Orellana, M., Changa, R., Sulcapuma, B., & Chávez, E. (2013). *Técnicas Asépticas en el*

Cuidado Enfermero a Pacientes Hospitalizados que Requieren Administración de

Fármacos y Aspiración de Secreciones del Tracto Respiratorio.

Recuperado de

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/1797/1808>.

Organización Mundial de La Salud. (2016). *Normas Básicas de Higiene del Entorno en La*

Atención Sanitaria. Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246209/9789243547237-spa.pdf;jsessionid=ED55F28985642227FD0DF7452BE48609?sequence=1>

Prado, L., González, M., & Paz, N. (2014). *La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorotea*

Orem Punto de Partida para Calidad en la Atención.

Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Revista de Argentina de Cardiología. (2017). *Consenso para la Prevención y*

Manejo del Sangrado en Enfermedades Cardiovasculares. Editorial: Estudio Sigma S.R.L.

- Recuperado de
<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/07/consenso-para-la-prevencion-y-manejo-del-sangrado-en-enfermedades-cardiovasculares-2017-1.pdf>
- Rodríguez, O. (2012). Dietas en Las Instituciones Hospitalarias.
Recuperado de.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000015
- Rodríguez, S., Jara, F., & Espina, M. (2017). La Higiene en los Pacientes Hospitalizados por Parte de Enfermería
Recuperado de
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/>
- Sánchez, G., Mendoza, N., & Savón, Y. (2018). Protocolo de Atención de Enfermería.
Recuperado de
<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1768/3549>
- Siefer, I. (2012). Participación de la Familia en el Cuidado del Adulto Mayor Hospitalizado y Factores Relacionados de la Propia Familia, Institución y del Profesional de Enfermería En las Unidades Médicas del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
Recuperado de
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/31/participacion-de-la-familia-en-el-cuidado-del-adulto-mayor-hospitalizado-y-factores-relacionados-de-la-propia-familia-institucion-y-del-profesional-de-enfermeria- en-las-unidades-medicas-del-hospital/>.
- Sillas, D., & Jordan, L. (2011). Autocuidado. Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería.

- Recuperado de
<http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Silva, J. (2015). Percepción del Paciente Hospitalizado Respecto a la Atención de Enfermería En Un Hospital Público. Recuperado de.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-percepcion-del-paciente-hospitalizado-respecto-S1665706315000020>
- Solón (2016). Educación al Paciente y Su Familia.
Recuperado de
file:///C:/Users/merym_000/Downloads/S0120563316000140.pdf
- Subiela, J., Abellón, J., & Celdrán, A. (2014). La Importancia de la Escucha Activa en La Intervención Enfermera.
Recuperado de
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>
- Tobo, N. (2013). La Enfermera y la Visión de Seguridad del Paciente en el Quirófano en Aspectos Relacionados con la Asepsia y la Técnica Estéril.
Recuperado de.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf>
- Torres, V., & Chávez, A. (2013). Ansiedad.
Recuperado de:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800001&lng=es&nrm=iso
- Uribe, S. (2015). El Papel de la Enfermera en el Cuidados de los Pacientes Sometidos a Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica CPRE.

- Recuperado de
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5578>
- Vallejos, A., Ruano, C., Ávila, M., La Torre, S., Delgadillo, J., Monosalva, G., Malaver, E., Hernández, P., Torres, G., Bernal, A., & Tovar, A. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>
- Vallejos, N. (2015). Analgésicos en el Paciente Hospitalizados.
Recuperado de
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/54288/53599>
- Vargas, R., Rojas, E., Mantilla, S., Antonia, M. & Bautista, D. (2010). Factores de Riesgo Asociados a Infecciones en Pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Recuperado de
file:///C:/Users/merym_000/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoAsociadosAInfeccionesEnPacientesHo-3717351.pdf
- Vera, R. (2014). Cuidado Humano: La Vulnerabilidad del Ser Enfermo y su Dimensión de Trascendencia. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009
- Vera, W. & Rosalia, B. (2008). El Proceso de Cuidar Según La Perspectiva de la Vulnerabilidad. Recuperado de.
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf
- Virues, R. (2005). Estudio Sobre Ansiedad.
Recuperado de
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

Villareal, E. (2007). Seguridad de los Pacientes. Un Compromiso de Todos para un Cudado de Calidad. Recuperado de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>

Villegas, J., Villegas, O., & Villegas, V. (2012). Semiología de Los Signos Vitales: Una Mirada Novedosa a un Problema Vigente. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/html/2738/273825390009/>

Zubieta, G., Gónzales, C., Cartagena, E., & Peña, V. (2015). Uso de Antibióticos Preoperatorios y Post operatorios en el Departamento de Cirugía General de un Hospital Privado y Comparación con las Guías Actuales de Manejo Antimicrobiano.

Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161c.pdf>

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: Fecha de nacimiento: Edad: Grado de instrucción:
 Fecha de ingreso al servicio: Hora: Persona de referencia: Telf.
 Procedencia: Consultorio () Emergencia () SOP () Otro: _____
 Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla ()
 Fuente de Información: Paciente() Familiar/amigo () Otro: _____
 Motivo de ingreso: Dx. Médico:
 Fecha de valoración: Seguro:

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD
<p>Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas : HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____</p> <p>Grupo Sanguíneo: Factor: Intervenciones quirúrgicas : Si () No ()</p> <p>Fechas:</p> <p>Alergias y otras reacciones : Fármacos: Alimentos : Otros _____</p> <p>Factores de riesgo : Consumo de tabaco Si () No () Consumo de alcohol Si () No () Consumo de drogas Si () No ()</p> <p>Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis</p> <p>Estado de higiene : Adecuado () Regular () Deficiente ()</p> <p>¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?</p> <p>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?</p>	<p>Antecedentes de Conducta Sexual N° de parejas sexuales: Uso de Método Anticonceptivo: SI () Especificar _____ Tiempo de uso _____ NO ()</p> <p>Mamas: Blandas () Turgentes () Secretantes() No Secretantes()</p> <p>Pezones: Formados() Planos () Invertidos ()</p> <p>Útero: Altura Uterina:----- -----</p> <p>Perdidas Vaginales: Sangrado Vaginal: Si () No() Secreciones Vaginales: Si () No() Características : manchitas (rojo oscuro)</p> <p>Loquios _____</p> <p>Comentarios adicionales: presenta tapón vaginal por el tipo de cirugía</p>
	<p>PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO</p> <p>Tº: PA: FC: FR: Peso : Talla: Piel:</p>

<p>Controles Pre Natales: <u>SI</u> () <u>Nº</u> _____ <u>NO</u> () _____</p> <p>Inmunizaciones: _____</p> <hr/> <div style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; border: 1px solid black;">PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO</div> <hr/> <p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _____</p> <p>Respiración: Superficial() Profunda () Disnea: En reposo() Al ejercicio () Se cansa con facilidad: Si () No () Ruidos respiratorios: _____</p> <hr/> <p>Tos ineficaz: Si () No () Reflejo de la tos: Presente() Ausente () Disminuido ()</p> <p>Secreciones: Si () No () Características: _____</p> <hr/> <p>O2: Si () No() Modo: _____ l/min _____</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: _____ Edema: Si () No () Localización: _____</p> <hr/> <p>+ () ++ () +++ () Presencia de líneas invasivas: Cateter periférico: Si () No () Fecha de colocación: _____ Comentarios adicionales: _____</p> <hr/> <p>EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO 1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3 = Totalmente dependiente</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>2 3</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;">Movilización en cama</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>Deambula</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño/bañarse</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Movilización en cama					Deambula					Ir al baño/bañarse					Tomar alimentos					Vestirse					<p>Coloración: Normal () Pálida () Robicunda() Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar: _____</p> <p>Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta () Prótesis() Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena() Hidratación: Si () No () Cambio de peso durante los últimos días: Si () No() Obesidad: () Bajo peso: () Otros: () Especificar: Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado ()</p> <hr/> <div style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; border: 1px solid black;">PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</div> <hr/> <p>Estado emocional: Tranquila () Ansiosa() Apática() Temerosa () Irritable () Indiferente() Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____</p> <hr/> <div style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; border: 1px solid black;">PATRÓN DE ELIMINACIÓN</div> <hr/> <p>Hábitos intestinales Nº de deposiciones/día: Normal () Estreñimiento() Diarrea()</p> <p>Incontinencia()</p> <p>Hábitos vesicales Frecuencia: _____ / día Características: Polaquiúria () Disuria () Nicturia () Hematuria () Cateterismo Vesical: Si () No () Sonda Foley: Si () No () Fecha de colocación: _____ Proteinuria: _____ Albumina en orina: _____</p>
Movilización en cama																										
Deambula																										
Ir al baño/bañarse																										
Tomar alimentos																										
Vestirse																										

<p>Aparatos de ayuda: ninguno() S. ruedas()</p> <p>Otros: _____</p> <p>Movilidad de miembros: Conservada()</p> <p>Flacidez()</p> <p>Contracturas()</p> <p>Parálisis()</p> <p>Fuerza muscular: Conservada()</p> <p>Disminuida()</p> <p>Comentarios adicionales:</p> <p>_____</p>	<p>Otros:</p> <p>_____</p> <p>Comentarios adicionales:</p> <p>Dren :</p> <p>Dren Pen Rose () Dren Laminar () Otros:</p> <p>Características de la secreción:</p> <p>_____</p>
PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO	PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO
<p>Orientado: Tiempo() Espacio()</p> <p>Persona ()</p> <p>Presencia de anomalías en:</p> <p>Audición: _____ Visión:</p> <p>_____</p> <p>Habla/lenguaje: _____</p> <p>Otro: _____</p>	<p>Horas de sueño:</p> <p>Problemas para dormir: Si () No()</p> <p>Especificar:</p> <p>¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No()</p> <p>Especificar: _____ Tiempo de uso: _____</p>
<p>Dolor: Si () No ()</p> <p>Localización: zona de cirugía</p> <p>Cefalea () Dinámica Uterina ()</p> <p>Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Otros: _____</p> <p>Nombre del enfermero:</p> <p>Firma : CEP:</p> <p>Fecha:</p>	PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS
	<p>Religión:</p> <p>Restricciones religiosas:</p> <p>Solicita visita de capellán: Si () No()</p> <p>Comentarios adicionales:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:</p> <p>EXAMENES AUXILIARES:</p>

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico operatorio de Colpopexia en el servicio de Hospitalización de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales M. C. S. A. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Mery Mariaca Enciso, bajo la asesoría de la Dra. Danitza Raquel Casildo Bedon. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

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



Glasgow

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

Total: 15/15

Escala de dependencia

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

Dependiente – Parcialmente dependiente – Independiente