



UMA
Universidad
María Auxiliadora

**FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE POST
OPERADO CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL EN UNA CLÍNICA
PRIVADA, LIMA 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

AUTOR:

Bach. LOPEZ CONDEZO, Luz Mary

<https://orcid.org/0000-0002-0367-0320>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, Josè Merlin

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

LIMA-PERU

2024

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Lopez Condezo Luz Mary**, con DNI: 73046223, en mi condicion de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional, presentada para optar el titulo profesional de Licenciada En Enfermeria (grado o titulo profesional que corresponda) de titulo **“PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE POST OPERADO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL EN UNA CLÍNICA PRIVADA, LIMA 2024”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N° 30035 que regula el Repositorio Nacional De La Ciencia, Tecnologia E Innovación de acceso abierto y su respectivo reglamento.

Indicar que el dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud **11%** y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboracion del mismo. Además, recalcar que se esta entregando la version final del documento y aprobado por el jurado evaluador.

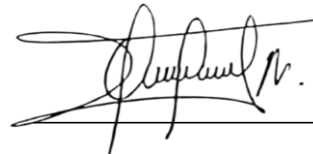
Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 20 de diciembre del 2024.



LOPEZ CONDEZO, Luz Mary

Firma de autor



Mg. QUILLE TICONA, José Merlin

Asesor

Luz Mary Lopez Condezo

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE POST OPERADO CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL E...

 Quick Submit

 Quick Submit

 ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3142086334

Fecha de entrega

31 ene 2025, 12:36 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

31 ene 2025, 12:45 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

LOPEZ_CONDEZO_LUZ_MARY_PAE_IMRD.docx

Tamaño de archivo

23.2 MB

61 Páginas

10,207 Palabras

62,598 Caracteres



Página 2 of 66 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid:::1:3142086334




11% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

Este trabajo esencialmente al Divino, por concederme el vigor, necesario durante estos 5 años de lucha para lograr mis sueños. A mis progenitores por darme la vida. Así mismo a mis hijos, esposo y hermanos, por brindarme su cariño incondicional en esas noches de investigación. Y, finalmente, a mi alma mater y docentes que creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso. Gracias.

Luz Mary Lopez Condezo

Agradecimiento

Agradezco al Creador por ser mi monitor constante, dándome la vitalidad y sabiduría necesarias para alcanzar cada meta en mi vida. Asimismo, extiendo mi gratitud a la Universidad María Auxiliadora por brindarme la posibilidad de forjar mi carrera en un entorno de aprendizaje enriquecedor, donde cada experiencia ha contribuido significativamente a mi desarrollo personal y académico.

Luz Mary Lopez Condezo

Índice General

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice General.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	12
1.2 Caso clínico:	18
1.3 Valoración de enfermería.....	19
1.4. Priorización de diagnóstico.....	23
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS.....	24
2.1 Diseño de estudio.....	24
2.2 Población.....	24
2.3 Procedimiento de recolección de datos	24
2.4 Método de análisis	25
2.5 Aspectos éticos	25
CAPITULO III: RESULTADOS.....	26
3.1. Intervención de Enfermería.....	26
CAPITULO IV: DISCUSION	46
4.1. Discusión.....	46
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
5.1. Conclusiones.....	48

5.2. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
ANEXOS	56
Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales.....	57
Anexo B. Escala de medición.....	61
Anexo C. Consentimiento Informado.....	62
Anexo D. Evidencia del trabajo de campo.....	63

Índice de tablas

Tabla 1 Patrón 3: Eliminación	19
Tabla 2 Patrón 4: Actividad - Ejercicio	19
Tabla 3 Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	20
Tabla 4 Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	20
Tabla 5 Patrón 11: Protección	21
Tabla 6. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10	26
Tabla 7. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por Disminución de las habilidades motoras gruesas	30
Tabla 8. Diagnóstico de enfermería: Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido	33
Tabla 9. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión	38
Tabla 10. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario	42

Índice de figuras

Figura 1. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10	28
Figura 2. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por Disminución de las habilidades motoras gruesas	32
Figura 3. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. diagnóstico de Enfermería: Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido	36
Figura 4. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.....	40
Figura 5. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. diagnóstico de Enfermería: Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.....	44

Resumen

Objetivo: el presente estudio del caso clínico, está dirigido a un plan de intervenciones para el cuidado holístico de la paciente adulta con diagnóstico de histerectomía abdominal total el cual curso con el cuadro clínico prolongado. Esta evaluación, utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se ha aplicado para priorizar e identificar los diagnósticos de enfermería y se relaciona de manera real con la intervención del NIC y los resultados NOC. **Materiales y métodos:** Se empleó un Investigación de caso clínico en una persona femenina de 52 años sometida a histerectomía abdominal total en una clínica privada en Lima. La recopilación de información se realizó mediante observación y entrevistas personalizadas. Los datos se analizaron aplicando nomenclaturas NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** Se determinaron cinco diagnósticos de enfermería, destacando dolor agudo, deterioro de la movilidad física, insomnio, riesgo de infección y riesgo de lesión en el tracto urinario. Dentro de las intervenciones de menor porcentaje de logro fue que el 85% de las intervenciones se cumplieron de manera oportuna, en cambio el 15% están en proceso de cumplimiento ya que se busca aumentar el conocimiento del paciente con respecto al cuidado del catéter urinario. **Conclusión:** Las intervenciones enfocadas en los diagnósticos priorizados lograron disminuir el dolor, promover la movilidad y reducir los riesgos de infección y lesiones, destacando la importancia en la recuperación postquirúrgica.

Palabras Clave: Histerectomía; Atención Enfocada al Paciente; Diagnósticos de Enfermería; Terminología NOC; Terminología NIC; DeCS/MeSH.

Abstract

Objective: The goal of this clinical case study is to develop an intervention plan for the holistic care of a middle-aged adult diagnosed with a total abdominal hysterectomy, presenting with a prolonged clinical condition. This evaluation, using Marjory Gordon's 11 functional health patterns, was applied to prioritize and identify nursing diagnoses, correlating directly with NIC interventions and NOC outcomes. **Materials and Methods:** A clinical case study was conducted with a 52-year-old female patient who underwent a total abdominal hysterectomy in a private clinic in Lima. The data were analyzed using NANDA, NIC, and NOC classifications. **Results:** Five nursing diagnoses were identified: acute pain, impaired physical mobility, insomnia, risk of infection, and risk of urinary tract injury. Among the interventions with the lowest percentage of achievement was that 85% of the interventions were completed in a timely manner, however 15% are in the process of compliance since the aim is to increase the patient's knowledge regarding the care of the urinary catheter. **Conclusion:** Interventions focused on prioritized diagnoses successfully reduced pain, enhanced mobility, and minimized the risks of infection and injury, emphasizing the importance approach in postoperative recovery.

Keywords: Hysterectomy; Patient-centered Care; Nursing Diagnoses; NOC terminology; NIC Terminology; DeCS/MeSH.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

La histerectomía procede del griego que significa: isteros (útero) y ectomía (extirpar). La histerectomía ginecológica es una cirugía invasiva en que se retira el útero a la mujer. Esta operación está indicada para poder salvar la vida de la paciente y en algunos casos por el aumento del riesgo de hemorragia. Esta operación se justifica después de una intervención por parto natural, cesárea, después del parto próximo o retrasado y también por sangrados abundantes que causan daño a la paciente. El 1% de las hemorragias posterior al parto sucede en pacientes con fragilidad uterina y en una alteración de la placenta (1).

A nivel mundial, en 2021, una investigación llevado a cabo en un nosocomio Universitario en Madrid, España, sobre la evaluación de la efectividad de un protocolo de cuidados de enfermería en la recuperación postoperatoria de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. Los resultados indicaron que este protocolo permitió reducir el tiempo de hospitalización en un 30% y disminuir la incidencia de infecciones postoperatorias en un 25% (2). Asimismo, en 2023, en el Hospital Central de Tokio, Japón, se realizó un estudio sobre la satisfacción de las pacientes con el cuidado de enfermería brindados tras una histerectomía abdominal total. Los resultados destacaron que el 85% de las pacientes reportaron una alta satisfacción con los cuidados recibidos, y el 90% valoró positivamente el apoyo emocional ofrecido por las enfermeras (3). Por otra parte, en el año 2022, en el Sanatorio General de Singapur, se realizó un análisis del impacto de un programa de atención de enfermería estandarizado en la recuperación de personas pos operadas de histerectomía abdominal total. Los resultados revelaron que el 88% de las pacientes alcanzaron una recuperación funcional completa en un plazo de seis semanas, el 92% reportó una explicación elevada con la aplicación obtenida y el 95% no presentó complicaciones postoperatorias significativas (4).

A nivel latinoamericano; en el año 2021, en México una investigación en el nosocomio General de México, sobre la evaluación de la efectividad la educación preoperatoria

en mujer sometidas a histerectomía abdominal total. Los resultados mostraron que las pacientes redujeron el 35% los niveles de ansiedad preoperatoria y un 25% menos de complicaciones postoperatorias en comparación con aquellas que no recibieron esta intervención (5). En 2022, en Chile, analizó la satisfacción de las pacientes con la atención de enfermería durante el postoperatorio de histerectomía abdominal total. Los resultados indicaron que el 90% de las pacientes reportaron una alta satisfacción con la atención recibida (6). Finalmente, en 2023, un estudio desarrollado en el Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, sobre la evaluación de la implementación de un protocolo de cuidados de enfermería en el postoperatorio de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. Hubo una disminución del 20% en el tiempo de hospitalización y una reducción del 15% en la incidencia de infecciones postoperatorias tras la implementación del protocolo, en comparación con el periodo previo (7).

A nivel nacional, en el año 2021, en el Hospital de Ica, un estudio implementó un procedimiento de asistencia enfermero en una persona pos operado de histerectomía abdominal por miomatosis uterina. Los resultados indicaron que, tras la intervención, se logró una reducción del dolor agudo en un 70%, una disminución del 60% en la ansiedad y una mejora del 50% en la calidad del sueño (8). Asimismo en el año 2022, en un hospital de Arequipa, aplicó el proceso de asistencia de enfermería en pacientes post histerectomía abdominal total. Los resultados señalaron que, tras la intervención, se logró prevenir infecciones en un 100%, reducir el dolor en un 80% y disminuir la ansiedad en un 75% (9). Por otro lado en el año 2022, en la Clínica San Pablo de Lima, un trabajo académico elaboró una guía de intervención para pacientes pos operadas inmediatas de histerectomía abdominal en el área de recuperación. Indicaron que el 95% de las pacientes fueron dadas de alta con funciones vitales dentro de los parámetros normales, y un 90% presentaron heridas quirúrgicas en proceso de cicatrización sin infecciones (10). De la misma forma en el año 2022, en un sanatorio de Lima, sobre la evaluación del tiempo posoperatorio de pacientes sometidas a histerectomía, logró una recuperación progresivamente, mejorando el déficit de volumen de líquidos en un 85% y reduciendo el (11).

Por otro lado, se considera que la primordial prescripción para realizar una histerectomía son el sangrado abundante, los miomas uterinos, endometriosis y el prolapso, también dentro de la histerectomía vaginal puede ser por causas de la gordura enfermiza, hernias y por un recelo de dificultad en la operación por medio del vientre (12). Esto sucede muchas veces porque el útero es el órgano encargado de fecundar al ovulo mantener la fecundación y expeler en un momento determinado. El útero pasa por distintas irregularidades que causan desordenes endocrinos y complejidades en el embarazo o el alumbramiento. Además, se puede dar por el incremento de una neoplasia (13).

En muchos de los casos la exposición a una operación estos entrelazados a componentes como: la vitalidad del ser humano, tiempo de vida, afección interior, a la capacidad del médico, y al método y prioridad que se utilizara en dicho procedimiento (14). Después de una intervención operatoria la mujer puede padecer trastornos psicológicos y una depresión a consecuencia de la extirpación del útero pues este es un órgano que marca la feminidad en la dama, la mujer puede llegar a sentirse vacía que pueden durar un tiempo largo o corto (15). El dolor también es una de las primordiales dificultades después de una operación es una respuesta del cuerpo que puede deberse a una serie de trastornos de ansiedad, depresión y a la falta de regulación de la sangre, infecciones internas que podrían estar dándose a causa de la histerectomía (16).

Actualmente las pacientes tienen más posibilidades de desarrollar una infección, el 2% de las mujeres son operadas por una histerectomía vaginal y un 1.6% de ellas para una histerectomía del vientre total tienen mayor riesgo de reingresar al hospital y esto empeoraría su situación y conllevar a una muerte. Esto podría prevenirse con una serie de antibióticos preventivos (17). El tiempo de recuperación después de una intervención quirúrgica es de suma importancia, pero también se debe tener en cuenta que una recuperación ambulatoria y en un ambiente familiar podría ayudar a la paciente a sentirse más confortable y evitarse infecciones intrahospitalarias (18).

Dentro de las teorías relacionadas al tema de estudio, teoría del Autocuidado de Dorothea Orem; que está centrada en la aptitud de autocuidado y el rol del enfermero

cuando existe un déficit en estas capacidades. En el caso de pacientes pos operadas de histerectomía abdominal total, la atención de enfermería se enfoca en suplir temporalmente las obligaciones de autocuidado relacionadas con la higiene, la movilidad y la cicatrización de la herida quirúrgica. Los enfermeros evalúan el nivel de dependencia del paciente y diseñan intervenciones que promuevan la recuperación progresiva de su capacidad para realizar autocuidados de forma independiente (19).

Así también la teoría del Déficit de Energía de Myra Estrin Levin; esta teoría aborda la conservación de la energía y la estabilidad del paciente mediante intervenciones que minimicen el estrés fisiológico y promuevan la recuperación. En pacientes pos operadas de histerectomía abdominal total, el enfoque está en garantizar el descanso adecuado, controlar el dolor, prevenir infecciones y promover la cicatrización de heridas. El enfermero actúa como facilitador para equilibrar las demandas energéticas del cuerpo y las reservas del paciente durante el proceso de recuperación (20).

Dolor agudo:

De acuerdo con la definición de la NANDA, Según la definición de la NANDA: es una práctica sensitiva y sensible incómoda afiliada con afección holístico real o potencial, caracterizada en términos de referido trastorno; es un dolor inicial que se da desde lo más ligero hasta lo más arduo con un tiempo de menor de 90 días (21). El dolor es una vivencia sensible e impresionable que se describe como un mal que se relaciona con un traumatismo (22). Otro autor afirma que el dolor viene a hacer parte de nuestras vidas desde mucho antes del nacimiento (23). Además el dolor tiene una mayor fuerza durante los primeros días y va bajando según el transcurso de las semanas (24).

Deterioro de la movilidad física

Lo que explica la NANDA: En la definición del déficit en la movilidad física, se considera la limitación de movimientos independientes y voluntarios del cuerpo de una o más partes. Este pronos incluye tanto la disminución de la capacidad de realizar actividades motoras como las dificultades para trasladarse de manera segura y efectiva (25). Por consiguiente, el déficit en la movilidad física no solo afecta la capacidad funcional del paciente, sino que también puede desencadenar complicaciones secundarias, como

atrofia muscular, contracturas, trombosis venosa profunda y afectaciones psicológicas como ansiedad o depresión (26). Además, autores especializados en rehabilitación destacan que la movilidad es un componente clave para la independencia en las actividades diarias, puede alterar destacadamente la condición de vida de la paciente (27). Por otro lado, según la literatura en fisiología clínica, el movimiento no solo tiene un componente mecánico, sino que también involucra factores sensoriales, cognitivos y emocionales. Esto significa que las limitaciones de movilidad pueden estar influenciadas por percepciones subjetivas, como el miedo al dolor o al movimiento (quinesofobia), lo que refuerza la necesidad de una evaluación integral en el manejo del paciente (28).

Insomnio:

Conforme a la definición de la NANDA: es la alteración de la proporción y calidad del ensueño que daña la actividad del cuerpo (21). El insomnio es la perturbación con el mismo ser humano que requiere una terapia individual, se presenta mayormente en las féminas pero que últimamente ha sido más recurrente en varones y niño (29). Asimismo el insomnio puede afectar de distintas maneras siendo una de ellas la pérdida de concentración en el trabajo y en su vida cotidiana que podrían ser desde leves hasta graves (30). Otro autor afirma que la falta de sueño se debe a la mala forma de vida que lleva el ser humano, y también pueden deberse a problemas de salud como enfermedades crónicas y desarreglos psiquiátricos (31).

Riesgo de lesión en el tracto urinario

Según la definición de la NANDA, el diagnóstico de riesgo de lesión en el tracto urinario se describe a la probabilidad de daño estructural o funcional en cualquier parte del sistema urinario que pueda comprometer la salud del individuo (21). Este diagnóstico considera factores predisponentes como la manipulación del tracto urinario mediante procedimientos invasivos (p. ej., colocación de catéteres urinarios), y condiciones médicas como infecciones recurrentes o uropatía obstructiva que incrementan la vulnerabilidad de la persona(32). Por consiguiente, representa un desafío significativo en mujeres sometidos a intervenciones quirúrgicas. La literatura resalta que estrategias como la correcta colocación y manejo de catéteres, la hidratación

adecuada y el uso restringido de procedimientos invasivos son esenciales para minimizar este riesgo en entornos hospitalarios (33). Además, investigaciones recientes indican que factores sistémicos, como trastornos metabólicos o enfermedades crónicas como diabetes, pueden influir negativamente en la capacidad de reparación del tracto urinario, aumentando la posibilidad de lesiones. También se ha evidenciado que el apoyo psicológico y el manejo oportuno del dolor en estos pacientes contribuyen a una recuperación más breve y a una disminución de la complejidad asociadas al riesgo de lesión (34).

Riesgo de infección de la herida quirúrgica

Lo que explica la NANDA: Según la definición de la NANDA, el riesgo de infección se refiere a la posibilidad de ser invadido por microorganismos patógenos que pueden comprometer la salud del individuo (25). Este diagnóstico considera factores predisponentes como alteraciones en las defensas primarias (p. ej., heridas quirúrgicas), procedimientos invasivos, inmunosupresión o estados de desnutrición que pueden incrementar la vulnerabilidad del paciente (35). Por consiguiente, el riesgo de infección representa un desafío significativo en pacientes postquirúrgicos, donde la vigilancia de infección es fundamental para prevenir complicaciones severas como sepsis o abscesos (36). La literatura también destaca que el cuidado aséptico, la higiene de manos y el manejo adecuado de dispositivos invasivos son estrategias clave para reducir a la probabilidad de infección en entornos hospitalarios. Por otro lado, estudios recientes señalan que factores emocionales y psicológicos, como el estrés postquirúrgico, pueden influir en la respuesta inmune, aumentando así la susceptibilidad a infecciones (37).

1.2 Caso clínico:

Dama de 52 años de vida, identificada como M.R.G.C., ingresa al servicio de emergencia en camilla, el día 12/10/2024 de una clínica privada, debido a presentar sangrados abundantes, el día 13/10/2024 es ingresada al servicio de cirugía para ser sometida a una histerectomía abdominal total, posteriormente es ingresada al servicio de hospitalización. Durante la valoración inicial, la paciente manifiesta pesar intenso en la parte baja del abdomen, evaluado en 8/10 según la escala EVA. Además, refiere dolor generalizado en el cuerpo, sensación de frío intenso, dificultad para conciliar el sueño y evacuaciones frecuentes, superiores a tres veces al día. También reporta episodios de náuseas. En la valoración céfalo-caudal, se observa una cicatriz longitudinal de aproximadamente 12 cm en el abdomen, sin signos de inflamación ni secreción. El abdomen se encuentra suave, depresible y lacerante a la palpación. Los signos vitales registrados son: frecuencia respiratoria de 18 rpm, frecuencia cardíaca de 105 lpm, presión arterial de 110/80 mmHg y temperatura de 36.7 °C. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitos con un valor de $3.30 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematíes de $3.98 \times 10^6/\mu\text{L}$, plaquetas de $131 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematocrito de 34% y hemoglobina de 10.7 g/dL. Durante su periodo postoperatorio inmediato, la paciente se encuentra bajo estricta vigilancia médica y de enfermería para el manejo del dolor, el control de los parámetros vitales y el monitoreo de posibles complicaciones como infecciones o alteraciones hematológicas, durante el postoperatorio mediato La paciente respira de manera espontánea, sin signos de tos ni sonidos respiratorios anormales. Su piel y mucosas presentan coloración normal, al igual que su temperatura corporal. Su apetito es adecuado, con un peso de 75 kg y una altura de 1.56 m. Utiliza dentadura postiza y ha reportado episodios de náuseas. Su consumo diario de líquidos es de aproximadamente un litro de agua. Como resultado de la intervención quirúrgica, la paciente muestra una dependencia parcial para moverse, con movimientos restringidos. Se desplaza con asistencia, pero no puede subir ni bajar escaleras ni llevar a cabo sus actividades cotidianas. Su sueño nocturno se limita a cinco horas, experimenta insomnio y se despierta con facilidad. La paciente reporta un dolor

constante localizado en la herida quirúrgica abdominal, lo que genera en ella una notable preocupación. Expresa su deseo de recuperarse rápidamente debido a sus responsabilidades familiares, mencionando la necesidad de trabajar para cuidar a sus hijos. Solicita orientación sobre los medicamentos que podría tomar para acelerar su proceso de sanación. Además, manifiesta inseguridad respecto al cuidado del catéter urinario y teme que su herida pueda infectarse por un manejo inadecuado. Finalmente, solicita ayuda para levantarse y expresa la necesidad de apoyo físico al caminar, evidenciando limitaciones en su movilidad y confianza para realizar estas actividades de manera independiente.

1.3 Valoración de enfermería

Valoración según patrones funcionales:

Tabla 1

Patrón 3: Eliminación

Datos significativos	Dominio/clase
Dato subjetivo: La paciente refiere: No sé bien cómo cuidar el catéter.	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física
Dato objetivo: Presencia de catéter urinario, desconocimiento sobre su manejo.	

Fuente: formato de valoración

Tabla 2

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Datos significativos	Dominio/clase
Dato subjetivo: La paciente refiere: me ayudan a levantarme por favor, quiero que alguien me sujete mientras camino.	Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 2: Movilidad física

Dato objetivo:

Dependencia parcial para la deambulaci3n, no puede subir ni bajar escaleras ni realizar actividades de la vida diaria.

Fuente: formato de valoraci3n

Tabla 3

Patr3n 6: Cognitivo - Perceptual

Datos significativos	Dominio/clase
Dato subjetivo: La paciente refiere no tengo sue1o y despierta con facilidad.	Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 1: Sue1o/Descanso

Dato objetivo:

Dificultad para conciliar el sue1o.

Fuente: formato de valoraci3n

Tabla 4

Patr3n 6: Cognitivo - Perceptual

Datos significativos	Dominio/clase
Dato subjetivo: La paciente refiere siento dolor en la herida, quiero recuperarme r1pido, tengo que trabajar para cuidar a mis hijos.	Dominio 12: Confort Clase 1: Confort/f1sico

Dato objetivo:

Diaforesis, expresi3n facial de aflicci3n, escala de EVA: 8/10.

Fuente: formato de valoraci3n

Tabla 5

Patrón 11: Protección

Datos significativos	Dominio/clase
Dato subjetivo: La paciente refiere: Tengo miedo de que mi herida se infecte.	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 1: Infección
Dato objetivo: Lesión de aproximadamente 12 cm en el abdomen.	

Fuente: formato de valoración

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Primer diagnóstico:

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Características definitorias: Diaforesis, desesperanza, verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor, cambios de apetito.

Factores relacionados: Lesión por agentes físicos

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.

Segundo diagnóstico:

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física

Características definitorias: Disminución de las habilidades motoras gruesas, paciente presenta dependencia parcial para la deambulación, no puede subir ni bajar escaleras ni realizar actividades de la vida diaria.

Factores relacionados: Dolor postoperatorio.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por Disminución de las habilidades motoras gruesas.

Tercer diagnóstico:

Etiqueta diagnóstica: Insomnio

Características definitorias: Alteración en el estado de ánimo, alteración en la emotividad, estado de salud comprometido, dificultad para iniciar el sueño.

Factores relacionados: Depresión

Enunciado diagnóstico: Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido.

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Factor riesgo: Procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.

Quinto diagnóstico:

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión en el tracto urinario

Factor riesgo: Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.

1.4. Priorización de diagnóstico

1. Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.
2. Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por Disminución de las habilidades motoras gruesas.
3. Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido.
4. Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.
5. Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS

2.1 Diseño de estudio

El trabajo presente es un caso clínico, es un procedimiento o técnica de investigación de enfoque descriptivo a detalle, en la que se aborda una situación problemática de la enfermedad que está padeciendo en ese momento el paciente, aplicado en las ciencias de salud y sociales, por consiguiente, se caracteriza por priorizar la patología respetando lo más importante del caso.

2.2 Población

La población está compuesta por 1 paciente adulto medio de 52 años de sexo femenino con diagnóstico de histerectomía abdominal total que se recupera en el área de recuperación en un sanatorio privada de Lima.

2.3 Procedimiento de recolección de datos

2.3.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos: Para empezar con el recogimiento de los antecedentes se solicitó el permiso a la misma paciente quien otorgo el permiso dando el buen visto al estudio, para continuar y coordinar directamente con la paciente.

2.3.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos:

La recopilación e indagación tuvo lugar durante el mes de octubre del año en curso, se coordinó con la paciente y la jefa de área, en un día específico para tomar la valoración de enfermería en la clínica. Al terminar la recolección se prosiguió a verificar el llenado del instrumento, de la misma manera la calidad del llenado.

2.2.3 Técnica de recolección de datos:

El procedimiento utilizado fue la observación y la entrevista personalizada que permitieron recolectar toda la información necesaria de manera completa.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos:

Para obtener la información se utilizó como herramienta el formato de valoración por patrones funcionales en la cual se realizó la recolección de datos, que fue hecho por

Marjory Gordon; el cual tiene 11 patrones funcionales que evalúan al usuario en todo su contexto.

2.4 Método de análisis

Una vez finalizada la recopilación de información del paciente, se documentaron y aplicaron las nomenclaturas taxonómicas NANDA, NIC y NOC, utilizando codificaciones internacionales. Estos datos fueron ingresados en las tablas previamente definidas, analizados y descritos para su interpretación, con el propósito de obtener resultados que serán objeto de discusión.

2.5 Aspectos éticos

Por otra parte, para asegurar la integridad de la paciente, se aplicaron los siguientes aspectos bioéticos: solicitar el permiso de su pareja y la paciente, un trato digno y justo para ella y su familiar, mediante la investigación se proporcionara datos reales y verdaderos que brindaran relevancia a la problemática, finalmente con el presente trabajo no se pretende juzgar la vigilancia por parte del personal de salud.

Principio de autonomía

A la paciente se le dio a saber que el instrumento de recopilación de antecedentes, informándole que tienen la elección de no cooperar en el actual caso clínico, a la paciente se respetó su privacidad y se le dio a conocer a detalle sobre el estudio.

Principio de beneficencia

Se le explico también la importancia y los beneficios sobre este estudio, al utilizar un lenguaje enfermero normal que asegura la calidad del cuidado profesional.

Principio de no maleficencia

Para este estudio fueron aclaradas todas las dudas a la paciente y a los familiares, con respecto a que este estudio no perjudicaría la salud e integridad de sus seres queridos.

Principio de justicia

Se trató al paciente adulto medio con mucho respeto, cordialidad e igualdad, sin preferencia o discriminación.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Intervención de Enfermería

Tabla 1.

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico Código: 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.	NOC:1605 Control del dolor Indicadores: 160502: Reconoce el comienzo del dolor (a veces demostrado 2). 160507: Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario	NIC:1410 Manejo del dolor: agudo Actividades: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el nivel del dolor con una escala validada. 2. Proporcionar analgesia según prescripción médica. 3. Enseñar técnicas de relajación como respiración profunda. 4. Crear un ambiente tranquilo para el descanso. 5. Reforzar la importancia de reportar cualquier cambio en el dolor. 	Mejoría o disminución del dolor a un nivel aceptable <ol style="list-style-type: none"> 1. Permite identificar la intensidad del dolor y planificar el manejo. 2. Alivia el dolor físico y mejora el confort. 3. Disminuye la percepción del dolor. 4. Favorece el bienestar del paciente. 5. Previene complicaciones asociadas al dolor no tratado. 	NOC:1605 Control del dolor Indicadores: 160502: Reconoce el comienzo del dolor (frecuentemente demostrado 4). 160507: Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario (frecuentemente demostrado 4).

(frecuentemente demostrado 2).	NIC: 1800 Ayuda con el autocuidado		NOC: Nivel del Dolor (2102)
	Actividades:	Ayudar a la otra persona a realizar las actividades	Indicadores:
NOC: Nivel del Dolor (2102)	1. Establecer una comunicación abierta y empática con el paciente.	1. Fomenta la confianza para que el paciente exprese sus síntomas sin reservas.	210201: Intensidad del dolor (leve 4)
Indicadores:	2. Instruir al paciente sobre la importancia de identificar y reportar cambios en los síntomas.	2. Promueve la participación activa en su propio cuidado.	210202: Duración del dolor (leve 4).
210201: Intensidad del dolor (moderado 3)	3. Proporcionar orientación sobre estrategias para manejar síntomas incontrolables.	3. Ayuda a reducir el impacto emocional y físico del dolor.	
210202: Duración del dolor (moderado 3).	4. Garantizar que el paciente conozca los recursos disponibles para su atención.	4. Facilita el acceso a intervenciones oportunas y efectivas.	
	5. Realizar un seguimiento continuo de la percepción del dolor y su evolución.	5. Permite identificar necesidades adicionales y ajustar el plan de cuidados.	

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Figura 1.

Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	no se ejecuto	En proceso
Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico Código: 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; escala EVA: 8/10.	NOC:1605 Control del dolor Indicadores: 160502: Reconoce el comienzo del dolor (a veces demostrado 2). 160507: Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario (a veces demostrado 2). NOC: Nivel del Dolor (2102) Indicadores: 210201: Intensidad del dolor (moderado 3) 210202: Duración del dolor (moderado 3).	NIC:1410 Manejo del dolor: agudo Actividades: 1. Evaluar el nivel del dolor con una escala validada. 2. Proporcionar analgesia según prescripción médica. 3. Enseñar técnicas de relajación como respiración profunda. 4. Crear un ambiente tranquilo para el descanso. 5. Reforzar la importancia de reportar cualquier cambio en el dolor. NIC: 1800 Ayuda con el autocuidado Actividades: 1. Establecer una comunicación abierta y empática con el paciente. 2. Instruir al paciente sobre la importancia de identificar y reportar cambios en los síntomas. 3. Proporcionar orientación sobre estrategias para manejar síntomas incontrolables.	90%	10%	

-
4. Garantizar que el paciente conozca los recursos disponibles para su atención.
 5. Realizar un seguimiento continuo de la percepción del dolor y su evolución.
-

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

En relación a la figura, del diagnóstico dolor agudo, se puede determinar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas y se pudo observar que se obtuvo un buen resultado y de la misma forma, se analizó que el 10% está en proceso, y en efecto los buenos resultados que ayudaran en la mejoría del paciente.

Tabla 2.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor post operatorio evidenciado por disminución de las habilidades gruesas.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 2: Movilidad física</p> <p>Código: 00085</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas.</p>	<p>NOC: 0208 Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <p>020801: Realiza movimientos independientes (Raramente demostrado 2).</p> <p>020813: Utiliza dispositivos de ayuda según indicación (Raramente demostrado 2)</p> <p>NOC: 0222 Marcha</p> <p>Indicadores:</p> <p>022202: equilibrio al caminar (moderadamente comprometido 3)</p>	<p>NIC:0220 Fomento del ejercicio</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la capacidad funcional del paciente. 2. Promover el uso de dispositivos de ayuda para la deambulaci3n. 3. Instruir al paciente sobre ejercicios seguros para mejorar la movilidad. 4. Supervisar al paciente durante la movilizaci3n inicial. 5. Ajustar el plan de ejercicios seg3n la tolerancia del paciente. <p>NIC:5602 Enseñanza: Ejercicio Prescrito</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las necesidades espec3ficas del paciente en relaci3n con el uso de dispositivos de ayuda. 	<p>Facilitar regularmente la realizaci3n de ejercicios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determina las limitaciones espec3ficas. 2. Facilita la movilidad independiente. 3. Incrementa la fuerza y la resistencia f3sica. 4. Garantiza la seguridad del paciente. 5. Favorece la recuperaci3n progresiva. <p>Preparar al paciente para que consiga el nivel ejercicio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantiza la elecci3n adecuada del dispositivo seg3n las limitaciones del paciente. 	<p>NOC: 0208 Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <p>020801: Realiza movimientos independientes (frecuentement e demostrado 4).</p> <p>020813: Utiliza dispositivos de ayuda seg3n indicaci3n (siempre demostrado 5).</p>

022208: base de apoyo (moderadamente comprometido 3)

2. Instruir al paciente y a su familia sobre la opción y el uso correcto de los objetos de ayuda.
3. Demostrar el uso adecuado del dispositivo de ayuda y permitir que el paciente practique bajo supervisión.
4. Supervisar al paciente durante las primeras actividades realizadas con el dispositivo
5. Revisar periódicamente el estado del dispositivo de ayuda y realizar ajustes necesarios para optimizar su funcionalidad.

2. Promueve un manejo seguro y eficaz del dispositivo.
3. Facilita el aprendizaje práctico y la correcta aplicación.
4. Asegura un uso seguro y previene posibles accidentes.
5. Garantiza su funcionalidad y adaptación a las necesidades del paciente.

**NOC: 0222
Marcha**

Indicadores:

022202: equilibrio al caminar (moderadamente comprometido 3)
022208: base de apoyo (moderadamente comprometido 3)

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Figura 2.

Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor post operatorio evidenciado por disminución de las habilidades gruesas.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	no se ejecuto	En proceso
Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 2: Movilidad física Código: 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postoperatorio evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas.	NOC: 0208 Movilidad Indicadores: 020801: Realiza movimientos independientes (Raramente demostrado 2). 020813: Utiliza dispositivos de ayuda según indicación (Raramente demostrado 2) NOC: 0222 Marcha Indicadores: 022202: equilibrio al caminar (moderadamente comprometido 3) 022208: base de apoyo (moderadamente comprometido 3)	NIC:0220 Fomento del ejercicio Actividades: 1. Evaluar la capacidad funcional del paciente. 2. Promover el uso de aparatos de ayuda para deambular. 3. Instruir al paciente sobre ejercicios seguros para mejorar la movilidad. 4. Supervisar al paciente durante la movilización inicial. 5. Ajustar el plan de ejercicios según la tolerancia del paciente. NIC:5602 Enseñanza: Ejercicio Prescrito Actividades: 1. Ver las necesidades específicas de la persona en relación con el uso de dispositivos de ayuda.	90%	10%	

-
2. Enseñar a la persona y allegados sobre la opción y el uso correcto de los objetos de ayuda.
 3. Demostrar el uso adecuado del dispositivo de ayuda y permitir que el paciente practique bajo supervisión.
 4. Supervisar al paciente durante las primeras actividades realizadas con el dispositivo
 5. Revisar periódicamente el estado del dispositivo de ayuda y realizar ajustes necesarios para optimizar su funcionalidad.
-

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

En relación a la figura, del diagnóstico deterioro de la movilidad física, y se puede determinar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas en el paciente fueron satisfactoriamente, en tanto que el 10% están en proceso, debido a que la complejidad de la herida quirúrgica.

Tabla 3.

Diagnóstico de enfermería: Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
Dominio Actividad/Reposo Clase Sueño/Descanso Código: 00095 Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido	NOC: 0004 Sueño 4: Indicadores: 000401: Duración del sueño (moderado 3). 000403: Inicio del sueño (moderado 3). NOC: 1302 Afrontamiento de problemas Indicadores: 130203: Expresión de sentimientos positivos (a veces demostrado 3). 130211: Adaptación emocional adecuada (a veces demostrado 3).	NIC: 1850 Mejorar el sueño Actividades: 1. Crear un ambiente propicio para el sueño (luz tenue, sin ruido). 2. Establecer un horario regular para dormir y despertar. 3. Instruir al paciente sobre técnicas de relajación antes de dormir. 4. Limitar el consumo de cafeína y otros estimulantes en la tarde. 5. Evaluar el uso de medicamentos o hábitos que puedan alterar el sueño. NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento Actividades:	Facilitar ciclos regulares de sueño y vigilia 1. Crear un ambiente propicio: Favorece la relajación necesaria para conciliar el sueño. 2. Establecer horarios: Regula el ciclo circadiano, promoviendo un patrón de sueño saludable. 3. Técnicas de relajación: Reducen la activación mental y física que impide el sueño. 4. Limitar estimulantes: Evita la interferencia en el inicio y la calidad del sueño. 5. Evaluar medicamentos: Identifica factores que interfieren con el descanso. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales	NOC: 0004 Sueño Indicadores: 000401: Duración del sueño (leve 4). 000403: Inicio del sueño (leve 4). NOC: 1302 Afrontamiento de problemas Indicadores: 130203: Expresión de sentimientos positivos siempre demostrado 5). 130211: Adaptación emocional adecuada (siempre demostrado 5)

-
- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar activamente las preocupaciones y emociones del paciente. 2. Proporcionar retroalimentación positiva sobre sus esfuerzos de adaptación. 3. Enseñar estrategias de resolución de problemas ante el estrés. 4. Fomentar la participación en actividades recreativas o sociales. 5. Apoyar en la identificación de recursos comunitarios o terapias grupales. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar activamente: Ayuda al paciente a sentirse comprendido y apoyado. 2. Retroalimentación positiva: Refuerza comportamientos adaptativos y fortalece la autoestima. 3. Estrategias de resolución de problemas: Proporciona herramientas para manejar el estrés de forma efectiva. 4. Participación recreativa: Promueve el bienestar emocional y disminuye el impacto de la depresión. 5. Recursos comunitarios: Ofrece apoyo externo para fomentar redes de apoyo adicionales. |
|---|---|
-

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Figura 3.

Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	no se ejecuto	En proceso
	NOC: 0004 Sueño	NIC: 1850 Mejorar el sueño			
Dominio 4: Actividad/Reposo	Indicadores:	Actividades:			
Clase 1: Sueño/Descanso Código: 00095	000401: Duración del sueño (moderado 3).	1. Crear un ambiente propicio para el sueño (luz tenue, sin ruido).			
Insomnio relacionado con depresión evidenciado por alteración del estado de ánimo, estado de salud comprometido	000403: Inicio del sueño (moderado 3).	2. Establecer un horario regular para dormir y despertar.			
	NOC: 1302 Afrontamiento de problemas	3. Instruir al paciente sobre técnicas de relajación antes de dormir.	80%	20%	
	Indicadores:	4. Limitar el consumo de cafeína y otros estimulantes en la tarde.			
	130203: Expresión de sentimientos positivos (a veces demostrado 3).	5. Evaluar el uso de medicamentos o hábitos que puedan alterar el sueño.			
	130211: Adaptación emocional adecuada (a veces demostrado 3).	NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento			
		Actividades:			

-
1. Escuchar activamente las preocupaciones y emociones del paciente.
 2. Proporcionar retroalimentación positiva sobre sus esfuerzos de adaptación.
 3. Enseñar estrategias de resolución de problemas ante el estrés.
 4. Fomentar la participación en actividades recreativas o sociales.
 5. Apoyar en la identificación de recursos comunitarios o terapias grupales.

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Respecto a la figura, del diagnóstico insomnio se puede señalar que el 80% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en tanto que el 20% están en proceso, ya que, el paciente aun presenta dificultad leve para conciliar el sueño.

Tabla 4.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
<p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.</p>	<p>NOC: 1902 Control del riesgo: infección</p> <p>Indicadores:</p> <p>190202: Reconoce los factores de riesgo (Raramente demostrado 2).</p> <p>190214: Implementar medidas de prevención (a veces demostrado 3)</p> <p>NOC: 1101 Integridad Tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <p>110101: Ausencia de signos de infección (moderadamente comprometido 3).</p>	<p>NIC: 6540 Control de infecciones</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar al paciente la técnica correcta de lavado de manos. 2. Asegurar la limpieza de la herida quirúrgica con técnica estéril. 3. Promover el uso de ropa limpia y cómoda. 4. Supervisar signos tempranos de infección como fiebre o enrojecimiento. 5. Reforzar la importancia de cumplir con el tratamiento antibiótico. <p>NIC: 3590: Vigilancia</p>	<p>Minimizar el contagio de agentes infecciosos</p> <p>1. Reduce la proliferación de microorganismos.</p> <p>2. Previene la contaminación de la herida.</p> <p>3. Disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas.</p> <p>4. Facilita la detección temprana de complicaciones.</p> <p>5. Garantiza la efectividad del tratamiento.</p>	<p>NOC: 1902 Control del riesgo: infección</p> <p>Indicadores:</p> <p>190202: Reconoce los factores de riesgo (siempre demostrado 5).</p> <p>190214: Implementa medidas de prevención (siempre demostrado 5).</p> <p>NOC: 1101 Integridad Tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <p>110101: Ausencia de signos de infección (no comprometido 5).</p>

110107: Cicatrización de la herida en el tiempo esperado (levemente comprometido 4).

Actividades:

1. Observar regularmente la herida quirúrgica para identificar signos de infección.
2. Monitorear los valores de laboratorio relacionados con el estado inmunológico del paciente.
3. Registrar cambios en el color, olor o características de la herida.
4. Evaluar la efectividad de las medidas de prevención implementadas.
5. Comunicar al equipo de salud cualquier hallazgo que sugiera infección.

Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada

1. Permite detectar complicaciones de manera temprana.
2. Facilita la identificación de factores que aumenten el riesgo de infección.
3. Contribuye al seguimiento del proceso de cicatrización.
4. Garantiza que las intervenciones estén logrando el control del riesgo.
5. Favorece una intervención oportuna y efectiva.

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Figura 4.

Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	no se ejecuto	En proceso
Dominio Seguridad/Protección Clase 1: Infección Código: 00004 Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo procedimiento quirúrgico, inmunosupresión.	11: NOC: 0503 Eliminación urinaria Indicadores: 040305: Ausencia de signos de irritación en el tracto urinario (moderadamente comprometido 3). 040311: Evacuación urinaria sin obstrucción (moderadamente comprometido 3). NOC: 1867 Conocimiento: Procedimientos Terapéuticos Indicadores: 181308: Reconocimiento de la técnica adecuada para el	NIC: 6540 Control de infecciones Actividades: 1. Enseñar al paciente la técnica correcta de lavado de manos. 2. Asegurar la limpieza de la herida operatoria con técnica estéril. 3. Promover el uso de ropa limpia y cómoda. 4. Supervisar signos tempranos de infección como fiebre o enrojecimiento. 5. Reforzar la importancia de cumplir con el tratamiento antibiótico. NIC: 3590: Vigilancia Actividades: 1. Observar regularmente la herida quirúrgica para identificar signos de infección.	95%	5%	

<p>manejo del catéter urinario (moderadamente comprometido 3).</p> <p>181312: Identificación de signos y síntomas de complicaciones urinarias (moderadamente comprometido 3).</p>	<p>2. Monitorear los valores de laboratorio relacionados con el estado inmunológico del paciente.</p> <p>3. Registrar cambios del color, olor o características de la herida.</p> <p>4. Evaluar la efectividad de las medidas de prevención implementadas.</p> <p>5. Comunicar al equipo de salud cualquier hallazgo que sugiera infección.</p>
---	---

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Respecto a la figura, del diagnóstico riesgo de infección de la herida quirúrgica se puede señalar que el 95% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en comparación con el 5% que aún se encuentran en proceso de cumplimiento, lo cual se debe a que el paciente se encuentra expuesto a agentes infecciosos dentro del nosocomio.

Tabla 5.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del logro NOC
<p>Dominio: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Código: 00250</p> <p>Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.</p>	<p>NOC: 0503 Eliminación urinaria</p> <p>Indicadores:</p> <p>040305: Ausencia de signos de irritación en el tracto urinario (moderadamente comprometido 3).</p> <p>040311: Evacuación urinaria sin obstrucción (moderadamente comprometido 3).</p> <p>NOC: 1867 - Conocimiento: Procedimientos Terapéuticos</p> <p>Indicadores:</p>	<p>NIC: 0600 Cuidado del Catéter Urinario</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar las manos antes y después de manipular el catéter. 2. Limpiar el sitio de inserción del catéter con solución antiséptica según protocolo. 3. Mantener la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga. 4. Evitar desconexiones innecesarias del sistema cerrado del catéter. 	<p>Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reduce la transmisión de microorganismos al tracto urinario. 2. Minimiza el riesgo de infección en el sitio de inserción. 3. Previene el reflujo de orina y reduce el riesgo de infecciones. 4. Mantiene la esterilidad del sistema cerrado. 	<p>NOC: 0503 Eliminación urinaria</p> <p>Indicadores:</p> <p>040305: Ausencia de signos de irritación en el tracto urinario (frecuentemente comprometido 4).</p> <p>040311: Evacuación urinaria sin obstrucción (no comprometido 5).</p> <p>NOC: 1867 Conocimiento: Procedimientos Terapéuticos</p> <p>Indicadores:</p> <p>181308: Reconocimiento de la</p>

181308: Reconocimiento de la técnica adecuada para el manejo del catéter urinario (moderadamente comprometido 3).

181312: Identificación de signos y síntomas de complicaciones urinarias (moderadamente comprometido 3).

5. Inspeccionar diariamente el área del catéter para detectar signos de irritación o infección.

**NIC: 5602 Enseñanza:
Procedimiento/Técnica**

Actividades:

1. Instruir a la persona y/o cuidador sobre la eficacia de mantener la higiene del catéter.
2. Demostrar la técnica correcta para vaciar y manejar la bolsa colectora.
3. Proporcionar información sobre los signos de complicaciones como infección o bloqueo.
4. Entregar material educativo ilustrado sobre el cuidado del catéter.
5. Fomentar preguntas para aclarar dudas y reforzar la comprensión.

5. Permite la detección temprana de complicaciones locales de el manejo del catéter urinario (frecuentemente demostrado 4)

Preparación de paciente para que comprenda y se prepare

1. Garantiza el mantenimiento de un entorno libre de microorganismos.
2. Fomenta un aprendizaje práctico y eficaz.
3. Facilita la detección precoz y la búsqueda de atención médica oportuna.
4. Refuerza la información de forma visual y accesible.
5. Promueve la participación activa y la adherencia a las recomendaciones.

181312: Identificación de signos y síntomas de complicaciones urinarias (siempre demostrado 5).

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Figura 5.

Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	no se ejecuto	En proceso
<p>Dominio: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Código: 00250</p> <p>Riesgo de lesión en el tracto urinario factor riesgo Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario.</p>	<p>NOC: 0503 Eliminación urinaria</p> <p>Indicadores:</p> <p>040305: Ausencia de signos de irritación en el tracto urinario (moderadme comprometido 3).</p> <p>040311: Evacuación urinaria sin obstrucción (moderadme comprometido 3).</p> <p>NOC: 1867 Conocimiento: Procedimientos Terapéuticos</p> <p>Indicadores:</p> <p>181308: Reconocimiento de la técnica adecuada para el manejo del catéter urinario (moderadme comprometido 3).</p> <p>181312: Identificación de signos y síntomas de complicaciones</p>	<p>NIC: 0600 Cuidado del Catéter Urinario</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar las manos antes y después de manipular el catéter. 2. Limpiar el sitio de inserción del catéter con solución antiséptica según protocolo. 3. Sostener la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga. 4. Evitar desconexiones innecesarias del sistema cerrado del catéter. 5. Inspeccionar diariamente el área del catéter para detectar signos de irritación o infección. <p>NIC: 5602 Enseñanza: Procedimiento/Técnica</p> <p>Actividades:</p>	85%	15%	

urinarias
comprometido 3).

(moderadamente)

1. Instruir al paciente y/o cuidador sobre la importancia de mantener la higiene del catéter.
 2. Demostrar la técnica correcta para vaciar y manejar la bolsa colectora.
 3. Proporcionar información sobre los signos de complicaciones como infección o bloqueo.
 4. Entregar material educativo ilustrado sobre el cuidado del catéter.
 5. Fomentar preguntas para aclarar dudas y reforzar la comprensión.
-

Fuente: Datos obtenidos de las realizaciones de las intervenciones realizadas.

Respecto a la figura, del diagnóstico riesgo de lesión del tracto urinario, se puede señalar que el 85% de las intervenciones se cumplieron de manera oportuna, en cambio el 15% están en proceso de cumplimiento ya que se busca aumentar el conocimiento del paciente con respecto al cuidado del catéter urinario.

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1. Discusión

El actual investigación de caso clínico aplicado a una fémina de 52 años de sometida a una histerectomía abdominal total, El objetivo es implementar intervenciones de enfermería orientadas al bienestar integral del paciente, asegurando la aplicación adecuada de las acciones propias del profesional de enfermería. Los porcentajes reflejan los resultados y metas previstas al llevar a cabo estas intervenciones para favorecer la recuperación del paciente.

Conforme al contexto de los análisis de referencia obtenidas en el primer diagnóstico de enfermería: Dolor agudo; en relación a la figura, se puede determinar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas, en tanto que el 10% están en proceso, en efecto se obtuvieron buenos resultados en la mejoría de la persona. Según la definición de la NANDA: es una práctica sensitiva y sensible incómoda afiliada con afección holístico real o potencial, caracterizada en términos de referido trastorno; es un dolor inicial que se da desde lo más ligero hasta lo más arduo con un tiempo de menor de 90 días (21).

De tal forma en los estudios de datos logrados en el segundo diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física; en relación a la figura, se puede determinar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas, en tanto que el 10% están en proceso, debido a que la complejidad de la herida quirúrgica. Al respecto la taxonomía NANDA explica: En la definición del déficit en la movilidad física, se considera la limitación de movimientos independientes y voluntarios del organismo de uno o dos miembros .Este diagnóstico incluye tanto la disminución de la capacidad de realizar actividades motoras como las dificultades para trasladarse de manera segura y efectiva (21).

Asimismo, en los estudios de datos alcanzados en el tercer diagnóstico de enfermería: Insomnio; Respecto a la figura, se puede señalar que el 80% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en tanto que el 20% están en proceso, ya que, el paciente aun presenta dificultad leve para conciliar el sueño. Conforme a la definición de la NANDA: es la alteración de la proporción y cualidad del siesta que daña la actividad del cuerpo (21).

Por otra parte, en las observaciones de adquiridos en el cuarto Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica; se puede señalar que el 95% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en comparación con el 5% que aún se encuentran en proceso de cumplimiento, lo cual se debe a que el paciente se encuentra expuesto a agentes infecciosos dentro del hospital. Según la definición de la NANDA, el riesgo de infección se refiere a la posibilidad de ser invadido por microorganismos patógenos que pueden comprometer la salud del individuo (21).

Finalmente, en los estudios de datos conseguidos en el quinto diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión en el tracto urinario se puede señalar que el 85% de las intervenciones se cumplieron de manera oportuna, en cambio el 15% están en proceso de cumplimiento ya que se busca aumentar el conocimiento del paciente con respecto al cuidado del catéter urinario. Según la definición de la NANDA, el diagnóstico de riesgo de lesión en el tracto urinario se refiere a la probabilidad de daño estructural o funcional en cualquier parte del sistema urinario que pueda comprometer la salud del individuo (21).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En referencia al análisis sobre la utilización del Proceso de Atención de Enfermería, se puede concluir con los dos diagnósticos:

- En relación a la figura, se puede indicar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas, en tanto que el 10% están en proceso, en efecto se obtuvieron buenos resultados en la mejoría del paciente.
- De la misma forma, se puede determinar que el 90% de las intervenciones fueron realizadas, en tanto que el 10% están en proceso, debido a que la complejidad de la herida quirúrgica.
- Además, se puede señalar que el 80% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en tanto que el 20% están en proceso, ya que, el paciente aun presenta dificultad leve para conciliar el sueño.
- También, se puede mencionar que el 95% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, en comparación con el 5% que aún se encuentran en proceso de cumplimiento, lo cual se debe a que el paciente se encuentra expuesto a agentes infecciosos dentro del hospital.
- Finalmente, se puede destacar que el 85% de las intervenciones se cumplieron de manera oportuna, en cambio el 15% están en proceso de cumplimiento ya que se busca aumentar el conocimiento del paciente con respecto al cuidado del catéter urinario.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda mantener las intervenciones implementadas y reforzar las medidas de seguimiento para asegurar que el 10% de los procedimientos en proceso sean completados, consolidando la mejora del estado del paciente.
- Asimismo, se sugiere optimizar las estrategias de cuidado y monitoreo de la herida quirúrgica, para acelerar el progreso de las intervenciones que aún

están en proceso y reducir posibles complicaciones derivadas de la complejidad del caso.

- De la misma forma, se recomienda implementar técnicas adicionales de apoyo al sueño, como terapias no farmacológicas o intervenciones educativas, para facilitar que el paciente supere la dificultad leve al dormir, logrando completar el 20% restante de las intervenciones pendientes.
- También, se sugiere intensificar las dimensiones de previsión de contaminación, a manera del uso oportuno de equipamiento de atención y protocolos de higiene, para mitigar la exposición del paciente a agentes infecciosos y garantizar la conclusión del 5% de las intervenciones pendientes.
- Por otro lado, se recomienda fortalecer las actividades educativas dirigidas al paciente, con un enfoque en la importancia del cuidado del catéter urinario, para garantizar el cumplimiento del 15% de las intervenciones en proceso y mejorar su conocimiento sobre el manejo adecuado de este dispositivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanid R, Mex M. Histerectomía obstétrica , último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica Obstetric hysterectomy , the ultimate resource to manage obstetric hemorrhage. Rev. Sanid. Mil. Mex. 2016; 1(5): 70, 63-71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000200109
2. García M, Sánche A, Pérez C. Implementación de un protocolo de cuidados de enfermería en pacientes postoperadas de histerectomía abdominal total. Rev Enferm Quirúrgica. 2021;35(2):123-130. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1659>
3. Yamamoto H, Suzuki K, Tanaka M. Satisfacción de las pacientes con los cuidados de enfermería postoperatorios tras histerectomía abdominal total. Asian Nurs Res. 2023;17(1):78-84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-papel-vitaminas-b-tiamina-piridoxina-S1138359321000654>
4. Lee W, Tan J. Impacto del cuidado de enfermería estandarizado en la recuperación postoperatoria de histerectomía abdominal total. Singapore Nursing Journal. 2022;15(4):88-95. Disponible en: <https://singaporenursingjournal.com/postoperative-nursing-care-hysterectomy>
5. Martínez M, López A, Hernández E. Impacto de la educación preoperatoria en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2021;29(3):165-172. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/Bww9WxZH9qXjPczggLssMKj/?lang=es>
6. González C, Muñoz D, Fernández V. Satisfacción de las pacientes con los cuidados de enfermería postoperatorios tras histerectomía abdominal total. Rev Chil Enferm. 2022;36(2):89-95. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/668833?locale-attribute=es>
7. Ramírez L, Ortiz J, Cáceres P. Implementación de un protocolo de cuidados de enfermería en el postoperatorio de histerectomía abdominal

- total. Rev Enferm Paraguay. 2023;28(1):45-52. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e500fecd-8dd8-4c8a-9e26-cfb025fb4189/content>
8. Chipana E. Proceso de atención de enfermería en una paciente postoperada de histerectomía abdominal total por miomatosis uterina [Internet]. [Bolivia]: Universidad Mayor de San Andres; 2022 [citado 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/30347/TE-2043.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 9. Rodríguez M. Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes postoperadas de histerectomía abdominal total [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6778>
 10. Salazar F. Guía de intervención para pacientes postoperadas inmediatas de histerectomía abdominal: aplicación del proceso de atención de enfermería [tesis académica]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2022. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UIGV_723200daff9f0d16ef69ae9853f630b2
 11. Lana. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería. 2022;2(3):195-208. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce>
 12. Manríquez G, Naser N, Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas: Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2013; 78(5): 432-435. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260872555_Complicaciones_int-raoperatorias_de_la_histerectomia_vaginal_por_causas_benignas_Exper-iencia_de_seis_anos_Hospital_Clinico_de_la_Universidad_de_Chile
 13. Márquez D, Barrabí D. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. Hosp. Univ. "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba, 2018; 18(12): 1-

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200005

14. Mariño T. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. *Horiz. Med. (Barcelona)*. 2011; 12(11): 70-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637122003>
15. Valentina U, Díaz, A. Depresión y ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2019; 18(4): 84, 245-256. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000300245&script=sci_abstract
16. Batista A, Errigo M, Gabapentina preoperatoria como adyuvante en el manejo del dolor agudo postoperatorio en histerectomía abdominal. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2022; 15(22): 200-204. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000748680/3/0748680.pdf>
17. Villagra V. Original Análisis de causas de reingreso en pacientes histerectomizadas (Causal analysis for reentry of patients with hysterectomy). *Col. Médicos y Cir. Costa Rica*, 2026(6): 58, 27-31. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022016000100027&script=sci_abstract&tlng=es
18. Calle G. Histerectomía laparoscópica total: manejo ambulatorio. *Experiencia Clínica del Prado, Medellín, Colombia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2011(76): 395-399. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000600004&script=sci_abstract
19. Orem E. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. Disponible en: <https://www.elsevier.com/>
20. Levine E. *The Conservation Principles of Nursing: A Model for Health*. Philadelphia: F.A. Davis; 1973. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431849600900110>

21. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2023-2025. 12.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2023. Disponible en: <https://nanda.org/publications-resources/publications/nanda-international-nursing-diagnoses/>
22. Guerrero R, Meneses E, De La Cruz M. Cuidado Humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del hospital Daniel Alcides Carrión. Rev Enfermería Hered [Internet]. 2016 [citado 18 de septiembre de 2024];9(2):133-42. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
23. Mendoza J. Conocimiento enfermero sobre prevención de lesiones por presión en pacientes oncológicos en un instituto especializado de Lima, 2021 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2023. Disponible en: <papers2://publication/uuid/45D7E632-B571-4218-9E47-8B4457FEA9D3>
24. Gamboa N. Calidad de cuidado enfermero relacionado con satisfacción del paciente post operado mediato, servicio de cirugía, Hospital María Auxiliadora" [Internet]. Universidad Interamericana; 2014. Disponible en: http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/99/TESIS_FINAL_CHAMBI_R.pdf?sequence=3&isAllowed=y
25. NANDA International. Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023. NANDA-I; 2021. [Internet]. Disponible en: <https://nanda.org/2021/02/nanda-i-definitions-classification-2021-2023-now-available-english/>
26. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology: Pain. International Association for the Study of Pain; 2022 [citado 19 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
27. Keilman J. Chronic pain and mobility issues in older adults. J Gerontol Nurs. 2020 [citado 19 de noviembre de 2024];46(6):23-31. Disponible en: <https://www.healio.com/nursing/journals/jgn>
28. Moseley L. Reconceptualising pain according to modern pain science.

- Phys Ther Rev. 2020 [citado 19 de noviembre de 2024];25(1):36-48. Disponible en: <https://www.ptalabama.org/wp-content/uploads/2020/02/ONeil-Pain-Science.pdf>
29. Gaona C, Contento E. Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. marzo de 2018;3(1, Mar):38-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538730>
30. Grimaldo M, Bossio MAR. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Revista Latinoamericana de Psicología [revista en Internet] 2015 [acceso 02 de enero de 2020]; 47(1): 50-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415300066>
31. Grimaldo M, Reyes A. Revista Latinoamericana de Psicología Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 2015;47(1):50-7. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120053415300066?token=49F4D303FE8BA2B21D23950777D9D09E8087F203565B2CF5173AAD7CF4E4E786A9AC76C7FDE985D0E0B8C19CE808A49&originRegion=us-east-1&originCreation=20220404022319>
32. Hooton M, Bradley F, Cardenas D, Colgan R, Geerlings E, Rice C, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of A. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20175247/>
33. Vasudevan R. Urinary tract infection: An overview of the infection and the associated risk factors. J Microbiol Exp. 2014;1(2):42-54. Disponible en: <https://medcraveonline.com/JMEN/urinary-tract-infection-an-overview-of-the-infection-and-the-associated-risk-factors.html>
34. Saint S, Fowler E, Krein L. The role of habit in the prevention of healthcare-associated infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(4):319-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20658939/>

35. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones (PCI). Quién.int [Internet]. 2023 [citado 22 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>
36. Nwachukwu E. Prevalence of urinary tract infections in pregnant women in Onitsha, Nigeria. J Bacteriol Mycol Open Access [Internet]. 2018;6(5):284-5. Disponible en: <https://medcraveonline.com/JBMOA/JBMOA-06-00219.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria [homepage en internet]. Washington, D.C. OMS, 2020. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

ANEXOS

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: M. R. G. C. Fecha de Nacimiento: 9-06-92 Edad: 32 Dirección: Av. Los Alisos N° 316
 Fecha de ingreso al servicio: 12-10-24 Hora: 8:40 Persona de referencia: Telf: 942633652
 Procedencia: Admisión () Emergencia (X) Otro hospital () Otro ()
 Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla () Otro ()
 Peso: 75 kg Estatura: 1.86 PA: 110/80 FC: 110 FR: 18 T: 36.7
 Fuente de información: Paciente (X) Familiar () Otro ()

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

HTA () DM () Gastritis/Úlcera () Asma () TBC () Otros () Cirugías Si (X) No ()
 Especifique: Fecha: Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()
 Signos y síntomas: Otros: Dx. Médico:

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? Solicita información sobre medicación.
 ¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? Expreso deseo de recuperarse.
 Estado de enfermedad: Controlada: Si () No (X)
 Herida Quirúrgica: SE
 Estilos de vida/Hábitos
 USO DE TABACO: SI () NO (X)
 USO DE ALCOHOL: SI () NO (X)
 Cant/Frec.: Cant/Frec.:
 Comentarios:
 Consumo de medicamentos con o sin indicación:
 ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si () No ()
 Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Dific. Para deglutir: No (X) Si () Motivo:
 Náuseas (X) Pirosis () Vómitos () Cant:
 SNG: No (X) Si () Especificar:
 Abdomen: Normal () Distendido () Doloroso (X)
 Ruidos hidroaéreos: Aumentado () Disminuido () Ausente ()
 Drenaje: No () Si () Especificar:
 Hidratación piel: Seca () Turgente (X) Otro:
 Estado de piel y mucosas: normales
 Edema: No (X) Si () Tipo y localización:
 Comentarios adicionales:
 Aliment. Niño: Lactancia No (X) Motivo:
 Lactancia Si () Frecuencia: Exclusiva () Otro:
 Dentición:
 Diagnósticos nutricionales: Normal (X)
 Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()
 Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()
 Riesgos Nutricionales: Obesidad ()
 DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal (X)
 Riesgo () Retraso () en:
 Motricidad: Gruesa () Fina ()
 Lenguaje () Coordinación () Social ()
 Comentarios Adicionales:
 FACTORES DE RIESGO: Nutricional () Ceguera () Pobreza ()
 Lesión cerebral () Enfermedad mental ()
 ADULTO: NUTRICIÓN: IMC: 30.8
 Normal () Delgadez () Obesidad (X)
 DESARROLLO:
 Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
 Anorexia () Fatiga () Deshidratación () Enfermedad ()
 Dificultad para razonar ()
 Otros ()

¿Qué come frecuentemente su niño?
 Comentarios Adicionales:

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 3: ELIMINACION

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....

Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()
Comentarios Adicionales.....
Hábitos Vesicales: Frecuencia..... 2x..... Disuria ()
Retención (x) Incontinencia () Otros.....
Edema: No (x) Si () Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si () No (x) Pañal ()
Sonda () Fecha coloc..... Colector () Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios.....
Consumo de líquidos.....
Ruidos Respiratorios: Claros () Sibilancias () Estertores ()
Secreciones traqueobronquiales () Disnea () Cianosis ()
Palidez () Otro.....
Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

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

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

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE : incluye la necesidad de ayuda para entrar y salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos

	DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la bañera. Usa el baño DEPENDIENTE : incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE : Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE : incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Clasificación	
A. Independientemente en todas las actividades	
B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.	
C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional	
F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional	
G. Dependiente en las seis funciones	

Aparatos de ayuda: Ninguno (x) Muletas () Andador ()
S. de Ruedas () Bastón () otros ()

Movilidad de miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (x)

Fatiga Si (x) No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso () Irregular ()

Pulso periférico : Pedio () () () () () ()

Poplíteo () () () () () ()

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si () No (x) Localización.....

+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++ (1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal () Cianosis () Fría ()

Extremidades Inferiores: Normal () Cianosis () Fría ()

Presencia de líneas Invasivas

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular () Irregular ()

Disnea () Cianosis () Fatiga () Otro ()

Gasometría..... Comentarios Adicionales.....

Traqueostomía No () Si ().....

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... SatO₂.....

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

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

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

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

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

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

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

Especificar intensidad

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 7 : AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

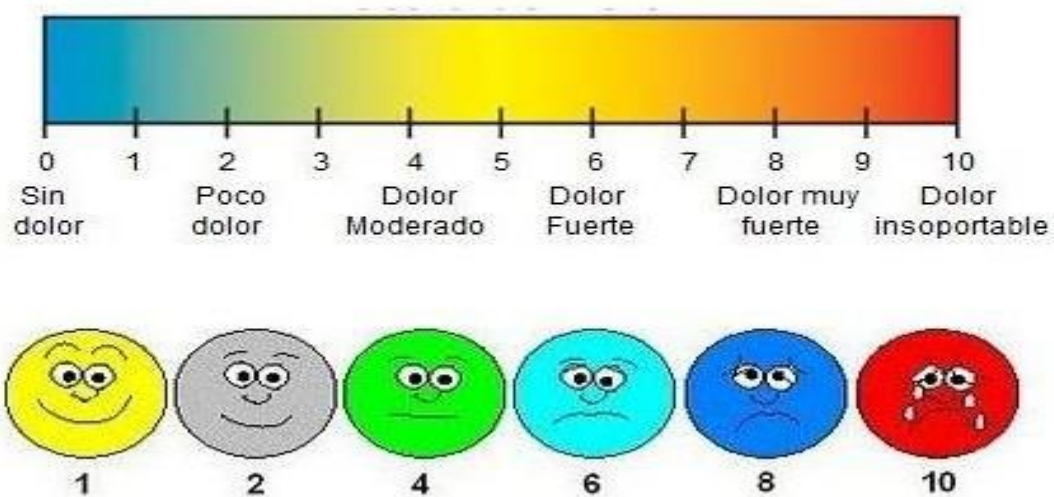
Religión..... Restricciones religiosas.....
 Solicita visita de capellán.....
 Comentarios Adicionales.....
 Dificultad para tomar decisiones en.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

Anexo B. Escala de medición

Escalas de dolor



Anexo C. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha informado sobre el trabajo académico "Proceso del cuidado enfermero", cuyo objetivo es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.

Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante... LOPEZ Condezo Luz Day... Bajo la consultoría del Mg... Quisile Tronca, José Martín... Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, está la probabilidad de que mi identidad pueda ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números para disminuir dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay pago alguno por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido:

Graciela Cardenas María del Rosario

DNI: 41509140 Fecha: 12/10/24

[Firma] Firma

Anexo D. Evidencia del trabajo de campo



ANEXO E. Informe de similitud

