

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 con quistectomía ovárica izquierda en el servicio de Ginecología de un Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, 2018

Por:

Catherine Estefania Cayo Muchcco

Asesor:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, 5 de febrero de 2020

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA, 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 con quistectomía ovárica izquierda en el servicio de Ginecología de un Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la CA YO MUCHCCO CATHERINE ESTEFANIA, 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 cinco días del mes de febrero de 2020.


Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con quistectomía ovárica
izquierda en el servicio de Ginecología de un Instituto Nacional Materno Perinatal 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



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Secretario



Mg. Gloria Cortez Caaresma

A sesor

Lima, 5 de febrero de 2020

Índice

| | |
|--|------|
| Índice..... | iv |
| Índice de tablas | vi |
| Índice de anexos..... | vii |
| Símbolos usados..... | viii |
| Resumen..... | ix |
| Capítulo I | 10 |
| Valoración..... | 10 |
| Datos generales | 10 |
| Valoración según patrones funcionales:..... | 10 |
| Datos de valoración complementarios: | 12 |
| Exámenes auxiliares..... | 12 |
| Tratamiento médico..... | 13 |
| Capítulo II..... | 15 |
| Diagnóstico, planificación y ejecución | 15 |
| Diagnóstico enfermero | 15 |
| Primer diagnóstico..... | 15 |
| Segundo diagnóstico. | 15 |
| Cuarto diagnóstico..... | 16 |
| Quinto diagnóstico. | 16 |
| Planificación..... | 17 |
| Priorización. | 17 |
| Plan de cuidados..... | 18 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Capítulo III..... | 24 |
| Marco teórico | 24 |
| Capítulo IV..... | 35 |
| Evaluación y conclusiones | 35 |
| Evaluación global:..... | 35 |
| Primer diagnóstico..... | 35 |
| Segundo diagnóstico. | 35 |
| Tercer diagnóstico. | 35 |
| Cuarto diagnóstico..... | 36 |
| Quinto diagnóstico. | 36 |
| Conclusión..... | 36 |
| Bibliografía | 38 |
| Apéndices..... | 43 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Grupo Sanguíneo y Factor RH..... | 12 |
| Tabla 2 Examen completo de Orina..... | 13 |
| Tabla 3 Hemograma completo..... | 13 |
| Tabla 4 Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico procedimiento quirúrgico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA= 7 postura antálgica manifestado “me duele la herida”. | 18 |
| Tabla 5 Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada a factores estresantes (recuperación posoperatoria y estado de salud pos cirugía ginecológica) evidenciados por inquietud, nerviosismo y aprensión. Manifestado “Me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”. 19 | |
| Tabla 6 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel (herida operatoria reciente) y procedimientos invasivos (sonda Foley y catéter periférico en MSI) | 20 |
| Tabla 7 Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado a Agentes farmacológicos (antiinflamatorios) Disminución de la motilidad gastrointestinal (posoperatorio NPO por 8 Horas), evidenciado por ausencia de deposiciones. (0 en 3 días)..... | 22 |
| Tabla 8 Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz relacionado a incertidumbre (falta de seguridad en su situación de salud actual) manifestado” Es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno”. | 23 |

Índice de anexos

| | |
|--|----|
| Apéndice A: Guía de valoración..... | 43 |
| Apéndice B: Consentimiento informado | 45 |
| Apéndice C: Escalas de evaluación | 46 |

Símbolos usados

G_P_: Indicador de gestaciones y paridad.

HTA: Hipertensión Arterial

IMC: Índice de masa corporal

T°: Temperatura

FC: Frecuencia cardiaca

FR: Frecuencia respiratoria

PA: Presión arterial

MSD: Miembro superior derecho

MSI: Miembro superior izquierdo

NPO: Nada por vía oral

SOP: Sala de operaciones

CFV: Control de funciones vitales

EPP: Equipo de protección personal

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

OMS: Organización mundial de la salud

EVA: Escala de valoración del dolor

PRN: Pro re nata es una frase en latín que literalmente significa "por la cosa nacida". Su acrónimo PRN se usa en medicina para indicar a discreción, como se requiera o a demanda.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

Resumen

La aplicación del presente Proceso de Atención de Enfermería corresponde a la paciente A.O.M.A atendida durante 3 días de hospitalización en el servicio de cirugía ginecológica, con el Diagnóstico médico de Post operada de Quistectomía ovárica izquierda + Salpinguectomía izquierda. Se aplicó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, identificándose durante dos días de brindar cuidados, 7 diagnósticos de enfermería, priorizando 5: dolor agudo, riesgo de infección, ansiedad, estreñimiento y afrontamiento ineficaz. Los objetivos formulados fueron: la paciente disminuirá el dolor, prevenir infección, disminuirá la ansiedad, mejorará la eliminación intestinal, afrontará eficazmente su situación. De los objetivos propuestos, el primero y tercer fueron totalmente alcanzados, mientras que el segundo, cuarto y quinto fueron parcialmente logrados por corresponder a problemas cuya solución requiere mayor tiempo de cuidado de enfermería.

Palabras claves: Proceso de Atención de Enfermería, Quistectomia Ovárica, Salpinguectomía.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: A.O.M.A.

Edad: 66 años.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente ingresa al servicio de ginecología, procedente de consultorios externos, acompañada por su esposo para intervención quirúrgica programada, refiere: “me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”, queda hospitalizada con diagnóstico médico: Quiste anexial complejo izquierdo

Días de hospitalización: 3 días.

Días de atención de enfermería: 3 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Antecedentes de hipertensión arterial (HTA), abortos (2) Grupo Sanguíneo O RH+. Antecedentes quirúrgicos: Colporrafia anteroposterior (2015). Legrado uterino por aborto incompleto (1974 y 1975). No alergias, niega el consumo de alcohol, tabaco y sustancias no permitidas. Estado de higiene regular, sobre su enfermedad actual refiere:” Es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno”.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Funciones vitales: T°:36.5 C°.PA: 100/70 mm Hg. FC: 72x' FR: 20x', Peso: 76 kg y Talla: 1.56 cm. IMC: 31.2, Glucosa: 98 gr/dl. Hemoglobina: 12 gr/dl. Piel pálida, turgente y semi hidratada; herida operatoria cubierta con apósito limpio y seco. Dentadura incompleta, cavidad oral en buen estado de higiene.

Patrón III: Eliminación.

Estreñimiento (deposición=0 en 3 días), sonda Foley Nª 14 (13-09-2018), no drenajes, bolsa colectora orina 500 cc color amarillo ámbar no proteinuria no albumina en orina análisis de laboratorio (10-07-2018). Ausencia de deposiciones. (0 en 3 días).

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria: Presenta FR: 20 x', respiración superficial, disnea al ejercicio se cansa con facilidad, no se perciben ruidos respiratorios: roncales estertores ni sibilantes, ausencia de tos, ventila espontáneamente.

Actividad circulatoria: Pulso periférico: 72x', no presenta edemas, vendaje en miembros inferiores, catéter periférico en MSD, (fecha de colocación 12/09/18)

Ejercicio: capacidad de autocuidado

Grado de dependencia II: 1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3 = Totalmente dependiente. Se moviliza en cama, deambula y se dirige al baño de manera parcialmente dependiente (con ayuda); consume alimentos (dieta suave) y se viste con ayuda totalmente dependiente por catéter venoso y sonda Foley. Utiliza como instrumentos de ayuda para la deambulación el soporte de venoclisis, movilidad de miembros conservada; presenta disminución de la fuerza muscular.

Patrón V: Descanso – sueño.

Horas de sueño: 7 horas

Manifiesta “No tengo problemas para dormir”.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. (LOTEP)

No anomalías en audición, visión ni en Habla/lenguaje.

Presenta dolor en la herida operatoria, con una puntuación de 7 en la escala de EVA

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto/ tolerancia a la situación y al estrés

Paciente Ansiosa y Temerosa, Refiere:” me siento muy preocupada por mi

Recuperación...” Se observa a la paciente inquieta, nerviosa y aprensiva.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Paciente vive con el esposo, quien está pendiente de la situación de la paciente

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

G3 P2, parejas sexuales (2); uso el Método del ritmo por 23 años como único método anticonceptivo; mamas blandas no se palpa bultos. Ha presentado pérdida de secreción y abundante sangrado vaginal (antes de la intervención quirúrgica). Menarquia: 12 años. Edad de inicio de actividad sexual: 18 años.

Patrón X: Adaptación

Manifiesta: “Me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”

Patrón XI: Valores y creencias.

Católica. No solicita visita de capellán.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Grupo Sanguíneo y Factor RH

| Compuesto | Valor encontrado |
|-----------------|------------------|
| Grupo sanguíneo | O |
| Factor RH | POSITIVO |

Fuente: historia clínica

Tabla 2

Examen completo de Orina

| Compuesto | Valor encontrado | Valores normales |
|---------------|------------------|------------------|
| Color | Amarillo claro | Amarillo claro |
| Aspecto | Transparente | Transparente |
| Reacción (ph) | 6.5 | 4.5 – 8.0 |
| Densidad | 1.010 | 1003-1040 |
| Proteínas | Negativo | Negativo |
| Glucosa | Negativo | Negativo |
| Bilirrubina | Negativo | Negativo |

Fuente: historia clínica

Interpretación: Orina no contiene elementos que indican infección urinaria

Tabla 3

Hemograma completo

| Compuesto | Valor encontrado | Valor mínimo | Valor máximo |
|-------------------------|------------------|--------------|--------------|
| Hemoglobina | 12 | 12 gr/dl | 16 gr/dl |
| Hematocrito | 35 | 37 gr/dl | 48 gr/dl |
| Glóbulos rojos | | 4 mm | 4.5 mm |
| Glóbulos blanco | 5.090 | 5 mm | 10 mm |
| Neutrófilos segmentados | 46 | 55 % | 65 % |
| Eosinófilos | 0.2 | 0.5 % | 4 % |
| Basófilos | 0 | 0 % | 2 % |
| Monocitos | 05 | 4 % | 8 % |
| Linfocitos | 47 | 23 % | 35 % |
| Plaquetas | | 150 mil mm | 400 mil mm |

Fuente: historia clínica

Interpretación: neutrófilos y eosinófilos, puede ser por descenso del sistema inmune

Tratamiento médico.*Primer día (12-09-2017)*

Nada por vía oral (NPO), Por 8 Horas

Cefazolina 2 gr, Vial Vía endovenoso

Diazepam 10 mgr Vía oral

Na Cl 9 % 1000 cc > XXX gotas' Vía Endovenoso

Vendaje de Miembros Inferiores

Control de funciones vitales

Preparación para SOP

Segundo día (13-09-17)

Morfina 3 mg por catéter Epidural. Stat

Dexametasona 8mg Endovenoso Stat

Ketamina 50 mgr/dl Endovenoso Stat

Metamizol 2 gr Endovenoso Stat

Fentanilo 100 mgr Vía epidural

Lidocaína C/E 400 mgr Vía epidural

Sonda Foley

Tercer día (14-09-17)

Nada por Via oral (NPO)

Na Cl 9% x 1000 cc Ev > XXXgts ‘

Metamizol 1 gr Ev C/8Hrs

Ketoprofeno 100 mgr Ev C/8hrs

Ranitidina 50mg Ev C/8hrs

CFV

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo

Características definitorias: Auto informe de intensidad del dolor., conducta expresiva, expresión facial de dolor, postura antálgica.

Factores Relacionados: agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico).

Enunciado de diagnóstico: dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) evidenciado por expresión facial de dolor, EVA= 7 postura antálgica manifestado “me duele la herida”.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Características definitorias: angustia, aprensión arrepentimiento, incertidumbre.

Factor relacionado: crisis situacional (pos operada), factores estresantes, grandes cambios (estado de salud), conflicto entre los objetivos vitales.

Enunciado de diagnóstico: ansiedad relacionada a factores estresantes (recuperación posoperatoria y estado de salud pos cirugía ginecológica) evidenciados por inquietud, nerviosismo y aprensión. Manifestado “Me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factores de riesgo: alteración de la integridad de la piel, Procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel (herida operatoria reciente) y procedimientos invasivos (sonda Foley y catéter periférico en MSI).

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento

Características definitorias: cambios en el patrón intestinal habitual, disminución de la frecuencia de deposiciones, esfuerzo excesivo para defecar.

Factores relacionados: agentes farmacológicos, disminución de la motilidad gastrointestinal, ingesta de fibra insuficiente, ingesta de líquidos insuficiente, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada.

Enunciado de diagnóstico: estreñimiento relacionado a agentes farmacológicos (antiinflamatorios), disminución de la motilidad gastrointestinal (posoperatorio NPO por 8 Horas), evidenciado por ausencia de deposiciones. (0 en 3 días)

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: afrontamiento ineficaz.

Características definitorias: capacidad de resolución de problemas insuficiente, estrategias de afrontamiento ineficaces, incapacidad para manejar la situación.

Factores relacionados: incertidumbre, crisis situacional, estrategias de relajación de la tensión ineficaces, incapacidad para conservar la energía adaptativa.

Enunciado de diagnóstico: afrontamiento ineficaz relacionado a incertidumbre (falta de seguridad en su situación de salud actual) manifestado”; es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno” evidenciado por fatiga e incapacidad para el manejo de la situación.

Planificación

Priorización.

1. Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico procedimiento quirúrgico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA= 7 postura antálgica manifestado “me duele la herida”.
2. Ansiedad relacionada a factores estresantes (recuperación posoperatoria y estado de salud pos cirugía ginecológica) evidenciados por inquietud, nerviosismo y aprensión. Manifestado “Me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”.
3. Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel (herida operatoria reciente) y procedimientos invasivos (sonda Foley y catéter periférico en MSI).
4. Estreñimiento relacionado a Agentes farmacológicos (antiinflamatorios) Disminución de la motilidad gastrointestinal (posoperatorio NPO por 8 Horas), evidenciado por ausencia de deposiciones. (0 en 3 días)
5. Afrontamiento ineficaz relacionado a incertidumbre (falta de seguridad en su situación de salud actual) manifestado” Es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno” evidenciado por fatiga e incapacidad para el manejo de la situación.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico procedimiento quirúrgico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA= 7 postura antálgica manifestado “me duele la herida”

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | | | | | | | |
|---|--|-----------|----|---|----------|----|---|----------|----|---|
| | | 12-09-17 | | | 13-09-17 | | | 14-09-17 | | |
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas durante el turno. | 1. Valorar Intensidad de dolor mediante la Escala de EVA | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 2. Administrar de Ketoprofeno 100 mgr Ev c/8hrs | 8 | 4 | | 8 | 4 | | 8 | 4 | |
| Objetivo específico: 1. La paciente presentará ausencia de quejido de dolor. | 3. Favorecer un ambiente libre de ruidos | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| 2. La paciente presentará expresión de alivio. | 4. Colocar al paciente en posición antálgica | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| 3. La paciente expresará disminución del rango de dolor 3-4 en la escala de EVA. | 5. Brindar comodidad y confort | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 6. Educar a la paciente sobre técnicas de respiración | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel (herida operatoria reciente) y procedimientos invasivos (sonda Foley y catéter periférico en MSI)

| Objetivo / Resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | | | | | | | |
|--|--|-----------|-----------|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|---|
| | | 12-09-17 | | | 13-09-17 | | | 14-09-17 | | |
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente presentará disminución de riesgo a infección durante estancia en el servicio. | 1. Realizar higiene aséptica de manos antes y después de cada procedimiento. | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | |
| Objetivos específicos: 1. La paciente presentará funciones vitales dentro de los parámetros normales. | 2. Considerar factores individuales que aumentan el riesgo de cicatrización tardía de heridas. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| 2. La paciente presentará zona de inserción de catéter venoso periférico libre de signos de flogosis. | 3. Usar EPP cuando una interacción indique que puede ocurrir contacto con sangre/líquidos corporales. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| 3. La paciente presentará herida operatoria libre de signos de infección. | 4. Educar a todo el personal, visitantes y pacientes sobre la importancia de prevenir transmisión de gotitas de sí mismos a otros. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| 4. La paciente identificará signos de alarma que indiquen proceso infeccioso y los comunicará inmediatamente. | 5. Realizar técnica adecuada de canalización de vía periférica. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 6. Vigilar la presencia de signos de infección (coloración, dolor, inflamación, y rubor). | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 7. Realizar cambio de vía periférica cada 72 horas o PRN. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 8. Controlar de funciones vitales (principalmente la FC y T°). | 8 | | | 8 | | | 8 | | |
| | 9. Administrar de antibiótico según indicación médica: Cefazolina 2 gr EV | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |

10. Orientar sobre cuidados mecánicos del miembro que presenta la vía periférica.

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado a Agentes farmacológicos (antiinflamatorios) / Disminución de la motilidad gastrointestinal (posoperatorio NPO por 8 Horas), evidenciado por ausencia de deposiciones (0 en 3 días)

| Objetivo / Resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | | | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|---|
| | | 12-09-17 | | | 13-09-17 | | | 14-09-17 | | |
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente presentará ausencia de estreñimiento durante el turno. Resultados Esperados: La paciente eliminará heces por lo menos 1 vez al día durante estancia hospitalaria. | 1. Valorar el patrón de eliminación durante el turno | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 2. Identificar si el tratamiento contiene fármacos que puedan originar estreñimiento para sugerir reemplazarlos | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 3. Favorecer la ingesta de alimentos ricos en fibra | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |
| | 4. Favorecer la ingesta de líquidos | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | |
| | 5. Propiciar progresivamente la deambulación | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | | Cada hora | Cada hora | |
| | 6. Usar de laxantes de ser necesario. | 8 | 12 | | 8 | 12 | | 8 | 12 | |

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz relacionado a incertidumbre (falta de seguridad en su situación de salud actual) manifestado " Es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno " evidenciado por fatiga e incapacidad para el manejo de la situación

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | | | | | | | |
|--|--|-----------|----|---|----------|----|---|----------|----|---|
| | | 12-09-17 | | | 13-09-17 | | | 14-09-17 | | |
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente será capaz de afrontar de manera eficaz la situación vivencial durante estancia hospitalaria. | 1. Valorar estado anímico del paciente | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| | 2. Valorar la comprensión de la paciente sobre el proceso de la enfermedad y procedimiento quirúrgico practicado | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| | 3. Animar a evaluar su propio comportamiento | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| Resultados esperados: 1. La paciente presentará un adecuado patrón del sueño | 4. Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| 2. La paciente presentará ausencia de fatiga. | 5. Animar a la paciente a identificar sus fortalezas y capacidades | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| 3. La paciente mejorará capacidad para manejar la situación. | 6. Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |
| | 7. Educar sobre ejercicios respiratorios | 8 | 10 | | 8 | 10 | | 8 | 10 | |

Capítulo III

Marco teórico

Dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". Dolor agudo como la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo como un proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos contra los tejidos una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. El dolor agudo se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó (Zegarra, 2007).

Según Poggi & Ibarra (2007), el dolor postoperatorio o postquirúrgico es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se ha dividido convencionalmente en dolor preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio; solo a estos dos últimos se les ha dado un énfasis en el abordaje integral del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. Se produce por las manipulaciones propias del acto quirúrgico (como tracciones y secciones de los tejidos) y la liberación de sustancias algógenas o productoras del dolor. Las sustancias algógenas son aquellas que se liberan a la sangre cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido que causa daño en las células. Ejemplos de sustancias algógenas son el potasio, prostaglandinas, leucotrienos, histamina, etc. Estas sustancias activan o sensibilizan los nociceptores o receptores del dolor. Una vez activados, los nociceptores transmiten la señal de dolor hacia el sistema nervioso central a través de la médula espinal.

El dolor postquirúrgico se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Es un dolor de tipo nociceptivo, asociado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata adecuadamente, puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación prequirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva influenciada por distintos agentes que están interrelacionados (Loayza, 2017).

Enfermería define al dolor agudo como una 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 (NANDA, 2015).

La lesión tisular que presenta la señora A.O.M.A producto de la intervención quirúrgica ha comprometido las terminaciones nerviosas de piel, originando experiencia sensitiva desagradable traducida en dolor, destaca la intensidad que llego a EVA=7

Las intervenciones de enfermería fueron las siguientes: valorar Intensidad de dolor mediante la escala de EVA, ya que la evaluación correcta del dolor es fundamental para poder determinar qué tratamiento será más adecuado. Considerando que dolor es una experiencia subjetiva influenciada por distintos agentes que están interrelacionados (Herrero, Delgado, Bandrés, Ramírez, & Capdevila, 2018).

En la paciente A.O.M.A., el dolor fue muy intenso en el periodo post operatorio inmediato, con una puntuación de 8 en el Escala EVA.El analgésico que se le indicó fue Ketoprofeno 100 mgr vía endovenosa cada 8 horas, El Ketoprofeno Inhibe la ciclooxigenasa, que

cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del ácido Araquidónico La ciclooxigenasa o prostaglandina-endoperóxido sintasa es una enzima que permite al organismo producir unas sustancias llamadas prostaglandinas a partir del ácido araquidónico que ayuda disminuir el dolor. Es así que podemos fundamentar esta intervención que el tratamiento analgésico prescrito por el facultativo, sera una de las medidas más efectivas para el alivio del dolor agudo posquirurgico, ya que este tipo de AINE (Antiinflamatorio no esteroideo) actúa sobre todo inhibiendo a unas enzimas llamadas ciclooxigenasas, cruciales en la producción de prostaglandinas, sustancias mediadoras del dolor (Oscanoa & Lizaraso, 2015).

Como tercera intervención esta el favorecer un ambiente libre de ruidos, pues el paciente debe sentirse lo más cómodo posible en el ambiente que lo rodea durante su estancia hospitalaria, ya que de esta forma se generara menos estrés y por ende lograr un estado se sosiego (Benítez, Barceló, & Gelves, 2016).

De igual manera, colocar al paciente en posición antálgica, le permitirá obtener mayor confort, ya que la adopción de dicha postura es la posición que adopta el enfermo para evitar o disminuir el dolor, mediante la búsqueda de la posición más cómoda, se logra reducir, aunque sea un mínimo la sensación dolorosa que pueda estar presentando (Carceller, 2009).

Así mismo, brindar comodidad y confort. Puesto que la comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable (González, Montalvo, & Herrera, 2017).

Como última intervención tenemos que educar a la paciente sobre técnicas de respiración, le otorgaran mayor manejo sobre la intensidad de esta desagradable sensación, puesto que las técnicas de respiración adecuadas, permiten la oxigenación de los tejidos logrando un estado de relajación que ayude a la disminución del dolor (Chóliz, 2015).

Ansiedad es definida por la Real Academia de la Lengua Española como un estado de angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

La ansiedad es una reacción compleja frente a situaciones o estímulos potencialmente peligrosos. Es una señal de alarma que pone en marcha una serie de respuestas para afrontar esta situación. La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos desagradables y alteraciones fisiológicas que se manifiestan con un elevado nerviosismo e incluso alteraciones motoras. En resumen, la ansiedad es un estado anímico desagradable que incluye componentes fisiológicos, psíquicos y conductuales (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Ansiedad en posoperatorio. La cirugía es percibida por el paciente como un factor de estrés importante que puede traducirse en nerviosismo y ansiedad. Ante una cirugía la ansiedad casi siempre hace acto de presencia, en mayor o menor grado, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio (Gordillo, Arana, & Mestas, 2011).

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

En la paciente de estudio, Sra. A.O.M.A, la ansiedad evidenciada por inquietud, nerviosismo y aprensión. Y manifestado “me siento ansiosa”. Bajo esta valoración seguido del diagnóstico de enfermería, se tomaron las siguientes intervenciones específicas de la disciplina:

Valorar el estado de ansiedad de la paciente durante el turno. Esto permite identificar las características definitorias relacionadas con la sensación de malestar o amenaza que siente la paciente (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

Apoyo emocional significa en el lenguaje enfermero proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión considerando como acción y/o actividades de enfermería animar a la paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad, también favorecer la conversación y el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional (Martínez, Gómez, & Siles, 2009).

El apoyo familiar y del personal de salud ayuda a disminuir el agente estresor.

Aumentar el afrontamiento que consiste en ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias de la vida cotidiana; mediante técnicas de afrontamiento como analizar la situación vivencial, lo que disminuyó el nivel de ansiedad (Di-Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007).

De igual manera, se animó a la manifestación de sentimientos y emociones, ya que esta medida permite que si el paciente logra manifestar sus emociones y sentimientos, identificará que es lo que le origina ansiedad (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Explicar los procedimientos que se le iban a realizar a la paciente: esto se debe realizar mediante una adecuada información, durante su estancia hospitalaria, puesto que generalmente siempre se teme a lo desconocido, y así se lograra disminuir la ansiedad (De la Fuente, 2015).

Con la Sra. A.O.M.A, se realizó la escucha activa, ya que ser escuchada permitió generar confianza. Se educó sobre respiración lenta y profunda, lo cual hizo que la paciente llegué a un estado de relajación muscular que favoreció la reducción de la ansiedad.

Como última intervención, brindar apoyo espiritual, Según su religión, el acercamiento a Dios le brinda esperanza y logra un estado de tranquilidad (Muñoz, Morales, Bermejo, & Galán, 2014).

La paciente manifestó ser ferviente creyente en la religión católica, y es allí donde se refugió para afrontar todo el proceso de tratamiento y recuperación que conllevaba su enfermedad, logrando de esta manera disminuir la ansiedad.

El riesgo de infección definido como el estado en que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogénico (virus, hongos, bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas (Campos, Merizio, & Barcellos, 2008).

Este riesgo depende del número de fuentes endógenas, es decir que el daño cutáneo resultado de una incisión, así como la edad pueden incrementar el riesgo de infección de un paciente. Entre los factores de riesgo se incluyen el descenso del sistema inmune produciendo una enfermedad, la circulación comprometida debido a las enfermedades vasculares periféricas, la integridad cutánea comprometida tras una operación, o el contacto repetido con agentes infecciosos (Acosta, 2011).

NANDA (2015) define el riesgo de infección como vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Frente a este problema identificado se procedió a administrar el tratamiento de enfermería a través de las siguientes intervenciones: Lavado clínico de manos antes y después de cada procedimiento. Esta práctica se debe realizar con compuestos clorinados, años después, se amplió el uso de soluciones fenólicas tanto en las manos como en la piel de los pacientes y en la ropa del instrumental usado (Sánchez & Sáenz, 2005). El lavado de manos en la atención de la paciente A.O.M.A. fue minuciosa aplicando los 11 pasos que garantiza un buen lavado de

manos, además se utilizó guantes de barrera como doble protección para evitar cualquier transmisión de microorganismos a través de las manos.

La segunda intervención: canalización de vía periférica (procedimiento invasivo) con medidas estrictas de bioseguridad y correcta técnica de canalización del catéter periférico, implica solución de continuidad de piel como factor de riesgo al tener una entrada de microorganismos cuando no se cumple con las medidas de bioseguridad que puede llevar a flebitis (Bellido, y otros, 2006).

A la paciente A.O.M.A se le canalizó una vía periférica en el MSI con abocath N^o 18 para tratamiento e hidratación EV. Con fecha de canalización de 12-09-17, y se mantuvo permeable y sin signos de flogosis. Durante los 3 días que debía mantenerse adecuadamente instalado en la paciente. Y el 13-09-17, salió del procedimiento quirúrgico con una sonda Foley N^o 14 de dos lúmenes permeable; la bolsa colectora de orina totalmente sellada ambos procedimientos instalados con todas las medidas de bioseguridad pertinentes.

La tercera intervención es vigilar la presencia de signos de infección (coloración, dolor, inflamación, y rubor), pues sabemos que la piel es la primera barrera protectora del cuerpo compuesta por epidermis, dermis e hipodermis; de coloración rosada brillante, y turgencia marcada, con temperatura entre 36. A 36.5 c^o algún cambio en estas características indicaría algún riesgo para la salud, como una infección (Castro, 2019).

No se evidenció ninguno de estos signos de infección en el caso de la paciente en estudio; durante los días de cuidado de enfermería, la paciente, siempre se mantuvo afebril.

Realizar cambio de vía periférica cada 72 horas o PRN., ya que el cambio de catéter periférico debe ser no mayor de 3 días, por ser una vía de ingreso directo a cualquier agente patógeno dentro del torrente sanguíneo (Castro, 2019).

Control de Frecuencia cardiaca (FC) y Temperatura (T°). La hipertermia (T° mayor a 38.5 C°) y la taquicardia (FC mayor a 90 x min) son indicadores que pueden indicar la existencia de un proceso infeccioso (Acosta, 2011).

Monitoreo de las funciones vitales, definida como intervención de enfermería (lenguaje estandarizado enfermero) como recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. En la paciente de estudio: PA: 120/70 mmHg ; FC:78x' ; FR:18 resp/min; T°: 36°.6C., todas dentro de los parámetros de normalidad.

Otra intervención de enfermería la administración de antibiótico según indicación médica, para el caso de paciente A.O.M.A, Cefazolina 2gr vía endovenosa por única vez antes de la intervención, para evitar el riesgo de infección, ya que su mecanismo de acción interfiere en la fase final de síntesis de pared celular bacteriana (Herrera, García, & Martínez, 2015).

Y como última intervención, se orientó sobre cuidados mecánicos del miembro que presenta la vía periférica, ya que, mediante estos, se logra, que el miembro que presenta la vía endovenosa, se mantenga lo menos móvil en la medida de lo posible y así evitar una infiltración del catéter periférico y por ende presentar flebitis. Estas indicaciones fueron recibidas y aplicadas por la paciente, conservándose las 72 horas la vía periférica sin ninguna alteración (Bellido, y otros, 2006).

Estreñimiento es definido subjetivamente por la OMS, en el 2000, como la sensación de heces demasiado duras, de un período de tiempo muy largo entre cada evacuación, o evacuaciones esforzadas con duración prolongada y fatigante, frecuentemente acompañadas de sensación de evacuación incompleta, y la definición objetiva que da es de heces de menos de 35 gramos por emisión o frecuencia menor que tres veces por semana. La frecuencia del

estreñimiento subjetivo aumenta con la edad, sin embargo, la del estreñimiento objetivo parece mantenerse constante a lo largo de la vida.

NANDA (2015) lo define como la “Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas”.

El caso en estudio, tenía 3 días sin realizar deposición, se planteó las siguientes intervenciones de enfermería para llevarlas a cabo:

Valorar el patrón de eliminación durante el turno, ya que mediante esta acción se determinara el grado de estreñimiento presente y aplicar la terapéutica oportuna; para lo cual la paciente manifestaba que todos los días realizaba deposiciones (Mearin, Balboa, & Montoro, 2016).

Como segunda intervención, se identificaría si el tratamiento contiene fármacos que puedan originar estreñimiento para sugerir reemplazarlos.

El fármaco que recibió la paciente en el tratamiento post operatorio y que pudo actuar como causa de estreñimiento son los antiinflamatorios. Así mismo, el permanece 8 Horas en NPO procurar la ingesta de líquido favorece la motilidad gastrointestinal, por estar en pos operatorio inmediato la ingesta vía oral permitido fue posible, con ingresos de líquidos parenterales para evitar deshidratación. Otra de las intervenciones posterior seria favorecer la ingesta de alimentos ricos en fibra ya que una dieta rica en fibra favorece la digerstion y motilidad intestinal (Mena, Gonzales, Cervera, & Orts, 2016).

Como quinta intervención planteamos propiciar progresivamente la deambulación, ya que el estado adecuado de actividad física, favorece la digestión y motilidad gastrointestinal. Nuestra

paciente en estudio logro empezar a deambular pasadas las 10 horas en el post operatorio, primero acudiendo sola al baño y luego ya deambulaba por la habitación y pasillos.

Afrontamiento es definido por la Real Academia de la Lengua española como la acción y efecto de afrontar; asimismo, la misma institución define al verbo Afrontar como “Hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida”.

Por lo antes expuesto tendríamos que el Afrontamiento ineficaz es la forma infectiva de hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida.

NANDA (2015) define al Afrontamiento Ineficaz como la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

En el caso de la Sra. A.O.M.A., las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo fueron:

Valorar estado anímico, ya que mediante una adecuada valoración del estado de ánimo del paciente, podremos determinar en qué grado está afectado su autoconfianza para afrontar la situación vivencial que experimenta; esta medida dio como resultado apreciar que la paciente presentaba temor, y un tanto falta de confianza en su proceso de recuperación al inicio, pero esto fue cambiando para bien con las intervenciones del personal asistencial (Mesa, 2015).

Así mismo, se valoró la comprensión de la paciente sobre el proceso de la enfermedad y procedimiento quirúrgico practicado, puesto que generalmente siempre se teme a lo desconocido, y mediante una adecuada información sobre el proceso patológico que experimento y el objetivo y pronóstico de la cirugía que se le practicó, se logró un estado más tranquilo (Mesa, 2015).

Como tercera intervención animamos a la paciente a evaluar su propio comportamiento, lo cual le permitió un autoanálisis, identificando qué era lo que le costaba más aceptar sobre su situación vivencial, esto era el miedo inicial de perder estrógenos y los efectos secundarios de ello sean abrumadores. Ante esto se conversó con la paciente, explicándole que estos efectos secundarios no se daban en todas las pacientes, información que le permitió disminuir sus temores y afrontar de manera eficaz sus procesos de recuperación.

Se animó a la paciente a identificar sus fortalezas y capacidades, lo que le permitió obtener la autoconfianza que necesitaba para superar el estado de estrés y tensión que le causaba su situación vivencial.

Y, por último, a la Sra. A.O.M.A. le brindamos educación acerca de ejercicios respiratorios, ya que estos logran un estado de relajación muscular que favorece la reducción del estrés.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería la paciente A.O.M.A, durante 3 días, en turnos diurnos, se identificó 5 diagnósticos, los cuales se aplicaron priorizando en el cuidado.

Evaluación global:

Primer diagnóstico.

Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico: procedimiento quirúrgico evidenciado por expresión fácil de dolor, EVA:7, postura antálgica, manifestado “me duele la herida”.

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente disminuyó el dolor agudo de manera parcial, ya que aún se evidencia fascias de ligero dolor, manifestando verbalmente una puntuación de 5 en la escala de EVA.

Segundo diagnóstico.

Ansiedad relacionada a factores estresantes (recuperación posoperatoria y estado de salud pos cirugía ginecológica) evidenciados por inquietud, nerviosismo y aprensión. Manifestado “Me siento ansiosa y preocupada por mi recuperación”.

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó niveles de ansiedad presentando ausencia de nerviosismo y aprensión.

Tercer diagnóstico.

Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel (herida operatoria reciente) y procedimientos invasivos (sonda Foley y catéter periférico en MSI).

Objetivo alcanzado: La paciente presentó disminución de riesgo a infección durante los días que se atendió. Con total ausencia de signos de infección. El lavado de manos y la aplicación de los principios de bioseguridad se aplicaron como eje transversal del cuidado.

Cuarto diagnóstico.

Estreñimiento relacionado a Agentes farmacológicos (antiinflamatorios) Disminución de la motilidad gastrointestinal (posoperatorio NPO por 8 Horas), evidenciado por ausencia de deposiciones. (0 en 3 días)

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó estreñimiento de forma parcial, ya que las heces, eliminadas 1 vez al día, se encontraban un poco duras aún. La suspensión de antiinflamatorios, más ingesta de líquidos y deambulación precoz intervenciones que ayudaron y seguirán favoreciendo a normalizar la eliminación intestinal.

Quinto diagnóstico.

Afrontamiento ineficaz relacionado a incertidumbre (falta de seguridad en su situación de salud actual) manifestado”. Es un tumor que me han encontrado en un ovario, y no sé si es maligno”.

Objetivo alcanzado: Paciente presenta un adecuado patrón del sueño, ausencia de fatiga y demuestra capacidad para manejar la situación.

Conclusión

El cuidado de enfermería brindado con la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) plasmado en el plan de cuidados, ayuda a evitar complicaciones posoperatorias. La aplicación del PAE permitió alcanzar los objetivos propuestos en un 80% y

solo el 20%, se logra parcialmente, por ser problemas que requieren mayor tiempo para su solución.

Bibliografía

- Acosta, S. (2011). *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51545/ControlInfecHospitalarias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bellido, J., Carrascosa, M., García, F., Tortosa, M., Mateos, M., Del Moral, J., . . . Uceda, J. (2006). Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. *Evidentia*, 3(9). Obtenido de <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>
- Benítez, J., Barceló, E., & Gelves, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&tlng=es.
- Campos, E., Merizio, F., & Barcellos, M. (2008). Relaciones entre la recolección de datos, diagnósticos y prescripciones de enfermería a pacientes adultos en una unidad de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 700-706. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Carceller, J. (2009). Clínica del dolor lumbar. *Rev Soc Esp Dolor*, 16, 52-53.
- Castro, J. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con estado asmático en el Servicio de Cuidados Intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2018*. Lima: Universidad Peruana Unión. Obtenido de

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/2009/Johana_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chóliz, M. (2015). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Valencia: Universidad de Valencia. Obtenido de <https://www.uv.es/=cholz/RelajacionRespiracion.pdf>

De la Fuente, C. (2015). *Fundamentos teóricos de la intervención enfermera "disminución de la ansiedad" (NIC) en el paciente hospitalizado*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11880/TFG-H249.pdf?sequence=1>

Di-Colloredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>

González, A., Montalvo, A., & Herrera, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería global*, 45, 266-280. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>

Gordillo, F., Arana, J., & Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233. doi:10.4321/S1699-695X2011000300008

Herrera, S., García, L., & Martínez, D. (2015). Efectos adversos de los antibióticos sobre la mitocondria y su asociación con variantes genéticas del ADN mitocondrial en población mexicana. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 46(4), 15-24. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57949344003>

- Herrero, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228-236. doi:10.20986/resed.2018.3632/2017
- Loayza, M. (2017). *Efectividad de una guía de intervención educativa en la disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico en la clínica privada Lima, 2017*. Lima: Universidad Cayetano Heredia. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/953/Efectividad_LoayzaZanabria_Maria.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Martínez, M., Gómez, V., & Siles, P. (2009). Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6(3), 35-39. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>
- Mearin, F., Balboa, A., & Montoro, M. (2016). *Sintomas gastrointestinales frecuentes*. Barcelona: Unidad de Gastroenterología del Hospital de San Jorge. Huesca. Obtenido de https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf
- Mena, D., Gonzales, V., Cervera, Á. S., & Orts, M. (2016). *Cuidados de enfermería básicos*. Jaume: Publicacions de la Universitat Jaume I. doi:10.6035/Sapientia108
- Mesa, J. (2015). *Inteligencia Emocional, Rasgos de Personalidad e Inteligencia Psicométrica en Adolescentes*. Murcia: Universidad de Murcia. Obtenido de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/310420/TJRMJ.pdf?sequence=1>

- Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J., & Galán, J. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 23(3), 153-156. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008
- NANDA. (2015). *Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificacion 2015-2017*. España: Edit. Elsevier.
- Oscanoa, T., & Lizaraso, F. (2015). Antiinflamatorios no esteroides: seguridad gastrointestinal, cardiovascular y renal. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 35(1), 63-71. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000100007
- Poggi, L., & Ibarra, O. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 39-45. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200008
- Sánchez, L., & Sáenz, E. (2005). Antisépticos y desinfectantes. *Dermatología Peruana*, 15(2), 82-103. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v15_n2/pdf/a02.pdf
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). *Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales* (2ª edición ed.). Madrid: Sanidad y Ediciones, S. L. Obtenido de <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>

Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 35-38.

Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

59172007000200007

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración



HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA

SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE PUERPERA y GINECOLOGICA

| 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/REPRODUCCIÓN |
|--|--|
| Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas : HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Grupo Sanguíneo: _____ Fador: _____ Intervenciones quirúrgicas : Si () No () Fechas: _____ _____ Alergias y otras reacciones : Fármacos: _____ Alimentos : _____ Otros _____ Factores de riesgo : Consumo de tabaco Si () No () Consumo de alcohol Si () No () Consumo de drogas Si () No () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene : Adecuado () Regular () Deficiente () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____ Controles Pre Natales: SI () NO () Inmunizaciones: _____ | Antecedentes de Conducta Sexual Nº de parejas sexuales: _____ Uso de Método Anticonceptivo: Si () Especificar _____ Tiempo de uso _____ NO () Mamas : Blandas () Turgentes () Secretantes () No Secretantes () Pezones: Formados () Planos () Invertidos () Útero: Altura Uterina: _____ Perdidas Vaginales: Sangrado Vaginal: Si () No () Secreciones Vaginales: Si () No () Características: _____ Loquios : _____ Comentarios adicionales: _____ _____ PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO T^º: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Peso : _____ Talla: _____ Glucosa: _____ Hb : _____ Piel: Coloración: Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta () Prótesis () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena () Hidratación: Si () No () |

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 Cistectomía en el Servicio de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales A.O.M.A Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Catherine Estefanía Cayo Muchcco bajo la asesoría de la Mg. Gloria Cortez Cuaresma .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:

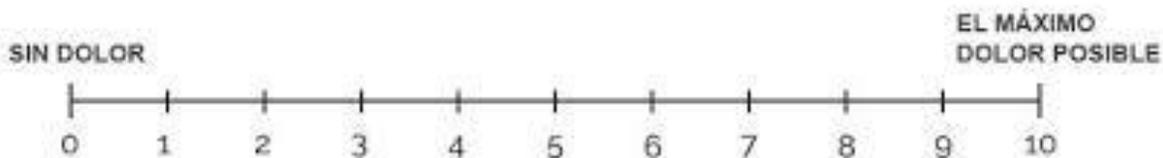
DNI: _____ Fecha: _____

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