



UMA
Universidad
María Auxiliadora

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PROCESO DEL CUIDADO DEL ENFERMERO APLICADO A
PACIENTE CON LEGRADO UTERINO POR ABORTO
INCOMPLETO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL
SALVADOR 2024**

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

AUTOR:

Bach. CAUSILLAS ZUÑIGA, Yulisa Carina

<https://orcid.org/0009-0005-7031-9580>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, José Merlin

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

LIMA-PERU

2024

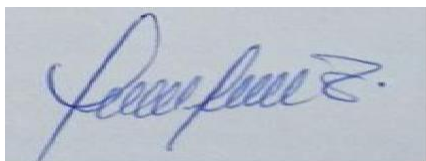
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, CAUSILLAS ZUÑIGA Yulisa Carina, con DNI 46134029 en mi condición de autora del trabajo de suficiencia presentada para optar el TITULO PROFESIONAL de Licenciada en Enfermería de título **“PROCESO DEL CUIDADO DEL ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON LEGRADO UTERINO POR ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR 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 Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud del 6% y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento aprobado por el jurado evaluador.

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

Lima, 20 de diciembre 2024.






Causillas Zuñiga Yulisa Carina
AUTOR



Mg. Quille Ticona José Merlin
ASESOR

Yulisa Carina Causillas Zuñiga

CAUSILLAS ZUÑIGA YULISA CARINA

 Quick Submit
 Quick Submit
 Universidad Maria Auxiliadora SAC

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::1:3142933340

Fecha de entrega
1 feb 2025, 1:03 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
1 feb 2025, 1:23 a.m. GMT-5

Nombre de archivo
CAUSILLAS_ZU_IGA_YULISA_CARINA-IMRD-31.01.25.docx

Tamaño de archivo
13.8 MB

50 Páginas

10,776 Palabras

65,102 Caracteres




6% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 5%  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

El presente trabajo va dirigido a mi familia quienes en todo momento me mostraron su apoyo incondicional en todo mi proceso de estudios universitarios, fueron ellos mi soporte y luz cuando más los necesitaba.

Agradecimientos

A mis docentes quienes me enseñaron a ser una excelente profesional y mejor persona, siendo mi guía durante toda mi formación en el arte del cuidado. Su constante dedicación en la enseñanza sirvió de motivación para transformar mi vocación y llenarlo de conocimientos dando como fruto el presente logro.

Índice General

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Marco teórico	9
1.2. Caso clínico	14
1.3. Valoración de enfermería	15
1.4. Priorización de diagnósticos de enfermería	17
II. MATERIALES Y METODOS	19
2.1. Diseño de investigación	19
2.2. Población	19
2.3. Procedimiento para recolección de datos	19
2.4. Método de análisis	20
2.5. Aspectos éticos	20
CAPITULO III: RESULTADOS	22
3.1. intervenciones de enfermería	22
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	34
4.1. Discusión	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1. conclusiones	36
5.2. recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	44
Anexo A. formato de valoración de Marjory Gordon	44
Anexo B. Escala de Medición	47
Anexo C. consentimiento informado	48
Anexo D. evidencia de campo	50

Índice de tablas

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.	22
Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg	25
Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado con malnutricion evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.	28
Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia	30
Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto	32

Índice de Figuras

Figura 1: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.	24
Figura 2: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg	27
Figura 3: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado con malnutricion evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.	29
Figura 4: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia	31
Figura 5: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto	33

Resumen

Objetivo: Planificar un proceso del cuidado del enfermero aplicado a paciente con legrado uterino por aborto incompleto en el Hospital De Emergencias de Villa El Salvador 2024.

Materiales y métodos: investigación de enfoque cuantitativo, enfoque no experimental, corte transversal y nivel descriptivo. La población fue una paciente de sexo femenino a quien se le practicó un legrado uterino por presentar restos uterinos de un anterior aspirado manual endouterino. Las técnicas usadas fueron la escala análoga del dolor y la entrevista con la paciente, mientras que, el instrumento fue la herramienta de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Resultados: de acuerdo a la priorización de diagnósticos, se obtuvo un 70% de efectividad en la primera intervención de enfermería, mientras que un 30% se encuentra en proceso de ejecución. Estos resultados fueron obtenidos en el servicio de hospitalización post intervención quirúrgica.

Conclusiones: los resultados obtenidos son debido a la condición post quirúrgica de la paciente ya que el dolor post operatorio, es un síntoma presente aún después del alta médica.

Palabras clave: Legrado; Atención de Enfermería; Dolor Postoperatorio; Aborto Incompleto; Hemorragia Uterina. DeCS/MeSH

Abstract

Objective: To plan a nursing care process applied to a patient with uterine curettage due to incomplete abortion at the Villa El Salvador Emergency Hospital 2024.

Materials and methods: quantitative research, non-experimental approach, cross-sectional and descriptive level. The population was a female patient who underwent uterine curettage due to uterine remains from a previous manual endouterine aspiration. The techniques used were the analog pain scale and the interview with the patient, while the instrument was the assessment tool of the 11 functional patterns of Marjory Gordon.

Results: according to the prioritization of diagnoses, 70% effectiveness was obtained in the first nursing intervention, while 30% is in the process of execution. These results were obtained in the post-surgical hospitalization service.

Conclusions: the results obtained are due to the post-surgical condition of the patient, since postoperative pain is a symptom present even after medical discharge.

Keywords: Curetting; Nursing Care; Postoperative Pain; Incomplete Abortion; Uterine Hemorrhage. DeCS/MeSH

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

El legrado es un procedimiento invasivo que consiste en la evacuación del contenido uterino producto del embarazo de forma instrumental, por lo que su aplicación debe ser cuando peligre la vida de la madre ya que el procedimiento puede conllevar riesgos considerables (1). De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el 2021 a nivel mundial se realizaron más de 73 millones de abortos en el mundo, de los cuales el 45% se realizan en condiciones no adecuadas que conllevan secuelas que ponen en peligro la vida de la madre (2). Según las Naciones Unidas en el año 2022 a nivel mundial se registraron más de 120 millones de embarazos, los cuales la mitad no son deseados, de los cuales el 60% terminan en abortos, de esta cifra el 13% acaba en muertes de la progenitora debido a complicaciones asociados generalmente a malas condiciones en el procedimiento debido a la clandestinidad (3). En España, en el año 2023 se realizaron más de 100 mil interrupciones de embarazo, los cuales fueron notificados por los centros autorizados por el gobierno, esto supone una incidencia de 12.22 abortos por cada 1000 mujeres, sin embargo, poco más del 20% de estas interrupciones presentaron complicaciones post interrupción (4).

En Estados Unidos, Organizaciones como Amnistía Internacional indica que en el 2023 la tasa de abortos es de 39 casos por cada 1000 mujeres con una incidencia de 30 muertes por cada 100 mil abortos ya sean legales o no (5). En América Latina y El Caribe organizaciones no gubernamentales señalan que durante el 2021 el 19.5% del total de abortos son peligrosos acabando con una mortalidad de 12%, lo que se considera alto, atribuyéndose esta mortalidad a una legislación difusa acerca de este tema (6). Según el Instituto Nacional de Salud en Colombia, durante el 2022 se registraron 433 casos fatales de abortos, sin embargo, se cree que la cifra puede ser mucho mayor ya que no se sabe a ciencia cierta debido a los abortos clandestinos (7).

En el Perú, a pesar de que existe legislación que autoriza el aborto en casos excepcionales, se estima que en el 2023 más de 350 mil mujeres interrumpieron su embarazo, es decir, alrededor de 1000 abortos diarios, siendo en su mayoría ilegales, por lo que los procedimientos, instrumentación e insumos no son los adecuados, lo que aumenta la probabilidad de que se presenten complicaciones (8). Según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en el 2023 el 15.3% de

las mujeres encuestadas tuvieron un aborto alguna vez en su vida adulta, siendo las complicaciones prenatales la principal causa (9). De acuerdo al Análisis de Situación de Salud del Hospital de Emergencia de Villa el Salvador, en el 2018 existieron 214 casos de embarazo que terminaron en Aspiración Manual Endouterino, convirtiéndose en la octava causa de hospitalización en mujeres, del mismo modo, afecciones no específicas dentro de las atenciones post parto, legrado incluido, figura como primera causa de morbilidad en hospitalización en el mismo año, especialmente en adolescentes de 14 a 17 años donde este tipo de atención abarca más del 40% de las atenciones en este grupo etario (10).

Se considera el legrado uterino a una intervención quirúrgica que consiste en el raspado de las paredes del útero a través del cérvix usando una cureta de metal, este procedimiento debe realizarse en situación de anestesia, siendo el tipo de anestesia elegido por el anestesiólogo de turno en base al estado de salud de la paciente (11).

Este procedimiento no debe confundirse con la Aspiración Manual Endouterina o también llamado legrado uterino instrumental, el cual consiste en retirar el contenido del útero usando una cánula, procedimiento que también debe hacerse en estado de anestesia. La diferencia entre ambos procedimientos es que el primero tiene un riesgo de vida maternal, costo, estancia hospitalaria y riesgo de infertilidad más altos que el segundo (12).

Otra diferencia importante es que en la aspiración manual endouterina la dilatación cervical es mínima, esto puede entenderse en un menor sufrimiento maternal, del mismo modo, el uso del instrumento es menos agresivo ya que en la aspiración manual endouterina se usa una cánula de plástico mientras que en el legrado usan cureta metálica, que puede dañar a la paciente si no se tiene la experiencia o destreza necesaria (13).

Es por ello que la aspiración manual endouterina es la primera elección médica al momento de interrumpir el embarazo, mientras que el legrado es la opción de emergencia o cuando quedan residuos post aspiración manual endouterina, donde la opción farmacológica no es viable o cuando se trata de una situación de emergencia (14).

Dentro de las complicaciones post aspiración manual endouterina existen: el aborto incompleto, aborto fallido, hemorragia, infección y perforación uterina; estas complicaciones son infrecuentes y por lo general solo requieren tratamiento

antibiótico; pero en caso de agudización de síntomas es necesario intervención quirúrgica como el legrado o laparotomía cuando afecta otros órganos (15).

Para no realizar el legrado uterino, se debe considerar: embarazo viable deseado, pasar el primer trimestre de embarazo, tener una infección cervicouterina que puede dar inicio a una infección ascendente (16).

Para la realización del legrado uterino se debe preparar a la paciente, por lo que se debe realizar ensanchamiento cervical, por lo general se usa misoprostol, aunque se debe la posología depende de la condición de la paciente. También se debe usar antibióticos de forma profiláctica para evitar infecciones, por último, el uso de anestesia también es según estado de paciente, por lo general se usa paracervical o locorregional en casos raros se usa combinados (17).

Dentro de la instrumentación quirúrgica se destacan los dilatadores de punta roma o Hegar, los cónicos son usados para el canal cervical, aunque también se puede usar una sonda de conducto lacrimal. La legra son instrumentos con cierto grado de filo, de ahí el riesgo de perforación uterina y son usados en el raspado; la cánula de aspiración sirve para retirar el contenido uterino, es de uso rápido lo cual reduce el sangrado, se encuentran conectada a un sistema de vacío externo que puede ser manual o eléctrico (18).

Los cuidados de enfermería se centran en la minimización de los síntomas en casos de legrado como hidratación o en el peor de los casos, disponer de transfusiones en casos de hemorragia; identificación de estado de riesgo y complicaciones, en especial manejo de las infecciones y la reducción del dolor. Desde el punto de vista emocional, brindar apoyo a sentimientos de culpa o vergüenza son cruciales para la colaboración de la paciente y posterior recuperación, del mismo modo ayudar a sobrellevar la tristeza es crucial (19).

Una paciente que se encuentra en recuperación de una cirugía no es autosuficiente, desde este escenario la teoría de enfermería que mejor se adapta al caso clínico es la teoría de las 14 necesidades básicas humanas de Virginia Henderson, quien indica que la persona no alcanza el bienestar pleno si alguna de las necesidades que postula no se encuentran satisfechas (20).

Esto genera una sensación de pérdida de autonomía por lo que el profesional de enfermería suplir estas deficiencias ya sea sustituyendo o cooperando con el paciente, es por ello que cuidado humanizado y la empatía juegan un rol fundamental dentro de los cuidados de enfermería (21).

Entonces se desprende que la identificación y estudio de estas necesidades son el eje central de la atención de enfermería, por lo que las necesidades son relacionables entre sí, sumando los aspectos biológicos, espirituales y emocionales del paciente, dando como resultado una atención de calidad (22).

Las necesidades se basan en la escala de necesidades de Maslow: respirar de forma adecuada, comer y beber, eliminar los desechos corporales, , moverse y mantenerse en posturas deseables, dormir y descansar, vestir y desvestirse, mantener una temperatura corporal adecuada, mantener el aseo, evitar peligros del entorno, expresar las emociones, rendir culto según se fe, trabajar para sentirse realizados y participar en actividades de recreación y por último satisfacer la curiosidad; son las necesidades vitales (23).

Dolor agudo

De acuerdo a la definición NANDA: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor a tres meses (24). Según el manual sobre el manejo del dolor, indica que el dolor agudo postoperatorio, es una condición sensorial desagradable producto de las intervenciones quirúrgicas donde hay movimiento médico de las estructuras internas del organismo, también se asocia a la enfermedad preexistente que motiva la intervención o una combinación de ambas (25). Es por ello que su abordaje debe ser multidisciplinario, en especial en las primeras 24 horas después de la intervención porque es donde puede alcanzar su pico máximo de EVA, de esta forma la reducción del dolor post operatorio es un indicador de calidad tanto de la intervención como de la recuperación post quirúrgica (26).

Hipotermia

Siguiendo el concepto NANDA: temperatura corporal central por debajo del rango diurno normal en individuos >28 días de vida (24). La temperatura corporal es el resultado del balance entre la producción de calor y la eliminación del mismo; sin embargo, en el caso de una cirugía mayor este balance es inadecuado por los mecanismos de pérdida de calor comprometidos (27). Los mecanismos comprometidos son: producción de calor inadecuado, aislamiento limitado, respuesta vasomotora insuficiente, respuesta sudomotora insuficiente, tono motor y actividad disminuida; esta da como consecuencia una tasa metabólica insuficiente

en el paciente, lo que lo predispone a hipotermia e hipotensión, ya que también se encuentra la capacidad hemodinámica comprometida, por los mismos mecanismos y el efecto anestésico (28).

Protección ineficaz

De acuerdo a la definición brindada por NANDA: disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones (24). La anemia por sangrado pre y quirúrgico es un factor de riesgo para el desarrollo de anemia lo que conlleva una depresión de la respuesta inmune predisponiendo al paciente a adquirir una infección intrahospitalaria (29). Es por ello que se realiza transfusiones sanguíneas si está previsto una pérdida sanguínea quirúrgica superior a 1000cc, además de la reposición de líquidos intravenosos; en el post, se debe tener hemogramas de control en espacios no menor a las 24h después de la cirugía para mayor precisión (30).

Riesgo de shock

Según NANDA: susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer la salud (24). El shock se define como la incapacidad del organismo de proveer sangre oxigenada a los tejidos para satisfacer las necesidades metabólicas, se considera mortal cuando no es atendido a tiempo, es por ello que los pacientes en el post operatorio deben estar monitorizados constantemente (31). Esta disfunción de hipoperfusión tisular puede ser originado por síntomas que no son atendidos a tiempo, de ello la etiología: hipovolémico, cardiogénico, obstructivo, de barrera o distributivo; en el caso del shock post quirúrgico las hemorragias pueden conducir a la hipovolemia (32).

Riesgo de infección

De acuerdo con NANDA: susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud (24). Una infección postoperatoria implica la invasión y colonización de la herida quirúrgica por agentes patógenos que fueron transmitidos por superficies contaminadas o vía aérea, también se considera la invasión de bacterias simbióticas que fueron removidas durante el proceso quirúrgico (33). Este tipo de infección intrahospitalaria es un problema serio ya que pone en riesgo la vida del paciente, prolonga la estancia hospitalaria, puede dejar secuelas permanentes e implica gasto excesivo para el paciente (34).

1.2 Caso clínico

Paciente adulto joven de 39 años con iniciales H.A.J.M acude a emergencia del Hospital de Emergencia de Villa el Salvador el día 18/09/24 siendo aproximadamente 07:41 am, caminando y sola, presentando dolor abdominal y sangrado vaginal, a la entrevista paciente refiere que hace 10 días (13/09/24), en su vivienda en Huánuco sufrió una caída cuando se encontraba en la sexta semana de embarazo (+/-1 semana) realizando sus actividades domésticas, acudiendo a una clínica local, donde se le practica una Aspiración Manual Endouterina, con la indicación de descanso absoluto por tres días; sin embargo, el 15/09/24 viaja a la ciudad de Lima de visita a un familiar (hermana), fecha donde inician dolor abdominal y sangrado vaginal de forma leve, aumentado en intensidad el dolor abdominal hasta la fecha de ingreso al servicio de emergencia del Emergencia de Villa el Salvador.

Paciente ingresa al servicio de emergencia alrededor de las 07:41 am, a la evaluación médica evidencian evacuación incompleta del producto por Aspiración Manual Endouterina, se canaliza una vía periférica permeable en miembro superior izquierdo para la administración de ketoprofeno 100mg una sola dosis (STAT) y se realiza una Ecografía Pélvica donde evidencia restos de producto uterino sin extraer, al realizar exámenes de laboratorio se obtiene como resultado la hemoglobina 9.8 gr/dl, se cursa interconsulta de emergencia con el Servicio de Ginecología quedándose en emergencia por alrededor de 2 horas, donde deciden intervención quirúrgica de emergencia, se cursan riesgos quirúrgicos para Sala de Operaciones, al realizar el Legrado Uterino se evidenció, Útero fibromuscular, sin evidencia de infiltrado, solución de continuidad de a nivel cuerno uterino derecho +/- 1CM no incidencia de sangrado activo con fibrina, se libera fibrina, se coloca punto hemostático de refuerzo con CC 1 no incidencia de sangrado solo secreción. Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente pasa a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), a las tres horas de estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) paciente es transferida a hospitalización del Servicio de Ginecología con evolución favorable a horas 12:22 pm, con ventilación adecuada e indicaciones médicas post quirúrgicas. Presenta vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, con pérdida sanguínea de aproximadamente de 500cc, se encuentra desorientada en tiempo y espacio, movimiento de miembros inferiores, fascias y quejidos de dolor en zona pélvica sin poder hacer medición por

escala, intenta tocarse la zona vaginal. Paciente con malestar general, letárgico, piel fría al tacto, temblorosa en manos y pies con sensación de frío, vocalización espontánea entrecortada expresando dolor vaginal, tono muscular débil. También evidencia signos de ansiedad ante resultados de cirugía como sudoración en manos, llanto leve y gemidos débiles al mínimo movimiento. Funciones vitales: P/A 80/40 mmHg, FC: 125 X', So2: 97%, T°35.6, FR: 20x'

1.3. Valoración de Enfermería

Patrón 6: cognitivo perceptivo

Datos Significativos	Dominio / Clase
Dato Subjetivo: vocalización espontánea entrecortada expresando dolor vaginal del paciente	Dominio 12: confort Clase 1: confort físico
Datos Objetivos: Dolor en zona pélvica, quejidos	
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón 4: actividad/ejercicio

Datos Significativos	Dominio / Clase
Dato Subjetivo: paciente refiere sensación de frío	Dominio 11: seguridad/protección Clase 6: termorregulación
Dato Objetivo: P/A 80/40 mmHg/ T°35.6, Piel fría al tacto, temblores	
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón 2: nutricional metabólico

Datos Significativos	Dominio / Clase
Dato Subjetivo: no refiere	Dominio 1: promoción de la salud Clase 2: gestión de la salud
Dato Objetivo: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil, letargia	
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón 2: nutricional metabólico

Datos Significativos	Dominio / Clase
Dato Subjetivo: no refiere	Dominio 2: nutrición Clase 5: hidratación
Dato Objetivo: Perdida sanguínea en cirugía. 500cc, Mucosas poco hidratadas, sangrado vaginal	

Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 2: nutricional/metabólico

Datos Significativos	Dominio / Clase
Dato Subjetivo: Paciente no refiere	Dominio 11: seguridad protección Clase 1: infección
Dato Objetivo: Procedimiento invasivo: vía periférica, legrado	

Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Primer diagnostico

Etiqueta diagnostica: dolor agudo

Características definitorias: expresión facial de dolor

Factores relacionados: lesión por agente físico

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.

Segundo diagnostico

Etiqueta diagnostica: hipotermia

Características definitorias: piel fría al tacto, estremecimiento

Factores relacionados: traumatismo

Enunciado diagnóstico: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg

Tercer diagnostico

Etiqueta diagnostica: protección ineficaz

Características definitorias: nivel bajo de hemoglobina

Factores relacionados: autogestión ineficaz de la salud

Enunciado diagnóstico: protección ineficaz relacionado con autogestion ineficaz de la salud evidenciado por nivel bajo de hemoglobina serica: hemoglobina: 9.8 gr/dl.

Cuarto diagnostico

Etiqueta diagnostica: riesgo de shock

Factores de riesgo: sangrado, hipotermia

Enunciado diagnóstico: riesgo de shock factor de riesgo sangrado, letargia

Quinto diagnostico

Etiqueta diagnostica: riesgo de infección de la herida quirúrgica

Factores de riesgo: procedimiento invasivo.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección factor de riesgo procedimiento invasivo: legrado uterino por aborto incompleto.

1.4. Priorización de diagnosticos de Enfermería

1. Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.
2. Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg
3. Protección ineficaz relacionado con malnutricion evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.
4. Riesgo de shock factor de riesgo hipotermia, letargia
5. Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto

CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental y corte transversal. Es de enfoque cuantitativo por que hace uso de herramientas estadísticas para llegar al resultado, es de nivel descriptivo por que enumera las características de la variable, es de diseño no experimental ya que la variable no se altera en la investigación y es de corte transversal porque la recolección de datos se realizar en un sitio y momento específicos (35).

2.2. Población

La población de estudio está conformada por 1 paciente femenina adulta de 39 años por aborto incompleto producto de aspiración manual endouterina que fue atendida en el área de hospitalización del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador-Lima.

2.3. Procedimiento para recolección de datos

2.3.1. Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

Para iniciar con la recolección de datos se pidió de forma verbal la autorización a la jefatura de enfermería del servicio de hospitalización-mujer del mencionado hospital, al finalizar, se solicitó la autorización respectiva a la paciente.

2.3.2. Aplicación de instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos, se brinda información previa de la investigación a la paciente quien de manera voluntaria y consiente realiza el llenado del consentimiento informado por lo cual se procede a la recolección de datos e intervenciones en el servicio de hospitalización mujer del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

2.3.3. Técnica e instrumento

Las técnicas que se usaron fueron la entrevista con la paciente, la escala visual análoga del dolor (EVA) y la herramienta de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos

La escala visual análoga del dolor, es una herramienta de valoración del dolor que permite una aproximación de la intensidad del dolor confiable, basándose en la escala de 1 que significa sin dolor hasta el 10 que es el nivel máximo del dolor, siendo esta herramienta una de las más usadas en este campo (36). El instrumento de valoración propuesto por Maryory Gordon se basa en la teoría de los 11 patrones funcionales donde se concentran todas las necesidades de las personas desde el

punto de vista holístico para la obtención de datos de una forma fiable; la teoría propone que la insatisfacción en alguno de estos patrones genera un desequilibrio lo que conlleva a la enfermedad, es por eso que la relación entre los patrones es dinámica (37).

2.4. Métodos de análisis

Al culminar la recolección de datos se tabulan y se usa las designaciones taxonómicas indicadas en el NANDA, NIC y NOC, según la nomenclatura estándar internacional, por lo que las intervenciones y resultados están en tablas de comparación según cada etiqueta diagnóstica.

Aspectos éticos

Con el fin de mantener un adecuado bienestar físico-mental de la paciente se dio estricto cumplimiento de los principios bioéticos como el de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; por otro lado, se realizaron coordinaciones con todo el equipo de salud para maximizar el cuidado humanizado de la paciente. por otro lado, se mantuvo en estricta reserva la identidad de la paciente a su petición.

Principio de Autonomía

Se respetó las decisiones en salud de la paciente con respecto a la investigación también se le indicó que pudo haberse retirado en cualquier momento si así lo indicaba. La firma del consentimiento informado fue realizada cuando la paciente se encontraba en el servicio de hospitalización por lo que estaba totalmente consiente.

Principio de beneficencia

La investigadora maximizó los esfuerzos para lograr un estado bienestar en la paciente por lo que los beneficios y datos resultantes de la investigación fueron de absoluto conocimiento de la paciente.

Principio de no maleficencia

La investigadora no permitió que la paciente estuviera en situación de riesgo o daño alguno, ya que se cumplieron estrictamente las precauciones universales.

Principio de justicia

La paciente no tuvo trato especial o mal intencionado en ningún momento de la investigación, se mantuvo el respeto, cordialidad y empatía en todo momento.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Intervención de Enfermería Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.

Diagnostico 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 codigo: 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.	Dominio: Salud percibida V Clase: Sintomatología V Código: 2102 Nivel del dolor 210201: Dolor referido (1 grave) 210221: Frotarse el área afectada (1 grave) 210206: expresiones faciales de Dolor (1 grave) Dominio: Salud percibida V Clase: Sintomatología V Código: 2103 Severidad de los	2210: Administración de analgésicos Mantener las normas universales de bioseguridad. Establecer las características específicas del dolor como la duración, frecuencia, intensidad, entre otros, antes de administrar los analgésicos. Asegurarse acerca de las indicaciones médicas sobre el analgésico seleccionados como dosis, frecuencias y vía de administración. Establecer posibles RAM en el paciente. Administrar analgésicos controlando la respuesta inmediata del paciente. Control periódico del efecto analgésico del medicamento. 1410: Manejo del dolor agudo Proporcionar un ambiente en silencio. Evitar interrupciones innecesarias. Determinar y eliminar las fuentes de	Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor Reducción de riesgo de transferencia de agentes patógenos. Permite adaptar las intervenciones, para maximizar efecto analgésico en el paciente. Prevención y control de posibles eventos adversos. Prevención de reacciones alérgicas en el paciente lo que agravaría su condición. Seguimiento de la respuesta inmediata del paciente, debido a su condición de vulnerabilidad post quirúrgica. Permite ajustar la dosis, frecuencia y/o cambio de analgésico para obtener una respuesta positiva en el alivio del dolor. Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión Mejora la comodidad del paciente, reduciendo la sensación dolorosa. Fomenta un periodo largo de descanso, mejorando la recuperación del paciente. 3. Cambio de ropa o uso de almohadillas mejora el confort,	Nivel del dolor INDICADORES 210201: Dolor referido (3 moderado) 210221: Frotarse el área afectada (3 moderado) 210206: Expresiones faciales de dolor (3 moderado) Severidad de los síntomas INDICADORES 210301: Severidad del síntoma (4 leve) 210302: Frecuencia del síntoma (4 leve) 210303: Persistencia del síntoma (4 leve)

síntomas	incomodidad.	disminuyendo la sensación de dolor.
210301: Severidad del síntoma (1 grave)	4. Ajustar iluminación ambiental	4. Mejorar el confort en el paciente genera una sensación de tranquilidad lo que reduce percepción del dolor.
210302: Frecuencia del síntoma (1 grave)	5. Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad.	5. Evitar presión sobre prominencias óseas o articulaciones, mejora circulación, respiración y comodidad
210303: Persistencia del síntoma (1 grave)		

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 1: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
dominio 12: Dominio: Salud percibida V Confort clase 1: Confort físico codigo: 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor.	Clase: Sintomatología V Código: 2102 Nivel del dolor 210201: Dolor referido (1 grave) 210221: Frotarse el área afectada (1 grave) 210206: Expresiones faciales de dolor (1 grave)	2210: Administración de analgésicos 1. Mantener las normas universales de bioseguridad. 2. Establecer las características específicas del dolor como la duración, frecuencia, intensidad, entre otros, antes de administrar los analgésicos. 3. Asegurarse acerca de las indicaciones médicas sobre el analgésico seleccionados como dosis, frecuencias y vía de administración. 4. Establecer posibles RAM en el paciente. 5. Administrar analgésicos controlando la respuesta inmediata del paciente. 6. Control periódico del efecto analgésico del medicamento.	70%		30%
	Clase: Sintomatología V Código: 2103 Severidad de los síntomas 210301: Severidad del síntoma (1 grave) 210302: Frecuencia del síntoma (1 grave) 210303: Persistencia del síntoma (1 grave)	1410: manejo del dolor agudo 1. Proporcionar un Ambiente en silencio. 2. Evitar interrupciones innecesarias. 3. Determinar y eliminar las fuentes de incomodidad. 4. Ajustar iluminación ambiental 5. Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad.	70%		30%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se obtuvo 70% de efectividad, mientras que un 30% se encuentra en proceso de ejecución, debido al estado postquirúrgico de la paciente.

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg

Diagnostico NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
dominio Seguridad protección clase Termorregulación codigo: 00006 Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg	11: Dominio: Salud fisiológica II y Clase: Regulación metabólica I 6: Código: 0800 Termorregulación 080011: Tiritona con el frío (2 sustancialmente comprometido) 080015: Comodidad térmica referida (2 sustancialmente comprometido) 080018: Disminución de la temperatura cutánea (1 grave) 080020: Hipotermia (1 grave) Dominio: Salud fisiológica II Clase: Regulación metabólica I Código: 0802 Signos vitales 080201: Temperatura corporal (desviación sustancial del	3800: Tratamiento de la hipotermia 1. Implementar el uso de medios físicos para generar calor: mantas tibias. 2. Establecer el calentamiento pasivo en el paciente 3. Controlar sintomatología relacionado con la hipotermia. 4. Controlar funciones vitales y coloración cutánea. 5. Reducir movimiento del paciente. 3900: Regulación de la temperatura 1. Control de hemodinamia en el paciente. 2. Mantener una temperatura ambiental adecuada. 3. Monitorizar presencia de signos de hipotermia como escalofríos. 4. Control de temperatura cada dos horas. 5. Monitorizar estado neurológico.	Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central es anormalmente baja debido a circunstancias no inducidas 1. Transferencia de calor a través de mantas precalentadas regularizan el proceso de pérdida de calor 2. Uso de otros materiales para ganancia de calor a través de la transferencia como calentadores eléctricos. 3. Prevención de anomalías como consecuencia de la hipotermia: alteración de estado neurológico. 4. Monitorización de signos vitales posiblemente alterados por la hipotermia y prevención de alteraciones dérmicas. 5. Evitar lesiones por movimientos descoordinados, posible sangrado. Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal 1. Evitar movimientos bruscos o excesivos en pacientes con temperatura corporal baja, evita complicaciones como la fibrilación ventricular. 2. La hipotermia produce alteraciones en funciones vitales, especialmente la presión arterial donde favorece una hipotensión con consecuencias graves si no es tratado a tiempo. 3. Una temperatura ambiental adecuada favorece una menor pérdida o mantenimiento del calor.	Termorregulación INDICADORES 080011: Tiritona con el frío (4 levemente comprometido) 080015: Comodidad térmica referida (4 levemente comprometido) 080018: Disminución de la temperatura cutánea (4 leve) 080020: Hipotermia (4 leve) Signos vitales INDICADORES 080201: Temperatura corporal (desviación leve del rango normal 4) 080205: Presión arterial sistólica (desviación leve del rango normal 4) 080206: Presión arterial

rango normal 2)

080205: Presión arterial
sistólica (desviación
sustancial del rango normal 2)

080206: Presión arterial
diastólica (desviación
sustancial del rango normal 2)

4. Signo de alarma de hipotermia grave. diastólica (desviación leve
5. Evaluación de eficacia de las actividades realizadas o del rango normal 2)
modificación de las mismas.
6. Control y prevención de alteraciones neurológicas producto
de la hipotermia o de la anestesia

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 2: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
dominio 11: Dominio: Salud fisiológica II Seguridad y protección clase 6: Termorregulación codigo: 00006 Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg	Clase: Regulación metabólica I Código: 0800 Termorregulación: 080011: Tiritona con el frío (2 sustancialmente comprometido) 080015: Comodidad térmica referida (2 sustancialmente comprometido) 080018: Disminución de la temperatura cutánea (1 grave) 080020: Hipotermia (1 grave) Dominio: Salud fisiológica II Clase: Regulación metabólica I Código: 0802 Signos vitales 080201: Temperatura corporal (desviación sustancial del rango normal 2) 080205: Presión arterial sistólica (desviación sustancial del rango normal 2) 080206: Presión arterial diastólica (desviación sustancial del rango normal 2)	3800: Tratamiento de la hipotermia 1. Implementar el uso de medios físicos para generar calor: mantas tibias. 2. Establecer el calentamiento pasivo en el paciente 3. Controlar sintomatología relacionado con la hipotermia. 4. Controlar funciones vitales y coloración cutánea. 5. Reducir el movimiento corporal del paciente. 3900: Regulación de la temperatura 1. Control de hemodinamia en el paciente. 2. Mantener una temperatura ambiental adecuada. 3. Monitorizar presencia de signos de hipotermia como escalofríos. 4. Control de temperatura cada dos horas.	80%		20%
			80%		20%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se obtuvo 80% de efectividad mientras que un 20% se encuentra en proceso de ejecución debido a los mecanismos de pérdida de calor que experimentó la paciente durante la cirugía además del efecto anestésico.

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.

Diagnostico NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
<p>dominio Promoción de la salud</p> <p>clase 2: Gestión de la salud</p> <p>código: 00043</p> <p>Protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.</p>	<p>1: Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta inmune H Código: 0703</p> <p>Severidad de la infección 070329: Hipotermia (1 grave) 070334: Hipersensibilidad (1 grave) 070333: Dolor (1 grave) 070311: Malestar general (1 grave)</p> <p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta terapéutica AA Código: 2303</p> <p>Recuperación posterior al procedimiento 230309: Reflejo nauseoso (desviación sustancial del rango normal 4) 230314: Mueve extremidades (desviación sustancial del rango normal 4) 230333: Sangrado (1 grave)</p>	<p>1160: Monitorización nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitorizar signos anómalos en cuero cabelludo y uñas. Control periódico de presencia de náuseas o vómitos. Monitorizar alteraciones en la defecación. Identificar anomalías en el apetito o capacidad de movimiento. Iniciar reposición de líquidos y electrolitos, según indicación médica y transfusión sanguínea de 1 unidad. <p>6550: Protección contra las infecciones</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el estado inmunológico del paciente Efectuar labores de aislamiento de acuerdo a la condición del paciente. Conseguir muestras de orina para cultivos. Fomentar un descanso adecuado. Iniciar antibioterapia según indicación médica. Control de efectos terapéuticos de antibióticos. 	<p>Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la infesta nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> Indicadores de posibles complicaciones de malnutrición: anemia. Posibles efectos secundarios de la anestesia o la patología, que afecta negativamente el estado nutricional. Posibles complicaciones debido al compromiso de la excreción por anomalías en la función urinaria. Permite conocer estado nutricional del paciente para intervención oportuna: inapetencia 24h. Recuperación de electrolitos e hidratación para reposición metabólica, elevación de hemoglobina. <p>Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo</p> <ol style="list-style-type: none"> Paciente post quirúrgico es vulnerable a infecciones intrahospitalarias. Reducción de contaminación del área para protección del paciente. Descarte de infección de tracto urinario (ITU) producto de las alteraciones por miomas. Recuperación holística del paciente, mejora progresiva. Los antibióticos eliminan agentes patógenos oportunistas que puedan provocar infecciones en pacientes con estado inmune disminuido. Control de efectos secundarios medicamentosos que puedan agravar la condición del paciente. 	<p>Severidad de la infección INDICADORES</p> <p>070329: Hipotermia (3 moderado) 070334: Hipersensibilidad (3 moderado) 070333: Dolor (4 leve) 070311: Malestar general (3 moderada)</p> <p>Recuperación posterior al procedimiento INDICADORES</p> <p>230309: Reflejo nauseoso (desviación leve del rango normal 2) 230314: Mueve extremidades (desviación leve del rango normal 2) 230333: Sangrado (4 leve)</p>

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 3: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
dominio Promoción de la salud clase 2: Gestión de la salud código: 00043 Protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil.	1: Dominio: Salud fisiológica II Clase: respuesta inmune H Código: 0703 Severidad de la infección 070329: Hipotermia (1 grave) 070334: Hipersensibilidad (1 grave) 070333: Dolor (1 grave) 070311: Malestar general (1 grave)	1160: Monitorización nutricional 1. Monitorizar signos anómalos en cuero cabelludo y uñas. 2. Control periódico de presencia de nauseas o vómitos. 3. Monitorizar alteraciones en la defecación. 4. Identificar anomalías en el apetito o capacidad de movimiento. 5. Iniciar reposición de líquidos y electrolitos, según indicación médica y transfusión sanguínea 1 unid.	90%		10%
	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta terapéutica AA Código: 2303 Recuperación posterior al procedimiento 230309: Reflejo nauseoso (desviación sustancial del rango normal 4) 230314: Mueve extremidades (desviación sustancial del rango normal 4) 230333: Sangrado (1 grave)	6550: Protección contra las infecciones 1. Determinar el estado inmunológico del paciente 2. Efectuar labores de aislamiento de acuerdo a la condición del paciente. 3. Conseguir muestras de orina para cultivos. 4. Fomentar un descanso adecuado. 5. Iniciar antibioterapia según indicación médica. 6. Control de efectos terapéuticos de antibióticos.	90%		10%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se obtuvo un 90% de efectividad mientras que un 10% se encuentra en proceso de ejecución, debido a la recuperación en el nivel de hemoglobina progresivo en la paciente.

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia

Diagnostico NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
<p>dominio: 11 Seguridad protección clase: 2 Lesión física código: 00205</p> <p>Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia.</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta terapéutica AA Código: 2304</p> <p>Recuperación quirúrgica: convalecencia</p> <p>230403: Estabilidad hemodinámica (3 desviación moderada del rango normal) 230413: Integridad tisular (3 desviación moderada del rango normal) 230438: Tromboflebitis (3 desviación moderada del rango normal)</p> <p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: cardiopulmonar E Código: 0419</p> <p>Severidad del shock hipovolémico</p> <p>041915: Piel fría y húmeda (2 sustancial) 041916: Palidez: (sustancial 2) 041922: Letargia (sustancial 2)</p>	<p>4260: Prevención del shock</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar signos o síntomas iniciales de posible shock 2. Controlar estado circulatorio 3. Monitorizar estado ventilatorio 4. Verificar posible ascitis 5. Mantener vía periférica permeable 6. Control de signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. <p>2870: Cuidados post anestesia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un relevo adecuado con el área de sala de operaciones 2. Establecer un detallado reporte del servicio de unidad de cuidados post anestésicos. 3. Obtener una historia clínica detallada del paciente. 4. Comprobar estado de herida quirúrgica 5. Vigilar estado neurológico 	<p>Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disnea, urticaria, inquietud o sarpullido son signos tempranos de shock alérgico, mientras que arritmia, variaciones en frecuencia cardiaca y coloración cianótica distal, son signos de shock cardiogénico; en ambos casos se debe prestar atención para atención oportuna y adecuada. 2. Control de presión arterial para asegurar perfusión tisular adecuada en las extremidades inferiores especialmente. 3. Control de saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria para un adecuado intercambio gaseoso y ventilación; debe hacerse cortos periodos de tiempo ya que el efecto anestésico aún persiste. 4. Posible acumulación de líquidos en la zona abdominal producto de alteraciones hepáticas por preparaciones farmacológicas o por la intervención quirúrgica requiere atención inmediata. 5. Permite acción rápida de medicamentos administrados por acceder directamente al torrente sanguíneo. 6. Control de posible cuadro clínico severo por posible infección o traumatismo por la cirugía. <p>Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brinda información precisa sobre medicación y anestesia, así como dosis, vía de administración y reacciones tempranas por parte del paciente para valoración posterior. 2. Coordinación con el equipo de salud para control y medicación del paciente, previo análisis y respuesta del paciente sobre medidas profilácticas, especialmente en dolor post quirúrgico inmediato. 3. Control de evolución del proceso salud enfermedad, revisión de persistencia de síntomas pre operatorias en el paciente. 4. Verificación de posible infección de herida quirúrgica, detección de cuerpos extraños u otros. 5. Control de sintomatología temprana de posibles complicaciones neurológicas productos de la intervención. 	<p>Recuperación quirúrgica: convalecencia</p> <p>INDICADORES</p> <p>230403: Estabilidad hemodinámica (4 desviación leve del rango normal) 230413: Integridad tisular (4 desviación leve del rango normal) 230438: Tromboflebitis (4 desviación leve del rango normal)</p> <p>Severidad del shock hipovolémico</p> <p>INDICADORES</p> <p>041915: Piel fría y húmeda (leve 4) 041916: Palidez: (leve 4) 041922: Letargia (leve 4)</p>

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 4: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
dominio: Seguridad protección clase: 2 Lesión física código: 00205 Riesgo de shock relacionado con hipotermia, letargia.	11 Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta terapéutica AA Código: 2304 Recuperación quirúrgica: convalecencia 230403: Estabilidad hemodinámica (3 desviación moderada del rango normal) 230413: Integridad tisular (3 desviación moderada del rango normal) 230438: Tromboflebitis (3 desviación moderada del rango normal)	4260: Prevención del shock 1. Identificar signos o síntomas iniciales de posible shock 2. Controlar estado circulatorio 3. Monitorizar estado ventilatorio 4. Verificar posible ascitis 5. Mantener vía periférica permeable 6. Control de signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.	80%		20%
	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Cardiopulmonar E Código: 0419 Severidad del shock hipovolémico 041915: Piel fría y húmeda (2 sustancial) 041916: Palidez: (sustancial 2) 041922: Letargia (sustancial 2)	2870: Cuidados post anestesia 1. Establecer un relevo adecuado con el área de sala de operaciones 2. Establecer un detallado reporte del servicio de unidad de cuidados post anestésicos. 3. Obtener una historia clínica detallada del paciente. 4. Comprobar estado de herida quirúrgica 5. Vigilar estado neurológico	80%		20%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se obtuvo un 80% de efectividad mientras que un 20% se encuentra en proceso de ejecución debido a la probabilidad latente de que la paciente tenga reacción negativa a la hipovolemia.

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto

Diagnostico 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: 2 Lesión física</p> <p>codigo: 00004</p> <p>Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivos legrado uterino por aborto incompleto</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica II</p> <p>Clase: Integridad tisular L</p> <p>Código: 1101</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>110102: Sensibilidad (1 gravemente comprometido)</p> <p>110104: Hidratación (2 sustancialmente comprometido)</p> <p>110113: Integridad de la piel (1 gravemente comprometido)</p> <p>Dominio: Salud fisiológica II</p> <p>Clase: Integridad tisular L</p> <p>Código: 1102</p> <p>Curación de la herida: por primera intención</p> <p>110213: Aproximación cutánea (escaso 2)</p> <p>110208: Eritema cutáneo circundante (sustancial 4)</p> <p>110209: Edema perilesional (moderado 3)</p>	<p>3440: Cuidados del sitio de incisión</p> <ol style="list-style-type: none"> Control periódico de la zona de incisión. Realizar curación de herida en zona circundante a la zona de incisión. Procurar que el paciente no realice presión o tocarse la zona de incisión. monitorizar mucosas. <p>3590: Vigilancia de la piel</p> <ol style="list-style-type: none"> observar si hay alteración cutánea o dérmica en la zona de incisión. Observar la aparición de hematomas o aumento en el deterioro de la integridad cutánea. Observar si existe presión o fricción en la piel. Documentar todas las intervenciones y hallazgos. 	<p>Limpieza, seguimiento y control y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas</p> <ol style="list-style-type: none"> Verificación de presencia de edema, calor local, enrojecimiento de la piel circundante u otros signos de posible infección. Remoción de cualquier tipo de fluido para garantizar asepsia de la herida quirúrgica. Se le debe indicar a la paciente que no se toque, frote o realice masajes en la zona de incisión ya que podría afectar el estado de cicatrización o abrir las suturas provocando sangrado. Controlar el estado de hidratación de la paciente. Detección de posibles signos o síntomas de alteración en dermis cercana a la herida quirúrgica producto de la intervención. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas <p>1. La presencia de hematomas o deterioro de la integridad cutánea es producto de posible anafilaxia, alteración hematológica o rash.</p> <p>2. Prevención de úlceras por presión o heridas por fricción por ropa ajustada u otro material áspero.</p> <p>3. Se debe describir todos las intervenciones y detección de signos y/o síntomas en la historia clínica para tener un seguimiento preciso de la evolución del paciente lo que permite cambiar, reforzar o reevaluar las acciones dentro de los turnos.</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>INDICADORES</p> <p>110102: Sensibilidad (4 levemente comprometido)</p> <p>110104: Hidratación (4 levemente comprometido)</p> <p>110113: Integridad de la piel (3 moderadamente comprometido)</p> <p>Curación de la herida: por primera intención</p> <p>INDICADORES</p> <p>110213: Aproximación cutánea (moderado 3)</p> <p>110208: Eritema cutáneo circundante (leve 4)</p> <p>110209: Edema perilesional (leve 4)</p>

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 5: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
dominio: Seguridad proteccion clase: 2 Lesion fisica codigo: 00004 Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto	11 Dominio: Salud fisiológica II Clase: Integridad tisular L Código: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3440: Cuidados del sitio de incisión 1. Control periódico de la zona de incisión. 2. Realizar curación de herida en zona circundante a la zona de incisión. 3. Procurar que el paciente no realice presión o tocarse la zona de incisión. 4. monitorizar mucosas.	90%		10%
	110102: Sensibilidad (1 gravemente comprometido) 110104: Hidratación (2 sustancialmente comprometido) 110113: Integridad de la piel (1 gravemente comprometido)	3590: Vigilancia de la piel 1. observar si hay alteración cutánea o dérmica en la zona de incisión. 2. Observar la aparición de hematomas o aumento en el deterioro de la integridad cutánea. 3. Observar si existe presión o fricción en la piel. 4. Documentar todas las intervenciones y hallazgos	90%		10%
	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Integridad tisular L Código: 1102 Curación de la herida: por primera intención				
	110213: Aproximación cutánea (escaso 2) 110208: Eritema cutáneo circundante (sustancial 4) 110209: Edema perilesional (moderado 3)				

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se obtuvo un 90% de efectividad mientras que un 10% se encuentra en proceso de ejecución debido a la respuesta inmune disminuida de la paciente que la hace proclive a contraer infecciones.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

4.1. Discusión

En el presente Proceso de Atención de Enfermería practicado a paciente femenina con restos uterinos por AMEU por lo que se tuvo que realizar un legrado uterino. Los presentes resultados señalan la efectividad de las intervenciones de enfermería en la paciente, verificando la pluralidad de las acciones de enfermería al abarcar al paciente de manera holística.

Según el análisis de los resultados obtenidos en el primer diagnóstico de enfermería: dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor. Dentro de las intervenciones programadas se obtuvieron un 70% de efectividad, mientras hay un 30% que aún se encuentra en proceso de aplicación. Este porcentaje puede explicarse porque a pesar de la administración de analgésicos y las medidas de confort practicadas, la paciente aún evidenciaba fascias de dolor aunque reducidas en frecuencia e intensidad, si bien no fue posible aplicar la escala visual análoga (EVA) debido a que la paciente aún se encontraba bajo efecto anestésico, estas características son coincidentes con la definición brindada por NANDA acerca del dolor agudo: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor a tres meses (24).

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el segundo diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg. Dentro de las intervenciones programadas se obtuvieron 80% de efectividad, mientras que hay un 20% de actividades que se encuentran en ejecución. Este nivel de efectividad en las intervenciones pueden deberse a que la paciente en la intervención tuvo pérdida sanguínea (aunque dentro de lo esperado), del mismo modo, la paciente tuvo pérdida de calor por evaporación y conducción, adicionalmente estuvo con vía periférica administrando fluidos a temperatura ambiente; la suma de todo estos factores sumado al efecto anestésico

contrarrestan efectividad a las intervenciones, sin embargo, la respuesta positiva de la paciente se evidencia al tener 36.3° en su última toma de temperatura, en consecuencia, la recuperación térmica de la paciente depende del lapso de tiempo. Al respecto NANDA señala que la etiqueta se define como: temperatura corporal central por debajo del rango diurno normal en individuos >28 días de vida (24).

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el tercer diagnóstico de enfermería: protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil. Dentro de las intervenciones programadas se obtuvieron un 90% de efectividad mientras que un 10% se encuentra en proceso de ejecución. Este resultado obtenido puede sustentarse en que la paciente recuperó su nivel de hemoglobina hasta alcanzar 10.9 gr/dl que, si bien aún no se encuentra dentro de los valores normales, evidencia mejoría de forma progresiva, en el caso del tono muscular la mejoría aún es moderada; esto puede deberse a que la paciente ha tenido pérdidas desde la primera intervención, es decir que ha tenido deterioro progresivo durante más de 15 días por lo que se entiende que la recuperación también es prolongada. Desde esta perspectiva, la coordinación con el servicio de nutrición es fundamental para establecer una rutina de dieta posterior a la intervención y cuando se encuentre de alta hospitalaria. Para esta etiqueta NANDA define: disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones (24).

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el cuarto diagnóstico de enfermería: riesgo de shock factor de riesgo hipotermia, letargia. Se obtuvieron un 80% de efectividad dentro de las actividades programadas mientras que un 20% se encuentra en proceso de ejecución. Este resultado se debe a que la paciente ya no se encuentra en riesgo de shock hipovolemico, debido a la transfusión de una unidad sanguínea según indicación médica, además la administración de fluidos, fueron reponentes de la capacidad volemica de la paciente. por otro lado, su estado neurológico tuvo una evolución favorable durante toda la estancia hospitalaria. de acuerdo a la definición NANDA: susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer la salud (24).

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el quinto diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto. Se obtuvo un 90% dentro de la efectividad de las intervenciones planificadas, mientras que un 10% aún se encuentra en proceso de ejecución. Este porcentaje es explicable a través de todas las medidas implementadas para reducir el riesgo de una infección ya sea por los restos uterinos hallados como por una infección intrahospitalaria, sobre en una paciente con una respuesta inmune disminuida al tener un nivel de hemoglobina por debajo de los valores normales. Se tomaron en estricto cumplimiento las normas universales de bioseguridad y aislamiento de la paciente, del mismo modo, la antibioterapia administrada de manera profiláctica surtió efecto medicamentoso deseado; aunque el riesgo todavía persiste hasta el momento del alta, se ha logrado reducirlo en gran medida. De esta manera se coincide con NANDA acerca de la etiqueta que señala: susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud (24).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos evidenciado por intervención quirúrgica: dolor en zona pélvica, expresiones faciales de dolor, se obtuvo 70% de efectividad, mientras que un 30% se encuentra en proceso de ejecución, debido al estado postquirúrgico de la paciente.
- Hipotermia relacionado con traumatismo evidenciado por piel fría al tacto: T°: 35.3 °C, P/A 80/40 mmHg, se obtuvo 80% de efectividad mientras que un 20% se encuentra en proceso de ejecución debido a los mecanismos de pérdida de calor que experimentó la paciente durante la cirugía además del efecto anestésico.
- Protección ineficaz relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida sanguínea: hemoglobina: 9.8 gr/dl, tono muscular débil, se obtuvo un 90% de efectividad mientras que un 10% se encuentra en proceso de ejecución, debido a la recuperación en el nivel de hemoglobina progresivo en la paciente.
- Riesgo de shock factor de riesgo hipotermia, letargia, se obtuvo un 80% de efectividad mientras que un 20% se encuentra en proceso de ejecución debido

a la probabilidad latente de que la paciente tenga reacción negativa a la hipovolemia.

- Riesgo de infección de la herida quirúrgica factor riesgo con procedimientos invasivo: legrado uterino por aborto incompleto, se obtuvo un 90% de efectividad mientras que un 10% se encuentra en proceso de ejecución debido a la respuesta inmune disminuida de la paciente que la hace proclive a contraer infecciones.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al personal de salud la implementación o mejora de las intervenciones para el manejo del dolor post operatorio, especialmente en el confort ya que también es una estrategia basada en evidencia funcional.
- Se recomienda al establecimiento de salud la adquisición de implementos para regular la hipotermia, como mantas ya que solo cuentan con bolsas de agua caliente, los cuales en ocasiones tienen efecto térmico deseado.
- Se recomienda a la paciente que siga un régimen alimenticio adecuado para recuperar el nivel de hemoglobina hasta llegar a niveles adecuados y mejora del tono muscular, después del alta.
- Se recomienda al personal de enfermería mantener un control estricto en paciente con riesgo de shock ya que una detección temprana sintomático permite tener intervenciones oportunas.
- Se recomienda a la paciente que chequeos regulares una vez dada de alta debido a que aún corre riesgo de padecer infecciones, además se le recalca seguir las indicaciones médicas ya que en la primera intervención (AMEU) no siguió las instrucciones del personal médico elevando el riesgo de reacciones adversas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo. Normas de Diagnóstico y Tratamiento de Ginecología Obstetricia [internet]. 1ra. ed. La Paz: Editora Presencia S.R.L.; 2019 [citado el 25 de octubre de 2024]. 39-41p. disponible en: <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2021/11/04-Normas-De-Diagnostico-y-Tratamiento-De-Ginecologia-Obstetricia.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Aborto [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
3. Naciones Unidas. El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres [internet]. Washington: Naciones Unidas; 2022 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472>
4. Ministerio de Sanidad. Interrupciones voluntarias del embarazo [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm>
5. Amnistía Internacional. Datos clave sobre el aborto [internet]. España: Amnistía Internacional; 2023 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/datos-clave-sobre-el-aborto/>
6. Ipas México. El aborto como un asunto de salud pública [internet]. México: Ipas; 2021 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-EIAbortoComoUnAsuntoDeSaludPublica.pdf>
7. Médicos sin Fronteras. Aborto en Colombia: las barreras persisten [internet]. Bogotá: Médicos sin Fronteras; 2023 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.msf.org.co/actualidad/aborto-colombia-las-barreras-persisten/>
8. Poder Judicial. Estiman que en nuestro país existen alrededor de mil mujeres que abortan cada día [internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2023 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/pj/noticias/767924-estiman-que-en-nuestro-pais-existen-alrededor-de-mil-mujeres-que-abortan-cada-dia>

9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. El 37.8% de los nacimientos registrados se dieron mediante cesarea en el año 2023 [internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2024 [citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/960252-el-37-8-de-los-nacimientos-registrados-se-dieron-mediante-cesarea-en-el-ano-2023>
10. Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. Análisis de Situación de Salud Hospitalario (ASISHO) 2018 del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador [internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2018 [citado el 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4049870/ASISHO-2018.pdf.pdf>
11. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto [internet] 3ra. ed. Argentina: Ministerio de Salud; 2010 [citado el 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/archivos/ComSexRep/postaborto.pdf>
12. Carbajal J. Constanza R. Manual de Obstetricia y Ginecología [internet]. 8va. Ed. Chile: Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017 [citado el 10 de octubre de 2024]. 401 p. disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
13. Casanova R. et al. Obstetricia y Ginecología [internet] 8va ed. España: Wolters Kluwer Health; 2019 [citado el 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2021/01/Beckmann-y-Ling.-Obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-Spanish-Edition.pdf>
14. Hoffman B. et al. Williams Ginecología [internet]. 2da ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014 [citado el 10 de octubre de 2024].189-90 p. disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/9941a6c44958e414293d86365dd40b61.pdf>
15. Labry L. Bernal S. Sánchez S. Bermúdez T. utilización de métodos mixtos para el diseño de una estrategia de desadopcion de la dilatación y legrado de útero como herramienta diagnóstica. Obstetricia y Ginecología [internet] 2019

- [citado el 10 de octubre de 2024]; 62(6): 548-558. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n6/05-TO-legrado-utero.pdf>
16. Mencia F. Santiago V. Fernández P. aspiración manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. Rev. Obstet. Venez. [internet] 2021 [citado el 13 de octubre de 2024]; 81(2): 108-115. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021_vol81_num2_3.pdf
 17. Organización Mundial de la Salud. Manual de Práctica clínica para un aborto seguro [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado el 10 de octubre de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
 18. Bombin M. Mercado J. Zúñiga J. Encalada D. Ávila J. aspiración manual endouterina (AMEU): revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [internet] 2019 [citado el 10 de octubre de 2024]; 84(6): 460-468. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0460.pdf>
 19. Piray I. et al. cuidados de enfermería a la mujer con aborto por automedicación. Revista Cubana de Reumatología [internet] 2022 [citado el 10 de octubre de 2024] 24(4): e332. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/download/1064/pdf>
 20. Palomino H. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente adulto maduro con coledocolitiasis primaria, de un hospital público de Chiclayo-2019 [tesis para bachiller de enfermería]. Pimental: Universidad Señor de Sipán; 2020 [internet]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6634/Palomino%20Hernandez%2C%20Luz%20Mariela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Silva J. Soles R. satisfacción del paciente en postoperatorio mediato con el cuidado enfermero basado en la teoría de Virginia Henderson. Hospital Regional Docente de Trujillo; 2019 [internet]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5303/1/RE_ENF_ST_EPHANIE.SILVA_LALY.SOLES_SATISFACCION.PACIENTE_DATOS.pdf
 22. López G. Múnera H. Restrepo H. Vargas S. necesidades del adulto mayor

según el modelo de Virginia Henderson Envidado 2018 [tesis para licenciatura en enfermería]. Medellín: Universidad CES [internet]. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4509/Necesidades%20del%20adulto%20mayor%20seg%FAAn%20el%20mdelo%20de%20Virginia%20Henderson,%20Envidado2018_2020.pdf;jsessionid=179500B80132A60F2F8A3BA73D6F8F83?sequence=6

23. Velarde B. cuidados de enfermería en persona con cáncer de mama según modelo de Virginia Henderson en el servicio de oncohematología HNCASE Arequipa 2021 [tesis para segunda especialidad en enfermería con mención en oncología]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021 [internet]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/23b29ce4-0d08-4481-9386-b13ee84fd3c5/content>
24. heather H. Shigemi K. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2021-2023. Décimo segunda edición. Barcelona, España: Elsevier; 2021.
25. Baez B. Covarrubias G. Esquer G. Manual de bolsillo de manejo del dolor ALGIA [internet]. España: Grupo Internacional para la Educación en Dolor y Soporte Sintomático; 2017 [citado el 10 de noviembre de 2024]. 21-22p. disponible en: https://algia.org.mx/uploads/1/0/6/9/106905879/manual_de_bolsillo_algia.pdf
26. López A. López G. Vásquez L. Dolor Agudo Postoperatorio Domiciliario [internet] Cap. 1. Madrid: ASECMA; 2017 [citado el 10 de noviembre de 2024]. 5-7p. disponible en: https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf
27. Tintinalli J. et al. Medicina de Urgencias [internet]. 7ma ed. Sección 16´-cap 203. España: Interamericana Editores S.A.; 2013 [citado el 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1532§ionid=101552076>
28. Jarrinson L. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna [internet]. 20va ed. Parte 15-Cap 454. México: McGraw-Hill Education; 2018 [citado el 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=213025601>

29. Unidad Académica Médica A, Unidad Académica de Hemoterapia y Medicina transfusional, Unidad Hematológica, Unidad Académica de Anestesiología, Dpto. de Cirugía, Comité de Farmacia y Terapéutica. Manual Interdisciplinario para el Manejo de la Anemia en el Paciente Quirúrgico [internet]. 1ra ed. Uruguay: Ministerio de Salud; 2024 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 19-20p. disponible en: https://www.comitedeterapeutica.hc.edu.uy/images/Libro_Protocolo_PMB.pdf
30. Sociedad Argentina de Hematología. Guías de Diagnóstico y Tratamiento [internet] ed. 2021. Argentina: Sociedad Argentina de Hematología; 2021 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 187-188. Disponible en: <https://www.sah.org.ar/docs/guias/2021/guia-2021-libro.pdf>
31. Reyes M. Grupo Shock. Actualización del Manejo del Paciente en Shock [internet]. 3ra ed. Parte 2. España: Bubok Publishing S.L.; 2014 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 66-69p. disponible en: <https://sborl.es/wp-content/uploads/2016/02/actualizacion-de-manejo-del-paciente-en-shock-tercera-edicion.pdf>
32. Basozabal Z. Díaz R. Manual de Enfermería Quirúrgica [internet]. España: Hospital de Galdakao; 2003 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 68-74p. disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf
33. Josep M. Badía P. Guirao G. Infecciones Quirúrgicas [internet]. 2da ed. Sección IV-Cap. 28. España: Arán Editores S.L.; 2016 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 462-520p. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
34. International Wound Infection Institute. La Infección de Heridas en la Práctica Clínica [internet]. 3ra ed. Reino Unido: Wounds International; 2022 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 8-13p. disponible en: https://woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/IWII-CD-2022_ES-web.pdf
35. Hernández S. Mendoza R. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Education; 2018.
36. Calderón A. Bravo G. Rivera C. efectos de una intervención en enfermería en el control del dolor posoperatorio del paciente adulto. Revista Cubana de

Enfermería [internet] 2022 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 38(1): e4065.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01-e4065.pdf>

37. Gómez M. Donoso N. Vilema Z. cuidado enfermero basado en la teoría de Maryory Gordon en paciente con neumonía por SARS-COV-2. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [internet] 2021 [citado el 10 de noviembre de 2024]; 8(60): 1-17. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe4/2007-7890-dilemas-8-spe4-00060.pdf>

ANEXOS

Anexo A: Formato de Valoración Marjory Gordon

UMA Universidad María Auxiliadora
Carrera de Enfermería con Especialización en Geriátrica

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre del paciente: Richard Alexander HERNANDEZ Fecha de nacimiento: 07-08-83 Edad: 39 Dirección: M.G. LT/A- Grupo 6
Fecha de ingreso al servicio: 18-07-2021 Hora: 13:00 Persona de referencia: _____ Tel: _____
Procedencia: Admisión () Emergencia (X) Otro hospital () Otro ()
Forma de ingreso: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla () Otro (X)
Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
Fuente de información: Paciente () Familiar () Otro: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS
HTA () DM () Gástrico/Úlcera () Asma () TBC () Otros: _____ Cirugías: SI () NO ()
Especialidad: _____ Fecha: _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()
Signos y síntomas: _____ Otros: _____ Dr. Médico: _____

VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1. PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD
¿Qué sabe Ud. sobre su enfermedad? _____
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? _____
Estado de enfermedad: Controlada: SI () NO ()
Herida Quirúrgica: _____
Uso de vías/Hébitas: _____
USO DE TABACO: SI () NO () USO DE ALCOHOL: SI () NO ()
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: _____
Termostregulación: Inefectiva () Motivo: _____
Hipertermia () Hipotermia () Temperatura: _____
Vías aéreas permeables: SI () NO () Secreciones () Otros ()
Alergias: Látex () Otros ()
Test del Aguir: 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?
- ¿Segue 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 infecciosas?
- ¿Cómo es su temperatura y termostregulación habitual?

PATRON 2. NUTRICIONAL - METABOLICO
Cambios de peso durante los últimos 6 meses: SI () NO ()
Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

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

¿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.
- ¿Toma 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 dentales? ¿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 mamas? ¿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..... Disuria ()
Retención () Incontinencia () Otros.....
Edema: No () Si () Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si () No () 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	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Cama con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaría o fecal	2
Muy malo	Estuporoso/comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaría y fecal	1

Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	Nin riesgo

Clasificación de Úlceras Vasculares - Wagner

GRADO	LESION	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad osea
I	Úlceras superficiales	Dstrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlceras profundas más absceso	Externa 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 malarolal
Clase 2: Venas varicosas
Clase 3: Edema sin cambios cutáneos
Clase 4: Cambios cutáneos débiles a la insuficiencia venosa (eczema venioso, tipo dermatitis-esclerosis)
Clase 5: Cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada
Clase 6: Úlcera sin úlcera

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 o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los corones de los zapatos

Usar Retrete	DEPENDIENTE: No se viste solo INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baña. 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 cufa
Alimentación	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Clasificación	A. Independientemente en todas las actividades B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una. C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional G. Dependiente en la sets funciones

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

Movilidad de miembros: Flacidez () Parálisis ()
Contracturas ()

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (X)
Fatiga Si (X) No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso () Irregular ()
Pulso periférico: Pecho () () () () ()
Popliteo () () () () ()

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION I FVF

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si () No () Localización.....

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

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal () Cianosis () Fria ()

Extremidades Inferiores: Normal () Cianosis () Fria ()

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

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 () Sí ().....

Problemas en actividad sexual con su pareja: No () Sí ()

Especifique.....

Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ().....

Edad () Enfermedad psicológica () Otro ()

Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No ()

Sí () Especifique motivo.....

VIOLENCIA SEXUAL No () sí () 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 SIMPÁTICO: Normal () Problemas ()

Signos palidez () bradicardia o taquicardia ()

Hipertensión paroxística () Diaforesis () Manchas ()

Otros.....

Lesiones medulares No () Sí ().....

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.....

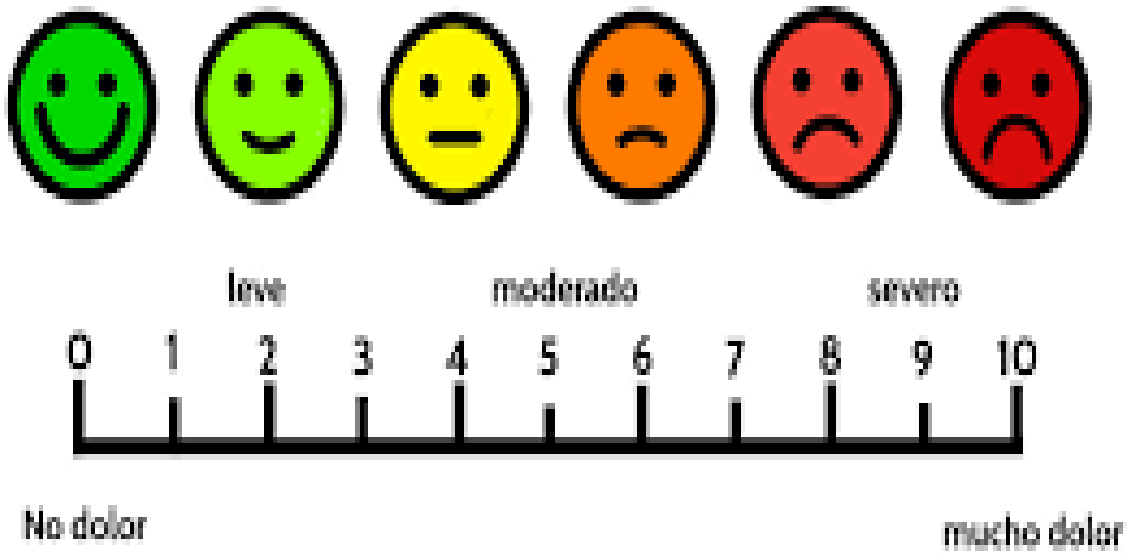
Comentarios Adicionales.....

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 para medición



Anexo C: Consentimiento informado

HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

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 Bachiller Yulisa Carina Causillas Zúñiga Bajo la consultoría del Mg. José Merlin Quirós Ticona. Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán solo para fines del estudio.

Riesgo del estudio

Se me comunico que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico: agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, esta la probabilidad de que mi identidad puede ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números y/o letras para disminuir dicha posibilidad.

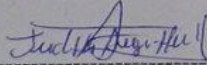
Beneficios del estudio

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 Bachiller, firmo voluntariamente el presente documento.



41540673

Firma del paciente o familiar encargado

DNI

Fecha: 20 Septiembre 2024

Anexo D: Evidencia de trabajo de campo



