



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO  
EN PACIENTE CON CISTITIS INTERSTICIAL EN EL  
HOSPITAL ESSALUD-CHICLAYO 2019**

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

**Autora:**

**Gonzáles Zumba Anita**

**Asesora:**

**Mg. Heredia LLatas Flor Delicia**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana**

**Pimentel – Perú  
2019**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO  
EN PACIENTE CON CISTITIS INSTERSTICIAL EN EL  
HOSPITAL ESSALUD-CHICLAYO 2019**

**PRESENTADO POR**

**GONZÁLES ZUMBA ANITA**

A la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Señor  
de Sipán

**Para optar el grado de**

**BACHILLER EN ENFERMERIA**

**APROBADO POR**

-----  
Mg. Bravo Balarezo Flor de María  
Presidente del Jurado de tesis

-----  
Mg. Lizarraga de Maguiña Isabel Graciela  
Secretaria del Jurado de tesis

-----  
Mg. Heredia Llatas Flor Delicia  
Asesora/ Vocal del Jurado de tesis

## DEDICATORIA

A Dios padre por brindarme la vida y la salud, ya que en esta larga experiencia pre-profesional siempre escucho mis oraciones.

A mi madre: Gilda Zumba Shuña, ejemplo de fortaleza e integridad y por confiar siempre en mí.

A mi esposo: Gabriel Goicochea Gutiérrez, por apoyarme incondicionalmente y estar conmigo en las buenas y malas.

A mí querida hija: Jacqueline Shantall Goicochea Gonzales, por llegar a nuestras vidas y ser la alegría de cada día.

*Anita*

## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el artífice de todo mi crecimiento profesional, quien me guio día a día hasta llegar a la meta.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipan por aportar significativamente en mi formación profesional y personal.

A la Mg. Magaly Medina Rojas, por su incondicional apoyo y confianza.

A mis maestras de pregrado que han afianzado mi conocimiento profesional y humano durante mis años de formación.

*Anita*

## RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica diaria en busca de la satisfacción de las necesidades alteradas del individuo, familia y comunidad, comprende cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

El presente PAE se realizó en una adulta madura, procedente de Chiclayo, con diagnóstico médico Cistitis Intersticial, hospitalizada en la cama N° 5 del Servicio de Ginecología del Hospital EsSalud.

En la fase de valoración se encontró vía periférica endovenosa permeable en el miembro superior izquierda perfundiendo NaCl 0.9% 1000 x 30 gts, a la movilización quejumbrosa, intranquila; facie de dolor. A la entrevista refiere: "...me duele el vientre señorita...", según EVA 7. "...cuando orino siento ardor y quemazón...".

En la etapa diagnóstica se identificaron como diagnósticos principales (00132) dolor agudo, (00016) deterioro de la eliminación urinaria y (00004) riesgo de infección.

En la fase de planificación los principales resultados NOC propuestos fueron: nivel del dolor (2102), eliminación urinaria (0503) y control del riesgo: proceso infeccioso (1924); las intervenciones NIC: (1400) manejo del dolor, (0590) manejo de la eliminación urinaria y (6540) control de infecciones, las cuales se implementaron en la fase de ejecución logrando mejorar el estado de salud de la adulta madura.

**Palabras clave:** Proceso de atención de enfermería, Virginia Henderson, cuidado, cistitis intersticial, infección.

## ABSTRACT

The Nursing Care Process (ECP) is the application of the scientific method in daily practice in search of the satisfaction of the altered needs of the individual, family and community, comprising five stages: Assessment, Diagnosis, Planning, Execution and Evaluation.

The present PAE was performed in a mature adult, from Chiclayo, with a medical diagnosis Interstitial Cystitis, hospitalized in bed No. 5 of the Gynecology Service of the Hospital EsSalud.

In the titration phase, intravenous peripheral route was found permeable in the upper left limb perfusing 0.9% NaCl 1000 x 30 gts, to the complaining mobilization, uneasy; Facie of pain. He refers to the interview: "... my belly hurts ...", according to EVA 7. "... When I urinate I feel burning and burning ...".

In the diagnostic stage, acute diagnoses (00132) acute pain, (00016) deterioration of urinary elimination and (00004) risk of infection were identified as main diagnoses.

In the planning phase the main NOC results proposed were: pain level (2102), urinary elimination (0503) and risk control: infectious process (1924); IAS interventions: (1400) pain management, (0590) urinary elimination management and (6540) infection control, which were implemented in the execution phase, improving the health status of mature adults.

**Keywords:** Nursing care process, Virginia Henderson, care, interstitial cystitis, infection.

## INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE.....	vii
I. INTRODUCCION.....	08
1.1. Valoración.....	10
1.2. Situación de Enfermería.....	12
1.3. Valoración por dominios.....	13
1.4. Análisis y confrontación con la literatura.....	15
1.5. Formulación del diagnóstico según NANDA.....	22
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	23
2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	23
2.2. Aspectos éticos.....	23
2.3. Planificación del cuidado NIC.....	25
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: NOC.....	37
IV CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS.....	40

## INTRODUCCION

El proceso de enfermería es considerado un método que sigue un orden específico y sistemático que nos permite obtener datos y reconocer los problemas de las personas en diferentes entornos, con la finalidad de planificar, realizar y evaluar el cuidado brindado por la enfermera, por todo este proceso consideramos a la Enfermería una ciencia que aplica el método científico. (1)

El proceso de atención de enfermería (PAE) permitió identificar de manera oportuna las necesidades alteradas de la persona en estudio. La aplicación del proceso al individuo debe garantizar cuidados con calidad que puedan ser evaluados y monitorizados, de igual manera no se puede dejar de lado que se cuida a la persona de manera individual, respetando su integridad, de esta manera se puede realizar la evaluación de cada una de las intervenciones. (1)

El presente proceso fue aplicado a una adulta madura hospitalizada en el servicio de Ginecología del Hospital de Chiclayo, y se pudo aplicar los cuidados teniendo en cuenta su individualidad, la participación activa de la paciente, la continuidad y flexibilidad en el cuidado, con la finalidad de satisfacer las necesidades alteradas, como la evitación del dolor, regulación del equilibrio hídrico, higiene, a causa de las respuestas humanas alteradas. Para la realización de este proceso se tomó como base la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, quien considera al individuo como un ser integral física y psicológicamente, que ve alterada sus necesidades básicas en diversas situaciones adversas y en ese momento necesita del cuidado de Enfermería para satisfacer aquellas situaciones para poder desenvolverse de manera óptima en su entorno.



Según la teórica Henderson considera muy importante el conocimiento que posea la enfermera para poder brindar ayuda a las personas y que pueda lograr la máxima satisfacción de sus necesidades, a través de la aplicación del proceso de Enfermería. La aplicación del proceso enfermero permite planificar cuidados humanizados para un individuo íntegro, único y que requiere cuidado enfocados en la persona y no en la patología.

# **CAPITULO I: ETAPA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

## **1.- VALORACIÓN**

### **1.1. Historia de Salud de Enfermería. Valoración individual.**

#### **DATOS DE FILIACION**

1. Nombre: Dina Luz Castro Ramírez
2. Edad: 46 años
3. Etapa de la vida: Adulta madura
4. Estado civil: Casada
5. Lugar de nacimiento o procedencia: Chiclayo
6. Religión: Católica
7. Fecha de ingreso: 17/04/2017
8. Motivo de ingreso: Dolor abdominal.
9. Diagnostico medico de ingreso:
  - Cistitis Crónica Severa.
  
10. Tratamiento médico de ingreso:
  - Nacl 0.9% 1000cc 30 gts/min.
  - Metamizol 2 gr EV c/8h
  - Tramadol 50 mg EV c/6h
  - Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
  - Omeprazol 40 mg EV c/8h
  
11. Antecedentes personales
  - Reacción Adversa a Medicamentos: ninguno
  - Antecedentes patológicos: ninguno
  - Antecedentes quirúrgicos: ninguno
  - Antecedentes ginecológicos: 4 partos.

12. Antecedentes familiares:

Tipo de familia: Familia nuclear

Dinámica familiar: Funcional

13. Vivienda

Características de la vivienda: Material noble.

Saneamiento básico: luz, agua, desagüe

## 1.2 Situación de Enfermería.

Adulta madura C.R.D.L. de 46 años de edad, sexo femenino, procedente de Chiclayo, se encuentra hospitalizado en la cama N° 05 – A del Servicio de Ginecología del Hospital EsSalud, en posición decúbito dorsal, orientado en tiempo, espacio y persona, con diagnóstico médico: Cistitis Intersticial.

Al examen físico se encontró: piel seca, fría al tacto, sudoración profusa, vía periférica endovenosa permeable en el miembro superior izquierda perfundiendo NaCl 0.9% 1000 x 30 gts, ambos miembros superiores e inferiores con edemas ++/+++, a la movilización quejumbrosa, intranquila; facie de dolor; uso de pañal; uñas de manos y pies largas, con residuos de tierra; en talones piel con grietas.

Al control de signos vitales: P.A 110/70 mmHg FC: 78 X' FR: 18 X'  
T: 36.6 °C SO2: 97%

A la entrevista refiere: "...me duele el vientre señorita...", según escala de valoración analógica 7. "...cuando orino siento ardor y quemazón...", "...me preocupa mi enfermedad porque estoy mal del corazón..."

### Tratamiento médico:

- NaCl 0.9% 1000cc 30 gts/min.
- Metamizol 1 gr (2 ampollas) EV c/8h
- Tramadol 50 mg EV c/6h
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
- Omeprazol 40 mg EV c/8h

### 1.3. VALORACIÓN POR DOMINIOS

#### **Dominio 2: Nutrición**

##### **Clase 5: Hidratación**

Ambos miembros superiores e inferiores con edemas ++/+++

#### **Dominio 3: Eliminación e Intercambio**

##### **Clase 1: Función urinaria.**

Paciente refiere: "...cuando orino siento ardor y quemazón..."

Uso de pañal.

#### **Dominio 4: Actividad/Reposo**

##### **Clase 2: Actividad/ejercicio**

Actividad: Se le encuentra en postura decúbito dorsal, a la movilización quejumbrosa, intranquila.

##### **Clase 5: Autocuidado**

Higiene: Inadecuada. Uñas de manos y pies largas con restos de tierra.

#### **Dominio 9: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés**

##### **Clase 2: Respuestas de afrontamiento**

Se observa intranquila, quejumbrosa. Paciente refiere: "...me preocupa mi enfermedad porque estoy mal del corazón..."

#### **Dominio 11: Seguridad y Protección**

##### **Clase 1: Infección**

A la valoración se encuentra con una temperatura corporal de 36.6 °C.

Se encuentra medio invasivo: catéter periférico endovenoso.

#### **Dominio 12: Confort**

##### **Clase 1: Confort físico**

Se encuentra en cama en posición decúbito dorsal, intranquila y facie de dolor al movimiento. Refiere: "...me duele el vientre señorita...", según EVA 7.

#### 1.4. ANÁLISIS Y CONFRONTACIÓN DE LA LITERATURA

El problema principal de la paciente es el dolor que le ocasiona la patología que padece.

El presente proceso de enfermería, se realizó con una adulta madura de 46 años hospitalizada por Cistitis intersticial y estuvo sustentado en la teoría de Virginia Henderson, la cual considera que el ser humano tiene que satisfacer 14 necesidades básicas humanas. Jimenez<sup>3</sup>, menciona que Henderson considera al paciente como un ser humano que necesita ayuda para poder satisfacer sus necesidades y mantener su salud en óptimas. Su perspectiva organicista asume a la persona como un ser integro que no lo podemos separar y se desarrolla como un espiral con componentes estructurados de forma explícita e implícita en diversas situaciones que la persona está viviendo. (2)

Las infecciones de las vías urinarias se presentan por el aumento y proliferación de agentes microbianos, siendo más recurrentes las bacterias, que actúan en todo el tracto urinario de manera ascendente. Esta afección es muy común en las mujeres, ya que por diversos motivos tienen mayores factores de riesgo, que incluye la higiene perineal, el uso de ropa inadecuada, los hábitos de eliminación, entre otros. (3)

La paciente de este proceso es de sexo femenino, que es uno de los factores predisponentes para estas infecciones, en muchas ocasiones, relacionadas con una higiene inadecuada al momento de la eliminación intestinal, debido a la cercanía del orificio uretral y anal. La recurrencia de estas infecciones trae como consecuencia que se presente casos como el de la Cistitis intersticial, que es la patología de la adulta madura.

La cistitis intersticial es una enfermedad que se caracteriza por el dolor de larga duración y que crea confusión al momento de realizar el diagnóstico definitivo, pudiendo alargarse este período hasta por 4 años desde que se inician las molestias hasta que se define la patología. Las manifestaciones características son la presencia de síntomas irritativos miccionales, tales como el ardor y dolor al miccionar, aumento de la frecuencia urinaria, urgencia y dolor

pélvico crónico. El dolor se ubica en el hipogastrio y en algunas mujeres se puede irradiar a vagina, recto y sacro. (4)

La Cistitis intersticial o Síndrome de vejiga dolorosa ocasiona diversos problemas de salud tanto de índole físico como psicológico, los pacientes se vuelven ansiosos, el dolor y las molestias persistentes generan sentimientos de minusvalía, impotencia, interfiriendo en sus actividades cotidianas, entre ellas las sociales, actividad sexual y el problema económico. El diagnóstico de esta patología se da a través de los signos y síntomas, y de estudios diagnósticos tales como la cistoscopia que busca observar una vejiga inflamada eritematosa y una posible ulceración. El tratamiento es diverso y busca de manera principal recuperar la función protectora de la vejiga. (4)

Dentro de todo este proceso de recuperación, se derivan las necesidades alteradas identificadas que a continuación se describen: En primer lugar se ha considerado el diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos e/p intranquila, facie de dolor m/p a la entrevista refiere: "...me duele el vientre señorita...", según EVA 7.

El dolor es considerado una situación muy personal que es experimentada por la persona y puede ser ocasionado por un daño fisiológico o psicológico. Debemos diferenciar entre una sensación de dolor, que es considerado el punto en el que la estimulación se vuelve dolorosa y esta aumenta, el dolor se vuelve intolerable, esto varía de acuerdo a cada individuo porque los umbrales y las reacciones al dolor son distintos e individuales. (5)

El síntoma característico predominante es la referencia del paciente de la existencia y nivel del dolor, solo él puede describirlo y medirlo, para ello se utilizan las diversas escalas que existen y que va a permitir determinar la localización, intensidad, tipo y duración del mismo. Para ello consideramos la clasificación del dolor según su intensidad: leve, moderado e intenso. (6)

Las vías urinarias inferiores están conformadas por la vejiga urinaria y la uretra. La capa interna de la vejiga, urotelio, está recubierta por una capa de moléculas polianiónicas, formada por glicosaminoglicanos (GAGS) que tienen una función protectora y de barrera frente a las sustancias irritantes y tóxicas existentes en la

orina (bacterias, proteínas). Los cambios producidos en la capa protectora de GAGS desactivan el efecto barrera, dándose las condiciones para la aparición de cistitis (cistitis intersticiales, cistitis recurrentes producidas por agentes infecciosos, cistitis inducidas por radiación, cistitis traumáticas). La cistitis intersticial es un problema de salud en donde existe presencia de síntomas irritativos miccionales, aumento de la frecuencia urinaria, urgencia y dolor pélvico crónico. El dolor se localiza a nivel del suelo pélvico y en algunas personas se irradia a vagina, recto y sacro. (4) Dentro de las complicaciones que se pueden presentar en este caso es la incomodidad permanente, irritabilidad de la persona al no ceder las molestias. Otra complicación que se puede presentar es el aumento de la intensidad del dolor.

El segundo diagnóstico considerado fue (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p a la entrevista refiere: "...cuando orino siento ardor y quemazón..."

La eliminación urinaria cumple funciones muy importantes, una de ellas es mantener el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo a través de la eliminación de agua y sustancias de desecho que son eliminados a través de la orina, de esa manera mantiene la homeostasis. (7)

Las infecciones del tracto urinario (ITU) están consideradas como los padecimientos que más se presentan en los individuos tanto en la comunidad como durante la hospitalización. Un factor principal que contribuye a su aparición y complicación es la automedicación y el gran uso de antibióticos de manera indiscriminada, lo que conlleva a que convierta en una patología crónica. Es más frecuente en las mujeres y es ocasionada por microorganismos patógenos que ingresan en el aparato urinario, por diversos factores que permiten el ingreso de los microorganismos a la vejiga y que al no ser eliminadas favorece su multiplicación y ascenso de la infección. (7) Existen diversos mecanismos que mantienen la esterilidad de la vejiga, la barrera física de la uretra, el flujo urinario, diversas enzimas antibacterianas y anticuerpos dado los efectos antiadherentes mediados por las células de la mucosa vesical, cuando estos mecanismos fallan se producen factores de riesgo que contribuyen a una infección. (7)



Los riesgos que se pueden presentar en este caso son aumento de las molestias urinarias, ascenso de la infección, puede reducir la calidad de vida porque restringe las actividades sociales.

También se consideró (00026) Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p ambos miembros superiores e inferiores con edemas ++/+++.

El organismo de una persona está compuesto mayoritariamente por agua, en un porcentaje aproximado del 60% de su peso corporal, siendo el líquido corporal de mayor importancia por las diversas funciones que cumple en la regulación de la homeostasis del organismo y favoreciendo procesos metabólicos. (8)

El agua corporal se encuentra distribuida en dos compartimientos: el espacio intracelular y extracelular. Aproximadamente, dos terceras partes de líquido corporal se encuentran en el compartimiento del líquido intracelular (LIC) y se distribuyen sobre todo en la masa del músculo esquelético. Una tercera parte se encuentra en el compartimiento del líquido extracelular (LEC). Para poder identificar el compartimiento en donde se pierde líquido se debe realizar la valoración de los síntomas, datos del examen físico y resultados de los exámenes auxiliares. El organismo invierte gran cantidad de energía para mantener la concentración extracelular alta de sodio y la concentración intracelular alta de potasio. Lo hace por medio de bombas ubicadas en la membrana celular, que intercambian iones de sodio por iones de potasio. (8)

El exceso de volumen de líquidos en el organismo se evidencia a través de la acumulación de este líquido en el intersticio que se valora a través de una hendidura al presionar la piel, que de acuerdo al tiempo que dure en volver a la normalidad se realizará la clasificación del edema. Este edema puede estar localizado en una zona específica del cuerpo o generalizado. (8)

Dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos la disnea, aumento de peso, anasarca.

Otro diagnóstico considerado fue el (00108) Déficit de autocuidado: Baño r/c debilidad e/p uñas de manos y pies largas, con residuos de tierra; en talones piel con grietas.

Dentro de las consecuencias que se presenta en esta enfermedad crónica, es el déficit de autocuidado, considerado como la

incapacidad del individuo para satisfacer sus necesidades de cuidado personal e higiene debido a problemas de salud, siendo el responsable prever cuidados el personal de enfermería en base a la cultura y rituales del paciente para la realización de su cuidado, estado de salud actual y capacidad de autocuidado. (9)

La higiene personal es la forma diaria que cada individuo adopta para eliminar las impurezas del cuerpo y mantenerse libre de suciedad y de esta manera preserva su salud y su presentación pulcra a la sociedad. El baño ayuda a la eliminación de estas impurezas, el sudor, los parásitos y bacterias dañinos que proliferan con el sudor y previene las infecciones de la piel las cuales son transmitidas por contacto directo. (3).

Las personas presentan déficit de autocuidado cuando están sujetas a limitaciones derivadas de su situación de salud que las incapacita para realizar sus actividades cotidianas de higiene personal, es decir cuando la persona no tiene los conocimientos y/o la capacidad y/o la motivación para emprender las acciones de autocuidado requeridas. (3)

Las causas de este déficit de autocuidado en la persona hospitalizada incluyen diversos factores. Uno de ellos es la disminución de fuerza motora en una o más extremidades, disminución de la movilidad, a causa de la permanencia prolongada en cama o el dolor, el deterioro natural del cuerpo debido al proceso patológico y hospitalización. Otro de los factores es la poca accesibilidad que se tiene a los enseres o al cuarto de baño, la incapacidad de moverse por el dolor u otro problema, (3)

Dentro de los riesgos que se pueden presentar si no se soluciona este problema tenemos que puede ocasionar enfermedades de la piel, tales como micosis, eritema, entre otras. (3)

Asimismo, se consideró el diagnóstico (00146) Ansiedad r/c incremento de la preocupación m/p paciente refiere: "...me preocupa mi enfermedad porque estoy mal del corazón..."

La ansiedad es la sensación incómoda de aprensión que se da en respuesta al estrés prolongado. Se considera que una cantidad leve de ansiedad es parte de la vida diaria del individuo y es necesaria para establecer estrategias adecuadas para enfrentar el estrés cotidiano. En el ámbito asistencial, el temor a lo desconocido, la

información inesperada sobre el estado de salud personal y la alteración de la función corporal son fuente de ansiedad. El aumento de la ansiedad hasta alcanzar el estado cercano al pánico puede ser incapacitante. (8)

La ansiedad para algunas personas puede ser aceptable, cada uno es capaz de reconocer y discutir el estrés que presentan, pero otros pueden creer que es un asunto muy privado y no discutirlo con nadie. La ansiedad de indecisión se describe como un sentimiento general de una fatalidad inminente. La persona no puede precisar la causa, pero puede expresar algo. (8)

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar es la intolerancia, tensión muscular, inquietud, irritabilidad, apatía.

Finalmente, se consideró el diagnóstico de enfermería (00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

Las infecciones nosocomiales son la complicación hospitalaria más frecuente, incluso en el contexto de un mundo desarrollado. Uno de los factores principales que predispone al paciente hospitalizado a estas infecciones es el uso de las vías endovenosas periféricas, ya que al momento de insertar un catéter perforamos la piel y el ingreso de microorganismos se puede dar en cualquier momento durante su manipulación. En relación a este problema se han realizado diversos estudios que demuestran que estas vías son la causa de las infecciones intrahospitalarias. Las infecciones asociadas al cuidado hospitalario traen consigo mayor estancia hospitalaria, uso de antibióticos de amplio espectro, mayores estudios laboratoriales e incluso el aislamiento del paciente. (8)

En el ambiente hospitalario es cotidiano el uso de los accesos venosos periféricos, constituyendo el mayor porcentaje de pacientes, lo cual predispone a la proliferación de microorganismos que producen enfermedades de diversa índole asociadas a este procedimiento. Cabe mencionar que las medidas de bioseguridad durante la realización de este procedimiento es muy importante para disminuir el riesgo de infección. (10)

Dentro de las complicaciones que se pueden producir en este caso se encuentra: flebitis, infección asociada a la asistencia sanitaria, entre otros.

## 1.5. FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA.

- **Diagnostico 1 :**  
(00132) Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos e/p intranquila, facie de dolor m/p a la entrevista refiere: "...me duele el vientre señorita...", según EVA 7.
- **Diagnostico 2:**  
(00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p a la entrevista refiere: "...cuando orino siento ardor y quemazón..."
- **Diagnostico 3:**  
(00026) Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p ambos miembros superiores e inferiores con edemas ++/+++.
- **Diagnostico 4:**  
(00108) Déficit de autocuidado: Baño r/c debilidad e/p uñas de manos y pies largas, con residuos de tierra; en talones piel con grietas.
- **Diagnostico 5:**  
(00146) Ansiedad r/c incremento de la preocupación m/p paciente refiere: "...me preocupa mi enfermedad porque estoy mal del corazón..."
- **Diagnostico 6:**  
(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1-INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

El presente proceso de Enfermería tuvo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo observacional, se tomó como sujeto de análisis a una adulta madura con diagnóstico médico de cistitis intersticial, en el Hospital de Chiclayo, teniendo como teórica a Virginia Henderson. Para abordar las necesidades alteradas fue necesario recolectar datos de una forma minuciosa, para lo cual se utilizó la ficha de valoración por dominios elaborada por la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, compuesta una serie de ítems relacionados a la obtención de información relevante en base a la taxonomía II de la NANDA, utilizando dichos datos para el planteamiento de los planes de cuidado.

La observación. Es una técnica que me permitió ver las condiciones en las que encontré a la paciente y poder atender sus necesidades prioritarias. El examen físico se realizó de manera cefalo caudal y para lo cual se hizo uso de los métodos exploratorios directos e indirectos.

Otro instrumento utilizado fue la revisión documental a través de la historia clínica, que nos permitió conocer los antecedentes del paciente, situación clínica actual, tratamiento prescrito y antecedentes de importancia.

El método utilizado fue la entrevista, que tuvo como finalidad identificar en el paciente aquellos datos subjetivos que no podemos visualizar.

### **2.2-ASPECTO ÉTICOS.**

Para la realización del presente proceso se consideró los principios fundamentados de Belmont Report<sup>12</sup> que enmarca los términos para trabajar con individuos durante estudios de este tipo, considerando los siguientes:

- Respeto a las personas. El respeto a las personas se brindó durante toda la realización del proceso, respetando las ideas, pensamientos y sentimientos del paciente hacia el cuidado brindado y el tratamiento

médico recibido, reconociendo su autonomía y brindando oportunidad para el dialogo con el paciente y familia. (12)

- Beneficencia. Durante el cuidado brindado se trató a la paciente de manera respetuosa, procurando en todo momento su bienestar y limitando las posibilidades de producir algún daño o lesión. Se trató de maximizar los beneficios durante su estancia hospitalaria tanto para el paciente como para su familia. (12) En el desarrollo de este proceso, no se le realizó ningún tipo de daño al paciente.

- Justicia. En el desarrollo del presente proceso y la realización de la valoración, entrevista y cuidados se tuvo en cuenta el trato de igualdad al paciente, a la familia y al personal de salud. (12)

### III. PLANIFICACIÓN

Nombre del paciente: C.R.D.L.

Edad: 46 años

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00132) Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos e/p intranquila, facie de dolor m/p a la entrevista refiere: "...me duele el vientre señorita...", según EVA 7.																
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>														
Paciente C.R.D.L. disminuirá su dolor después de las intervenciones de enfermería.	<p><b>NOC:</b> Nivel del dolor (2102)  <b>Dominio:</b> Salud Percibida (V)  <b>Definición:</b> Intensidad del dolor referido o manifestado.  <b>Escala de medición:</b> Grave a Ninguno.  <b>Puntuación diana del resultado:</b> Aumentar de 2 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="512 727 1087 899"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>210201 Dolor referido</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	G	S	M	L	N	210201 Dolor referido	1	2	3	4	5	<p><b>NIC:</b> Manejo del dolor (1400):</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar de manera minuciosa el dolor, permitiendo la descripción de la ubicación, intensidad, duración y momento en que aparece.</li> <li>• Implementar cuidados para el manejo del dolor desde su inicio.</li> <li>• Monitorizar la eficacia de los cuidados y la disminución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración del dolor de manera minuciosa permite identificar su localización, duración, entre otras características y poder implementar medidas para disminuirlas. (7)</li> <li>• El manejo del dolor de manera oportuna e inmediatamente después de su inicio permitirá disminuirlo y evitar su intensificación, generando molestias en el individuo que genere experiencias desagradables. (7)</li> <li>• Una escala estándar para clasificar la intensidad del dolor: de 0</li> </ul>		
Indicadores	G	S	M	L	N												
210201 Dolor referido	1	2	3	4	5												

		<p>del dolor cada 30 minutos utilizando las escalas del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer con el paciente los efectos del dolor en su vida diaria y su tranquilidad.</li> <li>• Implementar actividades oportunas para favorecer la disminución del dolor.</li> <li>• Administrar los analgésicos prescritos en el horario establecido o cuando la paciente experimente mucho dolor: Metamizol 2 gr EV c/8h. Tramadol 50 mg EV c/6h.</li> </ul>	<p>(ausencia de dolor) a 10 (el peor dolor posible) (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor no controlado de manera oportuna tiene efectos adversos en la tranquilidad de la persona, ya que interfiere en el desarrollo de sus actividades cotidianas como el sueño, apetito y relaciones interpersonales. (6)</li> <li>• La aplicación de las medidas de control del dolor tiene como finalidad su eliminación o disminución, evaluando de manera frecuente su descenso o incremento. Conviene recomendar el uso de un diario para recopilar esta información. (6)</li> <li>• Los analgésicos se pueden utilizar de manera independiente o en infusión y su finalidad principal es producir una disminución rápida del dolor. El Metamizol es medicamento muy</li> </ul>
--	--	--	--



			utilizado para el control del dolor. El tramadol es otro analgésico utilizado de manera frecuente que actúa controlando el dolor a nivel central. (13)
--	--	--	---

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00026) Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p ambos miembros superiores e inferiores con edemas ++/+++.														
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>												
Paciente C.R.D.L. disminuirá el edema en extremidades de manera progresiva durante su estancia hospitalaria.	<p><b>NOC:</b> Equilibrio hídrico (0601)  <b>Dominio:</b> Salud fisiológica II  <b>Definición:</b> Equilibrio de agua en los comportamientos intracelulares y extracelulares del organismo.  <b>Escala de medición:</b> Grave a ninguno.  <b>Puntuación diana:</b> Aumentar de 2 a 4.</p> <table border="1" data-bbox="520 691 1064 862"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060112 Edema periférico</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	G	S	M	L	N	060112 Edema periférico	1	2	3	4	5	<p><b>(4120) Manejo de líquidos.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la localización y amplitud del edema.</li> <li>Pesar a diario y controlar la variación.</li> <li>Vigilar la diuresis de manera estricta.</li> <li>Realizar el balance hídrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El edema se puede valorar utilizando el signo de fóvea que nos permite determinar la extensión del edema en los tejidos. (6)</li> <li>La variación del peso diario indica una retención de líquido, ya que un litro de agua es equivalente a un kilo de peso. (7)</li> <li>El control de la cantidad de orina eliminada es fundamental para evaluar la funcionalidad del riñón y poder implementar actividades oportunas para mejorar la condición del paciente. (7)</li> <li>El balance hídrico permite identificar la pérdida o retención de líquidos de manera oportuna y poder adoptar medidas para corregir la alteración, (3)</li> </ul>
Indicadores	G	S	M	L	N										
060112 Edema periférico	1	2	3	4	5										

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el goteo indicado: Cloruro de sodio 0.9% a 30 gts/min.</li>   <li>• Monitorizar la ingesta diaria de líquidos por vía oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las soluciones de cloruro de sodio se utilizan por vía intravenosa para prevenir o tratar las deficiencias de este ion. (7)</li>   <li>• La ingesta diaria de líquidos debe ser controlada y supervisada por el personal teniendo en cuenta la patología del paciente. (7)</li> </ul>
--	--	---	--

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p a la entrevista refiere: "...cuando orino siento ardor y quemazón..."															
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>													
<p>Paciente C.R.D.L. mejorará su eliminación urinaria posterior a los cuidados del equipo de salud durante su estancia hospitalaria.</p>	<p><b>NOC:</b> Eliminación urinaria (0503).  <b>Dominio:</b> Salud fisiológico II  <b>Definición:</b> Recogida y eliminación de la orina.  <b>Escala de medición:</b> Gravemente comprometido a no comprometido.  <b>Puntuación diana:</b> Aumentar de 2 a 4.</p> <table border="1" data-bbox="441 657 987 808"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>G C</th> <th>S C</th> <th>M C</th> <th>L C</th> <th>N C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>050309 Dolor al orinar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	G C	S C	M C	L C	N C	050309 Dolor al orinar	1	2	3	4	5	<p><b>NIC:</b> Manejo de la eliminación urinaria (0590)</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientizar a la adulta de la importancia de ingerir como mínimo 250 ml de agua durante la ingesta de alimentos, durante sus actividades cotidianas y antes de acostarse.</li> <li>• Colaborar con la adulta en la implementación de hábitos adecuados de micción.</li> <li>• Educar a la adulta a la identificación de manera oportuna de las manifestaciones de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El agua es considerado el líquido más importante para el ser humano, ya que es un medio de disolución de líquidos, sirve como transportador de nutrientes y permite eliminar toxinas. Una correcta hidratación puede prevenir problemas de salud como la retención de líquidos. (8)</li> <li>• Se debe orientar a los pacientes a orinar en el retrete, sentarse correctamente y terminar de orinar en el retrete, para disminuir el riesgo de contaminación. (8)</li> <li>• Las infecciones del tracto urinario se caracterizan por síntomas de disuria, urgencia, frecuencia, incontinencia, nicturia,</li> </ul>	
Indicadores	G C	S C	M C	L C	N C											
050309 Dolor al orinar	1	2	3	4	5											

		<p>infección de las vías urinarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a la adulta sobre la importancia de miccionar cuando sienta el reflejo o la necesidad de hacerlo.</li> <li>• Vigilar de manera oportuna la aparición de molestias por la retención de la orina.</li> </ul>	<p>hematuria, dolor de espalda y orina turbia con muy mal olor. (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La inhibición del reflejo de la micción y la permanencia de la orina en la vejiga favorece la multiplicación de los microorganismos y la aparición de infecciones urinarias. (8)</li> <li>• La retención urinaria se produce cuando el individuo, por diversos factores, es incapaz de eliminar todo el contenido de la vejiga. 8)</li> </ul>
--	--	--	--

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00146) Ansiedad r/c incremento de la preocupación m/p paciente refiere: "...me preocupa mi enfermedad porque estoy mal del corazón..."																							
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>			<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>																		
<p>Paciente C.R.D.L. disminuirá su ansiedad de manera progresiva durante su estancia hospitalaria posterior a los cuidados de Enfermería.</p>	<p><b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad (1402).  <b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)  <b>Clase:</b> Autocontrol (O)  <b>Definición:</b> acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de opresión, tensión o inquietud de una fuente no identificable  <b>Escala de medición:</b> nunca demostrado a siempre demostrado.  <b>Puntuación diana del resultado:</b> aumentar de 3 a 5.</p>			<p><b>NIC:</b> (5820) Disminución de la ansiedad.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer un clima tranquilo que genere seguridad en la paciente.</li> <li>• Instruir a la paciente sobre las actividades a realizar y los efectos que pueden desencadenar, teniendo en cuenta sus experiencias previas.</li> <li>• Garantizar un ambiente libre de riesgos y favorecer a reducir los temores de la paciente.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un clima agradable durante la relación estudiante paciente favorecerá la tranquilidad y la serenidad del paciente, garantizando cuidados de calidad. (8)</li> <li>• Se le debe informar al paciente de cada procedimiento que se le realizara y que pasara al momento de que estén realizado los procedimientos. (6)</li> <li>• Crear disposición para el dialogo, ser asertivo, generando confianza, dar seguridad y brindarle apoyo afectivo. (8)</li> </ul>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="527 857 737 906">Indicadores</th> <th data-bbox="737 857 821 906">N.D</th> <th data-bbox="821 857 905 906">R.D</th> <th data-bbox="905 857 989 906">A.D</th> <th data-bbox="989 857 1073 906">F.D</th> <th data-bbox="1073 857 1167 906">S.D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="527 906 737 1166">140207 Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad</td> <td data-bbox="737 906 821 1166">1</td> <td data-bbox="821 906 905 1166">2</td> <td data-bbox="905 906 989 1166">3</td> <td data-bbox="989 906 1073 1166">4</td> <td data-bbox="1073 906 1167 1166">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="527 1166 737 1385">140220 Obtener información para reducir la ansiedad</td> <td data-bbox="737 1166 821 1385">1</td> <td data-bbox="821 1166 905 1385">2</td> <td data-bbox="905 1166 989 1385">3</td> <td data-bbox="989 1166 1073 1385">4</td> <td data-bbox="1073 1166 1167 1385">5</td> </tr> </tbody> </table>							Indicadores	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D	140207 Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5	140220 Obtener información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
Indicadores	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D																			
140207 Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5																			
140220 Obtener información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5																			

	140201 Monitorizar la intensidad de la ansiedad	1	2	3	4	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer un ambiente de cordialidad y empatía durante la estancia hospitalaria.</li> <li>• Incentivar a los miembros de la familia y amistades a visitar frecuentemente a la paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que pasen por un estado de ansiedad o temor se le brindarle un adecuado cuidado facilitando un ambiente adecuado que trasmite calma. (6)</li> <li>• Motivar a la familia que todo momento este con el paciente para transmitirle tranquilidad y se sienta protegido. (15)</li> </ul>
--	--	---	---	---	---	---	---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.																														
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)					INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO																								
Paciente C.R.D.L. Permanecerá sin infecciones durante su estancia hospitalaria.	<p><b>NOC:</b> Control de riesgo: proceso infeccioso</p> <p><b>Dominio:</b> Conocimientos y conductas de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b> Control de riesgo (T)</p> <p><b>Definición:</b> Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección</p> <p><b>Escala de medición:</b> Nunca demostrado a siempre demostrado</p> <p><b>Puntuación diana del resultado:</b> Mantener en 5.</p> <table border="1" data-bbox="520 764 1127 1248"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>N.D</th> <th>R.D</th> <th>A.D</th> <th>F.D</th> <th>S.D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>192404 identificar el riesgo de infección</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>192411 mantener un entorno limpio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>192405 identificar signos y síntomas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>					Indicadores	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D	192404 identificar el riesgo de infección	1	2	3	4	5	192411 mantener un entorno limpio	1	2	3	4	5	192405 identificar signos y síntomas	1	2	3	4	5	<p><b>NIC:</b> Control de infecciones (6540)</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a la paciente la importancia del correcto lavado de mano durante su estancia hospitalaria.</li> <li>• Favorecer el uso de jabones antibacteriales para el lavado de manos.</li> <li>• Practicar de manera frecuente la higiene de manos con mayor énfasis antes y después del contacto con la paciente.</li> <li>• Usar guantes estériles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lavado de mano aumenta la seguridad del paciente disminuyendo el riesgo de infección. (6)</li> <li>• El lavado de manos es una práctica sencilla que permite la eliminación de los microorganismos transitorios y evita la transmisión de infecciones. (6)</li> <li>• El lavado de manos disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos de una persona a otra y reduce el riesgo a una autoinfección. (6)</li> <li>• Los guantes estériles son un medio de barrera que reduce el riesgo de transmisión de microorganismos del</li> </ul>
Indicadores	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D																										
192404 identificar el riesgo de infección	1	2	3	4	5																										
192411 mantener un entorno limpio	1	2	3	4	5																										
192405 identificar signos y síntomas	1	2	3	4	5																										



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el cambio de las vías periféricas cada 3 días de acuerdo al protocolo de la institución.</li> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</li> <li>• Mantener un ambiente aséptico óptimo mientras se realizan procedimientos al paciente.</li> </ul>	<p>personal al paciente o viceversa. (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cambio de catéter es muy importante ya que de esa manera se evita infecciones en el paciente, pero si se llegara a presentar obstrucción alguna se cambiara de inmediato. (14)</li> <li>• La limpieza correcta del ambiente o unidad del paciente disminuye el riesgo de infección, ya que se mantiene un ambiente limpio. (6)</li> <li>• 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 infra-hospitalarias. (14)</li> </ul>
--	--	---	---



### **III.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El presente proceso tuvo como objetivo principal brindar cuidado de calidad e integral a la adulta madura C.R.D.L. de 46 años, hospitalizado en el Servicio de Ginecología del Hospital EsSalud, con diagnóstico médico Cistitis intersticial.

Los cuidados brindados se basaron en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, quien considera al individuo como un ente integral que frente a situaciones determinadas no puede satisfacer ciertas necesidades y es ahí la enfermera la encargada de salvaguardar su integridad con sus cuidados.

En este caso la patología de la paciente, por considerarse una enfermedad que la aqueja desde hace tiempo, afectó no solo su aspecto orgánico, sino también el psicológico, concordamos con Gonzales y Felipe<sup>4</sup>, quienes en su estudio afirman que esta patología interfiere con la calidad de vida de la persona y de su entorno, recalca la importancia de la enfermera y su capacidad de establecer una comunicación asertiva para brindar un cuidado individual e integral y de esta manera mejorar su aspecto emocional, disminuir la ansiedad, mejorar su autoestima y lograr un estado de salud adecuado. (4)

Según el mismo estudio, se encontró que este problema se presenta con mayor frecuencia en mujeres; por diversos factores de riesgo que incluye el corto tamaño de la uretra, factores higiénicos y anatómicos; y que afecta de manera negativa la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calidad de vida se define como la apreciación que tiene un ser humano sobre su vida, entorno, costumbres y relaciones interpersonales en función de lo que quiere lograr y ser en un futuro. Esta definición se considera muy extensa, ya que abarca al ser humano en varias dimensiones; física, psicológica, social, espiritual; y su relación con el medio ambiente en donde se desarrolla. (4).

Las alteraciones derivadas de la insatisfacción de las necesidades, permitieron brindar cuidados de enfermería que buscaron mejorar el estado de salud de la adulta madura a través de los seis problemas identificados, siendo el prioritario el dolor, que es considerado por Gonzales y Felipe<sup>4</sup>, como la molestia principal en esta patología, aunado a los síntomas irritativos miccionales, polaquiuria, urgencia

y dolor pélvico crónico. La localización del dolor es a nivel pélvico, en algunas personas se irradia a vagina, recto y sacro. (4)

Esta afectación a las vías urinarias, traen consigo una serie de complicaciones, siendo la más frecuente la Se trata de una infección aguda parenquimatosa del riñón casi siempre de pielonefritis, que según Gonzales M3, tiene un origen ascendente y con frecuencia abarca la pelvis renal. Esto puede traer consigo el fracaso de los mecanismos reguladores del riñón lo que se manifiesta a través del edema, aumento de la presión arterial, entre otros.

La hospitalización trae consigo una serie de dificultades para el paciente , siendo una de ellas la poca accesibilidad al cuarto de baño o la incapacidad de llegar al mismo debido al dolor, edema, debilidad, estado de ánimo, entre otros, lo cual se ve reflejado por el estado de higiene que presenta el paciente al momento del cuidado, Según Gonzales y Felipe<sup>4</sup>, han observado en su estudio que los pacientes se caracterizan por un elevado estado de ansiedad, muy mala tolerancia al dolor y un alto índice de negatividad, lo que conlleva a un deterioro de su higiene y un proceso de ansiedad que afecta al paciente y a su familia, predisponiendo a un rechazo al tratamiento y por ende las complicaciones tardías. Asimismo, recalcan el reto que tiene Enfermería al trabajar con estos pacientes, asesorándolos sobre hábitos de vida sanos, manejo de la ansiedad, adopción de estilos de vida saludables como la realización de ejercicio físico y una dieta equilibrada y variada, para lograr una recuperación de su estado de salud. (4)

Los cuidados de enfermería brindados tuvieron como finalidad proteger a la adulta madura de adquirir una infección asociada a la asistencia sanitaria, lo que se pudo lograr en este caso, ya que el personal de enfermería es el apoyo fundamental, aplicando las debidas y correctas intervenciones podemos hacer que el paciente se recupere de una forma satisfactoria, sin olvidarnos que el apoyo emocional y psicológico juegan un papel importante en este caso (6)

Posterior a los cuidados de Enfermería se logró en el paciente la disminución del dolor de manera completa, logrando un 100% del NOC programado, en relación al problema del edema, con los cuidados brindados se disminuyó de manera paulatina el edema, logrando un 75% de NOC programado.

La eliminación urinaria se fue regularizando de forma paulatina después del tratamiento recibido y se logró el 80% del NOC programado. El problema de ansiedad fue abordado de manera permanente durante la hospitalización, alcanzando un 80% del NOC programado. Por último, durante la estancia hospitalaria se utilizó las medidas de barrera y se evitó que el paciente adquiriera alguna infección. Se logró el 100% del NOC programado.

#### **IV.- CONCLUSIONES**

El dolor es una percepción subjetiva, propia de cada persona, por lo que su presencia es referida por el paciente. Son diversas las patologías que producen dolor, como la cistitis intersticial, que a referencia de la paciente el dolor producido es frecuente e intenso. Durante la hospitalización se pudo proporcionar cuidados oportunos para la eliminación del dolor, logrando que la paciente disminuyera su dolor después de la administración de los analgésicos indicados y de las intervenciones independientes de enfermería al cabo de 1 hora.

El edema es la acumulación del líquido en el espacio intersticial que por lo general se presenta en las zonas distales del cuerpo a causa de una falla en la regulación de la eliminación de líquidos. En este caso, se brindó cuidados para disminuir de manera progresiva el edema en las extremidades después del tratamiento indicado, lo cual se logró de manera paulatina.

La eliminación urinaria está regulada por el funcionamiento adecuado de todo el sistema urinario, su alteración esta en relación a infecciones, que son más frecuentes en las mujeres. En la adulta madura se logró mejorar su eliminación urinaria, disminuyendo las molestias al momento de la micción durante la estancia hospitalaria.

Las patologías recurrentes, el mal estado general y la hospitalización produce en los individuos un aumento de la ansiedad, que se refleja con irritabilidad, preocupación por el futuro incierto, separación de la familia, entre otros. Durante la estancia hospitalaria nuestros cuidados estuvieron orientados a disminuir la ansiedad, lo cual se logró de manera progresiva.

Finalmente, la estancia hospitalaria predispone al paciente a adquirir infecciones oportunistas, que están relación al aumento de la carga viral en el medio hospitalario. Durante la estancia hospitalaria la paciente permaneció sin signos de infección sobreagregada hasta el momento del alta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pérez, M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
2. Jiménez-Castro A, Salinas-Durán M. y Sánchez-Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>
3. González, E. Infecciones del tracto urinario. Nefrología al día. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-tracto-urinario-4>
4. Gonzales M y Felipe C. Síndrome de vejiga dolorosa, cistitis intersticial. Asociación Española de Enfermería en Urología. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>.
5. Nilven N. Psicología en Enfermería. México: Manual Moderno. 2009.
6. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. España: McGraw Hill Interamericana. 2005.
7. Brunner S. Enfermería medicoquirúrgica. 12th ed.: Lippincott Williams y Wilkins. Wolters Kluwer Health.; 2013.
8. Hopper P. y Williams L Enfermería Medicoquirúrgica. México: Editorial MC GRAW HILL. 2009.
9. Naranjo Y, Concepción A y Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Dic 22]; 19 (3): 89 - 100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es).
10. Rodríguez R. Vademécum académico de medicamentos, 6rd ed. México, McGrawHill; 2013
11. Mercedes F. Enfermería médico-quirúrgico. España: Editorial DAE (Grupo Paradigma) 2009.
12. Ávila A. Informe de Belmont, acceso 15 de mayo 2016. Disponible en [http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/informe\\_belmont.pdf](http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/informe_belmont.pdf). (2009).
13. Vademécum. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>



14. Swearingen p. Manual de Enfermería Médico-quirúrgica: intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª. Ed. Elsevier Mosby; España.