South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2024; 2:86
doi: 10.62486/mo202486

ORIGINAL

Nursing process for a patient post-operative transvesical prostate adenomectomy for benign prostatic hyperplasia. Lima -2020

Proceso de Enfermería a paciente post-operado de adenomectomía prostática transvesical por hiperplasia prostática benigna. Lima -2020

Nelly Isabel León-Reyes[1], Noelia Trujillo-Mariño[1], María Guima Reinoso-Huerta[2], Wilter C. Morales-García[1]

[1]Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión. Lima, Perú.
[2]Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Cite as
León-Reyes NI, Trujillo-Mariño N, Reinoso-Huerta MG. Nursing process for a patient post-operative transvesical prostate adenomectomy for benign prostatic hyperplasia. SAP *Multidisciplinary Open*. 2024; 2:86. https://doi.org/10.62486/mo202486

Publication History
Submitted: 13-11-2023
Revised: 04-03-2024
Accepted: 30-08-2024
Published: 31-08-2024

Corresponding Author
Wilter C. Morales-García

ABSTRACT

Introduction: transvesical prostate adenomectomy is the surgical procedure in patients with a very large prostate and with decreased lumen of the bladder neck. It is an open surgery with a suprapubic abdominal incision to remove the prostatic adenoma.
Objective: to describe the nursing process to respond to the real and potential needs of a patient post-transvesical prostate adenomectomy with a diagnosis of benign prostatic hyperplasia.
Method: qualitative study, single case, carried out on an 81-year-old male patient, developing the five stages of the nursing process. The assessment was carried out through Marjory Gordon's functional health patterns. To prepare the diagnoses, plan and care interventions, the NANDA, NOC and NIC taxonomy was considered respectively, the evaluation was obtained by applying the difference between the baseline and the final Diana scores.
Results: it was proven that postoperative pain is an ailment that requires nursing interventions with updated scientific knowledge to guarantee specialized and quality care. Nursing interventions against the deterioration of gas exchange were aimed at optimizing oxygenation and ventilation. Interventions to reduce infection were aimed at identifying risks and taking actions to reduce exposure to pathogens; like hand washing. Within the five nursing diagnoses found, three were prioritized: impairment of gas exchange, acute pain and risk of infection, based on the SSPFR format (signs and symptoms, problem and related factor, problem at risk and associated condition); The administration of the care plan was applied, achieving the improvement and change score of +1, +1 and +1 successively in each diagnosis.
Conclusions: the nursing care process showed results in favor of the patient's evolution, it also shows this process as the scientific and practical tool that allows the nurse to plan and execute individualized and systematic care plans in the face of a specific situation, in order to resolve or prevent the patient's needs.

Keywords: Nursing Process; Nursing Care; Postoperative; Acute Pain.

RESUMEN

Introducción: la adenomectomía prostática transvesical es el procedimiento quirúrgico en pacientes con próstata de tamaño muy grande y con disminución de la luz del cuello vesical, es una cirugía abierta con incisión abdominal suprapúbico para extraer el adenoma prostático.
Objetivo: describir el proceso enfermero para responder a las necesidades reales y potenciales en un paciente post operado de adenomectomía prostática transvesical con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.
Método: estudio de carácter cualitativo, caso único, realizado a un paciente varón de 81 años, desarrollándose las cinco etapas del proceso enfermero. La valoración se realizó a través de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Para la elaboración de los diagnósticos, plan e intervenciones en los cuidados se consideró la taxonomía NANDA, NOC y NIC respectivamente, la evaluación se obtuvo aplicando la diferencia entre el basal y el final de las puntuaciones Diana.
Resultados: se comprobó que el dolor en el postoperatorio es una dolencia que requiere intervenciones de enfermería con conocimiento científico actualizado para garantizar el cuidado especializado y de calidad. Las intervenciones de enfermería frente al deterioro del intercambio gaseoso fueron dirigidas a optimizar la oxigenación y la ventilación. Las intervenciones para disminuir la infección estuvieron dirigidas a identificar los riesgos y realizar acciones para disminuir la exposición a agentes patógenos; como el lavado de manos. Dentro de los cinco diagnósticos de enfermería

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

encontrados, se priorizaron tres: deterioro del intercambio gaseoso, dolor agudo y riesgo de infección, en base al formato SSPFR (signos y síntomas, problema y factor relacionado, problema en riesgo y condición asociada); se aplicó la administración del plan de cuidados, lográndose la puntuación de mejora y de cambio de +1, +1 y +1 sucesivamente en cada diagnóstico.

Conclusiones: el proceso de atención enfermero mostró resultados en favor de la evolución del paciente, también muestra a este proceso como la herramienta científica y práctica que permite al enfermero planificar y ejecutar planes de cuidados individualizados y sistemáticos ante una situación concreta, a fin de resolver o prevenir las necesidades del paciente.

Palabras clave: Proceso Enfermero; Cuidados de Enfermería; Post-Operatorio; Dolor Agudo.

INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) representa una de las enfermedades más frecuentes del género masculino, siendo el 50 % de los varones que a partir de los 60 años comienzan con algún síntoma. La HBP está considerada como dentro de las afecciones prevalentes, dicha prevalencia se encuentra en el 40 % y 90 % de los pacientes de la quinta y novena década de la vida, respectivamente según López H et al.[1] En el Perú, describen Zegarra L et al.[2] la prevalencia es del 60 % en mayores de 50 años. Por consiguiente, queda claro que es una de las morbilidades urológicas más frecuentes en los varones mayores de 60 años; en consecuencia, serán una de las cirugías urológicas más comunes en las que se brinden cuidados y vigilancia para salvaguardar la salud del paciente ofrecidos por el personal profesional de enfermería correspondientes a la unidad de recuperación post anestésico.

Según Luis MT et al.[3] el proceso de atención de enfermería (PAE) es el procedimiento que debe guiar el ejercicio de la práctica de enfermería. Este se enfoca en evaluar los avances del estado de salud de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Este método garantiza una atención de alta calidad para el paciente en cuestión. Los cuidados de la enfermera, más allá de la parte humanística, como profesión de relaciones humanas, requiere fundamentación científica que justifique cada uno de sus intervenciones y no sean actividades rutinarias, siendo el proceso enfermero la herramienta que permitirá reconocer las necesidades del paciente y gestionar las intervenciones de los cuidados únicos por cada paciente. Martínez et al.[4] describen la HBP como una enfermedad urológica ligada con la edad, se presenta a partir de los cuarenta y el porcentaje es mayor en proporción al aumento de la edad; caracterizado por el incremento progresivo de la glándula prostática debido a un proceso proliferativo no maligno del componente epitelial y estromal de dicha glándula distribuyéndose alrededor de la uretra; manifestándose clínicamente con trastornos miccionales irritativos y/u obstructivos. La HBP presenta una causa de tipo multifactorial y, fisiológicamente, tiene una alta relación con el incremento de la conversión de testosterona en dihidrotestosterona debido a la acción de la 5-α reductasa prostática. Los factores de riesgos de la HBP son la edad, estado hormonal (andrógenos), también mencionan el riesgo familiar como una tendencia genética. Ese crecimiento progresivo de la próstata se asocia con un aumento en la resistencia al flujo de salida con efectos secundarios sobre la función vesical y renal. Los síntomas que se presentan son del tracto urinario bajo. Estos síntomas se dividen en de vaciamiento o de almacenamiento. Dentro de los de vaciamiento, encontramos al chorro urinario débil, vacilación y goteo terminal. Por otro lado, dentro de los de almacenamiento, tenemos un aumento de la frecuencia urinaria. Actualmente, no se entiende completamente cómo es la fisiopatología de la HPB; sin embargo, sí se conoce sobre algunos factores que se relacionan con la HBP, dentro de los cuales se encuentra el envejecimiento, los ambientes proinflamatorios (resistencia a la insulina, hiperinsulinemia secundaria y síndrome metabólico) y alteraciones hormonales. Además, también se encuentra la inflamación prostática local que, particularmente, tiene una importante relación con la severidad de los síntomas y progresión de la enfermedad.[5]

La adenomectomía prostática transvesical es el procedimiento quirúrgico en pacientes con próstata de tamaño muy grande y con disminución de la luz del cuello vesical, es una cirugía abierta con incisión abdominal suprapúbico para extraer el adenoma prostático.[5] En la actualidad existen varios tratamientos de técnicas quirúrgicas, entre ellas están las abiertas usadas desde el año 1945 y la laparoscópica que se iniciaron desde el año 2002. Esto indica que los procedimientos quirúrgicos buscan dar solución a los síntomas producidos por la HBP y a las complicaciones que puedan conllevar; además, que la cirugía abierta se continúa utilizando a pesar de la existencia de nuevos métodos quirúrgicos de abordaje.[6]

El objetivo del presente caso de estudio fue desarrollar el PAE como herramienta del cuidado, establecido a un paciente con diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna, intervenido quirúrgicamente de adenomectomía prostática transvesical en un hospital de Lima.

Las intervenciones que se brindaron fueron oportunas, idóneas, coherente con los diagnósticos identificados que facilitó la recuperación del paciente y evitó las complicaciones que conlleven al deterioro o muerte del paciente.

MÉTODO

Estudio de caso único, de enfoque cualitativo, aplicado a un adulto varón de 81 años, que ingreso a la unidad de recuperación post anestésica procedente de sala de operaciones luego de una intervención quirúrgica de adenomectomía prostática transvesical, en un hospital público de la ciudad de Lima.

Se empleó el proceso de atención de enfermería como metodología del cuidado para el desarrollo de las intervenciones al brindar la atención y herramienta fundamental de la práctica asistencial de la enfermería. Se desarrollo las cinco etapas del proceso de atención: la valoración, donde se realizó la recolección de información de la historia clínica y a través de la aplicación de la ficha de valoración bajo el enfoque de patrones funcionales de salud de Maryory Gordon, como técnica de recolección de datos se utilizó

la entrevista y la observación. El diagnóstico, que implica la realización de un juicio clínico en función con la respuesta humana, utilizando la taxonomía NANDA. La planificación, es el momento en que se determinan las intervenciones y actividades específicas mediante el NOC. La ejecución, donde se lleva a la práctica el plan de cuidado por medio del NIC. La última etapa la evaluación, etapa donde se determinó la eficacia de las intervenciones y la consecución de resultados establecido por la diferencia entre el basal y el final de las puntuaciones Diana.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Datos Generales

Nombre y apellidos: Paciente de iniciales M.C.G.

Sexo: masculino

Edad: 81 años

Días de atención: de 3 horas de atención de enfermería, realizada el 1 de setiembre del 2020.

Motivo de ingreso y Diagnostico Medico: Paciente adulto mayor que fue admitido a la unidad de recuperación post anestésico después de ser intervenido quirúrgicamente de emergencia para el procedimiento de adenomectomía prostática transvesical. Su ingreso al hospital fue por el servicio de emergencia por presentar retención urinaria, el diagnóstico médico fue de hiperplasia benigna de próstata.

Valoración por patrones funcionales de salud

Patrón I: Percepción Control de la Salud

En la historia clínica solo registra antecedentes de COVID-19, su última prueba serológica para COVID-19 salió negativo con fecha 26/08/20. No especifica intervenciones quirúrgicas anteriores.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente de 50 Kg de peso, 165 cm de talla, piel de coloración pálida, seca. Temperatura de 36 °C. Mucosa oral semihidratada, abdomen distendido y doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Herida operatoria de incisión de línea media suprapúbica cubierta con apósito limpio y seco. Nada por vía oral según la indicación postoperatoria inmediata, pasando ClNa 9 % a 30 gotas. Recibió transfusión sanguínea de una unidad de paquete globular en Sala de operaciones. Reporte de sangrado en SOP de 500 ml. Hemoglobina de 9,5 g/dl. Resultado de HCO3 fue 27,40 mmol/L

Patrón III: Eliminación

Paciente portando sonda vesical de fecha de colocación del 1/9/20 con volumen urinario de 300 cc en 2 horas, irrigación vesical contenido hematúrico.

Patrón IV: Actividad ejercicio

En la valoración de la actividad cardiaca se encontró la Frecuencia cardiaca de 45 a 58 por minuto, Presión arterial de 97/42 mm/Hg.

En relación a la actividad respiratoria se evidenció la Frecuencia respiratoria de 13 por minuto. Saturación sin oxígeno de 90 %, con apoyo de Cánula binasal a un FiO2 de 32 %, respiración profunda, irritabilidad y piel pálida. La exploración física se observa tórax simétrico. Valores de gases arteriales: Ph 7,14, PCO2 82,1 mm/Hg, PO2 149 mm/Hg. Respecto al ejercicio, su capacidad del autocuidado está limitado por estar recién post operado inmediato y portando dispositivos invasivos como catéter periférico, catéter venoso central, catéter epidural, sonda vesical e irrigación vesical, todas colocadas el 01/09/20. La fuerza motora esta conservada, moviliza las cuatro extremidades.

Patrón V: Reposo y sueño

No valorable.

Patrón VI: Perceptivo cognitivo

Despierto, Glasgow de 15 puntos, visión borrosa (usa anteojos). Pupilas isocóricas y foto reactivas. Se observa gesticulaciones de dolor, refiere dolor 5/10 según escala de EVA.

Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto

Se le observa temeroso, angustiado, pregunta continuamente si todo está bien.

Patrón VIII: Rol - Relaciones

En la historia clínica registra como ocupación su casa, familiares del paciente en la sala de espera preguntando por él y colaborando para el recojo y tramites de medicamentos.

Patrón IX: Sexualidad reproducción

No valorable.

Patrón X: Afrontamiento y Tolerancia al estrés

Se le observa ansioso e irritable.

Patrón XI: Valores y Creencias

Indica ser de religión católica.

Datos de valoración complementarios

Tratamiento médico actual

- Dieta indicada: consistió en nada por vía oral (NPO).
- Hidratación: se le administró dextrosa al 5 % con electrolitos, que consistieron en 2 ampollas de hipersodio al 20 % en cada frasco, a una frecuencia de 30 gotas por minuto en la administración
- Como protector gástrico, recibió Omeprazol de 40mg para ser administrado por vía endovenosa cada 24 horas
- Dentro de los antibióticos, se le suministró Ceftriaxona de 1 gramo por vía endovenosa con una frecuencia de un intervalo de cada 12 horas
- Como analgésico suministrado, se indicó Metamizol de 1 gramo por vía endovenosa con una intervalo de cada 8 horas
- Otras indicaciones: Poligelina de 500 ml por vía endovenosa stat, y atropina de 0,25 mg endovenoso stat, control de hemoglobina, control de electrolitos y examen de análisis de gases arteriales. AGA: PH: 7,14 PCO2: 82,1 mm/Hg PO2: 149 mm/Hg HCO3: 27,40 mmol/L

Diagnósticos de enfermería priorizados

Diagnóstico N°1

Etiqueta diagnóstica

NANDA (00030) Deterioro del intercambio gaseoso.
Dominio: 3 Eliminación e intercambio.
Clase: 4 Función respiratoria.

Característica definitoria

Frecuencia respiratoria de 13 x', so2 90 %, PCO2: 82,1 mm/Hg,
PO2: 149mmhg, HCO3: 27,40 mmol/l

Condición asociada

Desequilibrio ventilación-perfusión.

Declaración diagnóstica

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado con Fr de 13 x', so2 90 %, pco2: 82,1 mm/Hg.

Diagnóstico N°2

Etiqueta diagnóstica

NANDA (00132) Dolor agudo.
Dominio: 12 Confort.
Clase: 1 Confort físico.

Característica definitoria

Respuestas autónomas (pulso: 45 respiración: 15)
Conducta expresiva (ansiosa, irritable)
Gesticulaciones de dolor
Refiere dolor (5/10 según escala de EVA)

Factor relacionado

Agentes lesivos físicos

Declaración diagnóstica

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado con pulso: 45 pm, respiración 15 pm, conducta ansiosa e irritable, gesticulaciones de dolor, refiere dolor.

Diagnóstico N°3

Etiqueta diagnóstica

NANDA (00004) Riesgo de infección.
Dominio: 11 Seguridad/ protección.

Clase: 1 Infección.

Característica definitoria
No aplicable.

Factor relacionado
Procedimientos invasivos: vía periférica, cvc, talla vesical, sonda vesical.
Vulneración de las defensas primarias de la piel ocasionada por la cirugía de adenomectomía.
Vulneración de las defensas secundarias ocasionada por la anemia.

Declaración diagnóstica
Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía periférica, cvc, talla vesical, sonda vesical), vulneración de las defensas primarias de la piel ocasionada por la cirugía de adenomectomía y vulneración de las defensas secundarias ocasionada por la anemia.

PLANIFICACIÓN
Diagnóstico N°1
(00030) Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado con Fr de 13 x', SO2 90 %, PCO2: 82,1 mm/Hg, PO2: 149 mm/Hg.

Resultados esperados
NOC (Código)
Estado respiratorio (0415)

(Código) Indicadores
041501 Frecuencia Respiratoria.

NOC (código)
Estado respiratorio: Intercambio gaseoso (0402).

(Código) Indicadores
040208 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2).
040209 Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2).
040211 Saturación de oxígeno.

Diagnóstico N°2
(00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado con pulso: 45pm, respiración 15 pm, conducta ansiosa e irritable, gesticulaciones de dolor, refiere dolor.

Resultados esperados
*NOC (C**ódigo)***
Nivel del dolor (2102)

(Código) Indicadores
210201 Dolor referido.
210206 Expresiones faciales de dolor.
210223 Irritabilidad.
210210 Frecuencia respiratoria.
210220 Frecuencia del pulso radial.

Diagnóstico N°3
(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía periférica, CVC, sonda vesical), vulneración de las defensas primarias de la piel ocasionada por la cirugía de adenomectomía y vulneración de las defensas secundarias ocasionada por la anemia.

Resultados esperados
*NOC (C**ódigo)***
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

(Código) Indicadores
110101 Temperatura de la piel.
110113 Integridad de la piel.
110115 Pigmentación anormal.
110121 Eritema.
110122 Palidez.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Intervenciones del primer diagnóstico
Deterioro del intercambio gaseoso

NIC. (Código)
Oxigenoterapia 3320

Actividades
- Habilitar y verificar el estado del equipo de oxígeno.
- Proceder a la administración del oxígeno suplementario mediante un sistema calefactado y humidificado, de acuerdo a la indicación médica.
- Supervisar y evaluar la respuesta de la oxigenoterapia mediante el pulsioxímetro y la gasometría arterial.

NIC (Código)
Ayuda a la ventilación (3390)

Actividades
- Acomodar al paciente elevando la cabecera de la cama (30-45 grados) de tal manera que se asegure una posición donde sus esfuerzos respiratorios sean mínimos
- Verificar la presencia de algún signo de fatiga muscular respiratoria.
- Auscultar los campos pulmonares con el objetivo de identificar las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.

NIC (Código)
Monitorización respiratoria (3350)

Actividades
- Monitorizar el ritmo, frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar el movimiento torácico, examinando la simetría, el uso de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Analizar las variaciones de los niveles de SaO2 y de los valores de gasometría arterial.

Intervenciones del segundo diagnóstico
Dolor agudo.

NIC. (Código)
Administración de analgésicos (2210)

Actividades
- Verificar las indicaciones médicas en relación al medicamento, frecuencia y dosis del analgésico prescrito.
- Los analgésicos se administrarán de acuerdo a la frecuencia prescrita para evitar picos y valles de analgesia, a fin de evitar niveles altos de dolor
- Verificar la efectividad del analgésico en momentos periódicos tras cada aplicación, especialmente después de las primeras dosis. Además, se debe estar atento a la presencia de posibles efectos secundarios como depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad bucal y estreñimiento.

Intervenciones del tercer diagnóstico
Riesgo de infección

NIC. (Código)
Control de infecciones (6540).

Actividades

- Realizar la higiene de las manos antes y después de cada tarea relacionada con el cuidado del paciente
- Asegurar que todas las vías intravenosas sean manipuladas de manera aséptica
- Emplear la técnica de sondaje intermitente con el objetivo de disminuir la frecuencia de infecciones en la vejiga

NIC: (Código)

Cuidados de heridas (3660)

Actividades

- Vigilar las características de la herida, como el drenaje, color, dimensiones y olor.
- Cambio del apósito de la herida en función de la cantidad de exudado y drenaje.
- Registrar, en las anotaciones de enfermería, la ubicación, dimensiones y apariencia de la herida.

NIC: (Código)

Cuidados del catéter urinario (1876)

Actividades

- Garantizar la integridad de un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y libre de obstrucciones.
- Garantizar que la bolsa colectora de orina se sitúe por debajo del nivel de la vejiga.
- Asegurar el empleo de una técnica estéril durante el procedimiento de irrigación urinaria.
- Realizar la limpieza de la parte externa de la sonda urinaria a nivel del meato.

Evaluación

Durante todo el proceso de atención de enfermería, se realizó reajustes a fin de lograr lo mejor posible para cubrir las necesidades del paciente. En la etapa de la valoración, se utilizó un instrumento de guía de valoración de enfermería, lo cual facilitó la entrevista y el examen físico por patrones funcionales al paciente, consiguiéndose la recolección de los datos. En la segunda etapa, al tener la información organizada por patrones funcionales, se favoreció el análisis objetivo de los diagnósticos enfermeros basados en la taxonomía NANDA. En la etapa de planificación, hubo dificultad por la falta de experticia en el manejo de los resultados de enfermería, sus indicadores y la relación con las intervenciones respectivas, sin embargo, fue una experiencia de aprendizaje. La etapa de ejecución fue más sencilla, en ella se puso en marcha el plan de cuidados. La etapa final, la de evaluación de la eficacia de las intervenciones, también se tuvo dificultad por la subjetividad en la puntuación de los indicadores de resultados, este último deja al criterio del profesional de enfermería decidir la puntuación (tanto basal, final y puntuación de cambio).

RESULTADOS

Primer diagnóstico

Intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado con Fr de 13 x', so2 90 %, pCO2: 82,1 mm/Hg.

Resultado de enfermería

Estado respiratorio: intercambio respiratorio.

Tabla 1. Puntación basal y final del resultado de enfermería Estado respiratorio: intercambio respiratorio

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	3	4
PaO2	3	4
PaCO2	2	4
Saturación de Oxígeno	3	5

La moda de los indicadores de resultado Estado respiratorio: intercambio respiratorio antes de las intervenciones de enfermería fue de (3), luego de las intervenciones la moda fue de (4), con una puntuación de cambio de +1.

Segundo diagnóstico

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado con pulso: 45pm, respiración 15 pm, conducta ansiosa e irritable, gesticulaciones de dolor, refiere dolor.

Resultado de enfermería

Nivel del dolor.

Tabla 2. Puntación basal y final del resultado de enfermería Nivel del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	3	4
Expresiones faciales de dolor	3	4
Irritabilidad	3	5
Frecuencia respiratoria	3	4
Frecuencia del pulso radial	2	4

La moda de los indicadores de resultado: Nivel del dolor antes de las intervenciones de enfermería fue de (3), luego de las intervenciones la moda fue de (4), con una puntuación de cambio de +1.

Tercer diagnóstico

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía periférica, cvc, talla vesical, sonda vesical), vulneración de las defensas primarias de la piel ocasionada por la cirugía de adenomectomía y vulneración de las defensas secundarias ocasionada por la anemia (hemoglobina 9,5 g/dl).

Resultado de enfermería

Integridad Tisular: piel y membranas mucosas.

Tabla 3. Puntación basal y final del resultado de enfermería: Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Temperatura de la piel	4	5
Integridad de la piel	4	4
Pigmentación anormal	4	5
Eritema	5	5
Palidez	3	4

La moda de los indicadores de resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas antes de las intervenciones de enfermería fue de (4), luego de las intervenciones la moda fue de (5), con una puntuación de cambio de +1.

DISCUSIÓN

Diagnóstico N°1

(00030) Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado con frecuencia respiratoria de 13x', SO2 90 %, PCO2: 82,1 mm/Hg, PO2: 149 mm/Hg.

La función del sistema respiratorio es garantizar el intercambio de gases pulmonar, en otras palabras, lograr la perfecta oxigenación tisular y la adecuada eliminación del dióxido de carbono, generado por el metabolismo tisular. Cuando existe insuficiencia respiratoria se produce una incorrecta oxigenación arterial y/o una inadecuada eliminación del CO2. El tratamiento difiere de acuerdo a la enfermedad de base que produce la insuficiencia respiratoria.[7]

La NANDA (2018-2020) define al deterioro del intercambio gaseoso con código 00030 como "la alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono por medio de la membrana alveolar-capilar". También señala la NANDA en este diagnóstico de enfermería las siguientes características definitorias: trastornos visuales, disminución del dióxido de carbono, taquicardia, hipercapnia, agitación, somnolencia, irritabilidad, hipoxia, confusión, disnea, gasometría arterial anormal, cianosis, color anormal de la piel (pálida, cenicienta), hipoxemia, hipocapnia, cefalea al despertar, la frecuencia, el ritmo y profundidad respiratoria anormales, diaforesis, ph anormal, aleteo nasal. Los factores asociados que se dan a conocer en la NANDA (2018-2020) para el deterioro del intercambio gaseoso son: el desequilibrio ventilación-perfusión y alteraciones de la membrana alveolo-capilar.

Para el presente caso de estudio, se evidenció irritabilidad, piel pálida, frecuencia respiratoria de 10 pm, saturación de oxígeno entre 90 y 92 %, PCO2 de 82,1 mm/Hg, PO2 de 149 mm/Hg y el HCO3 de 27,40 mmol/Lt, como evidencia para las características definitorias; en relación al factor relacionado se consideró: desequilibrio ventilación-perfusión, de acuerdo a las características definitorias identificadas.

El intercambio gaseoso pulmonar se altera en relación a la evolución de la enfermedad provocando reducción de la razón entre ventilación-perfusión y disminución del área de la superficie total de la membrana respiratoria; en ambos casos, provocan estados de hipoxemia e hipercapnia, que son características definitorias en la etiqueta diagnóstica de enfermería "Deterioro del intercambio gaseoso".[7]

Las partículas virales del COVID-19 ingresan a las vías aéreas inferiores provocando lesiones en los lóbulos pulmonares inferiores y en la mayoría de los casos comprometiendo ambos pulmones. Además, lo describe la afección como "lesión alveolar difuso, descamación o necrosis epitelial, deposición de fibrina y formación de membrana hialina". Este descubrimiento establece

que el SARS-CoV-2, infecta principalmente al parénquima pulmonar, donde se produce el intercambio gaseoso. En relación al caso de estudio, el paciente tenía antecedentes de haber padecido de infección por COVID-19, la secuela de esta infección puede facilitar la aparición de otras alteraciones y/o complicaciones en su salud.[7]

El plan de cuidados para este primer diagnóstico se consideró Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso como resultado esperado principal, siendo su código NOC el 0402; cuya definición es el intercambio gaseoso de O2 Y CO2, a nivel de los alvéolos, con el objetivo de tener los niveles de gases arteriales estables. Precisado en escalas de evaluación de rangos desde "Desviación grave del rango normal" como valor 1 hasta "Sin desviación del rango normal" como valor 5. Estableciéndose tres indicadores: presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (040208), presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (040209) y saturación de oxígeno (040211).

Se ejecutó tres intervenciones en el plan de cuidados del diagnóstico "Deterioro del intercambio gaseoso (00030)":

Primera intervención

Fue oxigenoterapia con código NIC 3320; definiéndose está intervención como administración de oxígeno y control de su eficacia (NIC 2019).

Actividades para esta primera intervención

Habilitar y verificar el estado del equipo de oxígeno; tener preparado el material para la administración de oxígeno evita contratiempos, además implica que se verifique el funcionamiento de los flujómetros de oxígeno, del humidificador, agua destilada estéril, la salida del flujo del oxígeno y de contar con los dispositivos de oxígeno a emplear (cánula binasal, máscara de reservorio).

Proceder a la administración del oxígeno suplementario mediante un sistema calefactado y humidificado, de acuerdo a la indicación médica; la administración del oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado es porque fisiológicamente están relacionados la regulación del calor y la humedad del aire ingresado a los pulmones, la humidificación dependerá de la temperatura y son los cornetes nasales responsables de regular la temperatura del aire a la de la sangre. Por lo tanto, la administración de oxígeno suplementario seco y frío a una persona puede lesionar o agravar su evolución física. De acuerdo a lo sostenido por Cristancho W[6] en su libro titulado "Oxígeno: fisiología, terapéutica, toxicidad".

La administración de oxígeno suplementario según órdenes, esta actividad permite incrementar la concentración de oxígeno alveolar para subsanar la hipoxia; el oxígeno es necesario para el desarrollo del metabolismo normal, asegurar la capacidad respiratoria y prevenir afecciones en los diferentes órganos del cuerpo; explicado por Martín-Romo J[7] en el libro "Cuidados de enfermería al paciente con trastornos respiratorios". También implica comprobar el flujo de la cantidad de litro de oxígeno que está ingresando y vigilar la posición del dispositivo de oxígeno; de modo que se pueda valorar la respuesta deseada, ajustar la dosis y/o cambiar el dispositivo de oxígeno.

Supervisar y evaluar la respuesta de la oxigenoterapia mediante el pulsioxímetro y la gasometría arterial; Martín Romo, describe que es necesario para comprobar la eficacia del tratamiento: observar ritmo, amplitud y frecuencia respiratoria; controlar pulso y presión arterial; observar si hay dificultad respiratoria y cambios en el estado de conciencia.[7]

Segunda intervención

Ayuda a la ventilación, cuyo código NIC es 3390 definiéndose como la estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones (NIC 2019). Cristancho W[6] indica que la efectividad de la ventilación se establece objetivamente mediante el análisis de los gases arteriales, concretamente con los valores de la medición de la presión arterial de CO2, lo cual nos permitirá determinar estados de hipoventilación o hiperventilación.

Actividades para esta segunda intervención

Acomodar al paciente elevando la cabecera de la cama (30-45 grados) de tal manera que se asegure una posición donde sus esfuerzos respiratorios sean mínimos. Esta posición facilita al paciente que durante la inspiración se permita el descenso diafragmático y la mejor acción de los músculos accesorios, favoreciendo de esta manera la expansión de la caja torácica.

Verificar la presencia de algún signo de fatiga muscular respiratoria. La pérdida de la fuerza de los músculos que intervienen en la respiración no solo indica ventilación insuficiente, sino también disfunción pulmonar y los signos que habitualmente se presenta son: taquipnea, retracciones intercostales y aleteo nasal.

Auscultar los campos pulmonares con el objetivo de identificar las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios. La auscultación de los campos pulmonares es una técnica utilizada para evaluar el estado del árbol bronquial. En los trastornos de la vía respiratoria, los ruidos respiratorios están ausentes o disminuidos y además se puede encontrar ruidos respiratorios sobreañadidos (ruidos adventicios) como roncantes, sibilantes y crepitantes.

Tercera intervención

De acuerdo con el sistema de clasificación de procedimientos de enfermería fue monitorización respiratoria (código 3350). En esta intervención, se busca recopilar y analizar datos del paciente con el fin de asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y facilitar un intercambio gaseoso apropiado (NIC, 2019).

Actividades para esta tercera intervención

Monitorizar el ritmo, frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

En la respiración hay que evaluar la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración a través de la inspección o por la auscultación.[8]

Observar el movimiento torácico, examinando la simetría, el uso de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.

Martin-Romo J[7] señala que los músculos que envuelven la caja torácica y los abdominales intervienen en una necesidad respiratoria.

Analizar las variaciones de los niveles de SaO2 y de los valores de gasometría arterial.

Diagnóstico N° 2

(00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos evidenciado por cambios en la frecuencia del pulso por 45pm, disminución del ritmo respiratorio en 15 pm, gesticulación del dolor, ansioso y conducta irritable.

NANDA (2018-2020) El dolor agudo se caracteriza como una experiencia sensorial y emocional desagradable causada por una lesión tisular real o potencial, que puede manifestarse de manera abrupta o gradual, con intensidades variables que van desde leve hasta severa. Este tipo de dolor suele tener un desenlace previsible y una duración inferior a seis meses.

De manera similar, según la conceptualización de Luis MT et al.[3] el dolor se describe como una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada a daño tisular real o potencial. Cuando el organismo se enfrenta a un estímulo nocivo o lesión tisular, se desencadena la liberación de una serie de neurotransmisores conocidos como la "sopa inflamatoria". Estas sustancias son responsables de la generación del dolor al permitir el flujo de estímulos nociceptivos que viajan hacia la médula espinal a través de los tractos espinotalámicos, llegando posteriormente al tálamo y otros núcleos del sistema límbico. En este proceso, se ven involucradas las respuestas emocionales, las cuales pueden ser moduladas por diversos mecanismos emocionales. Finalmente, estos estímulos alcanzan la corteza somatosensorial, donde se experimenta la sensación de dolor.

Además, López H et al.[1] caracteriza el dolor postoperatorio como una manifestación aguda, entendida como una respuesta frente a la agresión quirúrgica. Factores como la edad, el género, aspectos socioculturales, así como el tipo y la ubicación de la intervención quirúrgica, deben ser considerados debido a su influencia en posibles complicaciones postoperatorias. Entre estas complicaciones se incluyen la isquemia y arritmias cardíacas, atelectasias, eventos tromboembólicos, alteraciones en la cicatrización de heridas y acidosis metabólica. La gestión efectiva del dolor resulta crucial para reducir la morbilidad, la mortalidad y el tiempo de hospitalización.

Sin embargo, es más completo lo que menciona Zegarra L et al.[2] quienes describen que la lesión tisular es producto del estímulo de los nociceptivos, que son los receptores; siendo éstos son los que dan origen al dolor. Las vías y mecanismo de transmisión nerviosa y sensorial producido por el estímulo doloroso reconocen los mecanismos fisiopatológicos del dolor conocido como neuropático. Además, la percepción y experiencia cognitiva como la conductual del dolor muestra la experiencia personal individual y psicológica del dolor llamándolo dolor psicógeno. Concluye que el dolor implica la interrelación de los elementos antes mencionados.

El diagnóstico de enfermería etiquetado como dolor agudo (00132) se caracteriza por diversas manifestaciones, según la NANDA (2018-2020), que incluyen expresión verbal y gesticular de dolor, observación de evidencias, conducta de protección y defensa (como tocarse la zona dolorida o cambios en la postura para aliviar el dolor), facies de dolor (como aspecto abatido, ojos sin brillo, muecas de dolor), respuesta positiva a la palpación, conducta de distracción (gemidos, llanto, paseos, buscar a otras personas, realización de actividades), respuestas vegetativas autónomas al dolor (cambios en la presión arterial y en la frecuencia del pulso, aumento o disminución del ritmo respiratorio, diaforesis, dilatación pupilar), ansiedad e inquietud, aislamiento social, conducta expresiva (llantos, suspiros, irritabilidad, agitación, estado de alerta, gemidos), alteración de los procesos del pensamiento, alteración de la percepción del paso del tiempo, centrar la atención en sí mismo, alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez) y cambios en el apetito y en la ingesta. En relación al caso de estudio, las características definitorias encontradas para este diagnóstico fueron cambios en la frecuencia del pulso (45 pm), disminución del ritmo respiratorio (15 pm), gesticulación de dolor, ansiedad y conducta irritable. Estas manifestaciones específicas proporcionan información valiosa para la identificación y abordaje del dolor agudo en el paciente en cuestión.

Los factores asociados, indicados en la NANDA, para este diagnóstico están determinados: en biológicos, químicos, físicos y psicológicos (NANDA, 2018). Respecto al caso de estudio, el paciente presentó como factor el agente físico. López H et al.[1] determinan al factor lesivo físico como algo que desencadena una lesión pudiendo ser alteración patológica o traumática de un tejido, asociada a un evento físico de una sección accidental o quirúrgica de los tejidos orgánicos.

En este segundo diagnóstico se consideró como plan de cuidados de enfermería al resultado esperado: Nivel del dolor; siendo su número de código el 2102; de lo cual está conceptualizado como la nivel de dolor expresado o experimentado. Delimitado en escalas de evaluación de rangos desde "Grave" con valor de 1 hasta "Ninguno" como valor de 5 para los tres indicadores elegidos: dolor referido (210201), expresiones faciales de dolor (210206) e irritabilidad (210223); también se consideraron los indicadores de frecuencia respiratoria (210210) y frecuencia del pulso radial (210220), para estos dos indicadores últimos mencionados los rangos de evaluación son desde Desviación grave del rango normal con puntaje de 1 hasta el rango de Sin desviación del rango normal con valor de 5 (NOC,2019).

Se ejecutó la intervención de administración de analgésicos cuyo código NIC es 2210, definiendo esta intervención de enfermería como el empleo de agentes farmacológicos para reducir o desaparecer el dolor. (NIC, 2019)

Se realizaron las siguientes actividades para esta intervención

Verificar las indicaciones médicas en relación al medicamento, frecuencia y dosis del analgésico prescrito.

La indicación médica debe ser rigurosamente clara de forma que no pueda inducir a equivocaciones por inadecuada caligrafía, abreviaturas no aprobadas, decimales omitidos; de manera que se debe consultar con el médico ante la duda.[8]

Los analgésicos se administrarán de acuerdo a la frecuencia prescrita para evitar picos y valles de analgesia, a fin de evitar niveles altos de dolor.

La herida operatoria es el lugar de alteración tisular y anatómica, que provoca dolor e inhabilidad.[10]

El manejo del dolor con analgésicos debe ser individualizado en relación a la intensidad y tipo de dolor que tiene la persona; debiendo ser administrados a intervalos fijos y gradualmente, teniendo en cuenta la escala analgésica de la OMS: no opiáceos, opiáceos menores, opiáceos mayores y técnicas especiales.[10]

Además, administrar los analgésicos en la hora indicada, examinar la efectividad del medicamento de forma periódica tras cada aplicación. Mena D et al.[8] precisa que, si el dolor agudo no se maneja o se trata de forma insuficiente, el paciente puede tener riesgo de padecer síndromes de dolor neuropático más complicado de tratar, como el síndrome del dolor regional complejo; esto sucede por la permanencia del estímulo doloroso en los nervios periféricos produciendo plasticidad neuronal y transmitiendo el estímulo doloroso al sistema central.

Entre las acciones llevadas a cabo en esta intervención, se incluyó la evaluación de la ubicación, características, calidad y severidad del dolor antes de administrar cualquier medicación al paciente, dicho de otra forma, corresponde a la valoración en la que se incluye la subjetiva y la objetiva ambas complementarias. Comúnmente, los pacientes comunican verbalmente la existencia, intensidad y naturaleza del dolor que están experimentando. Además, el personal de enfermería evalúa otros indicadores del dolor, como expresiones faciales, posición defensiva, así como cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria, como respuestas fisiológicas al dolor.[8]

Verificar la efectividad del analgésico en momentos periódicos tras cada aplicación, especialmente después de las primeras dosis. Además, se debe estar atento a la presencia de posibles efectos secundarios como depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad bucal y estreñimiento.

El dolor agudo tiene la capacidad de provocar alteraciones en la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria, manifestándose en aumento de las funciones antes mencionadas, del mismo modo aumentará la tensión muscular. El inadecuado tratamiento del dolor también puede generar náuseas, vómitos y diaforesis; además se manifiesta respuestas conductuales observables.[8]

También, se tiene que controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos, observar si hay signos y síntomas de efectos adversos, en este caso estaba indicado el metamizol, analgésico que tiende a producir hipotensión.[9]

Por otro lado, otra actividad empleada fue verificar el historial alérgico medicamentoso, porque las RAM (reacción alérgica a medicamentos) constituyen el motivo de morbimortalidad y el incremento de los costos hospitalarios. Si bien el personal de enfermería no prescribe los analgésicos, es importante que conozca la escalera analgésica propuesta por la OMS para el manejo del dolor.[8]

Diagnóstico N°3 (00004)

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía periférica, cvc, talla vesical, sonda vesical), vulneración de las defensas primarias de la piel ocasionada por la cirugía de adenomectomía y vulneración de las defensas secundarias ocasionada por la anemia.

El riesgo de infección se describe como la susceptibilidad a la invasión y reproducción de organismos que pueden afectar la salud, según la NANDA (2018). Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son aquellas infecciones obtenidas mientras es atendido el paciente por algún problema médico o quirúrgica sin haber tenido la incubación de la misma al motivo de su ingreso; están relacionadas por el uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, propagados entre pacientes y/o personal de salud. (Garay, 2015), la misma autora menciona en su estudio que el mayor porcentaje de presencia de las IAAS lo presentaron los de sexo masculino por dispositivos invasivos.

La ubicación de los dispositivos vasculares es en el torrente sanguíneo; en el caso del catéter venoso central se utilizan con propósitos diagnósticos, terapéuticos y de monitoreo; entre las complicaciones están propiamente al momento de la inserción, rotura o desplazamiento del dispositivo, obstrucción, trombosis e infección. En un estudio se determinó que el 19 % presentó infección, siendo el agente infeccioso de mayor porcentaje el *staphylococcus sp.* (44 %). La instalación de sonda uretral está considerada como factor de riesgo altamente importante en el crecimiento de infecciones urinarias intrahospitalarias en los pacientes.[7]

La herida operatoria es el lugar de alteración tisular y anatómica, en dicha zona ocurre un complejo desarrollo inflamatorio y rápido metabolismo celular con consecuencias sistémicas. El peligro de infección del sitio operatorio está determinado por: la cantidad y los tipos de microorganismos que están en la zona de incisión; por las condiciones del sitio operatorio al término de la intervención, teniendo en cuenta la técnica quirúrgica y el motivo de la enfermedad que condujo a la cirugía; y por último a la susceptibilidad del huésped para enfrentarse a la contaminación microbiana.[7]

Es crucial que el personal sanitario siga rigurosamente las medidas de asepsia con el objetivo de reducir al mínimo la incidencia de infecciones y la posibilidad de contaminación cruzada. Los factores asociados al riesgo de infección, según la NANDA, comprenden procedimientos invasivos, falta de conocimiento para prevenir la exposición a agentes patógenos, traumatismo, destrucción tisular, aumento de la exposición ambiental, desnutrición, ruptura de las membranas amnióticas, alteración de las defensas secundarias (como disminución de la hemoglobina, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria), uso de agentes farmacológicos inmunosupresores, inmunidad adquirida inadecuada, presencia de enfermedades crónicas y alteración de las defensas primarias (que

incluyen rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones y alteración del peristaltismo) (NANDA, 2018). En el caso de estudio, el paciente presenta varios elementos que podría conllevar a riesgo de infección como la presencia de la vía periférica, el CVC, talla vesical, sonda vesical, herida operatoria por la adenomectomía y el resultado de hemoglobina de 9,5 g/dl.

El plan de atención para este tercer diagnóstico se consideró a la "Integridad tisular: piel y membranas mucosas", identificándolo con el código de clasificación de resultados de enfermería 1101. Esta categoría se define como la preservación de la estructura y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. Estableciéndose los rangos para el indicador de temperatura de la piel (110101) e integridad de la piel (110113) desde: Gravemente comprometido con valor de 1, hasta el valor 5 como No comprometido; para los indicadores de pigmentación anormal (110115), eritema (110121) y palidez (110122) los rangos de evaluación fueron Grave con valor de 1 hasta el valor 5 para el rango de Ninguno (NOC, 2019).

Se efectuaron tres intervenciones en el plan de cuidados del diagnóstico "Riesgo de infección (00004)"

Primera intervención

Control de infecciones, teniendo como código NIC el 6540, siendo su definición el de minimizar el contagio y trasmisión de agentes infecciosos.

Para garantizar el cuidado de enfermería a fin de prevenir la contaminación cruzada y la colonización de microorganismos patógenos se ejecutaron las siguientes actividades para esta intervención:[8]

Realizar la higiene de las manos antes y después de cada tarea relacionada con el cuidado del paciente.

La fuente principal de transmisión de microorganismos son las manos; así que, la práctica más significativa y respaldada en términos de eficacia para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas es la higiene de manos.

Asegurar que todas las vías intravenosas sean manipuladas de manera aséptica**.**

En la inserción y cuidado de los catéteres endovenosos se debe conservar una técnica aséptica, cubrir todas las llaves de cierre cuando estén en desuso. Emplear la técnica de sondaje intermitente con el objetivo de disminuir la frecuencia de infecciones en la vejiga.

Segunda intervención

Cuidados de heridas, teniendo como código NIC el 3660, siendo definido como reducir al mínimo la posibilidad de contagio y transmisión de agentes infecciosos.

En esta intervención también nos permite identificar signos de riesgo de infección y actuar precozmente, para ello se ejecutaron las siguientes actividades:

Vigilar las características de la herida, como el drenaje, color, dimensiones y olor. El proceso infeccioso inicia con un proceso inflamatorio, manifestado clínicamente por calor, rubor, dolor y tumor del tejido celular subcutáneo (celulitis); siendo las complicaciones el absceso y el flemón, en ambos casos la existencia de pus en tejido celular.[10]

Es importante destacar que la evaluación de la piel constituye un elemento fundamental en los cuidados de las heridas. Por lo tanto, durante el período postoperatorio inmediato, se enfoca en la prevención de lesiones y en la observación constante de la integridad y turgencia cutánea.[11]

En la herida operatoria del paciente no se evidenció ningún signo que pueda considerarse un proceso inflamatorio o infeccioso. Cambio del apósito de la herida en función de la cantidad de exudado y drenaje. Los apósitos son utilizados para cubrir, proteger la herida operatoria, actualmente existen algunos con sustancias medicamentosas para mejorar la cicatrización y prevenir la infección de una herida. Las gasas simples son las más usadas para heridas quirúrgicas suturadas y de exudado escaso o nulo; entre las desventajas de su uso, es que el material de la gasa permite la deshidratación en la herida y al absorber cantidades escasas del exudado tienden a manchar todo lo toque a su alrededor (ropa del paciente y ropa de cama).[11]

En el turno se procedió a reforzar el apósito por encontrarse manchado de secreción serohemático. Registrar, en las anotaciones de enfermería, la ubicación, dimensiones y apariencia de la herida; de esta forma se asegura la continuidad de la atención. Las anotaciones de enfermería es una actividad de carácter obligatorio, expresa evolución y seguimiento de la salud del paciente, de allí la importancia de detallar la evolución y los cuidados efectuados durante la atención. Además, conlleva a una responsabilidad jurídica.[12]

Tercera intervención

Cuidados del catéter urinario, teniendo como código NIC el 1876, siendo su definición la de reducir al mínimo el riesgo de contagio y la transmisión de agentes infecciosos.

Para ello se ejecutaron las siguientes actividades para esta intervención, con el propósito de reducir el riesgo de infección y de traumatismo por la manipulación de la sonda:[12]

Garantizar la integridad de un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y libre de obstrucciones. La obstrucción del catéter vesical suele producirse por acumulo de coágulos en el conducto de la sonda disminuyendo la luz de la misma. También por el acodamiento de la sonda vesical producto de la inadecuada fijación de la sonda. En ambos casos se observará interrupción del volumen de la orina, sensación de querer miccionar y presencia de globo vesical a la palpación.

Garantizar que la bolsa colectora de orina se sitúe por debajo del nivel de la vejiga. Acción que evita el reflujo del contenido urinario, en caso que se requiera para el traslado de la cama a camilla o viceversa, se deberá pinzar previamente.

Asegurar el empleo de una técnica estéril durante el procedimiento de irrigación urinaria. De esta forma evitamos la obstrucción

de la sonda vesical generalmente por los coágulos y aseguramos la permeabilidad de la misma; la infusión será a un ritmo adecuado de tal manera que evite la obstrucción de la sonda por infusión lenta, ni tampoco que produzca irritación de la mucosa vesical manifestándose en espasmos vesicales al infundir muy rápido la irrigación.

Realizar la limpieza de la parte externa de la sonda urinaria a nivel del meato. Mantenemos medidas asépticas con la higiene adecuada de los genitales y de la sonda; también asegurarnos en regresar el prepucio sobre el glande al realizar el aseo para prevenir la parafimosis.

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió planificar y ejecutar cuidados individualizados y sistemáticos del paciente post operado de adenomectomía prostática transvesical por hiperplasia prostática benigna, lográndose mejorar y prevenir las necesidades del paciente de manera segura y humana.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Nelly Isabel León-Reyes, Noelia Trujillo-Mariño, María Guima Reinoso-Huerta, Wilter C. Morales-García.

Redacción – borrador original: Nelly Isabel León-Reyes, Noelia Trujillo-Mariño, María Guima Reinoso-Huerta, Wilter C. Morales-García.

Redacción – revisión y edición: Nelly Isabel León-Reyes, Noelia Trujillo-Mariño, María Guima Reinoso-Huerta, Wilter C. Morales-García.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López H, Bolívar J, Vivero S, Bojanini S & Espriella M. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna: Revisión de la literatura. Revista mexicana de urología 2019; 79(5), e09. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852019000500009&lng=es&tlng=es.

2. Zegarra L, Araujo G, Socola M, Sanchez R, Trelles M, Ramírez C, Loza C, Murillo C & Pari M. Eficacia de la embolización de las arterias prostáticas en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario bajo asociados a hiperplasia benigna de la próstata. Reporte preliminar. Revista Médica Herediana 2018; 29(2), 76-84. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338058068021

3. Luis-Rodrigo MT. Enfermería clínica: cuidados enfermeros a las personas con trastornos de salud. Wolters Kluwer Health 2016 . https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/125322

4. Martínez Y, González E, Castro E, Lovio Y, Ramos O. & Sánchez V. Comportamiento sindrómico de pacientes con hiperplasia benigna de la próstata según la Medicina Tradicional China. Revista Médica Electrónica 2017; 39(3), 460-470. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300005&lng=es&tlng=es.

5. Guzmán X. & García H. Mecanismos inflamatorios involucrados en la fisiopatología de la hiperplasia prostática benigna. Artículo de revisión, Revista Urología Colombiana 2019 . https://pdfs.semanticscholar.org/515d/731d99fb44a9e0e42136010819b668c31e26.pdf

6. Cristancho-Gómez W. Oxígeno: fisiología, terapéutica, toxicidad. Colombia, Editorial El Manual Moderno 2019 . https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/128358

7. Martín-Romo Mejías, J. Cuidados de enfermería al paciente con trastornos respiratorios (2a. ed.). Málaga, Editorial ICB 2015; https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/105426.

8. Mena-Tudela D, Gonzáles-Chordá VM, Cervera-Gasch A, Salas-Medina P, Orts-Cortés, MI. Cuidados básicos de enfermería. Primera edición. Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions 2016 . https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/177804

9. García J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Artículo de revisión, Revista Anestesia en México 2017; 29(1) 77-85. http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf

10. Rainone JE. Manual de clínica quirúrgica. Jorge Sarmiento Editor–Universitas 2018 . https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/172168

11. Restrepo MJC, Patiño JM, Rojas JG. Fundamentos de enfermería: cuidado del paciente con heridas: de lo básico a lo avanzado. Fondo Editorial CIB 2020 . https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/186721

12. Fernández-Aragón S, Ruydiaz-Gómez K, Del Toro-Rubio M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Revista Salud Uninorte 2016; 32(2), 337-345. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200015&Ing=en &ting=es.