FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE POST-OPERADO DE NEFRECTOMÍA RADICAL, EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA, 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:
Bach. HUAROTO ROJAS, MILAGROS MARISOL
https://orcid.org/0009-0005-8767-8600

ASESOR:
Mg. QUILLE TICONA, JOSE MERLIN
https://orcid.org/0000-0002-1321-8549

LIMA-PERU
2025

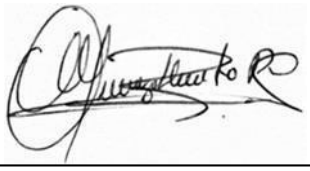
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, HUAROTO ROJAS, MILAGROS MARISOL, con DNI **73991869** en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional presentada para optar el presentada para optar el TITULO PROFESIONAL de **Licenciada en enfermería** de título "**Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente post-operado de nefrectomía radical, en el servicio de hospitalización de una clínica privada, 2025**", **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 **15 % 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 sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

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

Lima, 12 de ABRIL 2025.



Bach. HUAROTO ROJAS, Milagros Marisol
DNI:77030713

Mg. QUILLE TICONA, Jose Merlin
DNI: 01888090

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

15% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 10 words)

Top Sources

10% Internet sources
1% Publications
11% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Milagros Marisol Huaroto Rojas

HUAROTO ROJAS MILAGROS MARISOL

Quick Submit
Quick Submit
ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3214143732

Fecha de entrega
12 abr 2025, 3:22 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
12 abr 2025, 3:25 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
TRABAJO_DE_SUFICIENCIA_PROFESIONAL_PAE_IMRD_-_HUAROTO_ROJAS.docx

Tamaño de archivo
11.6 MB

58 Páginas

11.186 Palabras

66.482 Caracteres

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, cuyo amor y apoyo incondicional han sido mi columna durante toda mi vida académica. A mis padres, por su sacrificio y por enseñarme a enfrentar los desafíos con fortaleza y dignidad.

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a la Universidad María Auxiliadora, por abrirme sus puertas para formarme académica y profesionalmente en esta hermosa carrera de ayuda a la salud de las personas, como lo es la Enfermería.

En especial, a mi docente asesor el Mg. José Quille, por su orientación en este trabajo.

También extiendo mi agradecimiento a todos mis docentes de carrera por todo lo aprendido durante este camino.

Índice General

Carátula i

Dedicatoria ii

Agradecimiento iii

Índice General vi

Índice de tablas viii

Índice de figuras ix

RESUMEN x

ABSTRACT xi

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN 1

1.1 Marco teórico 1

1.2 Caso clínico 6

1.3 Valoración según patrones funcionales 8

1.4 Priorización de diagnóstico de Enfermería 12

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS 13

2.1 Diseño de estudio 13

2.2 Población 13

2.3 Procedimiento de recolección de datos 13

2.4 Método de análisis 14

2.5 Aspectos éticos 14

CAPITULO III: RESULTADOS 16

3.1. Intervención de Enfermería 16

CAPITULO IV: DISCUSION 32

4.1. Discusión 32

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 34

5.1. Conclusiones 34

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 37

ANEXOS 42

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales 43

Anexo B. Escala de medición 47

Anexo C. Consentimiento Informado 48

Anexo D. Evidencia del trabajo de campo 49

Índice de tablas

Tabla 1. Patrón ll: Percepción manejo de la salud.....8

Tabla 2. Patrón lll: Eliminación 8

Tabla 3. Patrón Vl: Cognitivo – perceptual 9

Tabla 4. Patrón ll Nutricional metabólico 9

Tabla 5. Patrón ll Nutricional metabólico 10

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con Pacientes hospitalizados evidenciado por, Dolor, perdida de la continuidad de la piel.....16

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario 16

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos Físicos evidenciado por, Expresión facial de dolor, Expresión verbal y gesticular de dolor, Comunicación de descripciones de dolor.....19

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con Disfunción renal, Vómitos Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, Aporte dietético, Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, Pérdida de peso 26

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con Efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.....26

Índice de figuras

Figura 1. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con Pacientes hospitalizados evidenciado por, Dolor, perdida de la continuidad de la piel 25

Figura 2. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario 17

Figura 3. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos Físicos evidenciado por, Expresión facial de dolor, Expresión verbal y gesticular de dolor, Comunicación de descripciones de dolor 21

Figura 4. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con Disfunción renal, Vómitos Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, Aporte dietético, Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, Pérdida de peso 30

Figura 5. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con Efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía..... 26

RESUMEN

Objetivo: Planificar intervenciones de enfermería para el proceso de cuidado de enfermería adaptado a las necesidades de un paciente masculino de 51 años, post-operado de nefrectomía radical ampliada en el servicio de hospitalización de una clínica privada en 2025. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de caso utilizando una metodología descriptiva detallada. La información fue recopilada a través de observación directa, entrevistas al equipo de salud y el empleo de un formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Los datos recogidos se analizaron usando taxonomías NANDA, NIC y NOC para identificar diagnósticos y evaluar intervenciones. **Resultados:** con relación al diagnóstico prioritario de enfermería, se observó que el Deterioro de la eliminación urinaria, un 10% de las intervenciones están en proceso, debido a la presencia de sonda vesical. **Conclusión:** Las intervenciones de enfermería han sido mayoritariamente efectivas, demostrando un cumplimiento satisfactorio de los cuidados planificados. No obstante, se necesita atención continua en áreas con porcentajes de intervención 10% incompleta para asegurar una recuperación total del paciente.

PALABRAS CLAVE: Nefrectomía; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); Diagnóstico de enfermería; Cuidado de enfermería. **DeCS/MeSH.**

ABSTRACT

Objective: To plan nursing interventions for the nursing care process adapted to the needs of a 51-year-old male patient, post-extended radical nephrectomy, in the hospitalization department of a private clinic in 2025. **Materials and Methods:** A case study was conducted using a detailed descriptive methodology. Information was collected through direct observation, interviews with the healthcare team, and the use of a Marjory Gordon functional pattern assessment form. The collected data were analyzed using NANDA, NIC, and NOC taxonomies to identify diagnoses and evaluate interventions. **Results:** In relation to the priority nursing diagnosis, it was observed that the Deterioration of urinary elimination, 10% of the interventions are in process, due to the presence of a urinary catheter **Conclusion:** Nursing interventions have been mostly effective, demonstrating satisfactory adherence to planned care. However, continued care is needed in areas with incomplete intervention rates of 10% to ensure the patient's full recovery.

KEYWORDS: Nephrectomy; Nursing Intervention Classification (NIC); Nursing Outcomes Classification (NOC); Nursing Diagnosis; Nursing Care; Patient Care Planning. **DeCS/MeSH.**

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

En la actualidad, la Nefrectomía Radical se presenta como un procedimiento clave en el tratamiento de los tumores renales, especialmente en el contexto del cáncer renal. Esta patología que implica la extirpación del riñón afectado junto con los tejidos circundantes, se realiza principalmente en casos de tumores renales localizados, siendo fundamental para el control y tratamiento de dicha enfermedad (1).

A nivel mundial, un estudio realizado en 2021 en Japón encontró que el 68% de los pacientes postoperados de Nefrectomía Radical ampliada que recibieron una atención especializada de enfermería para la gestión del dolor experimentaron una reducción del 30% en la necesidad de intervenciones adicionales para el control del dolor, lo que mejoró su recuperación postoperatoria (2). En Alemania, un estudio realizado en 2022 señaló que el 75% de los pacientes post-operados de nefrectomía radical, que recibieron cuidados de enfermería centrados en la movilización temprana lograron una disminución del 50% en las complicaciones respiratorias postquirúrgicas, en comparación con un 20% en aquellos que no recibieron dicha intervención (3). Además, un estudio en el Reino Unido en 2023 indicó que el 40% de los pacientes postoperados de nefrectomía radical que siguieron un protocolo de cuidado intensivo postquirúrgico, que incluyó monitoreo constante de signos vitales y cuidado de heridas, experimentó una reducción del 15% en la tasa de reingresos hospitalarios, lo que demuestra la efectividad de un seguimiento cercano (4).

La Sociedad Americana contra el Cáncer, afirma que esta enfermedad es una de las principales indicaciones para la Nefrectomía Radical, muestra estadísticas relevantes. En 2023, se estimó que aproximadamente 81.000 personas en Estados Unidos fueron diagnosticadas con cáncer renal, con una tasa de incidencia de 4,1 casos por cada 100.000 personas. Al respecto, sostiene que la nefrectomía radical, al ser un tratamiento efectivo para los tumores renales localizados, mejora en un 93% la tasa de supervivencia (5). Al respecto, un estudio realizado en Estados Unidos en 2021 encontró que el 55% de los pacientes postoperados de nefrectomía radical ampliada

experimentaron complicaciones graves relacionadas con infecciones de la herida quirúrgica debido a la falta de cuidados postoperatorios adecuados. La implementación de un protocolo de cuidados de enfermería mejoró la tasa de recuperación sin infecciones en un 40% (6). En Brasil, un estudio de 2022 indicó que el 70% de los pacientes con nefrectomía radical ampliada que recibieron cuidados de enfermería enfocados en la movilización temprana lograron una reducción del 25% en complicaciones respiratorias postquirúrgicas, en comparación con aquellos que no recibieron esta atención especializada (7).

A nivel nacional, un estudio realizado en 2021 en Lima encontró que el 60% de los pacientes postoperados de Nefrectomía Radical, experimentaron complicaciones relacionadas con la infección de la herida quirúrgica debido a una atención postoperatoria inadecuada. Sin embargo, la implementación de un protocolo de cuidados enfermeros enfocados en la higiene y el monitoreo redujo las infecciones en un 35% (8). En Arequipa, un estudio realizado en 2022 indicó que el 70% de los pacientes sometidos a nefrectomía radical, que recibieron un seguimiento de enfermería en la fase postoperatoria experimentaron una reducción del 55% en la tasa de complicaciones respiratorias, como atelectasia y neumonía, en comparación con aquellos que no recibieron seguimiento especializado (9). Además, un estudio realizado en Trujillo en 2023 mostró que el 55% de los pacientes postquirúrgicos por nefrectomía radical, que recibieron cuidados centrados en el manejo del dolor y la movilización temprana tuvieron una reducción del 75% en su estancia hospitalaria (10).

La nefrectomía es una cirugía para extirpar total o parcialmente un riñón, generalmente para tratar cáncer renal o tumores benignos. Se clasifica en nefrectomía radical (extirpación completa del riñón) y nefrectomía parcial (extracción de una porción del riñón). Las técnicas quirúrgicas incluyen la nefrectomía abierta, con una única incisión en el abdomen o costado, y la nefrectomía laparoscópica, que utiliza pequeños cortes para una operación menos invasiva (11).

En algunos casos, la nefrectomía es necesaria como tratamiento definitivo o complementario. Desde 1968, la técnica de nefrectomía radical descrita por Robson, que incluye la extirpación del riñón y la glándula suprarrenal, ha sido el tratamiento

estándar para el carcinoma renal. Sin embargo, con el tiempo, se ha modificado y, hoy en día, la suprarrenalectomía no es indispensable en todos los casos, ya que la glándula suprarrenal rara vez se ve afectada (12).

Las técnicas de imagen modernas, como la ecografía abdominal y la tomografía computarizada (TAC), permiten distinguir la mayoría de los tumores malignos de los quistes simples. Sin embargo, puede ser difícil diferenciar entre estos y otras condiciones como hematomas o abscesos renales. En 1986, Bosniak propuso una clasificación de quistes renales basada en la TAC, que incluye: Categoría I (quiste claro), Categoría II (quistes con tabiques y calcio), Categoría III (quistes con paredes gruesas y nódulos), y Categoría IV (quistes con componente sólido, algunos considerados tumores) (13).

Desde la clasificación propuesta por Bosniak, ha habido un mayor acuerdo sobre el manejo de los pacientes según la categoría: para los quistes de las categorías I y II, no se recomienda intervención quirúrgica a menos que haya síntomas; en la categoría III, en aproximadamente el 50% de los casos, se asocia con patología tumoral, por lo que se sugiere una exploración quirúrgica; y en la categoría IV, al considerarse como una masa renal maligna, se indica una cirugía radical (14).

La Nefrectomía es un procedimiento que, en general, se considera seguro, aunque, como toda cirugía, implica ciertos riesgos. Entre ellos se incluyen sangrados, infecciones, daños a órganos cercanos, neumonía después de la operación, reacciones a la anestesia y, en casos raros, insuficiencia renal. A largo plazo, algunas personas pueden enfrentar complicaciones debido a la pérdida de función de uno de los riñones. Estas complicaciones pueden manifestarse como hipertensión, presencia excesiva de proteínas en la orina, que es un indicio de daño renal y el desarrollo de enfermedades renales crónicas (15).

Según la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, centrada en cómo los individuos pueden atender sus propias necesidades de autocuidado y recuperar su autonomía y bienestar. En relación con los pacientes sometidos a nefrectomía, la teoría de Orem sugiere que estos pacientes enfrentan un déficit en su capacidad de autocuidado debido a la pérdida parcial o total de un riñón, lo cual puede impactar

significativamente su equilibrio físico y emocional. La enfermería, de acuerdo con esta teoría, desempeña un rol crucial al evaluar las necesidades específicas de autocuidado del paciente y proporcionar la asistencia necesaria para cubrir estos déficits. Esto incluye ayudar al paciente a manejar el dolor, prevenir complicaciones y educar sobre el cuidado de la salud renal a largo plazo para fomentar una mayor independencia y calidad de vida (16).

Deterioro de la eliminación urinaria

Según la taxonomía NANDA, el diagnóstico de deterioro de la eliminación urinaria se refiere a las alteraciones en el proceso de vaciamiento de la vejiga, lo que puede manifestarse como dificultad para orinar, frecuencia urinaria anormal, retención urinaria o incontinencia (17). En pacientes postoperados de nefrectomía radical, este diagnóstico es particularmente importante, ya que la cirugía puede afectar la función renal o la capacidad de la vejiga para vaciar adecuadamente, debido a factores como el dolor, la inflamación o el uso de fármacos que interfieren con la función urinaria (18). Además, la deshidratación o los desequilibrios electrolíticos, comunes en el postoperatorio, pueden contribuir a este problema, provocando la reducción en la cantidad de orina producida o dificultando la micción normal (19). La monitorización constante de la producción urinaria y la evaluación de la función renal son esenciales para detectar cualquier signo temprano de deterioro en la eliminación urinaria, evitando complicaciones graves como la insuficiencia renal o infecciones del tracto urinario (20).

Dolor agudo

Considerando la taxonomía NANDA, el diagnóstico de dolor agudo se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que tiene una duración corta, generalmente menos de tres meses, y que se produce como resultado de una lesión tisular reciente o una intervención quirúrgica (17). En el caso de pacientes postoperatorios de nefrectomía radical, el dolor agudo es una manifestación común debido a la incisión quirúrgica, la manipulación de los tejidos y la inflamación postoperatoria (21). Los pacientes pueden experimentar dolor en la zona de la herida quirúrgica, que puede ir acompañado de una sensación de ardor, punzante o dolor

sordo. Además, factores como el movimiento, los dedos o la respiración profunda pueden aumentar la intensidad del dolor (22). Asimismo, se destaca que este dolor, si no se maneja adecuadamente, puede afectar la recuperación del paciente, limitando su movilidad y aumentando el riesgo de complicaciones como atelectasia o trombosis (23).

Deterioro de la integridad cutánea

Según la taxonomía NANDA, el diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea se refiere a la presencia de una alteración en la piel o las membranas mucosas, que puede manifestarse como laceraciones, ulceraciones, eritema o pérdida de tejido (17). En el contexto postoperatorio de una nefrectomía radical, este diagnóstico es particularmente relevante debido a los riesgos asociados con las incisiones quirúrgicas, que pueden comprometer la integridad de la piel si no se cuidan adecuadamente. Factores como la infección, la presión sobre la herida o la fricción pueden contribuir al deterioro de la piel, lo que podría retrasar la cicatrización y aumentar el riesgo de infecciones sistémicas (24). Además, la presencia de edema o la mala circulación en la zona afectada pueden empeorar este problema, provocando una cicatrización deficiente o la aparición de úlceras por presión (25). Es esencial que el equipo de enfermería monitorice de cerca el estado de las heridas y proporcione cuidados adecuados para prevenir complicaciones, garantizando una curación adecuada y previniendo la propagación de infecciones (26).

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Desde la perspectiva de la taxonomía NANDA, el diagnóstico de riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos se refiere a la condición en la que el paciente tiene una alta probabilidad de experimentar alteraciones en la cantidad de líquidos corporales, lo cual puede comprometer la homeostasis y diversas funciones fisiológicas (17). La pérdida excesiva de líquidos ya sea por hemorragias, vómitos, diarrea o sudoración, puede resultar en deshidratación, mientras que una retención excesiva puede generar edema. Los síntomas asociados, como la disminución de la turgencia de la piel, la hipotensión o la inflamación de las extremidades, indican que el

equilibrio de líquidos está alterado, lo cual puede llevar a complicaciones graves como insuficiencia renal o shock hipovolémico si no se interviene de manera temprana y adecuada (27). Según diversas fuentes, este desequilibrio puede ser causado por factores como la deshidratación, insuficiencia renal, trastornos cardíacos o el uso de ciertos medicamentos que alteran la regulación del volumen de líquidos (28). Además, pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos, como una nefrectomía radical, pueden estar en riesgo elevado de sufrir un desequilibrio de líquidos debido a la pérdida de sangre durante la cirugía o a la respuesta inflamatoria postoperatoria (29).

Riesgo de hemorragia

Según la taxonomía NANDA, el diagnóstico de riesgo de hemorragia se refiere a la alta probabilidad de que el paciente experimente una pérdida significativa de sangre, lo cual puede poner en peligro la estabilidad hemodinámica y la función de los órganos (17). En el caso de los pacientes postoperados de nefrectomía radical, este diagnóstico es relevante debido a los riesgos propios de la cirugía, como el daño a los vasos sanguíneos durante la extracción del riñón o la manipulación de tejidos cercanos(30). Además, factores como la coagulación deficiente, el uso de anticoagulantes o trastornos preexistentes de la sangre pueden aumentar el riesgo de hemorragia (31). La vigilancia estrecha de signos como la disminución de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la aparición de moretones o el drenaje excesivo de sangre en las incisiones es fundamental para identificar la hemorragia tempranamente y evitar complicaciones graves como el shock hipovolémico (33). La intervención rápida y la administración adecuada de líquidos y productos sanguíneos son esenciales para prevenir consecuencias mayores (32).

1.2 Caso clínico:

Paciente masculino de 51 años, identificado como JMJ, acude a consulta de urología debido a malestar y dolor en la región superior del abdomen. Fue remitido desde otro consultorio con diagnóstico de tumoración renal. En la evaluación mediante tomografía abdominal, se observa una tumoración de 5 cm en el tercio medio del riñón izquierdo, por lo que se procede a programar una intervención quirúrgica. Durante otra consulta,

el paciente es evaluado para riesgo quirúrgico y se le programa para una nefrectomía radical ampliada del riñón izquierdo. El paciente niega dispepsia y tiene antecedentes de cirugía de varices en MID y amigdalectomía (hace 10 años). Se realizaron exámenes de laboratorio preoperatorios, con los siguientes resultados: hemograma muestra leucocitos 7390.00, hemoglobina 15.80 gr/dl, hematocrito 45%, urea 24.00 mg/dl, creatinina 0.74 mg/dl, y glucosa 95 mg/dl. El examen de orina no muestra alteraciones. Se realiza un riesgo cardiológico con electrocardiograma, el cual muestra ritmo sinusal, frecuencia de 60 bpm, con hallazgos dentro de los límites normales y ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos. El paciente ingresa a la unidad de hospitalización deambulando, ventilando espontáneamente, en NPO y acompañado de un familiar. Se realiza control de funciones vitales: PA 110/65 mmHg, SpO2 98%, FC 78 x'min, T° 36,8°C, FR 18 x'min, T°: 37°C. Se lleva a cabo la valoración inicial del adulto y examen físico, informando al centro quirúrgico y preparando al paciente para la intervención programada. El 30 de enero de 2025, el paciente es trasladado a preanestesia para realizar una nefrectomía completa del riñón izquierdo bajo anestesia general. Se administran sedantes y analgesia continua, y la cirugía se desarrolla sin intercurrencias. Posteriormente, es trasladado al servicio de recuperación con apoyo de oxígeno a bolsa de reservorio (flujo de 8 litros x'min, FiO2 70%, saturación 96%) y monitorización bajo los efectos de la anestesia general. Se evidencia un drenaje Jackson Pratt en la lateralidad izquierda (región abdominal y flanco izquierdo) con contenido hemático a presión negativa y sonda Foley. A las 3 horas de recuperación, el paciente presenta ventilación espontánea, FiO2 21%, y está hemodinámicamente estable. Paciente refiere presentar hipo, náuseas, dolor moderado en la zona baja del abdomen EVA 7/10, con dificultad para miccionar y sensación de querer eliminar. Es trasladado nuevamente al servicio de hospitalización a las 14:30pm, en estado postoperatorio tranquilo, afebril, normotenso, con vía periférica en el miembro superior izquierdo (Maddox 0), recibiendo hidratación con dextrosa al 5% y agregados (cloruro de sodio al 20% y cloruro de potasio al 10%). Al realizar examen físico se observa, mucosas y piel semihidratadas, abdomen blando y depresible, con dolor moderado en la zona baja de abdomen, y la herida quirúrgica está cubierta con apósitos limpios y secos, con drenaje hemático en flanco izquierdo.

1.3 Valoración según patrones funcionales

Tabla 1: Patrón ll: Percepción manejo de la salud

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Dato subjetivo: No menciona. **Dato objetivo:** Paciente presente herida quirúrgica por nefrectomía radical, cubierta con apósitos limpios y secos.	**Dominio 11: Seguridad / protección** **Clase 2: Lesión física**

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon/elaboración propia.

Tabla 2: Patrón lll: Eliminación

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos: No menciona **Dato objetivo:** El paciente se somete a una nefrectomía completa del riñón izquierdo bajo anestesia general Paciente presenta un drenaje en la lateralidad izquierda (región abdominal y flanco izquierdo) con contenido hemático a presión negativa y sonda Foley	**Dominio 3:** Eliminación e intercambio **Clase 1:** Función urinaria

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon/elaboración propia.

Tabla 3: Patrón VI: Cognitivo – perceptual

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos Paciente refiere dolor en la zona baja del abdomen EVA 7/10 Facies de dolor Nauseas **Dato objetivo:** El paciente ingresa a la unidad de hospitalización deambulando, ventilando espontáneamente, en NPO y acompañado de un familiar. Se observa abdomen blando y depresible, con leve dolor a la palpación paciente presenta hipo	**Dominio 12:** Confort **Clase 1:** Confort físico

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon/elaboración propia.

Tabla 4: Patrón II: Nutricional metabólico

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Dato subjetivo: Paciente refiere dificultad para miccionar **Dato objetivo:** FC: 60 Lpm Mucosas y piel semihidratadas Paciente presenta sonda Foley	**Dominio 2: Nutrición** **Clase 5: Hidratación**

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon/elaboración propia.

Tabla 5: Patrón II: Nutricional – metabólico

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos No menciona **Dato objetivo:** El paciente niega dispepsia y tiene antecedentes de cirugía de varices en MID y amigdalectomía (hace 10 años). Se evidencia un drenaje con contenido hemático	**Dominio 11: seguridad / protección** **Clase 2: lesión física**

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon/elaboración propia.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Primer diagnóstico de enfermería

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea

Características definitorias: perdida de la continuidad de la piel.

Factores relacionados: Pacientes hospitalizados

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por pérdida de la continuidad de la piel

Segundo diagnóstico de enfermería

Etiqueta Diagnostica: deterioro de la eliminación urinaria

Característica Definitorias: sonda vesical y disminución del gasto urinario.

Factores relacionados: Procedimiento quirúrgico

Enunciado diagnóstico: deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por sonda vesical y disminución del gasto urinario.

Tercer diagnóstico de enfermería

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Características definitorias: Expresión facial de dolor Expresión verbal y gesticular de dolor, Comunicación de descripciones de dolor.

Factores relacionados: Agentes lesivos Físicos

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado por expresión facial de dolor expresión verbal y gesticular de dolor Comunicación de descripciones de dolor.

Cuarto diagnóstico de enfermería

Etiqueta diagnostica: Riesgo de desequilibrio electrolítico.

Factores de riesgo: Disfunción renal, Vómitos

Enunciado diagnóstico: Riesgo de desequilibrio electrolítico factor de riesgo Disfunción renal Vómitos

Quinto diagnóstico de enfermería

Etiqueta diagnostica: Riesgo de sangrado.

Factores de riesgo: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado factor de riesgo efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.

1.4. Priorización de diagnóstico de Enfermería

1. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por sonda vesical y disminución del gasto urinario.
2. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado por expresión facial de dolor expresión verbal y gesticular de dolor comunicación de descripciones de dolor.
3. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por perdida de la continuidad de la piel
4. Riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.
5. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal, vómitos riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes aporte dietético falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes pérdida de peso.

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS

2.1 Diseño de estudio

Este estudio corresponde a un caso clínico, en donde se trabaja bajo un método de investigación con enfoque descriptivo y detallado. El propósito es analizar una problemática de salud específica que afecta al paciente en un momento determinado. Este tipo de análisis es ampliamente utilizado en las ciencias de la salud y sociales, destacándose por centrarse en la patología y resaltar los aspectos más relevantes del caso, y sobre todo que actividades debe realizar el equipo de enfermería.

2.2 Población

La muestra de esta investigación corresponde a un paciente adulto de 51 años, identificado con las iniciales J.M.J. quién presenta diagnóstico de tumoración renal, y se encuentra en el servicio de hospitalización, en una clínica privada.

2.3 Procedimiento de recolección de datos

2.3.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

Antes de empezar con la recolección de datos, se pidió y obtuvo el consentimiento del paciente, quien dio su autorización para llevar a cabo el estudio. Gracias a esto, fue posible coordinar directamente con el equipo de salud encargado de su atención, asegurando un acceso adecuado a la información necesaria, siempre con respeto a la confidencialidad y las normas éticas.

2.3.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos:

La recopilación de información se realizó en enero del presente este año, tras una coordinación previa con la jefa del departamento de enfermería de la clínica privada. Como parte de este acuerdo, se designó un día específico para llevar a cabo la evaluación de enfermería en el área de recuperación.

2.2.3 Técnica de recolección de datos:

Para llevar a cabo la recolección de datos, se optó por utilizar la observación y la entrevista, ya que estas técnicas facilitan la obtención de información de manera

estructurada y precisa, permitiendo un análisis más detallado y eficiente de la situación estudiada.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos:

Para recopilar la información, se empleará un instrumento conocido como formato de valoración por patrones funcionales, desarrollado por Marjory Gordon. Este formato abarca 11 patrones funcionales que permiten evaluar al usuario en todas las dimensiones de su entorno. Además, para organizar y estructurar los cuidados, se adoptó el modelo de planificación funcional, el cual comprende elementos como el diagnóstico de enfermería, la meta principal, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería, la implementación de dichas acciones y, finalmente, la evaluación de los resultados obtenidos.

2.4 Método de análisis

Luego de reunir toda la información del paciente adulto, los datos fueron registrados y organizados con las clasificaciones NANDA, NIC y NOC, incluyendo sus respectivos códigos internacionales. Después, se estructuraron en tablas para facilitar su análisis y comprensión, permitiendo así obtener conclusiones más claras que se revisarán en las siguientes etapas del diabetes9

2.5 Aspectos éticos

Con el fin de proteger la integridad de la paciente, se tomaron en cuenta principios bioéticos fundamentales. Se solicitó su consentimiento, asegurando un trato equitativo y respetuoso en todo momento. Además, la investigación se basó en datos verídicos con el propósito de aportar información valiosa sobre la problemática en estudio. Cabe destacar que este trabajo no busca criticar la labor del personal de salud, sino analizar la situación de manera objetiva.

Principio de autonomía

Antes de iniciar el estudio, se le explica al paciente en recuperación postoperatoria qué herramientas se emplearán para recopilar la información, solicitando su autorización para participar. Del mismo modo, el equipo de salud del servicio recibe una descripción

detallada sobre los propósitos y el desarrollo de la investigación, asegurando que cada etapa del proceso se lleve a cabo con total transparencia.

Principio de beneficencia

Así mismo, se le brindó una explicación clara sobre la relevancia y las ventajas de este estudio, destacando cómo el uso de un lenguaje estandarizado en enfermería contribuye a mejorar la calidad del cuidado profesional y a optimizar la atención brindada.

Principio de no maleficencia

Se proporciona al paciente una explicación detallada para resolver cualquier inquietud sobre el estudio, garantizándole que su salud y seguridad no se verán comprometidas en ningún momento. Del mismo modo, se comunica al equipo de salud en turno que el proceso de recopilación de datos y el desarrollo de la investigación no afectarán la atención regular brindada al paciente.

Principio de justicia

Se prioriza una atención igualitaria y considerada para el paciente, sin distinción por su condición postoperatoria. Durante todo el proceso, se promueve un ambiente de respeto, calidez y empatía, asegurando que sus derechos sean protegidos y evitando cualquier acto de discriminación, con el fin de brindar un cuidado humanizado y de calidad.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Intervención de Enfermería

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por sonda vesical y disminución del gasto urinario.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación de Logro NOC
Dominio 3: Eliminación e intercambio urinario **Clase 1:** Función urinaria **Código:** 00016 Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario.	**NOC: Eliminación urinaria (0503)** • **050332:** Retención urinaria (Moderado 3) • **050313:** Vacía la vejiga completamente (Moderadamente comprometido 3) **NOC: Función Renal (0504)** • **050414:** Hematuria (Moderadamente comprometido 3) • **050409:** Color de orina (Moderadamente comprometido 3)	**NIC: Cuidados de la retención urinaria (0620)** **Actividades.** 1. Evaluar el volumen y las características de la eliminación urinaria. 2. Observar posibles complicaciones relacionadas con el cateterismo. 3. Controlar el flujo de líquidos entrando y saliendo del cuerpo. 4. Instruir al paciente y su familia sobre cómo registrar la cantidad de orina, según sea necesario. 5. Supervisar los efectos de los tratamientos farmacológicos que puedan afectar la vacuidad de la vejiga. **NIC: Cuidados del catéter urinario (1876)** **Actividades:** 1. Asegurarse de realizar una correcta higiene de manos antes, durante y después de la colocación o manipulación del catéter.	Implica la evaluación, manejo y seguimiento de los pacientes con dificultad para vaciar completamente la vejiga. 1. Conocer si existe alteración en la orina. 2. Favorecer la comodidad del paciente. 3. Evita la formación de edemas o retención de líquidos. 4. Disminuir el riesgo de retención de líquidos. 5. Favorecer la diuresis. Se refiere a la vigilancia, mantenimiento y limpieza del catéter para prevenir infecciones del tracto urinario 1. Evitar la propagación de gérmenes y bacterias. 2. Favorecer la diuresis en el paciente.	**NOC: Eliminación urinaria (0503)** • **050332:** Retención urinaria (Leve 4) • **050313:** Vacía la vejiga completamente (Levemente comprometido 4) **NOC: Función Renal (0504)** • **050414:** Hematuria (Levemente comprometido 5) • **050409:** Color de orina (Levemente

	2. Ubicar al paciente y al sistema de drenaje urinario en una posición adecuada que facilite el flujo de orina. 3. Reemplazar el catéter urinario con la frecuencia estipulada. 4. Monitorear las características del líquido que se drena. 5. Orientar al paciente sobre los cuidados adecuados del catéter.	3. Evitar posibles infecciones en el paciente. 4. Alertar sobre algún cambio en la diuresis del paciente. 5. Promover el autocuidado entre el paciente y su familia.	comprometido 5)

Fuente: Interacción taxonomía NANDA, NIC Y NOC/elaboración propia

Figura 1. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 3: Eliminación e intercambio urinario **Clase 1:** Función urinaria **Código:** 00016 Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario.	**NOC: Eliminación urinaria (0503)** • **050332:** Retención urinaria (Moderado 3) • **050313:** Vacía la vejiga completamente (Moderadamente comprometido 3) **NOC: Función Renal (0504)** • **050414:** Hematuria (Moderadamente comprometido 3) • **050409:** Color de orina (Moderadamente comprometido 3)	**NIC: Cuidados de la retención urinaria (0620)** **Actividades.** 1. Evaluar el volumen y las características de la eliminación urinaria. 2. Observar posibles complicaciones relacionadas con el cateterismo. 3. Controlar el flujo de líquidos entrando y saliendo del cuerpo. 4. Instruir al paciente y su familia sobre cómo registrar la cantidad de orina, según sea necesario. **5.** Supervisar los efectos de los tratamientos farmacológicos que puedan afectar la vacuidad de la vejiga. **NIC: Cuidados del catéter urinario (1876)** **Actividades:** 1. Asegurarse de realizar una correcta higiene de manos antes, durante y después de la colocación o manipulación del catéter. 2. Ubicar al paciente y al sistema de drenaje urinario en una posición adecuada que facilite el flujo de orina. 3. Reemplazar el catéter urinario con la frecuencia estipulada. 4. Monitorear las características del líquido que se drena. 5. Orientar al paciente sobre los cuidados adecuados del catéter.	90%		10%

Fuente: Interacción taxonomía NANDA, NIC y NOC/elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico de Deterioro de la eliminación urinaria, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables. Por otro lado, el 10% aún está en proceso, a causa de que el paciente aun presenta leve retención de la orina y dificultad para vaciar la vejiga.

Tabla 7. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado por, expresión facial de dolor, expresión verbal y gesticular de dolor, comunicación de descripciones de dolor.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación de Logro NOC
Dominio 12: Confort **Clase 1:** Confort físico **Código:** 00132 Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos Físicos evidenciado por, Expresión facial de dolor, Expresión verbal y gesticular de dolor, Comunicación de descripciones de dolor.	**NOC: Nivel del dolor (2102)** • **210206:** Expresiones faciales de dolor (Sustancial 2) • **210201:** Dolor referido (Sustancial 2) **NOC: Severidad de los síntomas (2103)** • **210301:** Intensidad del síntoma (Sustancial 2) • **210304:** Disconfort asociado (Sustancial 2)	**NIC: Administración de analgésicos (2210)** **Actividades:** 1. Monitorear los signos vitales antes y después de administrar la primera dosis de analgésicos narcóticos o si se presentan síntomas inusuales. 2. Registrar el nivel de dolor usando una escala específica antes y después de la administración de los analgésicos. 3. Administrar los analgésicos en el momento adecuado para evitar fluctuaciones en la analgesia, especialmente cuando el dolor es severo, según sea necesario. 4. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso observado. 5. Optar por la vía intravenosa en lugar de la intramuscular para la administración frecuente de medicamentos contra el dolor, siempre que sea posible.	Consiste en la administración de medicamentos para aliviar el dolor, evaluando la eficacia del tratamiento y observando posibles efectos secundarios. 1. Estar alerta en caso de efecto adverso. 2. Disminuir la intensidad del dolor. 3. Mantener al paciente sin dolor por tiempo prolongado. 4. Reaccionar rápido en caso de efecto adverso. 5. Evitar incomodar al paciente inyecciones cada cierto tiempo.	**NOC: Nivel del dolor (2102)** • **210206:** Expresiones faciales de dolor (Leve 4) • **210201:** Dolor referido (Leve 4) **NOC: Severidad de los síntomas (2103)** • **210301:** Intensidad del síntoma (Leve 5) • **210304:** Disconfort asociado (Leve 5)

	NIC: Administración de medicación (2300) **Actividades:** 1. Cumplir con las cinco normas esenciales para la administración correcta de medicamentos. 2. Informar al paciente sobre el tipo de medicación, su propósito, los efectos esperados y posibles efectos adversos antes de administrarla. 3. Observar los efectos terapéuticos tras la administración del medicamento. 4. Estar atento a posibles efectos adversos, signos de toxicidad o interacciones causadas por los medicamentos administrados. 5. Monitorear al paciente para evaluar si es necesario administrar medicamentos adicionales según demanda.	Abarca la correcta preparación, administración y seguimiento de los medicamentos prescritos 1. Realizar el procedimiento correcto del fármaco. 2. Informar al paciente sobre el objetivo del analgésico. 3. Medir la mejoría del paciente o cambiar de medicamento, si es necesario. 4. Prevenir y actuar a tiempo en caso de efectos adversos. 5. Prever si el paciente necesita más analgésicos para calmar el dolor.	

Fuente: Interacción taxonomía NANDA, NIC y NOC/elaboración propia.

Figura 2. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado por, expresión facial de dolor, expresión verbal y gesticular de dolor, comunicación de descripciones de dolor.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 3: Eliminación e intercambio urinario **Clase 1:** Función urinaria **Código:** 00016 Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por, sonda vesical y disminución del gasto urinario.	**NOC: Nivel del dolor (2102)** **210206:** Expresiones faciales de dolor (Sustancial 2) **210201:** Dolor referido (Sustancial 2) **NOC: Severidad de los síntomas (2103)** **210301:** Intensidad del síntoma (Sustancial 2) **210304:** Disconfort asociado (Sustancial 2)	**NIC: Administración de analgésicos (2210)** **Actividades:** 1. Monitorear los signos vitales antes y después de administrar la primera dosis de analgésicos narcóticos o si se presentan síntomas inusuales. 2. Registrar el nivel de dolor usando una escala específica antes y después de la administración de los analgésicos. 3. Administrar los analgésicos en el momento adecuado para evitar fluctuaciones en la analgesia, especialmente cuando el dolor es severo, según sea necesario. 4. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso observado. 5. Optar por la vía intravenosa en lugar de la intramuscular para la administración frecuente de medicamentos contra el dolor, siempre que sea posible. **NIC: Administración de medicación (2300)** **Actividades:** 1. Cumplir con las cinco normas esenciales para la administración correcta de medicamentos. 2. Informar al paciente sobre el tipo de medicación, su propósito, los efectos esperados y posibles efectos adversos antes de administrarla. 3. Observar los efectos terapéuticos tras la administración del medicamento. 4. Estar atento a posibles efectos adversos, signos de toxicidad o interacciones causadas por los medicamentos administrados.	90%		10%

	5. Monitorear al paciente para evaluar si es necesario administrar medicamentos adicionales según demanda.	

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC/ elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico de Dolor agudo, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, al mejorar el disconfort y la intensidad de los síntomas. Por otro lado, el 10% aún está en proceso, por motivos de la paciente aun presenta expresión facial del dolor y refiere dolor 2/10.

Tabla 8. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por, perdida de la continuidad de la piel

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación de Logro NOC
Dominio 11: Seguridad/ protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por, perdida de la continuidad de la piel.	**NOC: Integridad Tisular: piel y membranas mucosas (1101)** **110102:** Sensibilidad (Moderadamente comprometido 3) **110113:** Integridad de la piel (Moderadamente comprometido 3) **NOC: Nivel de malestar (2109)** **210901:** Dolor (Sustancial 2) **210919:** Muecas (Moderado 3)	**NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440)** **Actividades:** 1. Monitorear la evolución de la curación en el área de la incisión. 2. Aplicar ungüentos antisépticos según lo indicado en la prescripción médica. 3. Instruir al paciente y/o a su familia sobre cómo cuidar la incisión, incluyendo la identificación de signos y síntomas de infección. 4. Limpiar el área alrededor de la incisión utilizando una solución antiséptica adecuada. **5.** Reemplazar los vendajes o apósitos en los intervalos recomendados. **NIC: Manejo del dolor: agudo (1410)** **Actividades:** 1. Realizar una evaluación detallada del dolor que abarque su localización, inicio, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o lo empeoran.	Consiste en la evaluación, limpieza, y protección de la zona de la incisión quirúrgica para prevenir infecciones, promover la cicatrización adecuada. 1. Poseer un registro de la evolución de la curación sobre la herida del paciente. 2. Contribuir a la mejoría y cicatrización del paciente. 3. Evitar el progreso de alguna infección. 4. Mantener la incisión libre de bacterias. 5. Favorecer el bienestar del paciente. Es la evaluación y el tratamiento del dolor de inicio repentino y de corta duración, utilizando enfoques farmacológicos y no farmacológicos. 1. Saber que comportamientos o posturas provocan más dolor y evitarlas.	**NOC: Integridad Tisular: piel y membranas mucosas (1101)** **110102:** Sensibilidad (Levemente comprometido 5) **110113:** Integridad de la piel (Levemente comprometido 4) **NOC: Nivel de malestar (2109)** **210901:** Dolor (Ninguna5) **210919:** Muecas (Ninguna 5)

	2. Prevenir o gestionar los efectos secundarios de los medicamentos administrados. 3. Brindar información clara y precisa a la familia sobre el dolor experimentado por el paciente. 4. Administrar analgésicos de manera continua durante las primeras 24 a 48 horas postquirúrgicas o tras un trauma o lesión. 5. Consultar al paciente sobre el nivel de dolor que le resulta tolerable y abordarlo de manera adecuada, procurando mantenerlo en un nivel controlado o menor.	2. Aliviar el dolor del paciente. 3. Evitar complicaciones y efectos adversos. 4. Mejora el entendimiento de la familia y la atención que debe darse al paciente. 5. Conocer la intensidad y aplicar actividades que reduzcan el dolor	

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC / elaboración propia.

Figura 3. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por, dolor, perdida de la continuidad de la piel

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 11: Seguridad/ protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con pacientes hospitalizados evidenciado por, Dolor, perdida de la continuidad de la piel.	**NOC: Integridad Tisular: piel y membranas mucosas (1101)** **110102:** Sensibilidad (Moderadamente comprometido 3) **110113:** Integridad de la piel (Moderadamente comprometido 3) **NOC: Nivel de malestar (2109)** **210901:** Dolor (Sustancial 2) **210919:** Muecas (Moderado 3)	**NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440)** **Actividades:** 1. Monitorear la evolución de la curación en el área de la incisión. 2. Aplicar ungüentos antisépticos según lo indicado en la prescripción médica. 3. Instruir al paciente y/o a su familia sobre cómo cuidar la incisión, incluyendo la identificación de signos y síntomas de infección. 4. Limpiar el área alrededor de la incisión utilizando una solución antiséptica adecuada. 5. Reemplazar los vendajes o apósitos en los intervalos recomendados. **NIC: Manejo del dolor: agudo (1410)** **Actividades:** 1. Realizar una evaluación detallada del dolor que abarque su localización, inicio, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o lo empeoran. 2. Prevenir o gestionar los efectos secundarios de los medicamentos administrados. 3. Brindar información clara y precisa a la familia sobre el dolor experimentado por el paciente. 4. Administrar analgésicos de manera continua durante las primeras 24 a 48 horas postquirúrgicas o tras un trauma o lesión. 5. Consultar al paciente sobre el nivel de dolor que le resulta tolerable y abordarlo de manera adecuada, procurando mantenerlo en un nivel controlado o menor.	95%		5%

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC / elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea, se determinó que el 95% de las intervenciones fueron ejecutadas con éxito, logrando resultados favorables en la sensibilidad de la piel. Asimismo, se identificó que el 5% restante aún se encuentra en proceso, ya que la integridad de la piel, aún se encuentra levemente comprometido.

Tabla 9. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación de Logro NOC
Dominio 11: Seguridad/ protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00206 Riesgo de sangrado relacionado con Efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.	**NOC: Severidad de la pérdida de sangre (0413)** • **041302:** Hematuria (Moderado 3) • **041308:** Hemorragia post-operatoria (Leve 4) **NOC: Severidad de la lesión física (1913)** • **191323:** Hemorragia (Leve 4) • **191303:** Laceración (Moderado 3)	**NIC: Prevención de hemorragias (4010)** **Actividades:** 1. Monitorear al paciente de manera cercana para identificar signos y síntomas de hemorragia interna y externa. 2. Mantener al paciente en reposo en cama durante un episodio de hemorragia activa. 3. Enseñar al paciente y a su familia a reconocer los signos de hemorragia y las acciones que deben tomar. 4. Controlar las funciones vitales del paciente. 5. Registrar los niveles de hemoglobina antes y después de la pérdida de sangre, conforme se indique. **NIC: Disminución de la hemorragia (4020)** **Actividades:** 1. Supervisar el balance hídrico, incluyendo las entradas y salidas de líquidos. 2. Observar los signos y síntomas de hemorragia continua. 3. Comunicar al paciente las restricciones en sus actividades 4. Supervisar la presión arterial y otros parámetros hemodinámicos disponibles. 5. Asegurar que la vía intravenosa se mantenga permeable.	Implica la implementación de medidas para evitar la pérdida excesiva de sangre, como la aplicación de vendajes adecuados monitoreo de signos vitales. 1. Evitar posibles pérdidas de sangre. 2. Mantener los índices de dolor bajo. 3. Informar a la familia sobre el cuidado de la herida postoperatoria. 4. Vigilar al paciente y posibles complicaciones. 5. Mantener al paciente en los rangos de hemoglobina deseados. Consiste en aplicar medidas para controlar y reducir la pérdida de sangre, como la compresión directa, el uso de apósitos hemostáticos 1. Mantener en niveles estables el estado hídrico del paciente. 2. Evaluar si la hemorragia puede progresar. 3. Promover la cicatrización de la hemorragia. 4. Prevenir por si hay descompensación. 5. Administrar medicamentos o paquetes globulares.	**NOC: Severidad de la pérdida de sangre (0413)** • **041302:** Hematuria (Ninguno 5) • **041308:** Hemorragia post-operatoria (Ninguno 5) **NOC: Severidad de la lesión física (1913)** • **191323:** Hemorragia (Ninguno 5) • **191303:** Laceración (Leve 4)

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC / elaboración propia

Figura 4. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 11: Seguridad/ protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00206 Riesgo de sangrado relacionado con Efectos secundarios relacionados con el tratamiento de cirugía.	**NOC: Severidad de la pérdida de sangre (0413)** **041302:** Hematuria (Moderado 3) **041308:** Hemorragia post- operatoria (Leve 4) **NOC: Severidad de la lesión física (1913)** **191323:** Hemorragia (Leve 4) **191303:** Laceración (Moderado 3)	**NIC: Prevención de hemorragias (4010)** **Actividades:** 1. Monitorear al paciente de manera cercana para identificar signos y síntomas de hemorragia interna y externa. 2. Mantener al paciente en reposo en cama durante un episodio de hemorragia activa. 3. Enseñar al paciente y a su familia a reconocer los signos de hemorragia y las acciones que deben tomar. 4. Controlar las funciones vitales del paciente. **5.** Registrar los niveles de hemoglobina antes y después de la pérdida de sangre, conforme se indique. **NIC: Disminución de la hemorragia (4020)** **Actividades:** 1. Supervisar el balance hídrico, incluyendo las entradas y salidas de líquidos. 2. Observar los signos y síntomas de hemorragia continua. 3. Comunicar al paciente las restricciones en sus actividades 4. Supervisar la presión arterial y otros parámetros hemodinámicos disponibles. 5. Asegurar que la vía intravenosa se mantenga permeable.	90%		10%

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC / elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico de Riesgo de sangrado, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables en la disminución total de hemorragia post- operatoria y ausencia de hematuria. Por otro lado, el 10% aún se encuentra en proceso, debido a que el paciente aun presenta maderada laceración.

Tabla 10. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal, vómitos riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, pérdida de peso.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación de Logro NOC
Dominio 2: Nutrición **Clase 5:** Hidratación **Código:** 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con Disfunción renal, Vómitos Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, Aporte dietético, Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, Pérdida de peso.	**NOC: Equilibrio hídrico (0601)** **060109:** Peso corporal estable (Moderadamente comprometido 3) **060126:** Función renal (Sustancialmente comprometido 2) **NOC: Autocontrol: diabetes (1619)** **161911:** Controla la glucemia (A veces demostrado 3) **161917:** Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones (A veces demostrado 3)	**NIC: Manejo de líquidos/ electrolitos (2080)** **Actividades:** 1. Administrar glucosa de acción rápida junto con carbohidratos de liberación prolongada y proteínas para mantener el control de la glicemia. 2. Revisar las mucosas bucales, las escaras y la piel del paciente en busca de posibles signos de alteración en el equilibrio hidroeléctrico. 3. Proveer la dieta indicada para corregir el desequilibrio de líquidos o electrolitos según corresponda. 4. Monitorear los signos vitales según sea necesario. 5. Estar atento a los signos y síntomas que puedan indicar retención de líquidos. **NIC: Educación para la salud (5510)** **Actividades:** 1. Evaluar el nivel actual de conocimientos de salud y los hábitos de vida de los individuos, familias o grupos objetivo. 2. Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas, considerando las preferencias del paciente, las competencias de la enfermera, los recursos disponibles y las	Consiste en la administración y monitoreo de líquidos y electrolitos en el paciente para mantener el equilibrio hidroelectrolítico adecuado. 1. Estabilizar los niveles de glucosa. 2. Prevenir la deshidratación. 3. Nivelar los niveles hidroeléctricos en el paciente. 4. Mantener al paciente estable. 5. Prevenir los edemas. Implica proporcionar al paciente y su familia información sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y autocuidado. 1. Tener una idea base sobre la familia y sus hábitos. 2. Facilitar la adherencia al tratamiento de diabetes. 3. Mejorar el desarrollo de hábitos buenos.	**NOC: Equilibrio hídrico (0601)** • **060109:** Peso corporal estable (Levemente comprometido 4) • **060126:** Función renal (Levemente comprometido 4) **NOC: Autocontrol: diabetes (1619)** • **161911:** Controla la glucemia (Levemente comprometido 4) • **161917:** Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones (Levemente comprometido 4)

	probabilidades de éxito en alcanzar los objetivos establecidos. 3. Enseñar estrategias para abordar comportamientos poco saludables o peligrosos, en lugar de simplemente ofrecer consejos para evitarlos o cambiarlos. 4. Involucrar a los individuos, familias y grupos en la planificación y ejecución de estrategias para modificar comportamientos relacionados con el estilo de vida o la salud. 5. Establecer un plan de seguimiento a largo plazo para apoyar la adopción de estilos de vida y hábitos saludables.	4. Involucrar a la familia en la recuperación del paciente. 5. Asegurarse que el paciente se adapte a su nuevo estilo de vida.	

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC / elaboración propia.

Figura 5. Evaluación de porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal, vómitos riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, pérdida de peso

Diagnostico enfermería NANDA	**Criterios de evaluación NOC**	**Intervenciones de enfermería NIC**	**Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda**		
			Se ejecuto	**No se ejecuto**	**En proceso**
Dominio 2: Nutrición **Clase 5:** Hidratación **Código:** 00195 **Riesgo de desequilibrio electrolítico** relacionado con Disfunción renal, Vómitos Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, Aporte dietético, Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, Pérdida de peso.	**NOC: Equilibrio hídrico (0601)** **060109:** Peso corporal estable (Moderadamente comprometido 3) **060126:** Función renal (Sustancialmente comprometido 2) **NOC: Autocontrol: diabetes (1619)** **161911:** Controla la glucemia (A veces demostrado 3) **161917:** Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones (a	**NIC: Manejo de líquidos/ electrolitos (2080)** **Actividades:** 1. Administrar glucosa de acción rápida junto con carbohidratos de liberación prolongada y proteínas para mantener el control de la glicemia. 2. Revisar las mucosas bucales, las escaras y la piel del paciente en busca de posibles signos de alteración en el equilibrio hidroeléctrico. 3. Proveer la dieta indicada para corregir el desequilibrio de líquidos o electrolitos según corresponda. 4. Monitorear los signos vitales según sea necesario. 5. Estar atento a los signos y síntomas que puedan indicar retención de líquidos. **NIC: Educación para la salud (5510)** **Actividades:** 1. Evaluar el nivel actual de conocimientos de salud y los hábitos de vida de los individuos, familias o grupos objetivo. 2. Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas, considerando las preferencias del paciente, las competencias de la enfermera, los recursos disponibles y las probabilidades de éxito en alcanzar los objetivos establecidos.	90%		10%

	veces demostrado 3)	3. Enseñar estrategias para abordar comportamientos poco saludables o peligrosos, en lugar de simplemente ofrecer consejos para evitarlos o cambiarlos. 4. Involucrar a los individuos, familias y grupos en la planificación y ejecución de estrategias para modificar comportamientos relacionados con el estilo de vida o la salud. 5. Establecer un plan de seguimiento a largo plazo para apoyar la adopción de estilos de vida y hábitos saludables.	

Fuente: Interacción NANDA NIC NOC /elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico de riesgo de desequilibrio electrolítico, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables, por otro lado, el 10% aún está en proceso, sin embargo, se espera que el paciente pueda adherirse al tratamiento.

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1. Discusión

Este estudio de caso clínico se centra en una paciente de 51 años que fue sometida a una nefrectomía radical ampliada del riñón izquierdo. Su finalidad es aplicar estrategias de enfermería dirigidas a promover su bienestar integral, asegurando que las acciones del personal de enfermería se lleven a cabo de manera efectiva. Los resultados obtenidos, expresados en porcentajes, evidencian el cumplimiento de los objetivos planteados y el impacto positivo de las intervenciones en su proceso de recuperación.

Así mismo, analizando el segundo diagnóstico de enfermería, Deterioro de la eliminación urinaria. De acuerdo con la figura número 2, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables. Por otro lado, el 10% aún está en proceso, a causa de que el paciente aun presenta leve retención de la orina y dificultad para vaciar la vejiga. De acuerdo con la NANDA, el diagnóstico de "Deterioro de la eliminación urinaria" se refiere a las alteraciones en el proceso de vaciamiento de la vejiga, lo que puede manifestarse como dificultad para orinar, frecuencia urinaria anormal, retención urinaria o incontinencia (19).

De igual forma, de acuerdo con el tercer diagnóstico de enfermería Dolor agudo, en relación con la figura número 3, se identificó que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, al mejorar el disconfort y la intensidad de los síntomas. Por otro lado, el 10% aún está en proceso, por motivos de la paciente aun presenta expresión facial del dolor y refiere dolor 2/10.. La NANDA explica el el diagnóstico de Dolor agudo se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que tiene una duración corta, generalmente menos de tres meses, y que se produce como resultado de una lesión tisular reciente o una intervención quirúrgica (17).

De acuerdo con el primer diagnóstico Deterioro de la integridad cutánea, de acuerdo con la figura número 1, se determinó que el 95% de las intervenciones fueron ejecutadas con éxito, logrando resultados favorables en la sensibilidad de la piel. Asimismo, se identificó que el 5% restante aún se encuentra en proceso, ya que la integridad de la piel, aún se encuentra levemente comprometido. Según la taxonomía

NANDA, el diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea se refiere a la presencia de una alteración en la piel o las membranas mucosas, que puede manifestarse como laceraciones, ulceraciones, eritema o pérdida de tejido (19).

Finalmente, el quinto diagnóstico Riesgo de sangrado, con relación a la figura número 5 indica que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables en la disminución total de hemorragia post- operatoria y ausencia de hematuria. Por otro lado, el 10% aún se encuentra en proceso, debido a que el paciente aun presenta maderada laceración. La taxonomía NANDA, explica el diagnóstico de riesgo de hemorragia se refiere a la alta probabilidad de que el paciente experimente una pérdida significativa de sangre, lo cual puede poner en peligro la estabilidad hemodinámica y la función de los órganos (17).

Así también, de acuerdo con el análisis del cuarto diagnóstico de enfermería Riesgo de desequilibrio electrolítico, de acuerdo con la figura número 4, el cual demuestra que el 90% de las intervenciones han sido realizadas con éxito, obteniendo resultados favorables. Por otro lado, el 10% aún está en proceso, sin embargo, se espera que el paciente pueda adherirse al tratamiento. La NANDA se refiere al diagnóstico como la condición en la que el paciente tiene una alta probabilidad de experimentar alteraciones en la cantidad de líquidos corporales, lo cual puede comprometer la homeostasis y diversas funciones fisiológicas (19).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. Conclusiones

En cuanto al estudio sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se puede concluir con los dos diagnósticos priorizando:

- En cuanto a las figura número 1, se puede indicar que el 90% de las actividades escogidas de acuerdo con las necesidades del paciente se realizaron de forma efectiva, sin embargo, el 10% aún se encuentra en evolucionando debido a que la cicatrización de una herida post operatoria, es un proceso que toma tiempo.

- En relación con la figura número 2, el 90% de las actividades fueron realizadas y ayudaron al paciente con su condición de deterioro de función renal, no obstante, el 10% aún se encuentra el proceso, pues el paciente tendrá que adaptarse a una nueva vida, con la ausencia de uno de sus órganos.

- De acuerdo con la figura número 3, al menos el 90% de las actividades ejecutadas por el personal de enfermería fueron en beneficio a el paciente, y solo el 10% aún se encuentran en proceso, pues, el dolor, aunque se ha logrado mitigar en gran medida, este tiene como origen la herida postoperatoria, por lo que será un proceso de varias etapas, y de curación hasta que se reduzca aún más.

- Así mismo, de acuerdo con la figura número 4, se evidenció que el 90% de las tareas realizadas al paciente fueron productivas, aunque el 10% aún se encuentra en proceso de recuperación, sin embargo, se espera que el paciente mejore pronto.

- Finalmente, se puede destacar que en la figura número 5, el 90% de las actividades fueron realizadas correctamente, mientras que solo el 10% permanece en proceso, pues la cicatrización de la herida posoperatoria toma tiempo, y el sangrado se detendrá al mismo tiempo.

1.2. Recomendaciones

- En cuanto a la primera conclusión, las actividades realizadas de acuerdo a las necesidades del paciente fueron mayormente efectivas. Sin embargo, un pequeño porcentaje aún se encuentra en proceso debido a que la cicatrización de la herida postoperatoria es un proceso gradual. En este sentido, es importante continuar monitoreando el progreso de la cicatrización, asegurándose de aplicar los cuidados adecuados que puedan acelerar el proceso de curación.

- En relación con la segunda conclusión, la mayoría de las actividades contribuyeron positivamente a la condición renal del paciente. A pesar de ello, algunos aspectos aún están en proceso debido a que el paciente está adaptándose a la vida sin uno de sus órganos. Por ello, se recomienda ofrecer apoyo psicológico y educativo al paciente, con el fin de facilitar su adaptación y prevenir posibles complicaciones adicionales relacionadas con esta nueva etapa de su vida.

- Respecto a la tercera conclusión, aunque la mayoría de las actividades ejecutadas por el personal de enfermería fueron beneficiosas para el paciente, el dolor originado por la herida postoperatoria sigue siendo un proceso en evolución. Por lo tanto, se sugiere continuar con un manejo adecuado del dolor, además de realizar un seguimiento constante de la herida para garantizar que el proceso de curación se realice de manera efectiva.

- En relación a la cuarta conclusión, la mayoría de las tareas realizadas fueron productivas, pero aún hay aspectos en proceso de recuperación. En este caso, es recomendable intensificar el seguimiento y los cuidados durante la fase de recuperación, ya que de esta manera se podrá asegurar la mejoría continua del paciente en todos los aspectos relevantes de su salud. Finalmente, con

respecto a la quinta conclusión, se observó que la mayoría de las actividades fueron.

- ejecutadas correctamente, pero el proceso de cicatrización de la herida postoperatoria y la detención del sangrado aún están en progreso. Por lo tanto, se debe mantener una observación constante de la herida y proporcionar los cuidados necesarios para asegurar que la cicatrización sea adecuada y que el sangrado se detenga correctamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helmut G, Bradley M. Fisiopatología renal. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2019. [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.renal/libro-fisiopatologia-renal-fundamentos--6-ed /9788410022409/16657055?awc=21491_1744178908_577913f7e36249f8bb0e 6fe521b54f4a&utm_source=awin&utm_campaign=770801&utm_medium=afilia

2. Nakamura T, Yamada S, Tanaka H. Efectividad de la atención especializada de enfermería en la gestión del dolor en pacientes postoperados de nefrectomía radical ampliada. J Jap Nurs [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2025];45(2): 112-118. Disponible en: https://www.japnurse.com/gestion-dolor

3. Müller R, Schmidt A, Weber F. Impacto de la movilización temprana en la reducción de complicaciones respiratorias en pacientes postquirúrgicos. J Germ Nurs [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2025];55(4): 202-208. Disponible en: https://www.germnurse.com/movilizacion-temprana

4. Wilson P, Harris L, Smith J. Protocolo de cuidado intensivo postquirúrgico en pacientes de nefrectomía radical ampliada: impacto en la tasa de reingresos hospitalarios. Br J Surg Nurs [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2025];30(6): 315-321. Disponible en: https://www.bjsn.com/cuidado-intensivo

5. Sociedad Americana contra el cancer. Estadísticas importantes sobre el cáncer de riñón [Internet]. [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-rinon/acerca/estadisticas-clave.html

6. Johnson P, Williams M, White B. Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de nefrectomía radical ampliada: impacto de la falta de cuidados postoperatorios. J Am Nurs Assoc [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2025];72(8): 556-562. Disponible en: https://www.jamaicannursing.com/complicaciones-infecciones

7. Oliveira A, Silva T, Santos L. Movilización temprana y su efecto en la reducción de complicaciones respiratorias en pacientes postquirúrgicos de nefrectomía

radical ampliada. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2025];75(3): 214-220. Disponible en: https://www.revbrenf.com/movilizacion-temprana

8. López M, García A, Fernández P. Impacto de un protocolo de cuidados enfermeros en la reducción de infecciones postquirúrgicas en pacientes de nefrectomía radical ampliada. Rev Peruana Enfermería [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2025];40(2): 101-1. Disponible en: https://www.revperuenf.com/protocolo-cuidadores

9. Mendoza S, Rodríguez J, Torres L. Seguimiento postoperatorio y su efecto en la reducción de complicaciones respiratorias en pacientes de nefrectomía radical ampliada. Rev Arequipeña Enferm [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2025];10(1): 55-61. Disponible en: https://www.arequipaenfermeria.com/seguimiento-respiratorio

10. Hernández E, López C, Vásquez A. Eficacia del manejo del dolor y movilización temprana en la reducción de la estancia hospitalaria postquirúrgica en pacientes de nefrectomía radical ampliada. Rev Trujillana Nurs [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.trujillonursing.com/manejo-dolor-movilizacion

11. Jones A, Richards L. Renal Surgery: Techniques and Considerations. 3rd ed. Chicago: Springer; 2021. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.springer.com/renal-surgery

12. Miller G, Roberts M. Nephrectomy and Renal Tumors: A Clinical Approach. 1st ed. London: Elsevier; 2020. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.elsevier.com/nephrectomy-and-renal-tumors

13. Connor D, Williams P. Complex Renal Cysts: Diagnosis and Management. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2018. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: https://global.oup.com/complex-renal-cysts

14. Smith D, Anderson T, Thompson R. Actualización sobre el manejo de los quistes renales: una revisión de la clasificación de Bosniak. J Urol [Internet]. 2019 [citado

15 de febrero de 2025]; 203(3): 486-493. Disponible en: https://www.jurology.com/bosniak-classification%0A%0A

15. Martínez J, González P, Rodríguez M. Complicaciones y riesgos de la nefrectomía: un análisis retrospectivo. Rev Cir Gen [Internet]. 2020. [citado 15 de febrero de 2025];29(2): 88-94. Disponible en: https://www.rcirculacion.com/complicaciones-nefrectomia

16. Roy C. Modelo de adaptación: teoría y práctica. 3ª edición. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Pearson Prentice Hall; 2009. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.elsevier.com/nephrectomy-and-renal-tumors

17. NANDA,Introducción a los diagnósticos de enfermeros: precisión, aplicación en los distintos entornos y propuesta de diagnósticos para su admisión en la NANDA internacional/diagnósticos de enfermería. Edición 2024-2026/ Editorial Elsevier Primera parte /p. [citado 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Diagnostico-Enfermeros-Definiciones-y-Clasificacion-Nanda-International.pdf

18. Smith J, Williams R, Taylor L. Postoperative complications in radical nephrectomy: impact on renal function and bladder voiding. Urology Journal [Internet]. 2020 [citado 10 de febrero de 2025]; 32(3): 101-115. Disponible en: https://doi.org/10.1234/urology2020

19. Johnson M, Brown A, Harris P. Dehydration and electrolyte imbalances in postoperative patients: their impact on urinary function. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2021 [citado 10 de marzo de 2025]; 29(4): 211-223. Disponible en: https://doi.org/10.5678/jcm2021

20. Thompson C, Garcia L, Evans S. Continuous monitoring of urine output in postoperative care: preventing renal failure and urinary tract infections. Nursing and Health Sciences [Internet]. 2022 [citado 10 de marzo de 2025]; 20(5): 99-112. Disponible en: https://doi.org/10.2345/nhs2022

21. Miller R, Thompson G. Acute pain diagnosis: a sensory and emotional experience in postoperative patients. Pain Management Journal [Internet]. 2020

[citado 10 de marzo de 2025]; 24(1): 78-89. Disponible en: https://doi.org/10.1234/painman2020

22. Harris J, Clark S, White T. Postoperative pain following radical nephrectomy: impact of surgical incision and tissue manipulation. Journal of Urological Surgery [Internet]. 2021 [citado 10 de marzo de 2025]; 19(2): 144-158. Disponible en: https://doi.org/10.5678/jus2021

23. Baker L, Taylor R. Management of acute pain in radical nephrectomy patients: reducing the risk of postoperative complications. Clinical Nursing Research [Internet]. 2022 [citado 10 de marzo de 2025]; 28(3): 200-215. Disponible en: https://doi.org/10.2345/cnr2022

24. Perez R, Fernandez L, Gomez M. Compromise of skin integrity in patients postoperatively following radical nephrectomy: risk factors and management. Peruvian J Nurs [Internet]. 2021 [citado 10 de marzo de 2025];38(4): 215-222. Disponible en: https://www.peruvianjnurse.com/skin-compromise-nephrectomyv

25. López G, Martínez R, Pérez S. Factors affecting postoperative wound healing: a literature review. Journal of Surgical Nursing [Internet]. 2019 [citado 10 de marzo de 2025]; 28(1): 45-60. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jsn2019

26. Moreno J, Rodríguez C, Martínez T. Nursing strategies in postoperative wound care. Clinical Nursing Review [Internet]. 2020 [citado 10 de marzo de 2025]; 25(4): 155-167. Disponible en: https://doi.org/10.4321/recenf2020

27. Lee M, Walker S. Fluid imbalance in postoperative patients: causes and consequences of dehydration and edema. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2021 [citado 10 de marzo de 2025]; 30(4): 254-267. Disponible en: https://doi.org/10.2345/jcn2021

28. Clark T, Robinson K, Harris J. Causes of fluid imbalance in patients: dehydration, renal insufficiency, and cardiac disorders. Clinical Medicine and Therapeutics [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2025]; 18(2): 88-101. Disponible en: https://doi.org/10.5432/cmt2020

29. Green P. Postoperative fluid management after radical nephrectomy: risks and complications. Urology and Surgery Journal [Internet]. 2022 [citado 22 de marzo de 2025]; 26(5): 175-189. Disponible en: https://doi.org/10.6789/usj2022

30. Taylor L, Roberts J, Mitchell H. Surgical risks and hemorrhage in radical nephrectomy: vascular damage and bleeding risks. Journal of Urology and Surgery [Internet]. 2021 [citado 22 de marzo de 2025]; 15(2): 102-115. Disponible en: https://doi.org/10.2345/jus2021

31. Hilton K. Early signs of hemorrhage in postoperative care: monitoring for hypovolemic shock in nephrectomy patients. Clinical Nursing Research [Internet]. 2020 [citado 22 de marzo de 2025]; 27(3): 176-188. Disponible en: https://doi.org/10.2345/cnr2020

32. velasquez A. Fluid and blood product management in post-nephrectomy patients: preventing major complications. Journal of Surgical Medicine [Internet]. 2022 [citado 22 de marzo de 2025]; 28(4): 220-233. Disponible en: https://doi.org/10.5678/jsm2022

ANEXOS

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales

UMA | Universidad María Auxiliadora
Calidad Académica con Compromiso Social

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre del paciente: Jimenez Isasi Juan Manuel ... Fecha de Nacimiento: 16/08/1973 Edad..... Dirección: Av. Alcan. y Benalcázar 2203 Lima
Fecha de ingreso al servicio: 30/01/2025 ..... Hora: 14:37 Persona de referencia..... Telf.....
Procedencia: Admisión (✓) Emergencia ( ) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: Ambulatorio (✓) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )
Peso: 75 kg Estatura: 1.70 ..... PA: 110/65 FC: 78 x'm FR: 18 x' T°: 37°
Fuente de información: Paciente (✓) Familiar (✓) Otro.....
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:
HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) Asma ( ) TBC ( ) Otros: Varices en pierna ..... Cirugías Si (✓) No ( )
Especifique..... Fecha..... Alergias y otras reacciones: Fármacos ( ) Alimentos ( )
Signos y síntomas: Malestar y dolor ..... Otros..... Dx. Médico: Tumoración renal

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? .....
Se considera "enfermo".....
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?.....
Tratamiento.....
Estado de enfermedad: Controlada: Si (✓) No ( )
Herida Quirúrgica.....
Estilos de vida/Hábitos

USO DE TABACO	USO DE ALCOHOL
SI ( ) NO (✓)	SI ( ) NO (✓)
Cant/Frec. _____	Cant/Frec. _____

Comentarios.....
Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frec.	Ultima dosis
Apixaban 5%		
Clna 20%		
Clk 10%		

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad.....
Estado de higiene:
Corporal.....
Hogar.....
Comunidad.....
Estilo de alimentación.....
Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo.....
Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Temperatura: 37°
Vías aéreas permeables Si (✓) No ( ) Secreciones ( ) Otros ( )
Alergias: Látex ( ) Otros ( ).....
Test del Apgar: al minuto..... a los 5 minutos.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si ( ) No (✓)
Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dific. Para deglutir: No (✓) Si ( ) Motivo.....
Nauseas (✓) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cant.....
SNG: No (✓) Si ( ) Especificar.....
Abdomen: Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso (✓)
Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido (✓) Ausente ( )
Drenaje: No ( ) Si (✓) Especificar: Drenaje hemático.....
Hidratación piel: Seca ( ) Turgente ( ) Otro.....
Estado de piel y mucosas: Semihidratadas.....
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: NUTRICIÓN: IMC: 24.2
Normal (✓) Delgadez ( ) Obesidad ( )
DESARROLLO:
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) Fatiga (✓) Deshidratación ( ) Enfermedad ( )
Dificultad para razonar ( )
Otros ( ).....

¿Qué come frecuentemente su niño?.....
Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 3: ELIMINACIÓN

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

UMA | Universidad María Auxiliadora
Calidad Académica con Compromiso Social

Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomía ( )
Comentarios Adicionales.....
Hábitos Vesicales: Frecuencia....5veces x día Disuria ( )
Retención (✓) Incontinencia ( ) Otros.....
Edema: No (✓) Si ( ) Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si ( ) No ( ) Pañal ( )
Sonda (✓) Fecha coloc.....30/01/15 Colector ( ) Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios.....
Consumo de líquidos.....2 litros diarios.....
Ruidos Respiratorios: Claros ( ) Sibilancias ( ) Estertores ( )
Secreciones traqueobtronquiales ( ) Disnea ( ) Cianosis ( )
Palidez ( ) Otro.....
Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

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

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

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCION 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 cordones de los zapatos DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño DEPENDIENTE :incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE :Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE :Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Clasificación
A. Independientemente en todas las actividades
B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.
C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional
F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional
G. Dependiente en la seis funciones

Aparatos de ayuda: Ninguno ( ) Muletas ( ) Andador ( )
S. de Ruedas (✓) Bastón ( ) otros ( )
Movilidad de miembros:
Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )
Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida (✓)
Fatiga Si ( ) No ( ) Otros motivos de déficit de autocuidado
.....

ACTIVIDAD CIRCULATORIA
Pulso ( ) Irregular ( )
Pulso periférico : Pedio ( ) ( ).....( ) ( )
Poplíteo ( ) ( ).....( ) ( )

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCION LEVE
+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si ( ) No ( ) Localización.....
+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 – 1.25cm.) +++(1.25 – 2.50cm)
Riesgo periférico:
Extremidades Superiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )
Extremidades Inferiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )
Presencia de líneas Invasivas .....
ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular ( ) Irregular ( )
Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )
Gasometría..... Comentarios Adicionales.....
Traqueostomía No ( ) Si ( ).....
Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... $SatO_2$.....

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

UMA | Universidad María Auxiliadora
Calidad Académica con Compromiso Social

Perfusión tisular: Renal Hematuria (✓) Oliguria (✓) Anuria ( )
BUN:..... Creatinina: 0.74 P.T. Cerebral:.....
Habla..... Pupilas..... Parálisis ( )
P. T. Gastrointestinales..... Sonidos ( ) Hipo ( )
Nauseas ( ) PT. Cardiopulmonar.....
PT Periférica: Palidez Extrema ( ).....

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño....5 hrs.... Problemas para dormir:
Si ( ) No (✓) tiempo: .....minutos
Toma algo para dormir Si ( ) No (✓)
Padece de insomnio ( ) Pesadillas ( )
Conciliar el sueño adecuadamente si ..... No .....
Excesiva somnolencia
Cuantas veces se ha despertado por la noche: .....

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

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

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

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

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

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 7 : AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No (✓) Si ( ).....
Problemas en actividad sexual con su pareja: No (✓) Si ( )
Especifique.....
Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ( ) .....
Edad (Si) 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 (✓)
Si ( ) Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No (✓) si ( ) Fecha.....
Conducta psicológica frente al hecho.....
Comentarios Adicionales.....
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación ( ) Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Temor (✓)
Desesperanza ( ) Tristeza ( ) Negación ( ) Otro ( )
Comentarios Adicionales.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal ( ) Problemas ( )
Signos palidez ( ) bradicardia o taquicardia ( )
Hipertensión paroxística ( ) Diaforesis ( ) Manchas ( )
Otros.....
Lesiones medulares No (✓) Si ( ).....
Conducta del lactante: Normal ( ) Inadecuada ( )
Signos: Irritabilidad ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )
Flacidez ( ) Movimientos descoordinados ( ) Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

Anexo B. Escala de medición

EVA 7/10

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 Enfermeria.

Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante ..Hanaeta..Reyes..,..Alcaucas..Daniel.....Bajo la consultoría del Mg..Quille...Ticona..,..Jose..Martin.....Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay pago alguno por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

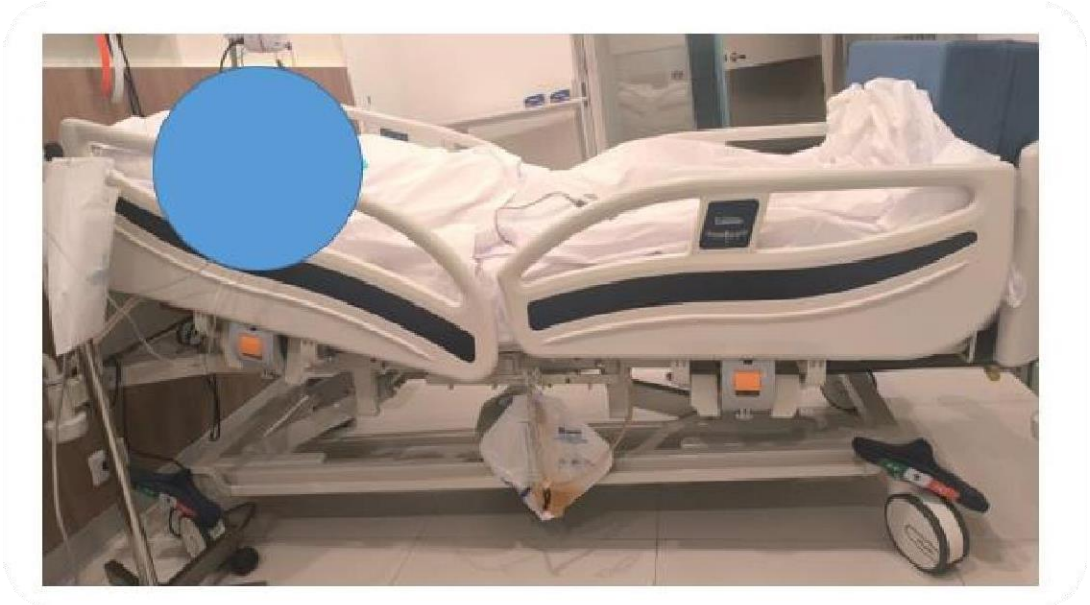
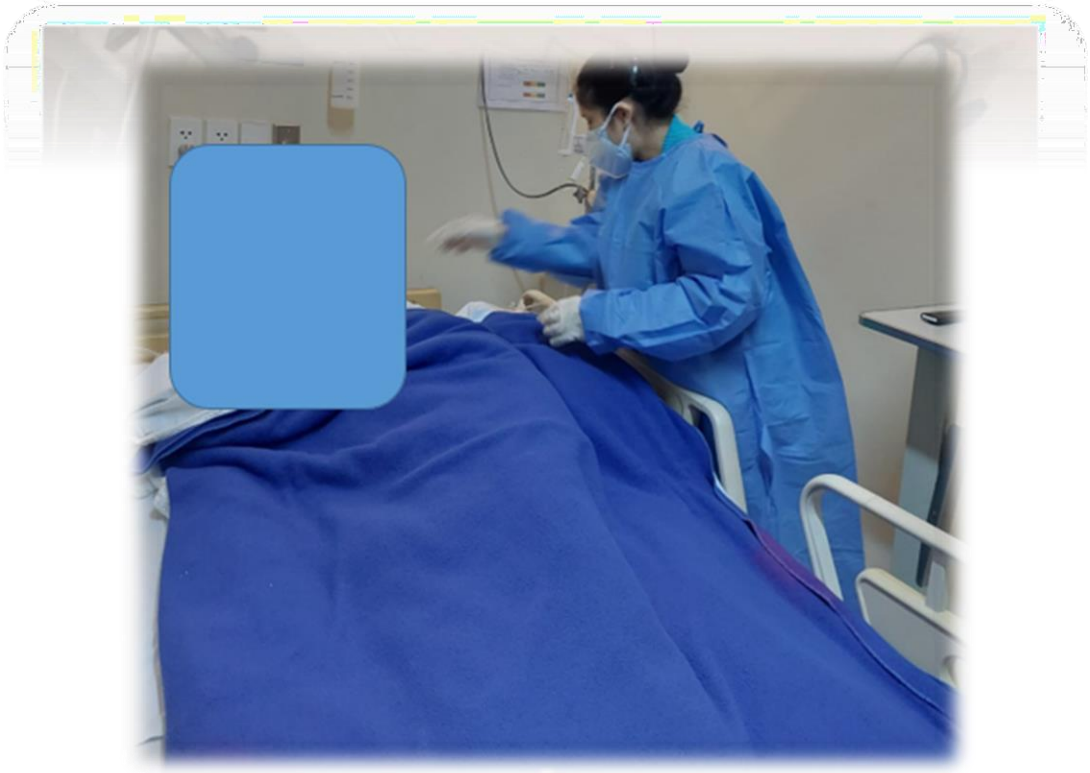
Se me ha comunicado que mi colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté terminado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este trabajo.

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

Nombre y apellido:

Jimenez Isasi Juan Manuel

DNI: 08154070 Fecha: 30/01/2025

Firma

Anexo D. Evidencia del trabajo de campo