



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE ADULTO MADURO CON
COLEDOCOLITIASIS PRIMARIA, DE UN
HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO-2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER EN ENFERMERÍA**

Autora:

Palomino Hernandez, Luz Mariela

Asesora:

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana

Pimentel – Perú

2020

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE ADULTO MADURO CON COLEDOLITIASIS
PRIMARIA, DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO-2019**

PRESENTADO POR:

PALOMINO HERNANDEZ LUZ MARIELA

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado:

BACHILLER EN ENFERMERÍA:

Mg. Vargas Cabrera Cindy Elizabeth

PRESIDENTA

Mg. Calderón Ruiz Myriam

SECRETARIA

Mg. Flor Delicia Heredia Llatas

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida, por darme las fuerzas y guiarme para culminar este trabajo de investigación, por no dejarme en ningún momento y ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y desaliento.

A mi madre y hermano por ser mis pilares, por estar siempre conmigo acompañándome y brindándome su apoyo constante para no decaer cuando todo parecía imposible.

A mi tío Gilbert a quien quiero como un padre por su apoyo económico y moral cuando más lo necesite, para culminar mi carrera universitaria con éxito.

AGRADECIMIENTO

A la universidad señor de sipan por permitirme formar parte de esta excelente casa de estudios y brindarme todas las facilidades en mi formación profesional.

A mi Asesora de investigación Flor Llatas por sus enseñanzas, y sus consejos para culminar con éxito este trabajo de investigación.

A mis Docentes que durante estos 5 años de estudios me formaron, me brindaron sus conocimientos y me alentaron para seguir adelante y hoy culminar con éxito mi carrera universitaria.

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica diaria, comprende cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Dicho Proceso de Atención de Enfermería se realizó en un hospital Público de Chiclayo a un paciente adulto maduro de 35 años de edad, con diagnóstico médico: Coledocolitiasis primaria. El Modelo teórico que sustenta este proceso es el de las 14 necesidades de Virginia Henderson, fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC – NIC.

En la fase de valoración se le observó quejumbrosa, piel y mucosas orales secas, vía permeable en miembro superior izquierdo. A la entrevista paciente refiere tener dolor tipo cólico en el lado derecho del abdomen, según escala de EVA 8, También refiere haber tenido muchas náuseas y vómitos, tengo mucha sed.

En la etapa diagnóstica se identificaron como diagnósticos principales: Dolor agudo, Déficit de volumen de líquidos, Hipertermia, Ansiedad, Riesgo de infección.

En la fase de planificación los principales resultados NOC propuestos fueron: Nivel del dolor, Hidratación, Termorregulación, Autocontrol de la ansiedad, Control de riesgo: proceso infeccioso; las intervenciones NIC ejecutadas fueron: Manejo del dolor, Manejo de líquidos, Manejo del vómito, Tratamiento de la hipertermia, Disminución de la ansiedad, Control de infecciones, las cuales se efectuaron en la fase de ejecución logrando mejorar el estado de salud del paciente.

Palabras claves: Coledocolitiasis primaria, adulto maduro, Virginia Henderson, cuidado de enfermería

ABSTRACT

The Nursing Care Process is the application of the scientific method in daily practice, it comprises five stages: Assessment, Diagnosis, Planning, Execution and Evaluation.

Said Nursing Care Process was performed in a public hospital in Chiclayo to a mature adult patient of 35 years of age, with a medical diagnosis: Primary choledocholithiasis. The theoretical model that supports this process is that of the 14 needs of Virginia Henderson, based on the NANDA - NOC - NIC taxonomy.

In the evaluation phase, it was observed complaining, dry skin and oral mucous membranes, permeable route in the upper left limb. The patient interview refers to having colic pain on the right side of the abdomen, according to EVA scale 8, It also refers to having had many nausea and vomiting, I'm very thirsty.

In the diagnostic stage, the following were identified as main diagnoses: Acute pain, Liquid volume deficit, Hyperthermia, Anxiety, Risk of infection.

In the planning phase the main NOC results proposed were: Pain level, Hydration, Thermoregulation, Self-control of anxiety, Risk control: infectious process; The NIC interventions performed were: Pain management, Fluid management, Vomiting management, Hyperthermia treatment, Reduction of anxiety, Infection control, which were carried out during the execution phase, improving the patient's health status.

Keywords: Primary choledocolithiasis, mature adult, Virginia Henderson, nursing care.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE	vii
I.INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Valoración según dominios.....	9
1.1.2. Examen físico.....	10
1.2.3. Situación problema.....	11
1.2. Análisis y confrontación de la literatura.....	13
1.3. Formulación de diagnósticos según NANDA.....	18
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	19
2.2. Criterios éticos.....	19
2.3. Planificación del cuidado (NIC).....	21
III. RESULTADO Y DISCUSIÓN.....	39
IV. CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS.....	44

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de Enfermería PAE es un método sistemático organizado que permite al profesional establecer cuidados individualizados hacia los pacientes , el PAE está compuesto de 5 etapas ,dentro de ellas tenemos la valoración, diagnóstico, planificación , ejecución y evaluación , todos estos nos ayudaran a brindar cuidados de calidad hacia las personas.¹

También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir las necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado. ¹

Estuvo dirigido a una paciente adulto Maduro de 35 años de edad, quien se encontró hospitalizado en el servicio de Emergencia, de un Hospital público de Chiclayo, con diagnóstico médico de coledocolitiasis Primaria. Se formularon 5 diagnósticos de enfermería: (00132) dolor agudo, (00027) déficit de volumen de líquidos, (00007) hipertermia, (00148) Ansiedad, (00004) riesgo de infección.

Dichos diagnósticos estuvieron sustentados en la teoría de Virginia Henderson, quien nos manifiesta que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de asistir al individuo , enfermo o no ,para llevar a cabo todas aquellas actividades que favorecen al paciente y ayuden a adquirir la independencia lo más rápido posible.²

Dicha investigación contribuyó a fortalecer mis conocimientos sobre la Coledocolitiasis primaria.

1.1. Valoración según dominios.

Dominio 12: Confort

En el paciente G.R.A de 35 años esta alterado el confort, porque presenta dolor tipo cólico, en el lado derecho del abdomen, según EVA=8...”.

Dominio 2: Nutrición

En el paciente se evidencia una alteración en la hidratación, por pérdida activa de volumen de líquidos, presenta mucosas orales secas, piel seca, Paciente refiere “... haber tenido náuseas y vómitos constantes, refiere tener mucha sed.

Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés

Adulto maduro refiere estar preocupado porque le van a operar y tiene mucho miedo entrar a sala de cirugías...”

Dominio 11: seguridad y protección

Dentro de este dominio encontramos que el paciente presenta un riesgo de infección porque se le ha realizado procedimientos invasivos, se le ha colocado catéter venoso, para la administración de sus medicamentos, presenta un riesgo porque hay una rotura de la piel.

Paciente también presenta alteración de la termorregulación, presenta alteración de la temperatura corporal por encima de los valores normales evidenciado por $T= 38.5^{\circ}\text{c}$.

1.1.2. Examen físico

Cabeza: Cráneo Normocéfalo.

Cabello: limpio

Cara: Pálida

Ojos: Ausencia de secreciones

Orejas: Pabellón auriculares normales.

Boca: Labios secos.

Nariz: Fosas nasales permeables, ausencia de secreciones.

Cuello: Movilidad conservada, no se palpan ganglios.

Tórax: Simétrico, no masas en mamas.

Pulmones: F.R. 21/min.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Globuloso

Área perineal: Vello pubiano con características propias, no laceraciones,

No secreciones.

Miembros superiores: Tono muscular normal, catéter periférico en mano

Izquierda.

Miembros inferiores: Tono muscular normal.

Piel: seca

1.2.3. Situación problema

Adulto Maduro G.R.A. de 35 años de edad, procedente de Chiclayo se encuentra hospitalizado en la cama N° 07 en el servicio de Emergencia varones de un Hospital Público de Chiclayo, con diagnóstico médico: Coledocolitiasis primaria.

Se le observa en posición decúbito dorsal, orientado en tiempo espacio y persona, quejumbroso, intranquilo, con vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo, perfundiendo: NACL 0.9% 1000cc, a 60 gotas x'.

Al examen físico, cabello limpio, mucosas orales secas, piel seca, abdomen globuloso, a la palpación dolor en el hipocondrio derecho.

Al control de los signos vitales: P.A: 120/60 FC: 75min FR: 21 min talla: 1.65 T. 38.5 c° SO2: 98%

Al entrevista paciente refiere "Dolor tipo cólico, en el lado derecho del abdomen, según EVA=8..." además refiere "...haber tenido náuseas y vómitos constantes, tengo mucha sed..." "..... Estoy preocupado porque me van a operar, tengo miedo entrar al sala de cirugía..."

Al recolectar datos en la Historia Clínica se observa:

- Hematocrito=31°/°
- Hemoglobina=12. g/dl
- Glucosa=90.3.mg/dl
- Urea=27.1 mg/dl
- Creatinina=0.6 mg/dl
- Grupo factor RH=O+
- Leucocitos=100 x campo
- Hematíes=2-6x campo
- Célula epitelial=abundante x campo

Diagnóstico médico:

- Coledocolitiasis primaria

Actualmente está recibiendo el siguiente Tratamiento:

- Reposo relativo
- C.F.V.
- N.P.O
- Nacl 0.9% 1000cc a 60gtsx´
- Ranitidina 50 mg ev c/8h
- Hioscina 20 mg ev c/8h
- Tramadol 50 mg ev condicionado a dolor
- Metronidazol 500 g ev c/8h
- Dimehidrinato 50 mg PRN náuseas y vómitos

1.2. Análisis y confrontación de la literatura

Según Nanda Internacional el diagnóstico del profesional de enfermería se convierte en un juicio clínico concerniente con la respuesta humana de la situación de salud/vivencia diaria, por parte de un sujeto, familia, grupo o comunidad .³

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue ejecutado en un Hospital Público de Chiclayo, aplicado a un Adulto Maduro de iniciales G.R.A de 35 años de edad, este proceso está sustentado bajo la teórica Virginia Henderson, con su teoría las 14 necesidades básicas humanas, el ser humano es un todo completo con 14 necesidades ,el individuo quiere autonomía y se esfuerza por obtenerla ,cuando un sujeto no puede realizar estas necesidades por sí mismo no está satisfecho, el sujeto no es un todo , la autonomía del hombre para la realización de sus necesidades básicas es un juicio de salud esencial, el objetivo de la atención es reforzar al paciente a compensar sus necesidades básicas. Manifiesta que el profesional de enfermería y el individuo enfermo tienen que trabajar juntos para lograr la autonomía o una muerte tranquila, la enfermera tiene la obligación de coadyuvar al humano a recobrar o conservar su autonomía desarrollando con ella la potencia, la firmeza para restablecer su salud.⁴

Henderson además determinó tres categorías del vínculo que debe tener el Enfermero hacia el paciente, actuara como: a) sustituto del enfermo b) cooperador para el individuo c) amigo del paciente, el profesional sanitario debe ponerse en el lugar de cada enfermo para identificar y comprender que necesidades tienen y que ayuda requieren.⁵

Virginia Henderson busca incrementar la autonomía del enfermo para apresurar su mejoramiento durante su hospitalización. El modelo de Henderson enfatiza las necesidades humanas básicas como núcleo céntrico de los cuidados de enfermería. Según Henderson, el profesional de salud debe actuar inicialmente para el afectado, cuando no tenga juicio, fuerza física, energía o lucidez para hacer las cosas solo o para ejecutar el tratamiento adecuadamente. La idea es socorrer o asistir a la curación del doliente hasta que él puede cuidarse por sí mismo .⁶

La coledocolitiasis se refiere a la ocupación completa o parcial del conducto colédoco, por los cálculos, que ocasiona el bloqueo. Casi todos los cálculos que se hallan en el

conducto biliar se formaron inicialmente en la vesícula biliar (vesícula biliar: un saco en manera de pera situado debajo del hígado, en el que la bilis producida en el hígado se almacena y concentra, necesaria para la digestión y la absorción de grasa). Desde la Vesícula biliar, las piedras alcanzan el colédoco a través de un mecanismo de traslado. Sin embargo, una pequeña porción de los cálculos del conducto biliar (colédoco) pueden también formarse en el mismo conducto, fundamentalmente en pacientes que se han sometido primeramente a una cirugía de vesícula biliar (colecistectomizado) o a quienes se les extrajeron cálculos hace unos años.⁷

Los cálculos se clasifican como:

- Primario (generalmente piedras de color marrón) estos se desarrollan en el conducto biliar.⁸
- Secundario (generalmente se forman de colesterol), estos crecen en la vesícula biliar pero se transportan a los conductos biliares.⁸
- Desechos que pasan desapercibidos en el proceso de la colecistectomía (llegando a evidenciarse en los próximos 3 años).⁸
- Recurrente, que se formen en los conductos > 3 años posteriormente de la intervención quirúrgica.⁸

Esta afección se caracteriza por dolor tipo cólico (una dolencia idéntica al cólico característico de la vesícula biliar) situado en la parte superior, derecha del abdomen, presente con ictericia que es una tonalidad amarillenta de la piel y los ojos.⁷

El paciente presenta dolor en el hipocondrio derecho, esta quejumbroso, una de las necesidades alteradas es el confort, el confort esta alterado por el dolor agudo que presenta el paciente, el dolor es una experiencia, insoportable, asociadamente a un daño tisular real, o potencial, y que es subjetivo a cada persona, según su forma de presentación, se identifica como dolor agudo y dolor crónico.⁹

El dolor agudo es considerado como una experiencia sensorial desagradable. El dolor habitualmente ocurre debido al daño a los tejidos somáticos o viscerales y se inicia con una trayectoria pasajera que sigue de cerca el procedimiento de rehabilitación y curación de la lesión originaria. Cuando no se presentan

complicaciones, la dolencia suele perderse inmediato con la contusión que lo causó.¹⁰

El dolor de la coledocolitiasis habitualmente se ubica en la parte superior del abdomen y puede percibirse en otro lugar, irradiando hacia el hombro derecho; este dolor llega a durar desde unos minutos inclusive horas y puede manifestar diaforesis, náuseas, vómitos. Los cálculos biliares ocasionan dolencia en el pecho que puede parecerse a un ataque cardíaco. Las manifestaciones que ocurren son dolor, náuseas, vómitos o fiebre, y aparecen cuando un cálculo, obstaculiza el flujo de bilis a partir la vesícula biliar o los conductos del colédoco. Cuando hay presencia de un cálculo biliar en el conducto biliar, se denomina coledocolitiasis, que esta puede producir incomodidad recurrentes.¹¹

La obstrucción de la vía biliar produce dilatación esto conlleva a sufrir dolor, la obstrucción biliar por cálculos suele ser incompleta. Cuando se produce de forma aguda, el paciente presenta dolor, similar al del cólico biliar simple.¹²

Por lo tanto se concluye con el siguiente diagnostico (00132) dolor agudo r/c agentes biológicos s/a. Coledocolitiasis primaria m/p abdomen globuloso, ala palpación dolor en el hipocondrio derecho, Paciente refiere "... Dolor tipo cólico ,en el lado derecho del abdomen, según EVA=8..."

La Fiebre es el acrecentamiento de la temperatura del organismo por arriba de lo establecido, esto genera el incremento del ritmo del corazón, es una respuesta del cuerpo frente a alguna enfermedad o también el organismo lucha contra invasores externos.¹³

No es una enfermedad, sino un señal, que aparece como consecuencia de una infección, esto causa una gran molestia e inclusive puede ser índice de afecciones subyacentes más graves que requieren un tratamiento .La temperatura normal promedio de una persona adulta es entre 36.7 y 37 ° C.¹³

la vesícula biliar inflamada ,y la presencia de material infectado o atrapado dentro del conducto biliar o un cálculo que obstaculiza el flujo de salida de los jugos pancreáticos (pancreatitis por cálculos biliares) pueden provocar fiebre, escalofríos. ¹⁴

Un cálculo biliar que se aloja en el cuello de la vesícula puede causar inflamación de esta, causando dolor intenso y fiebre, esto es indicio de una infección en el cuerpo, la fiebre y los escalofríos pueden indicar un problema de vesícula o infección. ¹⁴

Se concluye con el diagnostico (00007) hipertermia r/c deshidratación s/a enfermedad m/p T= 38.5°C.

A su vez se identificó el diagnostico (00027) déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos s/a deshidratación m/p mucosas orales secas, piel seca, Paciente refiere “... haber tenido náuseas y vómitos constantes, tengo mucha sed...”

La disminución del volumen líquido se presenta cuando se pierde más líquido del que se ingiere, causado por diarrea, vómitos, etc. Todos nuestros órganos necesitan agua para marchar adecuadamente, el déficit de líquidos es la disminución del líquido extravascular, intersticial o intracelular. La insuficiencia de volumen de líquido es una complicación de salud de no darle solución, puede inducir la muerte al individuo. Mientras más temprano se identifique este déficit de líquidos, permitirá actuar más rápido y así evitar o disminuir complicaciones, la administración de fluidos es indispensable para el buen funcionamiento de todos nuestros organismos. ¹⁵

Se conoce que el agua es fundamental y primordial para el buen funcionamiento de nuestro organismo, representa un porcentaje de 60 % en nuestro cuerpo. Así mismo, los líquidos corporales se dividen en dos componentes primordiales, el líquido intracelular que su representación es el 40% del peso corporal y el líquido extracelular (fuera de la célula) su representación es el 20%. Los que constituyen el transcelular son los líquidos del espacio cefalorraquídeo, pleural, gastrointestinal, sinovial, pleural y peritoneal . ¹⁵

A si mismo se denota el diagnostico (00148) Ansiedad r/c estado de salud s/a intervención quirúrgica, entorno desconocido M/P paciente refiere”. Estoy preocupada porque me van a operar y tengo mucho miedo entrar a sala de cirugías...”

En el transcurso del internamiento del enfermo puede llegar a padecer ansiedad si percibe el ambiente hospitalario como amenazador ya que está lejos de su casa. La ansiedad es el miedo o amenaza irracional, adelantada a un contexto que el hombre y su parentela lo ve como un peligro. La ansiedad origina mecanismos de lucha para enfrentar los momentos angustiosos, mediante una serie de cambios que se dan a nivel fisiológico, sin embargo, la ansiedad es como una dolencia que aparece de forma inoportuna y ocasiona conductas que impiden al individuo ejecutar sus actividades de una manera correcta .¹⁶

La ansiedad desencadena una serie de signos y síntomas, como agotamiento, insomnio, problemas al descansar, rigidez y dolencia a nivel del musculoso, nerviosismo, abundancia de transpiración, impresión de nauseas, también la ansiedad impide la manera de relacionarse con las personas provocando estrés.¹⁶

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el bienestar mental es un factor muy fundamental en la salud, los trastornos se manifiestan con mucha frecuencia en todas las etapas de la vida y afectan significativamente la capacidad productiva de la persona. Así a nivel mundial se presentan más de 300 millones de personas con depresión y 260 millones con ansiedad.¹⁷

Por último el quinto diagnóstico formulado fue: Riesgo de infección r/c Procedimiento invasivo.

Las infecciones asociadas al cuidado del paciente , son una contagio que el internado adquiere en su hospitalizacion, en el momento de realizarle un procedimiento.¹⁸

Las técnicas invasivas son actividades que se realizan todos los días por el profesional sanitario. Estos métodos se distinguen por atravesar el primer mecanismo o barrera de protección natural, que es la piel (el parte más sobresaliente del organismo). Se produce al meter un herramienta en la piel y / o las membranas mucosas y alcanzar a tejidos, vías, cavidades y órganos específicos de acuerdo al tipo de procedimiento que se realizara. En las intervenciones del profesional de salud hoy en día se hacen uso

de muchos procedimientos invasivos para ayudar al mejoramiento de la salud del paciente, estas infecciones están relacionadas con el uso de catéter, vías, la cual le puede causar una infección sino se tiene una bioseguridad y asepsia adecuada.¹⁹

Los enfermos tienen el peligro de adquirir infecciones como consecuencia del procedimiento, cuando el profesional no se realiza el adecuado higiene las manos inmediatamente de cada cuidado brindado al paciente, y cada procedimiento invasivo realizados, cuando todos aquellos instrumentos que se han utilizado no se ha realiza una adecuada limpieza .²⁰

1.3. Formulación de diagnósticos según Nanda

Problemas Reales

- (00132) Dolor agudo r/c agentes biológicos s/a. Coledocolitiasis primaria m/p abdomen globuloso, ala palpación dolor en el hipocondrio derecho, Paciente refiere “... Dolor tipo cólico, en el lado derecho del abdomen, según EVA=8...”
- (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos s/a deshidratación m/p mucosas orales secas, piel seca, Paciente refiere “... haber tenido náuseas y vómitos constantes, tengo mucha sed...”
- (00007) Hipertermia r/c deshidratación s/a enfermedad m/p T= 38.5°
- (00148) Ansiedad r/c estado de salud s/a intervención quirúrgica, entorno desconocido M/P paciente refiere”. Estoy preocupada porque me van a operar y tengo mucho miedo entrar a sala de cirugías...”

Problemas de riesgo

- (00004) riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, catéter venoso.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos

La investigación posee un enfoque cualitativo, tipo descriptivo observacional, siendo unidad de análisis, un Adulto Maduro de 35 años de edad, hospitalizado en el servicio de Emergencia varones de un hospital público de Chiclayo; elegido de forma aleatoria.

Para la recolección de datos se tuvo como base el formato de valoración por dominios de salud, elaborado y adecuado al paciente en estudio, estuvo constituido por trece dominios que instaura NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International).

Donde se aplicaron las técnicas como la observación, examen físico, entrevista y revisión de la historia Clínica. Usando desde el primer contacto con la persona la observación. Por medio de esta se obtuvo de información objetiva tanto del paciente.

El examen físico se realizó cefalocaudal aplicando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación.

Así mismo se empleó la entrevista, por medio del cual se obtuvo la información subjetiva. La cual permitió un mayor sustento a situación estudiada.

Por otro lado, se exploró la historia clínica del paciente, un documento legal, que permitió verificar la situación actual, es decir el estado de salud del paciente en estudio, se corroboró los datos de sus antecedentes personales y familiares, de ante mano permitió investigar el proceso de evolución, tratamiento y restablecimiento.

2.2. Criterios éticos

Para esta investigación se emplearon los siguientes principios éticos planteados en el reporte de Belmont.²¹

Respeto a las personas:

El respetar a los individuos significa, tratar a todas las personas como independientes, capaces de decidir sobre ellos mismos, en aquellas pacientes cuya

autonomía ha sido disminuida por alguna enfermedad, velar y defender los derechos que le corresponde en todo momento.²¹

Lo que significa que este principio se aplicó al adulto maduro con su consentimiento quien de manera libre y voluntaria autorizo su participación en esta investigación, en todo momento se brindó un trato respetuoso de tal modo que los datos que se han obtenido serán confidencial.

Beneficencia

No producir ningún daño al paciente y aumentando los beneficios y tratar en todo momento de evitar o disminuir los posibles daños.²⁰ En esta investigación se puso en práctica este principio ya que no se revelo la identidad del individuo en estudio, es decir considerando en todo momento al Adulto como único, integro, evitando causar daño, dándole un cuidado empático humano, que le permitió al paciente recuperar su salud.

Justicia

Hace referencia a la equidad en la distribución del beneficio y el compromiso investigativo.²¹

2.3. Planificación del cuidado (NIC)

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (00132) Dolor agudo r/c agentes biológicos s/a. Coledocolitiasis primaria m/p abdomen globuloso, a la palpación dolor en el hipocondrio derecho, Paciente refiere "... Dolor tipo cólico, en el lado derecho del abdomen, según EVA=8..."</p>		
<p>OBJETIVO: Paciente expresara disminución del dolor, post intervenciones de enfermería, durante su estancia hospitalaria.</p>		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES /ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>(2102) NIVEL DEL DOLOR</p> <p>Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado</p> <p>Dominio: salud percibida (v)</p> <p>Clase : sintomatología (v)</p> <p>Escala de medición :</p> <p>1.Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3.Moderado</p>	<p>(1400) MANEJO DEL DOLOR</p> <p>Actividades :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice una valoración exhaustiva del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración tendrá una atribución esencial en el éxito final de las intervenciones para brindar al paciente , la elección ordenada de la indagación, no ayudara a la determinación correcta de los problemas del individuo y sus causas, permitiéndonos realizar una planificación adecuada para emprender soluciones y adoptar los cuidados de enfermería más apropiadas y eficientes.²²

4.Leve

5.Ninguno

Indicadores:

Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
(210102) dolor referido	1	2	3	4	5
(210206) expresiones faciales de dolor	1	2	3	4	5

- Proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos.(Tramadol)

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

- Los analgésicos son fármacos que disminuyen o alivian el dolor. El tramadol se utiliza para calmar el dolor moderado a intenso. Forma parte de una clase de fármacos denominados analgésicos opioides (narcóticos). Este Funciona al modificar la forma en que el cerebro y el SN responden al dolor .²³

- Identificar todos los factores que incrementen y disminuyen el dolor y planear las intervenciones correctas de enfermería, estas estarán orientadas a minimizar todos los factores que contribuyan al aumento del dolor, al controlar factores que podrían estar influenciados en la presencia del dolor permitimos que el paciente logre salir de una forma más rápida del cuadro doloroso.²⁴

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar periodos de descanso/sueño adecuado que faciliten el alivio del dolor. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • El sueño es un aspecto fisiológico natural del individuo, fundamental para conservar el equilibrio físico y psíquico apropiado. Es indispensable que el sujeto duerma una total eficiente de horas y que el sueño ayude a reponer la funcionalidad del organismo para lograr enfrentar el día, así como conservar la energía, la temperatura del organismo ,un sueño sin interrupciones ayudara a lograr la relajación suficiente y esto pueda ayudar al alivio del dolor .²⁵ • Las técnicas no farmacológicas son otras formas de calmar el dolor fuera de medicamentos. La realización de terapias sin medicamentos puede aliviar a mitigar el dolor y poseer un superior grado de control referente el dolor. Esto podría mejorar la calidad de vida del individuo.²⁶
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none">• Brindar información acerca del dolor.	<ul style="list-style-type: none">• La información disminuye el temor y la angustia del enfermo, esto facilitara la participación del individuo en el tratamiento y en todos los procedimientos que se le realizara para restablecer su salud.²⁷
--	---	---

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos s/a deshidratación m/p mucosas orales secas, piel seca, Paciente refiere "... haber tenido náuseas y vómitos constantes, tengo mucha sed..."</p>		
<p>OBJETIVO: Adulto Maduro mejorara el estado de hidratación de piel y mucosas con los cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p>		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES /ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>(0602) HIDRATACIÓN</p> <p>Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Líquidos y electrolíticos (G)</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.gravemente comprometido</p> <p>2.sustancialmente comprometido</p> <p>3.moderadamente comprometido</p> <p>4.levemente comprometido</p> <p>5.no comprometido</p>	<p>(4120) MANEJO DE LIQUIDOS</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un registro preciso de entradas y salidas 	<ul style="list-style-type: none"> El registro de las entradas y salidas, ayudara a identificar algunos cambios en el balance hidroelectrolítico, habitualmente cuantificados en 24 horas, registrando las ganancias y pérdidas de líquidos siendo estos resultados sumados al final del turno. Los resultados que se obtengan nos ayudara a acomodar con exactitud la cantidad precisa de líquidos que se han de administrará al paciente.²⁸

Indicadores:

Indicadores	Gravemente C.	Sustancialmente c.	Moderadamente c.	Levemente c.	No comprometido
(060201) Membra nas mucosas húmedas	1	2	3	4	5
(060205) Sed	1	2	3	4	5

- Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos.

- Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.

- Las soluciones de electrolitos son administradas por vía endovenosa esto sirve para compensar los niveles correctos de líquidos y electrolitos o para suplir pérdidas significativas, que se llegan a producir cuando el enfermo tiene náuseas o vómitos y se le imposibilita beber cantidades normales de líquidos. La gravedad de la inestabilidad del electrolito debe ser evaluada a través de la anamnesis, y análisis clínicos del individuo, para brindar y establecer un correcto tratamiento.²⁸
- Registrar el ingreso y la salida de líquidos de los individuos se convierte en un aspecto esencial en la atención del enfermero, esto nos ayudara a valorar el estado de hidratación del paciente, es de vital importancia registrar el ingreso y las pérdidas que se den en las 24 horas, para

	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo el peso del paciente una vez por día. <p>(1570) MANEJO DEL VOMITO</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar antieméticos eficaces para prevenir el vómito.(Dimenhidrinato) 	<p>poder tener una correcta información y actuar dependiendo a los resultados que se han obtenido.²⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con problemas de líquidos deben ser pesados con frecuencia, ya que los cambios del volumen de los líquidos orgánicos se traducen en rápidas variaciones. El peso disminuye rápidamente cuando la ingesta total de líquidos es inferior a sus pérdidas.³⁰ • Los antieméticos son medicamentos que sirven para evitar las náuseas y vómitos , estos funcionan eliminando la sensación de náuseas en el cerebro.³¹ el dimenhidrinato se utiliza para tratar las náuseas y vómitos , este forma parte de los medicamentos denominados antihistamínicos , su función principal de este es mantener el equilibrio de líquidos en el organismo.³²
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir la deshidratación aumentando la ingesta de líquidos	<ul style="list-style-type: none">• Un agua es indispensable para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo, es un líquido de vital importancia para conservar una buena hidratación, este se debe constituir en la mayor parte de nuestra la ingesta. Se recomienda tomar entre seis y ocho vasos de agua al día, para mantenernos hidratados y nuestro organismo realizando sus funciones correctamente.³³
--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (00007) Hipertermia r/c deshidratación s/a enfermedad m/p por T= 38.5 °c

OBJETIVO: Adulto Maduro lograra tener una temperatura corporal normal, post cuidados de enfermería.

CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES /ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>(0800) TERMORREGULACION</p> <p>Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.</p> <p>Dominio : salud fisiológica</p> <p>Clase: regulación metabólica</p> <p>Escala de medición: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p>	<p>(3740) TRATAMIENTO DE LA HIPERTERMIA</p> <p>Definición: Manejo de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una disfunción de la termorregulación.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicar métodos de enfriamiento externos	<ul style="list-style-type: none">• Estos métodos facilitaran a la pérdida de calor del organismo, para disminuir una temperatura corporal alta se debe utilizar compresas frescas ,se tendrá que hacer la veces que sea necesario hasta lograr bajar la temperatura, mantener al paciente en un ambiente fresco.¹³

INDICADORES:

Indicadores	Gravemente c.	Sustancialmente c.	Moderadamente c.	Levemente c.	No comprometido c.
(080019) Hipertermia	1	2	3	4	5
(192202) Identifica signos y síntomas de la hipertermia	1	2	3	4	5

- Aflojar o quitar la ropa del paciente
- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas
- Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera

- Para bajar la temperatura corporal se deberá dejar al individuo con la menor cantidad de ropa posible, esta debe ser suelta y liviana.¹³
- Controlar la temperatura con la frecuencia que sea necesaria hasta lograr los valores normales y evitar complicaciones en el paciente.³⁴
- El exceso de ropa, dificulta la pérdida del calor corporal a través de la piel. El paciente debe hacer uso una prenda ligera, y deberá estar en un ambiente fresco, ventilado.³⁴

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (00148) Ansiedad r/c estado de salud s/a intervención quirúrgica, entorno desconocido m/p paciente refiere”. Estoy preocupada porque me van a operar y tengo mucho miedo entrar a sala de cirugías...”

OBJETIVO: Paciente verbalizara sentirse tranquila y relajada durante su estancia hospitalaria con el cuidado y apoyo de los profesionales de la salud.

CRITERIO DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>(1402) AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD</p> <p>Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de presión tensión o inquietud de una fuente no indicada.</p> <p>Dominio: salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: autocontrol</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.grave</p> <p>2.sustancial</p> <p>3.moderado</p>	<p>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención 	<ul style="list-style-type: none"> • La escucha tiene la capacidad de calmar los miedos y angustias, prestar atención significa no perder de vista al otro. Al concretar la escucha con nuestros ojos, vamos a transferir tranquilidad, infundir seguridad, prestar atención y permitir que el individuo exprese lo que en realidad le atormenta y angustia.³⁵

4.leve

5.ninguno

Indicadores :

Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
(121031) inquietud	1	2	3	4	5
(121033) Ansiedad verbaliza da	1	2	3	4	5

- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo

- Las técnicas de relajación son una manera o forma de apoyo hacia un individuo a aminorar su tensión física, espiritual y emocional. Le ayuda a la persona a lograr un mayor nivel de tranquilidad al mitigar aquellos factores que lo conllevan hacia la ansiedad.³⁶
- Brindar apoyo emocional, siempre en todo momento ya que el estar en un ambiente desconocido y el pronóstico de la enfermedad hacen que el paciente se sienta amenazado, y con temor , para evitar estos sentimientos en la persona es de vital importancia que el profesional de la salud brinde confianza al momento de establecer comunicación con él , ya que esto le hará sentir más seguro y estar confiado y se disminuirá aquel sentimiento de vulnerabilidad,

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento 	<p>permitiéndole al paciente una recuperación más pronta .³⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información es esencial el papel del profesional es educar a las personas desde el momento que ingresa al hospital esta información va a permitir empoderar al paciente acerca su salud y los procedimientos que se le han de realizar, esto va a tener una repercusión positiva, ya que el paciente va a conocer todo lo se le realizara y así ira disminuyendo el miedo, la información disminuye la ansiedad.³⁷ • Comunicación entre la enfermera y el paciente, es muy esencial para brindar atención de calidad , la comunicación es la forma más segura para conectarse con el paciente y poder comprender todo lo que está pasando , de esta manera
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Entablar Comunicación terapéutica entre el paciente y enfermera • Escuchar los miedos del paciente 	<p>identificaremos en qué circunstancias dar ayuda ,los profesionales de la salud tienen habilidades suficientes para saber cómo relacionarse y llegar al individuo , la enfermera debe estar siempre dispuesta a ofrecer ayuda apoyo , de esta manera se lograra mejorar la salud y cuidados del paciente hospitalizado.³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • El miedo es un sentimiento caracterizado por temor, angustia y alarma ante una situación que la persona lo perciba como amenazante, al entablar conexión con la otra persona y contarle nuestro sentimiento, disminuye la intensidad del miedo es por ello que la enfermera debe brindar apoyo emocional siempre.³⁷
--	---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, catéter venoso.		
OBJETIVO: Adulto maduro se mantendrá libre de infecciones durante su estancia hospitalaria post cuidados de enfermería		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES /ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>(1924) control de riesgo : proceso infeccioso</p> <p>Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables</p> <p>Dominio : conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase : control de riesgo y seguridad</p> <p>Escala de medición: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>(6540) control de infecciones</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las manos son la ruta primordial de transferencia de gérmenes en el momento del cuidado al paciente. El lavado de manos es la prevención más fundamental para evitar la propagación de gérmenes dañinos y para prevenir infecciones relacionadas la atención de salud.³⁹

Indicadores:

indicadores	Nunca .D.	Raramente. D.	A veces. D	Frecuentement e D	Siempre .D.
(192401) Reconoce el riesgo personal de infección	1	2	3	4	5
(192405) Identifica signos y síntomas de infección	1	2	3	4	5

- usar guantes estériles

- Mantener un ambiente aséptico optimo mientras se realizan procedimientos al paciente

- Los guantes se denominan equipo de protección personal (EPP). Los guantes forman una defensa entre los microbios y las manos. El uso de estos ayudan a evitar que se propaguen los microbios de persona a persona, el uso de estos resguarda a los pacientes y profesionales de la salud de sufrir o adquirir posibles infecciones, ayudan a conservar manos higiénicas, manos seguras.⁴⁰
- Un ambiente aséptico es aquel lugar que está libre de agentes potencialmente contaminantes que pueden causar infección en personas con heridas o lesiones graves, la mejor forma de mantener un ambiente aséptico es con una rigurosa aplicación de hábitos de higiene que garanticen un ambiente libre de gérmenes e infecciones intra-hospitalarias.⁴⁰

	<ul style="list-style-type: none">• utiliza jabón antimicrobiano para el lavado de manos• Ordenar a las visitas que se laven las manos antes y después de tener contacto con el paciente.	<ul style="list-style-type: none">• El jabón antimicrobiano tiene su función de dejar las manos libres de microorganismos ,este evita y retrasa el crecimiento de la flora bacteriana.⁴¹• El lavado de manos es esencial para prevenir la propagación de infecciones de una persona a otra. Tener las manos limpias en todo momento es lo más efectivo para de evitar contraer los microbios causantes de muchas infecciones .⁴²
--	--	---

III .RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, brindar cuidados de enfermería a un Adulto Maduro con coledocolitiasis primaria, para mejorar la salud del paciente. Es importante explicar, que estos cuidados ofrecidos fueron indispensables para identificar y satisfacer necesidades básicas en el sujeto de estudio, también se brindó orientación y consejería al paciente y familiares.

La teoría de Virginia Henderson, nos habla del cuidado que el enfermero debe de tener hacia el paciente, esto basado en la necesidades básicas del individuo y donde será responsabilidad del profesional de la salud brindar cuidados de calidad , a la persona hasta sus últimos días de vida, para ello se deberá hacer uso de todos aquellos conocimientos para ayudar al enfermo a obtener su autonomía y restablecer su salud, al brindar cuidados al individuo se le acogió de una manera cálida , tratando de ponerse siempre en su lugar y comprender todo lo que estaba pasando , haciendo a un lado todos aquellos problemas personales que pudieron afectar la calidad de cuidados y atención al paciente .

Al identificar necesidades alteradas en el paciente, se obtuvieron 5 diagnósticos de enfermería. En relación al primer diagnóstico fue dolor agudo r/c agentes biológicos s/a. Coledocolitiasis primaria, cuyo objetivo fue paciente expresara disminución del dolor, post intervenciones de enfermería, durante su estancia hospitalaria.”. Las intervenciones y cuidados de enfermería prioritarios que se aplicaron al paciente fueron: Realizar una valoración exhaustiva del dolor, proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos, disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

Según Moreira V y Garrido E, en el año 2011, Mencionan que el dolor es el resultado de la consecuencia del bloqueo del colédoco por los cálculos, el dolor de la coledocolitiasis se encuentra en la parte superior del abdomen y muchas veces se irradia al hombro derecho. Asimismo puede persistir a partir unos minutos hasta horas. Los ataques de cálculos biliares pueden causar dolor en el pecho que puede parecerse a un ataque cardíaco, esto se llega a originar cuando un cálculo obstruye el paso de bilis de la vesícula o desde los conductos biliares.⁷

Según Puebla Díaz F, en el año 2005, Menciona lo primero que se debe realizar para brindar una correcta atención a un paciente con dolor es una correcta valoración, esto permitirá al profesional de la salud establecer un correcto tratamiento del dolor, se debe valorar la clasificación, su duración, localización, curso, intensidad, y los factores que intervienen.⁴³

Las intervenciones estuvieron orientadas a otorgar la ayuda necesaria para aliviar el dolor, logrando un 90% del NOC programado. Lo cual se evidencia, disminución del dolor, paciente refiere estar tranquilo y desde que se le administro el analgésico, el dolor ha disminuido, lo cual le permite estar un poco más relajado.

En cuanto al segundo diagnóstico: (00027) déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos S/a deshidratación m/p mucosas orales secas, piel seca, Paciente refiere “... haber tenido náuseas y vómitos constantes, tengo mucha sed...”

Según Peña M, et al, en el año 2006, Mencionan que el déficit de volumen de líquido es la disminución del líquido en el organismo, esto resulta de la pérdida de agua y sodio por parte del cuerpo, los síntomas que se llegan a presentar son: Sed (aumenta con la deshidratación), piel seca y membranas mucosas, vómitos, disentería. Se relacionado con el caso del paciente donde se evidencia una leve deshidratación y presenta los mismos síntomas que ellos refieren.⁴⁴

Así mismo refieren que para llegar a tratar la deshidratación se debe reponer aquellos líquidos y electrolitos que se ha perdido, estos son indispensables para el buen funcionamiento del cuerpo.⁴⁴

Bustamante G y Magne G, en el año 2008, Afirman que la deshidratación es la disminución de líquidos y sodio en el organismo, lo que conlleva a tener un inestabilidad intracelular, extracelular e intersticial que afecta gravemente al cuerpo, la hidratación tiene una gran atribución en los sistemas fisiológicos del organismo, la complicaciones derivadas de la falta de hidratación sostenida puede causar insuficiencia renal aguda, convulsiones y muerte, por lo que un tratamiento seguro y urgente puede prevenirlo.⁴⁵

Este diagnóstico fue alcanzado; ya que el Paciente presenta piel y mucosas orales hidratadas, esto significa que las intervenciones realizadas fueron efectivas en un 100% logrando cumplir con los objetivos planteados.

El tercero diagnóstico es (00007) hipertermia r/c deshidratación s/a enfermedad m/p por T= 38.5°C, las actividades realizadas fueron: Cubrir al paciente con una manta o ropa ligera dependiendo de la fase de fiebre, Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre, Aplicar métodos de enfriamiento externos.

Según Ramón F y María F, en el año 2014, Nos manifiestan que el signo más frecuente de muchas enfermedades, es la fiebre, esta se caracteriza por una temperatura corporal aumentada, mayor de 37°C. Históricamente, la fiebre se consideraba un señal de alguna enfermedad, pero investigaciones nuevas en el área de la Medicina Evolutiva, han demostrado que la fiebre también se puede presentar como una respuesta del organismo que lucha contra invasores externos.⁴⁶

Sonia Sanz Olmos en el año 2017, refiere que la fiebre es una señal que aparece como consecuencia de una infección, esta dificulta la sobrevivencia de gérmenes y activa el sistema inmune en el organismo, una temperatura corporal alta conlleva a generar malestar, o puede estar relacionada con algunas patologías, los valores de una temperatura normal son de 36-37°C, cuando llega a ver variaciones en la temperatura ambiental, el hipotálamo se encarga de mantener la temperatura de nuestro organismo, el principal origen de la piroxia son en mayor número las infecciones, pero también puede estar relacionada con otras patologías, o puede ser por la ingesta de algún medicamento.⁴⁷

Respecto al cuarto diagnóstico (00148) Ansiedad R/C estado de salud.

Iglesias J y López P, en el año 2015, mencionaron que el estar hospitalizado llega a producir en el paciente un sentimiento de miedo, e incertidumbre, que puede llegar a provocar ansiedad. El personal sanitario, tras realizar una valoración inicial ha de ser capaz de detectar esta situación y actuar lo más pronto posible.¹⁶

Según Miriam Amad Pastor 2014, refiere que la ansiedad se inicia como una reacción propia del organismo, frente a todas aquellas situaciones estresantes o desconocidas a las que se enfrenta, cuando la persona percibe un entorno amenazante, se producen diversos

cambios en nuestro organismo , estos nos ayudan a reaccionar , ante aquello que el ser humano lo perciba como una amenaza.⁴⁸

Se hace hincapié, sobre los cuidados que se debe brindar, la ansiedad se puede disminuir o evitar transmitiendo al paciente confianza, seguridad, brindándole información y aclarando sus miedos y dudas, siendo empáticos en todo momento. Las intervenciones se lograron en su totalidad, ayudaron al paciente a disminuir el miedo y la ansiedad.

Finalmente, el quinto diagnóstico, (00004) Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos, donde el objetivo a lograr: Adulto Maduro se mantendrá libre de infecciones durante su hospitalización, post cuidados de enfermería.

Este se logró mediante la consejería sobre actividades preventivas:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que al momento de dar la atención a los pacientes, una de las medidas específicas como personal de la salud que debemos realizar siempre es el lavado de manos, es una técnica y un procedimiento que requiere de un costo mínimo y es el más efectivo para evitar la transmisión de infecciones, microorganismos de persona en persona, ya sea por medio de los materiales, el jabón elimina la flora bacteriana y transitoria mediante fricción y arrastre mecánico.⁴⁹

IV. CONCLUSIONES

El confort es esencial para el ser humano , el dolor causa intranquilidad , y altera el funcionamiento del organismo por ello se proporcionó a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos, ya que los analgésicos ayudan a calmar y evitar el dolor y así mejorar el confort del paciente y permitir su rápida recuperación. Las intervenciones del profesional de salud lograron un 90% de la meta programada.

La hidratación es fundamental en nuestro organismo para asegurar el correcto funcionamiento, transporta y distribuye los nutrientes esenciales para nuestras células, elimina las toxinas que producen nuestros órganos, regula nuestra temperatura corporal. Colabora en nuestro proceso digestivo, si hay algún problema de deshidratación se presenta, sed, piel seca y membranas mucosas, vómitos, disentería. Las intervenciones del equipo de salud durante hospitalización, logran un 100% de restablecimiento de la hidratación del paciente.

Hipertermia, se logró restablecer la temperatura corporal normal en un 100% en el paciente, la fiebre es el acrecentamiento de la temperatura del organismo por arriba de lo establecido, esto genera el incremento del ritmo del corazón, es una respuesta del cuerpo frente a alguna enfermedad o también el organismo lucha contra invasores externos.

Ansiedad, se logró la recuperación en un 95% donde el paciente mejoró el nivel de estrés progresivamente posterior a cuidados de enfermería, siendo que la ansiedad es una respuesta de adaptación normal que experimentamos en algún momento de nuestras vidas.

Riesgo de infección se logró el 100% donde el paciente no presentó infección durante su permanencia en el hospital cuyo principal objetivo es evitar la proliferación de microorganismos en el torrente sanguíneo evitando una sepsis tratando de disminuir su incidencia y mortalidad, es transcendental hacer uso de las medidas de Bioseguridad, y como primordial mecanismo para contrarrestar las infecciones el correcto lavado de manos.

REFERENCIAS

1. Nadia Carolina Regina G. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO [Internet]. Enlinea.cij.gob.mx. 2010 [citado 10 Febrero 2020]. Disponible en : <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
2. Balido Vallejo J, Lendinez Cobo J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. Index-f.com. 2010 [citado 8 Febrero 2020]. Disponible en : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
3. NANDA Internacional [Internet]. Academia. 2015. [Citado 3 octubre 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/37563272/NANDA_2015-2017_ed_espa%C3%B1ola.pdf
4. Amezcua M. Virginia Henderson [Internet]. GOMERES. Salud, cultura, historia y pensamiento. 2014 [citado 3 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
5. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería [Internet]. Academia. 2010 [citado 5 octubre 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
6. Ramírez J. Virginia Henderson: Biografía y 14 Necesidades (Modelo) [Internet]. Lifeder.com. 2015 [citado 5 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
7. V.F. Moreira, E. Garrido. Coledocolitiasis. [Internet]. Scielo. 2011. [citado 5 octubre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000700011
8. Siddiqui A. Coledocolitiasis y colangitis - Trastornos hepáticos y biliares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2018 [citado 7 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y->

biliares/trastornos-de-la-ves% C3% ADcula-biliar-y-los-conductos biliares/coledocolitiasis-y-colangitis

9. DOLOR. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN [Internet]. Comsegovia. 2015 [citado 9 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIA GINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>
10. López Forniés A, Iturralde García de Diego F, Clerencia Sierra M. DOLOR [Internet]. Sld.cu. 2012 [citado 11 octubre 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
11. Choi Y, B. Silverman W. Trastornos Del Tracto Biliar, Trastornos De La Vesícula Biliar y Pancreatitis por Cálculos Biliares [Internet]. American College of Gastroenterology. 2012 [citado 13 octubre 2019]. Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/trastornos-del-tracto-biliar-trastornos-de-la-vesicula-biliar-y-pancreatitis-por-calculos-biliares/>
12. Connor O. ¿Cálculos en el colédoco? [Internet]. El Nuevo Herald. 2010 [citado 15 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.elnuevoherald.com/vivir-mejor/salud/article8009847.html>
13. Fiebre - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2020 [citado 21 Julio 2017]. disponible en : <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fever/symptoms-causes/syc-20352759>
14. William B. Silverman Y. Trastornos Del Tracto Biliar, Trastornos De La Vesicula Biliar y Pancreatitis Por Calculos Biliares. - American College of Gastroenterology [Internet]. [citado 25 octubre 2019]. Disponible en : <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/trastornos-del-tracto-biliar-trastornos-de-la-vesicula-biliar-y-pancreatitis-por-calculos-biliares/>
15. Arteaga Bocanegra F, Otiniano Flores J. NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO CON EL MANEJO DEL BALANCE HÍDRICO EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2017 [Internet]. Repositorio.unap.edu.pe. 2017 [citado 8 Febrero 2020]. Disponible en:

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4013/Zamata_Chura_Rossy_Haydee.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Iglesias Moya J, López-Carmona P. La ansiedad por hospitalización [Internet]. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. 2015 [citado 19 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-por-hospitalizacion/>

17. OMS. Salud mental [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 1 febrero 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/es/

18. Oficina General de Epidemiología. NT N° 026 - MINSA/OGE – V.01 Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. Ministerio de Salud. Perú. 2004. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/TEXT0%20IIH%20PARA%20RESOLUCION%20Feb%202005.pdf>

19. Definición de Procedimientos Invasivos [Internet]. Recuperar Mi Salud. 2010 [citado 21 octubre 2019]. Disponible en: <https://recuperarmisalud.cl/procedimientos-invasivos/como-es-la-farmacocinetica-de-los-medicamentos-administrados-por-via-oral/>

20. Prevención de infecciones [Internet]. Engenderhealth.org. 2001 [citado 30 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/ip/ip-ref-sp.pdf>

21. Belmont. Principios y Guías Éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación: Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación Biomédica y del Comportamiento. Observatori de Bioetica i Dret.[en línea].1079. [Citado: 1979 de abril 18].U.S.A. Disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

22. Arribas Cacha A, Arejula Torres J. Valoración. Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería [Internet]. OBSERVATORIO. Metodología Enfermera. 2006 [citado 1 noviembre 2019]. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf

23. Tramadol [Internet]. MedlinePlus. Información de Salud para usted. 2017 [citado 1 noviembre 2019]. Disponible en:<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695011-es.html>
24. Cuidados de enfermería en el paciente paliativo con DOLOR [Internet]. Comsegovia.com. 2018 [citado 1 noviembre 2019]. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>
25. Bonet R, Garrote A. Higiene del sueño: la importancia de un buen descanso [Internet]. El farmacéutico.es. PROFESIÓN Y CULTURA. 2019 [citado 3 noviembre 2019]. Disponible en: <http://elfarmacéutico.es/index.php/salud-de-actualidad/item/1720-higiene-del-sueno-la-importancia-de-un-buen-descanso#.XfD495NKjIW>
26. Terapias No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor En Adultos [Internet]. Drugs.com. 2018 [citado 4c noviembre 2019]. Disponible en: https://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos.html
27. Ruiz García V, Gómez Tomás A, Córcoles Jiménez P. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS [Internet]. Chospab.es. 2013 [citado 4 noviembre 2019]. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf
28. Balance hídrico [Internet]. EcuRed. 2016 [citado 6 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Balance_h%C3%ADdrico
29. Soluciones electrolíticas parenterales [Internet]. Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud Un recurso de la Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 8 noviembre 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/30.2.html>
30. Aguilera Peña F, Carrion Muñoz F. BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS [Internet]. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. 2010 [citado 9 noviembre 2019]. Disponible en:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equili_liquidos.pdf

31. Marnet M. Antiemético - Definición [Internet]. CCM Salud. 2013 [citado 9 noviembre 2019]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/12595-antiemetico-definicion>
32. Fichas farmacológicas MINSA [Internet]. Medlineplus.gov. 2015 [citado 9 noviembre 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/160870580/Fichas-farmacologicas-MINSA>
333. 7 recomendaciones para prevenir la deshidratación en ancianos [Internet]. Joyners.com. 2017 [citado 11 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.joyners.com/blog/prevenir-deshidratacion-ancianos/>
34. Manual de protocolo y procedimientos generales de enfermería. Manejo de la fiebre [Internet]. Sspa.juntadeandalucia.es. [citado 11 setiembre 2010]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/f2_manejo_fiebre.pdf
35. Pedace M. La importancia de la escucha activa para los profesionales de la salud [Internet]. Fcchi.org.ar. 2017 [citado 14 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/la-escucha-activa-en-los-profesionales-de-la-salud/>
36. Definición de Técnicas de Relajación [Internet]. Aulafacil.com. 2015 [citado 15 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.aulafacil.com/cursos/terapia/tecnicas-basicas-de-relajacion/definicion-de-tecnicas-de-relajacion-15516>
37. Paciente en quirófano: miedo al quirófano [Internet]. Quirofono.net. 2019 [citado 17 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.quirofono.net/enfermeria-quiroyano/paciente-quiroyano-miedo-ansiedad.php>
38. La importancia de la relación entre la enfermera y el paciente oncológico terminal [Internet]. Enfermería21. 2014 [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-relacion-entre-la-enfermera-y-el-paciente-oncologico-terminal-DDIMPORT-034838/>

39. Higiene de las manos [Internet]. Organization Mundial de la Salud. 2017 [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
40. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. 9na ed. Madrid, España. Pearson Educación; 2013
41. Higiene de las manos [Internet]. Fistera.com/Atención Primaria en la Red. 2010 [citado 24 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/Salud/1infoConse/higieneManos.asp>
42. Tortajada S. El lavado de manos: consejos para pacientes, familiares y visitantes [Internet]. Blog salud y bienestar. Centro Médico Teknon. 2017 [citado 25 noviembre 2019]. Disponible en: <http://www.teknon.es/blog/es/vida-saludable/lavado-manos-consejos-pacientes-familiares-visitantes>
43. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico [Internet]. Scielo.es. 2005 [citado 29 noviembre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
44. Santos Peña M, Uriarte Méndez A, Rocha Hernández J. DESHIDRATACIÓN [Internet]. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos. 2006 [citado 29 noviembre 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/22_deshidratacion.pdf
45. Bustamante Cabrera G, Magne Quispe M. Deshidratación [Internet]. Cátedra Internacional de Estudios Avanzados en Hidratación. 2008 [citado 1 diciembre 2019]. Disponible en: <http://cieah.ulpgc.es/es/hidratacion-humana/deshidratacion>
46. Ramón-Romero F, Farías J, Ramón-Romero F, Farías J. La fiebre [Internet]. Scielo.org.mx. [citado 24 de marzo 2014; aprobado: el 08 de mayo]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400020

47. Sanz Olmos S. Fiebre [Internet]. Elsevier.es. 2020 [citado Noviembre 2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-fiebre-X0213932417620584>

48. Amad Pastor M. Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad - PiCuida [Internet]. PiCuida. 2014 [citado 8 Febrero 2020]. Available from: <https://www.picuida.es/evaluacion-de-las-intervenciones-de-enfermeria-en-los-cuidados-a-mujeres-con-diagnostico-enfermero-ansiedad/>

49. Organización Mundial de Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Online]. 2012 [cited 2019 Septiembre 5]; 1–7. Available from: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene

