

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería a paciente con mixofibrosarcoma de muslo derecho en un  
hospital de Lima, 2018

**Por:**

Martha Luz Lavado Quicaña

**Asesor:**

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ, 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 a paciente con mixofibrosarcoma de muslo derecho en un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada LAVADO QUICAHÑA MARTHA LUZ, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología 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 doce días del mes de junio de 2019.



---

Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Proceso de atención de enfermería a paciente con mixofibrosarcoma de muslo derecho en un  
hospital de Lima, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en  
Oncología

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Presidente



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I .....	11
Valoración.....	11
Datos generales .....	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios: .....	14
Exámenes auxiliares .....	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	17
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	17
Diagnóstico enfermero .....	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico. ....	17
Tercer diagnóstico.....	17
Cuarto diagnóstico.....	18
Quinto diagnóstico. ....	18
Sexto diagnóstico. ....	18
Séptimo diagnostico .....	18

Octavo diagnóstico.....	19
Noveno diagnóstico.....	19
Décimo diagnóstico.....	19
Planificación.....	20
Priorización.....	20
Plan de cuidados.....	21
Capítulo III.....	26
Marco teórico.....	26
Dolor agudo.....	26
Ansiedad.....	29
Riesgo de infección.....	31
Estreñimiento.....	36
Capítulo IV.....	40
Evaluación y conclusiones.....	40
Evaluación por días de atención:.....	40
Primer diagnóstico.....	40
Segundo diagnóstico.....	40
Quinto diagnóstico.....	41
Conclusión.....	41
Bibliografía.....	42
Apéndices.....	45

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Hemograma 07/8/18.....	14
Tabla 2 .....	14
Bioquímica de la sangre 07/8/18.....	14
Tabla 3 .....	15
Examen de orina 07/8/18 .....	15
Tabla 4 .....	15
Grupo Sanguíneo.....	15
Tabla 5 .....	21
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente evidenciado por informe verbal según escala de EVA : 6 puntos y expresión facial de dolor ....	21
Tabla 6 .....	22
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado, con estancia hospitalaria evidenciado por angustia, tristeza, por ausencia de los hijos .....	22
Tabla 7 .....	23
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección, relacionado con agente lesivo físico (herida reciente).....	23
Tabla 8 .....	24
Diagnóstico de enfermería: Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización del miembro inferior derecho.....	24
Tabla 9 .....	25

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento, relacionado por disminución de la motilidad  
gastrointestinal, evidenciado por reposo en cama..... 25

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	45
Apéndice B: Consentimiento informado .....	47
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	48

## **Símbolos usados**

PAE: Proceso de atención de enfermería

EVA: Escala Visual Analógica

MTB: Mamas y Tejidos Blandos

LOTEP: Lucido, Orientado, Tiempo Espacio y persona

EXERESIS: Extirpación de un órgano, o tejido corporal

HB: Hemoglobina

HCTO: Hematocrito

DX: diagnóstico

TTO: Tratamiento

HRS: horas

V.O: vía oral

TUMOR SILENTE: Masa anormal de un tejido, cuando las células se multiplican, o no se destruyen en el momento.

EVA: Escala de valoración análoga.

## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente E.S.P. Mujer joven de 37 años, casada de procedencia de la ciudad de Piura. Se le aplicó la atención de enfermería durante 2 días, a partir del primer día que sale de sala de operaciones e ingresa al servicio de cirugía oncológica de un hospital de Lima. El diagnóstico médico de esta paciente es Mixofibrosarcoma en miembro inferior derecho. Se realizó la valoración integral del paciente, según patrones funcionales de Marjory Gordon. Durante los 2 días de brindar los cuidados de enfermería se identificó 12 diagnósticos de enfermería; de los cuales, se priorizaron 5 diagnósticos, Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por informe verbal según escala de EVA: 6 puntos y la expresión facial. Ansiedad relacionada con estancia hospitalaria, evidenciado por angustia, tristeza, por sus de hijos. Riesgo de infección relacionado a agente lesivo físico (herida reciente). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física en miembro inferior derecho Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal, evidenciado por reposo en cama. Se plantearon los siguientes objetivos: la paciente disminuirá el dolor agudo durante el turno, logrará controla su ansiedad progresivamente, disminuirá el riesgo a infección durante su estancia hospitalaria, disminuirá riesgo de deterioro de la integridad cutánea, presentará ausencia de estreñimiento. Se realizaron intervenciones de enfermería para cada diagnóstico identificado. Se lograron alcanzar todos los objetivos a excepción del segundo, por ser un tratamiento en proceso psicológico que debe tener un periodo de tiempo prudente para aceptación de la separación de sus hijos.

Palabras claves: Proceso de Atención de Enfermería, Mixofibrosarcoma, cáncer.

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: E.S.P

Edad: 37 años.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La paciente adulta joven de 37 años de edad ingresa a las 12: 00 p.m. del día 10/08/2018, en compañía de su esposo en silla de ruedas al servicio de cirugía oncológica luego de ser operada, aparentemente tranquila; refiere dolor moderado en 6 puntos según la escala de EVA a nivel de miembro inferior derecho donde se evidencia herida operatoria, en buen estado no signos de flogosis se hospitaliza para tratamiento por el departamento de Mamas y Tejidos Blandos (MTB), siendo el diagnóstico médico Mixofibrosarcoma de muslo derecho.

Días de hospitalización: 05

Días de atención de enfermería: 02

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción control de la salud.**

Paciente adulta joven con antecedentes de cirugía por cesárea hace nueve años. Se encuentra con buena higiene. La paciente refiere que se auto medicaba con analgésicos como el paracetamol, diclofenaco, cada vez que sentía dolor. La paciente no presenta reacciones alérgicas; en buen estado de higiene.

##### **Patrón II: nutricional-metabólico.**

Paciente con: T°: 36.2 C°, peso: 80Kg, talla: 1.60cm. e IMC: 30 Kg/m el cual indica sobrepeso. Tiene una hemoglobina de 11.2 gr/dl. A la valoración evidencia piel hidratada, tibia al

tacto, cavidad oral intacta e hidratada. Presenta piezas dentarias completas, en regular estado de higiene. Abdomen blando depresible a la palpación con ruidos hidroaéreos presentes. Se evidencia puntos en herida operatoria, en miembro inferior derecho (muslo) sin signos de flogosis, con férula de yeso. Paciente con dieta completa y buen apetito.

### **Patrón III: Eliminación.**

La paciente refiere presentar deposiciones normales, pero esporádicamente se estreñe, hace 3 días presentó estreñimiento. Fue evaluado por el médico, el cual indica lactulosa 15 cc cada 24h. la cual hizo efecto realizando deposiciones normales, diuresis espontánea.

### **Patrón IV: Actividad-ejercicio.**

La paciente presenta FR: 20 x' y PA: 100/60mmHg. FC: 82x. En la **actividad respiratoria** no presenta cansancio, reposo absoluto post cirugía de miembro inferior derecho, con ventilación espontánea. En la **actividad circulatoria**, la paciente con buen ritmo cardiaco, con presión arterial dentro del rango normal, dentro de la **actividad de la capacidad en el autocuidado**, a la valoración se encuentra con grado de dependencia II parcialmente dependiente, la paciente con férula de yeso en miembro inferior derecho con poca movilidad en zona operatoria, y disminución de fuerza muscular.

### **Patrón V: Descanso – sueño**

La paciente no concilia el sueño, toma alprazolam, 1 tableta por la noche, y ½ tableta mañana y tarde, y respiridona ¼ de tableta por las noches, ya que esporádicamente sufre de insomnio, refiere despertarse relajada.

### **Patrón VI: Perceptivo-cognitivo**

La paciente, al momento de evaluación, se encuentra en posición semi fowler en compañía de su hermana, cursa con dolor, con un EVA de 6/10 controlado con analgésicos. Está

orientada en tiempo espacio y persona, colaboradora durante la entrevista, con poca fluidez, refiere que la voz a disminuido en fuerza.

**Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto.**

La paciente, conocedora de su estado de salud actualmente, se muestra colaboradora a los cuidados porque quiere recuperar su estado de salud.

**Patrón VIII: Relaciones-rol.**

La paciente casada vive con esposo e hijos, 3 menores de edad, 12, 9, y 4 años de edad. Llevan una buena relación de pareja trabajan ambos en la agricultura, en Piura. Reciben el apoyo familiar.

**Patrón IX: Sexualidad –reproducción.**

La paciente refiere tener 4 hijos, antes de su enfermedad usaba anticonceptivos, hoy ya no la usa, FUR 20/09/2018. Se observa genitales normales, con buena higiene.

**Patrón X: Adaptación –tolerancia al estrés.**

La paciente presenta preocupación y tristeza, en algunos momentos, ansiedad porque no ve a sus hijos desde que se hospitalizó; solo tiene la compañía de su esposo y su hermana que se turnan en su cuidado. La paciente no sabe que al alta no podrá viajar a Piura, porque va a empezar su tratamiento post cirugía, de acuerdo a los resultados de patología, y porque también, no puede movilizar la pierna derecha, en donde tiene un injerto de piel por el cual tiene indicación de reposo en cama.

**Patrón XI: valores, creencias.**

La paciente cristiana menciona que va regularmente a la iglesia, refiere: “Todo lo dejo en manos de Dios que me fortalece”.

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

Tabla 1

*Hemograma 07/8/18*

Compuesto	Valor encontrado
Glóbulos Blancos	9.64/mm <sup>3</sup>
Segmentados	60%
Eosinófilos	1.5
Basófilos	1%
Monocitos	6%
Linfocitos	18%
Glóbulos rojos	04,12.000/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	11.2gr/dl
Hematocrito	36.1%
Recuento de plaquetas	377,000/mm <sup>3</sup>

*Fuente: Laboratorio Clínico*

Interpretación: Anemia Leve

Tabla 2

*Bioquímica de la sangre 07/8/18*

Compuesto	Valor encontrado
Glucosa	5.7
Úrea	0.8
Creatinina	34
Proteína	74
Albumina	35.8
Sodio	136.2
Potasio	3.71
Cloro	98.4
Fosforo	1.1
Magnesio	0.69
Ácido Úrico	64

*Fuente: Laboratorio Clínico*

Tabla 3  
Examen de orina 07/8/18

Compuesto	Valor encontrado
Sedimento	36.35
Leucocitos	15.28
Hematíes	

Fuente: Laboratorio Clínico

Tabla 4  
Grupo sanguíneo

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo

Fuente: Laboratorio Clínico

### **Tratamiento médico.**

#### **Primer día (10/08/18)**

Dieta completa más líquidos a voluntad

Control de signos vitales

Omeprazol 20mg vía oral cada 24 horas

Tramadol 50mg vía oral cada 8 horas

Enoxaparina 40mg cada 24 horas

Respiridona 2mg  $\frac{1}{4}$  de tableta por la noche.

Alprazolam 0.5mg 1 tableta por la noche y  $\frac{1}{2}$  tableta mañana y tarde.

#### **Segundo día (11/08/18)**

Dieta completa más líquidos a voluntad

Control de signos vitales

Omeprazol 20mg vía oral cada 24 horas

Tramadol 50mg vía oral cada 8 horas

Ceftazidima 1g cada 8 horas

Enoxaparina 40mg cada 24 horas

Respiridona 2mg  $\frac{1}{4}$  de tableta por la noche.

Paracetamol 500mg cada 8 horas

Sulpiride 1 tableta por la noche, si presentara insomnio.

Alprazolam 0.5mg 1 tableta por la noche y  $\frac{1}{2}$  tableta mañana y tarde.

Fisioterapia respiratoria Triflox 10 veces cada hora.

Reposo en cama

Lactulosa 15 cc cada 24 horas.

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Características definitorias: Facies de dolor, y verbalización del dolor en 6 puntos según la escala de EVA

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agente lesivo físico.

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por facies de dolor, y verbalización del dolor en 6 puntos según la escala de EVA.

##### Segundo diagnóstico.

Características definitorias: sentimiento afectivo, e intranquilizadora de malestar de pena, tristeza, angustia. Evidenciado por ausencia de hijos.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: estancia hospitalaria prolongado.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionado con estancia hospitalaria prolongada, evidenciado por angustia, tristeza por ausencia de hijos.

##### Tercer diagnóstico.

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

Etiqueta diagnóstica: insomnio

Factor relacionado: ansiedad, temor

Enunciado diagnóstico: insomnio ausencia de sueño relacionado a la espera de resultados del post operatorio, extraña a sus hijos.

**Cuarto diagnóstico.**

Característica definitoria: índice de masa corporal  $>25 \text{ kg/m}^2$ .

Etiqueta diagnóstica: sobrepeso.

Factor relacionado: reposo en cama post cirugía, farmacoterapia.

Enunciado diagnóstico: sobrepeso relacionado con reposo en cama, evidenciado por cirugía de miembro inferior derecho.

**Quinto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Factor relacionado: deterioro de la movilidad, deterioro del equilibrio.

Enunciado diagnóstico: riesgo de caída relacionado con deterioro del equilibrio.

**Sexto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor relacionado: alteración de la integridad de la piel.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con herida operatoria.

**Séptimo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Factor relacionado: sedentarismo por cirugía de miembro inferior derecho.

Enunciado diagnóstico: riesgo de deterioro de la función cardiovascular relacionado por reposo en cama, evidenciado por cirugía.

**Octavo diagnóstico.**

Características definitorias: cambios en el patrón gastrointestinal.

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Factor relacionado: disminución de la motilidad gastrointestinal.

Enunciado diagnóstico: estreñimiento relacionado con disminución en la actividad física, evidenciado por reposo en cama.

**Noveno diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de deterioro de la función hepática.

Factor relacionado: agentes farmacológicos.

Enunciado diagnóstico: riesgo de deterioro de la función hepática relacionado con régimen terapéutico.

**Décimo diagnóstico.**

Características definitorias: deterioro de la habilidad para acceder al baño, deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.

Etiqueta diagnóstica: déficit de autocuidado, baño.

Factor relacionado: deterioro musculoesquelético, dolor.

Enunciado diagnóstico: déficit del autocuidado relacionado por deterioro músculo esquelético, evidenciado por cirugía de miembro inferior derecho.

**Un décimo**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de integridad cutánea.

Factor relacionado: inmovilización física.

Enunciado diagnóstico: riesgo de la integridad cutánea relacionado a la inmovilización físico del miembro inferior derecho.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente evidenciado por informe verbal según escala de EVA: 6 puntos y expresión facial de dolor.
2. Ansiedad relacionada con estancia hospitalaria, evidenciado por angustia, tristeza por ausencia de hijos.
3. Riesgo de infección relacionado a agente lesivo físico (herida reciente).
4. Riesgo de Integridad Cutánea relacionada por la inmovilización física del miembro inferior derecho.
5. Estreñimiento, relacionado por disminución de la motilidad. gastrointestinal, evidenciado por reposo en cama.
6. Riesgo de deterioro de la función hepática relacionado con agentes farmacológicos.
7. Insomnio relacionado preocupación por tristeza, pena.
8. Sobrepeso, relacionado por conducta sedentaria, evidenciado por cirugía.
9. Riesgo a caídas, relacionado inestabilidad de miembro inferior derecho.
10. Riesgo de deterioro de la función cardiovascular, relacionado, con reposo en cama.
11. Déficit del autocuidado, relacionado con cirugía de miembro inferior derecho

## Plan de cuidados.

Tabla 5

*Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente evidenciado por informe verbal según escala de EVA : 6 puntos y expresión facial de dolor*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución			
		10/08/18		11/10/18	
		M	T	M	T
Objetivo general:	1. Valorar el dolor según EVA.	→	→	→	→
La paciente disminuirá el dolor agudo durante el turno.	2. Control de signos vitales.	08:00	04:00	08:00	04:00
	3. Brindar confort.	→	→	→	→
Resultados:	4. Administrar analgésicos Tramadol 50mg v.o.	08:00	04:00	08:00	04:00
1. La paciente evidenciará facies de alivio después del tratamiento analgésico.	5. Fomentar periodos de descanso /sueño adecuado que facilite el alivio del dolor.	→	→	→	→
	6. Ayudar a mejorar la posición, en el paciente y así conciliar el sueño.	→	→	→	→
2. La paciente verbalizará dolor en 3 puntos según la escala de EVA.	7. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera necesario.	→	→	→	→
	8. Considerar el tipo y la fuente del dolor, para usar estrategia de alivio del mismo.	→	→	→	→
	9. Usar métodos distractores.	→	→	→	→
	10. Controlar o evitar ruidos indeseados en lo posible.	→	→	→	→

Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado, con estancia hospitalaria evidenciado por angustia, tristeza, por ausencia de los hijos*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución			
		10/08/18		11/10/18	
		M	T	M	T
Objetivo general: La paciente logrará controlar su ansiedad progresivamente.	1. Establecer relación de confianza, entre enfermera y paciente.	→	→	→	→
Resultados: 1. La paciente disminuirá angustia después de recibir palabras de apoyo.	2. Usar métodos distractores (revistas, TV, juegos).	→	→	→	→
2. La paciente logrará sentirse más tranquila después de conversar con sus hijos.	3. Solicitar al familiar, que los hijos tengan comunicación telefónica con la mamá.	→	→	→	→
	4. Permitir a la familia acompañar al paciente	→	→	→	→
	5. Fomentar el sueño.	→	→	→	→
	6. Educar al paciente sobre su estado de salud, en la medida que sea necesaria.	→	→	→	→
	7. Brindar cuidados espirituales y emocionales.	→	→	→	→

Tabla 7

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección, relacionado con agente lesivo físico (herida reciente)*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución			
		10/08/18		11/10/18	
		M	T	M	T
Objetivo general: La paciente disminuirá el riesgo a infección durante su estancia hospitalaria.	1.Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad del cuidado del paciente.	➡	➡	➡	➡
	2.Control de signos vitales:T°,P/A,F/C,FR.	08:00	04:00	08:00	04:00
	3.Administrar ceftacidima 1 gr cada 8 horas.	08:00	04:00	08:00	04:00
	4.Inspeccionar la existencia de flogosis en herida.	08:00	06:00	08:00	06:00
	5.Curar herida operatoria.	➡	➡	➡	➡
	6.Mantener la técnica de vendaje estéril.	➡	➡	➡	➡
	7.Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada intervención médica.	➡	➡	➡	➡
	8.Fomentar una ingesta nutricional adecuada.	➡	➡	➡	➡
	9.Brindar ingesta de líquidos.	➡	➡	➡	➡
	10.Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	➡	➡	➡	➡
	11. Limitar el número de visitas.	➡	➡	➡	➡

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización del miembro inferior derecho*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución			
		10/08/18		11/10/18	
		M	T	M	T
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	1. Interconsulta con nutrición para una valoración nutricional.	→	→	→	→
	2. Brindar ingesta de líquidos a voluntad.	→	→	→	→
	3. Cambiar postura cada 2 horas.	→	→	→	→
	4. Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama: espuma, almohada	→	→	→	→
	5. Mantener la piel seca e hidratada, use cremas protectoras para la piel. no frote las prominencias óseas.	→	→	→	→
	6. Valorar el riesgo con la escala de NORTON.	08:00	04:00	08:00	04:00
	7. Educar al paciente sobre posicionamiento para disminuir el riesgo de rotura del tejido.	→	→	→	→
	8. Derivar al paciente para mejorar la movilización física con el área de rehabilitación con un Fisioterapeuta.	→	→	→	→

Tabla 9

*Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento, relacionado por disminución de la motilidad gastrointestinal, evidenciado por reposo en cama.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución			
		10/08/18		11/10/18	
		M	T	M	T
Objetivo general:	9. Interconsulta con nutrición	→	→	→	→
La paciente presentará ausencia de estreñimiento.	10. Ingesta de líquidos a voluntad.	→	→	→	→
	11. Animar al paciente a participar en los cambios de posición.	→	→	→	→
Resultados esperados: Paciente	12. Cambio postural cada 3 horas.	→	→	→	→
	13. Fomentar la realización de ejercicios pasivos con un margen de movimiento.	→	→	→	→
	14. Enseñar al paciente y familia acerca de la dieta rica en fibras.	→	→	→	→
	15. Instruir al paciente y familia sobre el uso correcto de la lactulosa.	→	→	→	→
	16. Extraer la impactación fecal manual si fuese necesario.	→	→	→	→
	17. Comprobar movimientos intestinales a través de la auscultación.	→	→	→	→

## Capítulo III

### Marco teórico

#### **Dolor agudo.**

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión (Mesas, 2012).

Chapman (1984) menciona que el dolor agudo puede estar acompañado de ciertas respuestas de orden automático, psicológico y conductual provocadas por una lesión en los tejidos o, como consecuencia de una inflamación.

Wilson (2002) resalta el hecho de que el dolor es un fenómeno perceptivo, multidimensional y complejo, entre los cuales señala el reconocimiento explícito de los componentes emocionales y subjetivos, que forman parte inseparable de la sensación dolorosa. La importancia de distinguir que la diferencia fundamental entre el dolor agudo y crónico, es el transcurso del tiempo, también en la naturaleza de los fenómenos y los cambios a los que esto puedan dar lugar.

La asociación Europea Urológica (2009) dice que usualmente aparece en respuesta a una agresión identificable con estimulación del sistema nociceptivo (desde la periferia, pasando por la médula espinal, el tronco del encéfalo el tálamo, hasta la corteza cerebral, donde se percibe la sensibilidad), tiene una evolución limitada en el tiempo durante la cual, el tratamiento, en caso de ser necesario, pretende corregir el proceso pato-lógico subyacente.

Por lo demás, el dolor agudo es útil o adaptativo porque se trata de una sensación fisiológica vital que alerta a la persona de que debe evitarse algo perjudicial que hay en el

entorno. Además, cuando se produce lesión tisular (tras un estímulo nocivo), el dolor adaptativo induce un estado (reversible) de hipersensibilidad localizada (estímulos que normalmente no causarían dolor pasan a producirlo) en y alrededor de la zona lesionada, lo que lleva a evitar el uso de la parte lesionada. Este dolor inflamatorio adaptativo intenta contribuir a la reparación después de la lesión tisular, de modo que favorece la cicatrización (Zegarra, 2007).

Este diagnóstico de enfermero, se relaciona con la patología oncológica de Fibromiosarcoma; según NANDA (2015), la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses.

En el caso del presente trabajo, el dolor ocurre por la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como los huesos, los nervios del miembro inferior derecho.

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a este problema se basan en disminuir la intensidad del dolor. Existen varias escalas de valoración para evaluar el dolor. Hay escalas de valoración de la intensidad y el alivio del dolor de un solo apartado, como la escala analógica visual (unidimensional) (López & Ángeles, 2017).

Esto permite hacer alguna forma de comparación y facilita la evaluación de la eficacia del tratamiento. La facilidad de uso (y de análisis) de la EVA ha conllevado su adopción generalizada para medir la intensidad del dolor en estudios clínicos. Además, la EVA de intensidad del dolor ha demostrado de manera sistemática sensibilidad a los cambios del grado de dolor asociado al tratamiento, sobre todo en estados de dolor agudo (Asociación Europea Urológica, 2009).

Después de valorar la intensidad del dolor, se puede proseguir a la farmacoterapia (analgésicos), esta estrategia hace hincapié en la necesidad de incorporar el tratamiento del dolor en un programa terapéutico más amplio, en el que se aborden simultáneamente el control tumoral, el alivio sintomático (físico y psicológico) y la rehabilitación funcional (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2017).

La farmacoterapia en el paciente de estudio será tramadol de 50mg vía oral cada 8 horas, la cual tiene un mecanismo dual de acción farmacológica, ya que se encuentra entre los opioides atípicos, de acción central uniéndose con baja afinidad; aumentando la concentración de estos neurotransmisores localizadas en el cerebro; y por otro lado inhibe la receptación de noradrenalina y serotonina, disminuyendo el umbral del dolor; según criterio de la OMS, tramadol está indicado en procesos dolorosos tanto agudos como crónicos de intensidad moderada a severa.

Otra de las intervenciones a realizar, puede ser, reducir los estímulos dolorosos siempre que se pueda: Evitar movimiento innecesario en el miembro inferior derecho, hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor, ayudar a colocarse cómodamente sin tensiones musculares, intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: Ansiedad - insomnio - miedo - tristeza.

Proporcionar una atmósfera adecuada, agradable obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta. Utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades como ver la televisión, leer, pintar, escuchar música. Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas (Verona & Reyes, 2011).

Al paciente se realiza valoración de EVA la cual refiere que tiene 6/10 lo cual se observa su expresión facial del dolor, por lo que se realiza las intervenciones necesarias para disminuir el dolor.

### **Ansiedad**

Según Rojas (2014), la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita.

Añadiendo a esto, Navas y Vargas (2012) dicen que la ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuestas: Subjetivo cognitivo (Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos), Fisiológico y somático (Activación del sistema nervioso autónomo) y Motor-conductual (Escape y evitación).

Analizando fisiológicamente la ansiedad, se encuentra que tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También, el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (Pérez, 2003).

Además, Galletero, Enríquez y Ylla (2012) mencionan que la angustia presenta síntomas comunes como la crisis de angustia: Aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de al menos 4 de 13 síntomas somáticos como: Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta

de aliento, sensación de atragantarse, opresión o dolor torácico, náuseas, malestar abdominal, inestabilidad, mareo, desmayo, escalofrío y miedo a morir.

En el caso de estudio, la ansiedad se ve relacionado a que su estancia hospitalaria no le permita estar con sus hijos, que se encuentran en provincia y por otra parte es el temor a la respuesta al tratamiento, que recibe ya que este será de un periodo de tiempo prolongado, por ser enfermedad oncológica.

La ansiedad por separación se puede definir como un estado reaccional, caracterizado por una mayor posibilidad de emitir respuestas conductuales y autonómicas similares al miedo, asociadas a la separación, con alteración de autocontroles y por lo tanto pérdida de la capacidad de adaptación (López, 2007).

Las intervenciones a realizar en este diagnóstico están orientadas a disminuir la ansiedad y sus síntomas, según la investigadora menciona que la primera intervención a realizar debe ser establecer una relación de confianza entre paciente y enfermera la cual ayudara a disminuir su ansiedad, luego se debe coordinar con psicología para continuar con una terapia que mejorara el control en su estado de ánimo, la cual llevara un proceso posterior a su estancia hospitalaria.

En referencia a esto, Furlan (2012) menciona que la ansiedad se maneja con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias.

En este caso, al paciente en estudio, se le hace una interconsulta a psicología para una evaluación y tratamiento según lo requiera el profesional, ya que la paciente refería que su

ansiedad era producida por la ausencia de sus hijos en el entorno, el estado de la enfermedad y el tiempo de recuperación del mismo.

### **Riesgo de infección**

Ángeles y Gayosso (2010) definen el riesgo de infección como la probabilidad de que los gérmenes colonicen e invaden el organismo del paciente por diferentes vías invasivas.

Añadiendo a esto, Saavedra, Santos y Gonzales (2006) dicen que la proliferación de suficientes bacterias en el seno de los tejidos, que pueden desarrollar la capacidad agresiva necesaria para inducir fenómenos inflamatorios locales como respuesta.

Según el caso de estudio el riesgo de infección se ve relacionado a herida operatoria por la extirpación del tumor del miembro inferior derecho. La aparición de una infección quirúrgica es el resultado de la interacción entre gérmenes patógenos existentes y el huésped. La contaminación de la herida quirúrgica es precursor necesario para la aparición de infección, dependiendo ésta de la respuesta del huésped (Santoyo, López, Fernández, Gallo & Montoya, 2007).

El diagnóstico médico de mixofibrosarcoma, en la paciente de estudio, tiene un riesgo de infección ya que es una resección de un tumor grande; es por eso que, el personal de salud debe realizar siempre el lavado de manos en sus 5 momentos: antes del contacto con el paciente, antes de un procedimiento aséptico, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, y después del contacto con el entorno del paciente.

A partir de un estudio experimental, el Dr. Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), a encontrar elevados índice de fiebre puerperal, propuso relacionar el lavado de manos, con la infección hospitalaria, de modo que se establezca la obligatoriedad, del lavado de manos con solución clorada entre la atención a cada paciente, esta relación hizo que se evidencie la

reducción de la tasa de mortalidad materna, llegando a la conclusión que con solo lavarse las manos, ante el contacto con los pacientes se podría reducir infecciones asociados, en la atención de la salud.

En el contexto de la enfermería, Florence Nightingale, se caracteriza como impulsora de este proceso, dentro de su perspectiva recomendaba, que cuando se instalaban las enfermedades estas causaban rotura de la dermis y se hacía una puerta de entrada para los microorganismos; en este caso, la enfermera es la responsable de la restauración de la salud, y por lo tanto es importante realizar el lavado de manos, en cada procedimiento, ya que esto promueve la seguridad del paciente, brindando un ambiente terapéutico seguro frente a agentes patógenos por microorganismos .

En un paciente post operado, su sistema inmunológico, disminuye, la cual está propensa a cualquier patógeno oportunista, poniendo así en riesgo la vida de la persona.

Si relacionamos con el caso de la paciente de estudio se tendría que enfocar los cuidados, y vigilancia en el tratamiento indicado en el post operatorio enfocado en minimizar la transmisión de agentes infecciosos, a través de medidas de higiene.

Concepción, Gutiérrez, Hernando, Méndez, Sánchez y Tordesillas (2017) mencionan que la primera intervención a realizar en estos casos es limpiar y desinfectar el ambiente mediante la cual se trata de disminuir los microorganismos patógenos encontrados en la piel, ropa, ambiente, objetos, excretas etc. adecuadamente porque esto nos permite que no exista el riesgo de transmisión de infecciones a los pacientes, personal de salud y familiar. Seguido a esto y en función al grado de destrucción de los microorganismos, existen desinfectantes según el nivel de acción.

Estos son de alto nivel los cuales reducen o destruyen formas vegetativas bacterias, esporas, micóticas y algunos virus pequeños la cual permitirá el uso seguro del material al paciente, les sigue el nivel intermedio en el cual se inactivan todas las formas vegetativas bacterianas, hongos, bacilo de Koch, y la mayor parte de los virus, pero no aseguran la destrucción de las esporas de bacterias resistentes. Y por último, el de bajo nivel en el cual destruyen formas vegetativas bacterianas algunos hongos, y virus, pero no aseguran la eliminación de las esporas resistentes.

Al aplicar las medidas de bioseguridad se impide la transmisión de infecciones en las actividades que realiza el personal de salud, estas pueden ser de fuentes reconocidas o no reconocidas a través de material punzocortante, sangre, fluidos corporales por la cual se está expuesto a adquirir cualquier microorganismo patógeno que puede poner en riesgo la vida del personal, en este caso se debe cumplir con protocolos ya establecidos dentro de un área hospitalaria, para estos casos.

La paciente en estudio que fue intervenida quirúrgicamente por Mixofibrosarcoma de muslo derecho por lo que realizaron un injerto en la pierna no presentando infección ya que se aplicó las medidas de lavado de manos en cada procedimiento.

### **Riesgo de la integridad cutánea**

Carpenito (2017) refiere que es el estado en el que la persona experimenta o está en riesgo de experimentar, lesiones de los tejidos epidérmico y dérmico.

En este caso, la paciente tiene una cirugía de miembro inferior derecho el cual la mantiene en reposo en cama, motivo por el cual el cambio postural es limitado dando lugar a un deterioro tisular.

Según Lázaro (1987), el estrato córneo actúa como barrera permeable. Los queratinocitos protegen el organismo con la formación de queratina. Los melanocitos sintetizan melanina para proteger al organismo de las irradiaciones. Las células de Langerhans son mediadoras de la inmunidad. Las glándulas sebáceas y sudoríparas con sus respectivas secreciones permiten la realización de las funciones de la piel como la protección y la termorregulación.

La piel tiene como misión cubrir y proteger la superficie corporal. Existen una serie de circunstancias que pueden dar lugar a la aparición de lesiones cutáneas importantes. Las úlceras por presión o úlceras por decúbito surgen como consecuencia de la aplicación prolongada de presión sobre una zona determinada, la cual puede sufrir isquemia y evolucionar hasta la necrosis o destrucción tisular.

Martinez (2013) indica que la integridad de la piel se puede ver alterado fundamentalmente por estos 4 factores:

**Presión:** es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, una perteneciente al paciente y otra externa a él (sillón, cama, sonda etc.)

**Fricción:** es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Produciendo roces, por momentos arrastres.

**Fricción:** es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces, por arrastres.

**Cizallamiento:** fuerza externa de pinzamiento vascular que combina los efectos de presión ejm: posición semifowler que produce deslizamiento puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad: un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

Barón y otros (2015) refiere que, los procesos de valoración céfalo – caudal, así como percepciones médicas que pueden corroborar los métodos de diagnóstico y solución de dichas lesiones. Por otro lado, es válido señalar que, para identificar bien las características de dicho examen, el personal de enfermería requiere realizar observaciones y valoración a fin de identificar cambios de coloración, abultamientos, anomalías y alteraciones que pueden influir en el estilo de pacientes.

Según la Guía de cuidados de enfermeros de úlcera por presión refiere que la escala de NORTON es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos. A - Valoración del Estado Físico General. B - Valoración del Estado Mental. C - Valoración de la Actividad. D - Valoración de la Movilidad. E - Valoración de la Incontinencia. Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo "1" el que corresponde a un mayor deterioro y "4" el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo. La clasificación de riesgo según la escala sería: 5 a 11, muy alto riesgo. 12 a 14, riesgo evidente. > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

La paciente en estudio postrado por lesión intervención quirúrgica Mixofibrosarcoma de muslo derecho no ha presentado riesgo de deterioro de la integridad cutánea por que ha tenido ayuda para realizar ejercicios pasivos con ayuda del personal de enfermería; así mismo, se realizaba la evaluación y valoración diaria de las zonas de presión, se realizó interconsulta con el servicio de rehabilitación apoyo para una terapia física con el paciente.

### **Estreñimiento**

Requejo (2006) menciona del estreñimiento refiriéndose que cuando existe al menos el 25% del tiempo considerado, a una frecuencia defecatoria que sea menor de 3 veces a la semana o un incremento de los esfuerzos defecatorios. Se puede decir que se trata de un estreñimiento, en el paciente de estudio, por presentar reposo en cama y estando en riesgo de estreñimiento se le ha aumentado a la dieta diaria, fibra como cereales, legumbres, frutas ya que de esta manera los pacientes con formas leves o moderada de estreñimiento mejoraran su tránsito intestinal.

Los autores Jorge Tulio Rodríguez y Roberto Schneider (2010), en el libro “Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados”, indican que el estreñimiento puede estar asociado a desórdenes neurológicos: Estos desórdenes incluyen lesiones de la medula espinal, como también en la enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple ya que estos tipos de pacientes en su mayoría tienen reposo en cama, por lo cual se recomienda laxantes formadores del bolo fecal y dieta alta en fibras y líquidos; después del desayuno se requieren supositorios rectales y estimulación digital para inducir el reflejo evacuatorio.

El estreñimiento que presenta el paciente en estudio, es por el reposo en cama, ya que, por su condición de cirugía, en miembro inferior se ve limitada su movilización; sin embargo, el paciente colabora con cambios posturales y eso ayudara en el peristaltismo.

El Servicio de Cirugía del Instituto Valenciano de Oncología (IVO, 1990) concluyó que el pronóstico local y que la cirugía oncológica radical por el apoyo radioterápico, consigue, manteniendo el funcionalismo del miembro, unos resultados a distancia homologables a las de la cirugía de amputación.

En el paciente de estudio, se realizó la exeresis a nivel del tumor, preservando el miembro inferior derecho, por la cual se indica el reposo en cama, es por eso que el paciente se limita al movimiento post cirugía, pero a la administración de analgésicos el paciente colabora con la movilización.

Dentro de la cirugía realizada a nuestro paciente de estudio, el Instituto Valenciano de Oncología menciona y analiza diferentes autores, que realizaron cirugías preservando el miembro afectado

Como, por ejemplo:

Collin (1990) realiza cirugía conservadora en el 66.1% de una serie de 307 con Sarcomas de partes blanda de miembro inferior, de los que 148 eran recidiva dos. Consigue el mismo control local de la enfermedad que con la amputación de miembro, y solo en los casos de resecciones marginales o con márgenes inadecuados se incrementa la recurrencia local.

Con Radioterapia asociada (dosis medias de 50 Gy) mejora significativamente el control local tras cirugía conservadora marginal.

Wood (1990) consigue control local en el 88% de 182 en Sarcomas de partes blandas tratados con cirugía conservadora y RT postoperatoria, siendo la supervivencia a los cinco años del 65 %. Los resultados funcionales fueron excelentes, a costa del 14 % de complicaciones postoperatorias.

El tratamiento en el paciente de estudio se decidirá después del resultado de anatomía, patológica en mi experiencia laboral esta enfermedad de sarcoma de partes blandas, con resultado histológico de Mixofibrosarcoma de miembro inferior derecho, mayormente son candidatos a Radioterapia, dependiendo del estadiaje de la enfermedad, o lleve tratamiento multimodal de radioquimioterapia neoadyuvante.

Abbatucci (1990) estudió 89 pacientes, con sarcomas de partes blandas de diversas localizaciones, que fueron tratados con un protocolo multimodal conservador: irradiación tumoral completa preoperatoria a dosis moderadas, a las cuarenta y ocho horas escisión quirúrgica dirigida intraoperatoriamente por el patólogo con múltiples biopsias extemporáneas e irradiación postoperatoria. Los resultados globales a cinco años presentan una proporción de RL del 13,6 %, metástasis del 28,0 %, siendo la supervivencia del 65,6 %.

Lindberg (1990), en su tesis Tratamiento de los sarcomas partes blandas un estudio de cohortes concurrente de diez años de duración que incluye 69 pacientes, la probabilidad acumulada de supervivencia a los diez años (PAS) es del 92 % en el estadio I, del 47 % para el estadio II y del 21 % en el estadio III y la probabilidad acumulada de supervivencia libre de enfermedad (ILE) es del 71 %, para el estadio I, descendiendo al 39 % en el estadio II y al 17 % en los pacientes del estadio III. En los pacientes sometidos a tratamiento «adecuado», la PAS es del 66 % frente al 23 % en los casos sometidos a tratamiento no «adecuado» y el ILE es del 60 % en los casos tratados con intencionalidad curativa frente al 0 % en los sometidos a tratamiento no curativo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Para terminar, el Instituto Valenciano de Oncología indica también que todos estos autores han concluido que el rol de la cirugía para el tratamiento local del sarcoma de extremidades ha cambiado con la llegada de los tratamientos adyuvantes. Preservar debe ser el

objetivo más importante del cirujano, practicando principalmente las resecciones radicales a varios centímetros del tumor a través del tejido sano, frente a la amputación.

El cuidado de enfermería está enfocado en corregir el estreñimiento en coordinación con nutrición, para una dieta rica en fibra, ingesta de líquidos según tolerancia, identificar los factores que pueda ser causa de estreñimiento.

La Asociación de Enfermeras de Ontario (2005) Prevención de estreñimiento en adultos, estructuraron una guía, de buenas prácticas en enfermería, en el cual su uso no es obligatorio más bien debe ser flexible en función de las necesidades específicas de cada paciente. Esta guía debe ser usada como herramienta útil en la toma de decisiones, para la atención personalizada del paciente garantizando así el buen servicio.

Dentro de esta guía se encuentra recomendaciones, que ayudará a nuestro paciente en estudio de mejorar el estreñimiento que pueda presentar el paciente postrado en cama. Dentro de las recomendaciones, será adaptar la actividad física, a la capacidad física del paciente, hacer uso de laxantes con prescripción médica si el caso lo amerite, en el caso del paciente de estudio el reposo en cama está indicado por cirugía de fémur, de patología oncológica poniendo esta situación el riesgo el tránsito intestinal.

La paciente en estudio postrado por lesión intervención quirúrgica Mixofibrosarcoma de muslo derecho ha mejorado el tránsito intestinal ya que ha realizado ejercicios pasivos con ayuda del personal de enfermería y apoyo de un rehabilitador.

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendió a la paciente E.S.P en el servicio de cirugía oncológica del 4to piso este durante los 2 días, cuya valoración se inicia el 10 de agosto y finaliza el 11 de agosto del 2019.

Los 2 días de atención se realizó en el turno de mañana.

En el primer día se logró identificar 5, en el segundo día se identificó 6 diagnósticos de enfermería y en el tercer día se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería para las intervenciones.

#### Evaluación por días de atención:

##### **Primer diagnóstico.**

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: paciente disminuyo el dolor al evidenciar facies de alivio y verbalizar el dolor en 3 según escala de EVA.

##### **Segundo diagnóstico.**

Ansiedad

Objetivo no alcanzado, paciente no disminuyó ansiedad después de recibir apoyo psicológico porque esto toma un tiempo prudente para recuperarse, así mismo se explica que las razones por lo cual no se alcanzaron los objetivos fueron que la paciente llora por la usencia de sus hijos, por las noches no duerme por que refiere que se sueña con sus hijos.

##### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyo riesgo de infección durante su estancia hospitalaria.

##### **Cuarto diagnóstico.**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Objetivo alcanzado: paciente disminuyó el deterioro de la integridad cutánea.

**Quinto diagnóstico.**

Estreñimiento

Objetivo alcanzado, Paciente mejora el tránsito intestinal al realizar deposiciones cada 2 días.

**Conclusión**

Se concluye que se consideraron en el paciente cinco objetivos planteados, de los cuales 4 fueron alcanzados Dolor agudo, Riesgo del deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección, y Estreñimiento, solo un objetivo no fue alcanzado como la ansiedad ya que es un proceso psicológico que debe tener un periodo de tiempo determinado por el especialista.

Se realizaron intervenciones para cada uno de los diagnósticos de enfermería planteados, para lograr los objetivos del proceso de atención de enfermería.

## Bibliografía

- Nanda Internacional (2015 -2017). Diagnósticos enfermeros. España: Elsevier.
- Reyes, A. (2001). Concepto de Ansiedad. En Reyes, A. (Ed.) *Trastorno de la Ansiedad* (p.10). Honduras: Editorial VAAS.
- Asociación Europea De Urología. (2010). Guía Clínica del Tratamiento del Dolor. Barcelona: Autor.
- Novas, W. y Vargas, J. (2012). Trastorno de la Ansiedad. *Revista Médica de Costa Rica*, I, 497-499.
- Zegarra, J. (2007). Bases Fisiológicas del Dolor. Scielo, 24, 105-108.
- Costa, A. (2012). Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. *Enfermería Global*, 34, 408-411.
- Garay, A. y Gayosso, J. (2010). Factores de riesgo especificados en cada tipo de infección. *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas*, 30, 91-93.
- Rojas, E. (2014). *Cómo Superar la Ansiedad*. Barcelona: Planeta.
- Soriano, G., Sánchez, E. y Guaner, C. (2013). Prebióticos en las Enfermedades Hepáticas. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 558-561.
- García, A. y Rodríguez, A. (2008). Hepatotoxicidad en el Paciente Crítico: El Hígado Bajo Agresión Aguda Grave. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 19-21.
- Cortés, L. y Montoro, A. (2002). *Dato de Laboratorio: Pruebas Hepáticas Alteradas en Hígado* (pp. 701-713). España: Editorial Jarpyo.
- Clínica Mayoc. (2018). *Insuficiencia Hepática Aguda*. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de <https://www.mayoclinic.org/es-es/patient-visitor-guide>

Sociedad Oncológica Española. (2009). *Dolor Oncológico*. Recuperado el 27 de febrero de 2019 de

[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F\\_Oncovida\\_17\\_BAJA.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_17_BAJA.pdf)

López, A. (2017). Valoración del Dolor en Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente. *Enfermería Global*, 45, 438-445.

ASCO. (2017). Manejo del Dolor en Pacientes Oncológicos. *Cáncer Net*, 12, 38.

Verona, L. y Reyes, J. (2011). Cuidados de Enfermería en Pacientes con Dolor. *Medpal*, 23, 27-28.

Franciscus, A. y Hihgleyman, L. (2012). Introducción sobre el Hígado. *HCV -ADVOCATE*, 4, 1-4.

Pérez, M. (2003). Dónde y Cómo se Produce la Ansiedad. *Ciencia*, 12, 16-26.

Galletero, J., Ylla, L. y Enríquez, J. (2012). Etiología de la Ansiedad. *Psiquiatría*, 4, 1-11.

Furlan, L. (2012). Eficacia de una Intervención Para Disminuir la Ansiedad. *Revista Colombiana de Psicología*, 22, 77-79.

Saavedra, J., Santos, M. y Gonzales, F. (2006). Infecciones Bacteriana de la Piel y Tejidos Blandos. *En Protocolo Diagnósticos Terapéuticos de la AEP Infección Pediátrica* (160 -164). Madrid: Editorial PSYS.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. *Programa de Guía de Buenas Prácticas en Enfermería*. Recuperado el 1 de Marzo de 2019 de <https://rnao.ca/bpg>

Santollo, A., Lopez, M., Fernandez, J., Gallo, J., Montoya, F. (2007). Infección de la Herida Quirúrgica, Prevención y Tratamiento. *Servicio de Ginecología y Obstetricia*, 34, 167-211.

- Perea, C. (2003). Plan de Cuidados Posoperatorios. *Enfermería Docente*, 78, 31-37.
- Infante, M. (2001). Insuficiencia Hepática Aguda. *Revista Cubana Médica Militar*, 30, 63-70.
- Bañares, R., Catalina, M. y Ripoll, C. (2004). Insuficiencia Hepática Crónica. *Gastroenterol Hepatol*, 27, 12-14.
- Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M<sup>a</sup> J., Sánchez-Cascado, G., Tordesillas, L. (2017). Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza de Material. España: Editex
- Mendoza, N. (2008). Farmacología Médica. Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Coelho, M., Silva, S., Arruda, C. y Simoes, S. (2011). Higiene de Manos Como Estrategia Fundamental en el Control de Infección Hospitalaria: Un Estudio Cuantitativo. *Enfermería global*, 10, (p.21)
- Bolufer, J., Vázquez, C., Albaladejo, J., Arnal, L., Coll, R., Ferrer, S., Calabuig, C., Crespo, M., Sancho, F., Vilar, D., Campos, J. y Jiménez, J. (1990). *Tratamiento de los Sarcomas de Partes Blandas*. Recuperado el 2 de Marzo de 2019 de [http://www.doctorvazquez.es/pdf/capitulos\\_revistas/Tratamiento\\_de\\_los\\_sarcomas\\_de\\_partes\\_blandas.pdf](http://www.doctorvazquez.es/pdf/capitulos_revistas/Tratamiento_de_los_sarcomas_de_partes_blandas.pdf)
- Lazaro P. Embriología, estructura y función de la piel. 1st ed. Madrid: Luzan; 1987.

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Telf. _____
Procedencia: _____	Consultorio ( )	Emergencia ( )	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ( )	Silla de ruedas ( )	Camilla ( )
Fuente de Información: _____	Paciente ( )	Familiar/amigo ( )	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<b>Antecedentes familiares de importancia:</b> <b>Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlceras ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____ <b>Intervenciones quirúrgicas:</b> No ( ) Si ( ) (fechas) _____ <b>Alergias y otras reacciones:</b> _____	<b>Formula Obstétrica:</b> G _____ P _____ <b>EG:</b> N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ <b>Mamas:</b> <u>turgentes</u> ( ) ( ) <u>blandas</u> <b>Pezones:</b> Formados ( ) planos ( ) invertidos ( ) <b>Útero:</b> Altura Uterina: _____ <b>Dinámica uterina:</b> Frecuencia: _____ Tono: _____ <b>Intensidad:</b> _____ <b>Movimientos Fetales:</b> Si ( ) No ( ) LCF: _____
<b>Fármacos:</b> _____ <b>Alimentos:</b> _____ <b>Signos-síntomas:</b> _____ Otros _____ <b>Factores de riesgo:</b> Consumo de tabaco No ( ) Si ( ) Consumo de alcohol No ( ) Si ( ) Consumo de drogas No ( ) Si ( ) <b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b> ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ <b>Estado de higiene</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) <b>Requiere ayuda?</b> Si ( ) No ( ) ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ <b>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?</b> _____	<b>Perdidas Vaginales:</b> Líquido amniótico ( ) <b>Sangrado Vaginal:</b> Si ( ) No ( ) Volumen: _____ <b>Secreciones Vaginales:</b> Si ( ) No ( ) <b>Características:</b> _____ <b>Comentarios adicionales:</b> _____
<b>PATRÓN DE RELACIONES - ROL</b> <b>Ocupación:</b> _____ <b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( ) <b>¿Con quién vive?</b> Sola ( ) Con su familia ( ) Otros _____ <b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____ <b>Abdomen grávido:</b> Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ) <b>Ruidos hidroaéreos:</b> Aumentados ( ) Normales ( ) Disminuidos ( ) ausentes ( ) <b>Comentarios adicionales:</b> _____	<b>PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO</b> <b>T:</b> _____ °C <b>Peso:</b> _____ <b>Talla:</b> _____ <b>Glucosa:</b> _____ <b>Hb:</b> _____ <b>Piel:</b> Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Hidratación: Seca ( ) Turgente ( ) Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( ) Especificar si hay lesiones: _____ <b>Cavidad bucal:</b> <b>Dentadura:</b> Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( ) <b>Estado de higiene bucal:</b> Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) <b>Hidratación:</b> Si ( ) No ( ) <b>Cambio de peso durante los últimos días:</b> Si ( ) No ( ) <b>Obesidad:</b> ( ) Bajo peso: ( ) Otros _____ <b>Tipo de dieta:</b> _____ <b>Apetito:</b> Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( ) <b>Dificultad para deglutir:</b> Si ( ) No ( ) <b>Nauseas</b> ( ) <b>Pirosis</b> ( ) <b>Vómitos</b> ( ) <b>Cantidad:</b> _____
	<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</b> <b>Estado de conciencia:</b> Consciente ( ) Inconsciente ( ) Somnoliento ( ) <b>Estado emocional:</b> Tranquila ( ) ansiosa ( ) Negativa ( ) Temerosa ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Depresiva ( ) <b>Preocupaciones principales/comentarios:</b> _____

Tos ineficaz: No (    ) Si (    )  
 Reflejo de la tos: Presente (    ) Ausente (    ) Disminuido (    )  
 Secreciones: No (    ) Si (    )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No (    ) Si (    )  
 Modo: \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
 Edema: No Si Localización: \_\_\_\_\_  
 +(    ) ++(    ) +++(    )  
 Presencia de líneas invasivas: \_\_\_\_\_  
 Cateter periférico: \_\_\_\_\_

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

1= Independiente 3= Totalmente dependiente  
 2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Mano dominante: \_\_\_\_\_  
 Movilidad de miembros: Conservada(    ) Flacidez(    )  
Contracturas(    ) Parálisis (    )  
 Fuerza muscular: Conservada(    ) Disminuida(    )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO**

Orientado: Tiempo (    ) Espacio(    ) Persona (    )  
 Presencia de anomalías en:  
 Audición: \_\_\_\_\_  
 Visión: \_\_\_\_\_  
 Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Dolor: No (    ) Si (    )  
 Localización: \_\_\_\_\_  
 Cefalea (    ) Dinámica Uterina(    )  
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Otros: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN**

**Hábitos intestinales**  
 Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_  
 Normal (    ) Estreñimiento(    ) Diarrea(    ) Incontinencia(    )  
**Hábitos vesicales**  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día  
Polaquiúria(    ) Disuria(    ) Nicturia(    )  
Proteinuria: \_\_\_\_\_  
 Albumina en orina: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

Horas de sueño: \_\_\_\_\_  
 Problemas para dormir: Si (    ) No(    )  
Especificar: \_\_\_\_\_  
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si (    ) No(    )  
Especificar: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_  
 Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_  
 Solicita visita de capellán: Si (    ) No(    )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nombre del enfermero:**

Firma: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

**EXAMENES AUXILIARES:**

## 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 Cesárea en el servicio de Maternidad de la Clínica Delgado, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Dajhana Landa Salazar, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

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

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

---



---

Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

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



### ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y Fecal	1

### CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9

PUNTUACIÓN DE 10 A 12

PUNTUACIÓN DE 13 A 14

PUNTUACIÓN MAYOR DE 14

RIESGO MUY ALTO

RIESGO ALTO

RIESGO MEDIO

RIESGO MINIMO/NO RIESGO

Activar 1