**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HISERECTOMIA Y TUMERECTOMIA .**

NURSING CARE PROCESS IN PATIENT WITH HYSERECTOMY AND TUMERECTOMY.

Carlos Cajo Rubí Julitza

Portocarrero Fernández Marcia Brighit

Zarpan Millones Kevin Smith

# **RESUMEN**

El Proceso de Atención de Enfermería o también conocido como (PAE) es un enfoque sistemático que se apoya en modelos científicos implementados por profesionales de enfermería para poder brindar una atención humanística eficiente y enfocada en

lograr los resultados esperados, comprende cinco etapas: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

El presente trabajo de investigación trata de una paciente con iniciales V.E.L.A. de 37 años de edad de sexo femenino natural de Chiclayo que es diagnostica de Tumorectomía de mama izquierda e histerectomía

El Modelo teórico que sustenta este proceso es el de las 14 necesidades de Virginia fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC – NIC.

Al examen físico paciente se observa presencia de catéter endovenoso periférico en mano derecha, vendaje post operatorio a nivel de tórax, limpio y seco, presencia de herida operatoria cubierto con gasa, superficie seca, abdomen doloroso a la palpación superficial con EVA 7, se observa sonda vesical con presencia de pañal, uñas de pies blanquecinas, quebradizas, alargadas y engrosadas.

Al control de los signos vitales: PA: 123/82 mm/Hg FC: 110 x min FR: 20 x min T: 37.5°C.

Medidas antropométricas: Peso: 63 kg Talla: 1.52 Cm IMC: 28

A la entrevista: paciente refiere “estoy preocupada porque no hay quien cuide a mi menor hijo que se quedó en casa y además no puedo dormir por la bulla y la luz”, el esposo refiere “a mi esposa la veo muy preocupada y ya quiere ir a su casa, tenemos un hijo pequeño que le he encargado a mi suegra, está perdiendo de ir a la escuela, yo también señorita he pedido permiso de mi trabajo”

En la etapa diagnostica se identificaron cinco diagnósticos los cuales son:

Dolor agudo (00132); (00044) deterioro de la integridad tisular; (00233) sobrepeso; (00198) sueño alterado; (00193) descuido personal

**Palabras claves:** Proceso de atención de enfermería, Diagnósticos, Modelo Teórico, ejecución.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HISERECTOMIA Y TUMERECTOMIA.**

The Nursing Care Process or also known as (PAE) is a systematic approach that is based on scientific models implemented by nursing professionals in order to provide efficient humanistic care focused on

achieving the expected results, includes five stages: ASSESSMENT, DIAGNOSIS, PLANNING, EXECUTION AND EVALUATION.

This research work deals with a patient with the initials V.E.L.A. 37-year-old female from Chiclayo diagnosed with left breast lumpectomy and hysterectomy

The theoretical model that supports this process is that of the 14 needs of Virginia based on the NANDA – NOC – NIC taxonomy.

During the patient's physical examination, the presence of a peripheral intravenous catheter in the right hand, a postoperative bandage at the chest level, clean and dry, the presence of an operative wound covered with gauze, a dry surface, and a painful abdomen on superficial palpation with VAS 7 were observed. urinary catheter with the presence of a diaper, whitish, brittle, elongated and thickened toenails.

When monitoring vital signs: BP: 123/82 mm/Hg HR: 110 x min RR: 20 x min T: 37.5°C.

Anthropometric measurements: Weight: 63 kg Height: 1.52 Cm BMI: 28

In the interview: patient says "I'm worried because there is no one to take care of my youngest son who stayed at home and I also can't sleep because of the noise and the light", the husband says "I see my wife very worried and she already wants to go to your house, we have a small son that I have entrusted to my mother-in-law, he is missing school, I too, miss, have asked for leave from my work.”

In the diagnostic stage, five diagnoses were identified, which are:

Acute pain (00132); (00044) deterioration of tissue integrity; (00233) overweight; (00198) disturbed sleep; (00193) personal neglect

**Keywords:** Nursing care process, Diagnoses, Theoretical Model, execution.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HISERECTOMIA Y TUMERECTOMIA.**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el proceso sistemático en la práctica asistencial del enfermero, siendo de vital importancia ya que nos permite brindar cuidados a los pacientes de una forma racional, lógica y sistemática. Asimismo, está conformado por etapas las cuales son valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

La primera etapa es la valoración, considerado como el proceso organizado y sistemático de recuperación de datos sobre el estado de salud del paciente.

El diagnóstico es la segunda etapa del PAE, representa el enunciado del problema real y potencial del paciente.

La tercera etapa es la planificación, La cual es la organización del plan de cuidados; por lo tanto, se deben establecer prioridades, plantear objetivos según la taxonomía NOC, elaborar intervenciones y actividades de enfermería de acuerdo a la taxonomía NIC, para luego proceder a su documentación y registro.

En la ejecución, lo primordial es llevar a la práctica el plan de cuidados, es decir, se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y necesidades asistenciales de cada caso.

Para finalizar, la última etapa del proceso es la evaluación, donde se resuelven los diagnósticos establecidos y a la vez se aplica los criterios más importantes que se valora la enfermería, los cuales son la eficacia y efectividad.

**METODOLOGÍA**

La metodología del proceso de atención de enfermería es un enfoque sistemático utilizado por los profesionales de enfermería para brindar una atención de calidad a los pacientes, es una metodología que se utiliza para aplicar a cualquier paciente, independientemente de su salud, edad, genero, condición médica u ubicación geográfica. Para realizar el diagnostico, planificación e intervención en el proceso de atención de enfermería se emplea el libro del NANDA, NIC Y NOC (sexta edición 2021 - 2023)

**RESULTADOS**

Presentación del caso clínico adulta joven con 37 años con diagnostico medico de histerectomía y tumorectomía, Al examen físico: paciente se le observa despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, comunicativa, reposando en posición de decúbito dorsal, abdomen doloroso a la palpación superficial con EVA 7, presencia de pañal, uñas de pies blanquecinas, quebradizas, alargadas y engrosadas, presión arterial 123/82 mm/H, frecuencia cardiaca 110 x min, frecuencia respiratoria 20 x min

Resultados de laboratorio: Hemoglobina (Hb): 12.1, Hematocrito (HTO): 37.5

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA :**

**PATRÓN VI: COGNITIVO PERCEPTIVO:** Abdomen doloroso a la palpación superficial EVA 7/10

**PATRÓN XI: SEGURIDAD / PROTECCIÓN:** deterioro de la integridad tisular

**PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO:** Peso:66kg. Talla: 1.52, IMC: 28.6

**PATRÓN V: SUEN0-DECANSO:** señorita no puedo dormir bien por la luz y la bulla.

**PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO:** uñas quebradizas, blanquecinas, alargadas y engrosadas.

**Priorización de Diagnósticos enfermeros :**

1. **Diagnóstico de Enfermería:**

**(00132)** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por “paciente refiere señorita me duela mucho mi abdomen cuando me tocan, (dolor abdominal superficial de Eva 7).

1. **Diagnóstico de Enfermería:**

**(00233)** sueño alterado relacionado con perturbaciones ambientales manifestado por señorita no puedo dormir bien por la luz y la bulla.

1. **Diagnóstico de Enfermería:**

**(00044)** deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimientos quirúrgicos manifestado por presencia de herida operatoria en le hipocondrio izquierdo y en el hipogastrio

1. **Diagnóstico de Enfermería:**

**(00193)** descuido personal relacionado con opción de estilo de vida manifestado por uñas quebradizas, blanquecinas, alargadas y engrosadas.

1. **Diagnóstico de Enfermería:**

**(00233)** sobrepeso relacionado con patrones anormales de percepción de la alimentación manifestado por peso:66 kg, talla: 1.52cm y IMC: 28.6

**Tabla 1. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero:** (00132) Dolor agudo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominio:** 12 Confort | **Clase:** 1 confort físico | | | **Código Diagnostico:** (00132) Dolor agudo | |
| **Diagnóstico de Enfermería NANDA:** (00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por “paciente refiere señorita me duela mucho mi abdomen cuando me tocan, (dolor abdominal superficial de Eva 7). | | | | | |
| **Resultados de enfermería NOC:** Nivel de dolor (2102) | | | | | |
| **Resultados NOC** | **Indicadores** | **Escala de Medición** | **Puntuación Inicial** | **Puntuación Diana** | |
| Dominio: V salud percibida.  Clase: Sintomatología  Criterio de resultado**:**  Intensidad del dolor referido o manifestado. | **210201: Dolor referido**  **210224: Muecas de dolor** | 1. **Grave** 2. **Sustancial** 3. **Moderado** 4. **Leve** 5. **ninguno** | **1** | Mantener:  4 | Aumentar:  5 |
| **INTERVENCIONES NIC: (1410) Manejo del dolor agudo** | | | | | |
| Dominio:1 Fisiológico básico  Definición: Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión. | Clase: E fomento de la comunidad física | | **Fundamentación Teórica** | | |
| Actividades:   * Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación | | | Durante la recuperación, es crucial evaluar cómo el dolor afecta al paciente durante las actividades, esto nos permite adaptar las intervenciones y proporcionar un manejo adecuado, al identificar la intensidad del dolor, podemos ajustar las estrategias de manejo según las necesidades individuales, no todos los pacientes experimentan el dolor de la misma manera (3,1).  Preguntar al paciente sobre su nivel de dolor durante los movimientos es esencial. Su retroalimentación nos ayuda a adaptar el tratamiento y garantizar su comodidad (3,1). | | |
| * Monitorizar el dolor utilizado una herramienta de medición valida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación | | | La capacidad para detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes es fundamental en un Servicio de Medicina Intensiva, la evaluación del dolor en el paciente crítico es difícil pero muy importante (3,2).  Escala Visual Analógica (EVA) y Escala Verbal Numérica (EVN), estas escalas son recomendadas para evaluar el dolor en pacientes conscientes (3,2). | | |
| * Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentado mantenerlo en un nivel igual o inferior | | | Evaluar y comprender el nivel de dolor del paciente es crucial para proporcionar un tratamiento adecuado, el dolor es subjetivo, por lo que es fundamental preguntar al paciente sobre su experiencia y utilizar escalas de dolor para cuantificarlo, una vez evaluado el nivel de dolor, se pueden administrar analgésicos o tratamientos específicos para aliviarlo. El objetivo es mantener el dolor en un nivel que permita la comodidad del paciente o reducirlo aún más si es posible (3,3). | | |
| * Administrar analgésicos por la vía menor invasiva posible, evitando la vía intramuscular. | | | La administración de analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular, es una regla general que se debe seguir para tratar el dolor, la enfermera debe evaluar la disminución del dolor 30 minutos después de la administración IV y 60 minutos después de la medicación oral, si el nivel de dolor del paciente no es aceptable, la enfermera debe investigar modalidades alternativas de tratamiento (3,4). | | |
| * Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. | | | Es importante prevenir y controlar los efectos secundarios de los medicamentos. Para ello, se debe leer bien el prospecto y seguir las indicaciones y preguntar si el medicamento tiende a afectar las tareas cotidianas, como la conducción de vehículos o la concentración en los estudios (3,5). | | |
| * Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. | | | La enfermera debe evaluar la disminución del dolor 30 minutos después de la administración IV y 60 minutos después de la medicación oral. Si el nivel de dolor del paciente no es aceptable, la enfermera debe comunicar o notificar al médico (3,6). | | |

**Tabla 2. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero:** (00044) deterioro de la integridad tisular

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominio:** 11 seguridad / protección | **Clase:** 2 lesión física | | | **Código Diagnostico:** (00044) deterioro de la integridad tisular | |
| **Diagnóstico de Enfermería NANDA:** (00044) deterioro de la integridad tisular relacionado con Conocimiento inadecuado del cuidador cerca del mantenimiento de la integridad tisular manifestado por operación quirúrgica del útero | | | | | |
| **Resultados de enfermería NOC:** (1101)integridad tisular: piel y membrana mucosas | | | | | |
| **Resultados NOC** | **Indicadores** | **Escala de Medición** | **Puntuación Inicial** | **Puntuación Diana** | |
| Dominio: 2 salud fisiológica  Clase: (L) integridad tisular  Criterio de resultado**:** indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas  . | (110113) integridad de la piel | **1.gravemente comprometido**  **2.suntancialmente comprometido**  **3.moderadamente comprometido**  **4.levemente comprometido**  **5.no comprometido** |  | Mantener:  2 | Aumentar:  5 |
| **INTERVENCIONES NIC:** (3660) cuidado de las heridas | | | | | |
| Dominio:2 control de la piel / heridas | Clase: 2 fisiología compleja | | **Fundamentación Teórica** | | |
| **Actividades**: | | |  | | |
| medir el hecho de la herida | | | es importante medir la herida, lo que generalmente implica medir la longitud, el ancho y la profundidad de la herida para evaluar su tamaño y monitorear su curación. [Además, es esencial valorar la herida desde una perspectiva global, identificando su etiología y enfocando a esta el tratamiento](https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834748025.pdf)(3.12) | | |
| limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda | | | es necesario limpiar el sitio de incisión con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. Este procedimiento tiene como objetivo mantener el sitio de incisión limpio y prevenir infecciones, ya que la solución salina fisiológica es una solución estéril compuesta por agua y sal en concentraciones similares a las del cuerpo humano. Se utiliza combinado en el cuidado de heridas y el lavado de áreas afectadas para limpiar y eliminar cualquier suciedad o residuo.(3.13) | | |
| administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario | | | administrar cuidados del sitio de incisión según sea necesario. Esto implica realizar una evaluación regular del sitio de incisión para detectar cualquier signo de complicaciones, como rojecimiento, hinchazón, secreción supurante u olor. Además, se deben tomar medidas para mantener el sitio de incisión limpio y libre de infecciones, utilizando solución salina o un limpiador no tóxico según corresponda.(3.14) | | |
| mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida | | | Es esencial utilizar una técnica aséptica al aplicar o cambiar vendajes para evitar la introducción de infecciones en la herida. Incluso si la herida ya está infectada, se debe utilizar una técnica aséptica, ya que es importante no introducir más infecciones. (3.15) | | |
| inspeccionar la herida cada vez que se realiza cambio de vendaje | | | La inspección de la herida permite evaluar la profundidad y la gravedad de la lesión, así como la cantidad de exudado o secreción que se está produciendo. Además, la inspección de la herida permite evaluar la eficacia del tratamiento y hacer ajustes si es necesario.(3.16) | | |
| fomentar la ingesta de líquidos, segun corresponda | | | fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda, es esencial para mantener un equilibrio adecuado de líquidos y electrolitos en el cuerpo, lo que es fundamental para llevar a cabo a cabo diversas funciones corporales y garantizar un funcionamiento renal saludable.(3.17) | | |

**Tabla 3. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero:** (00223) sobrepeso

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominio: 2 nutricion** | **Clase:** 1 ingestión | | | **Código Diagnostico:** (00223) sobrepeso | |
| **Diagnóstico de Enfermería NANDA:** (00233) sobrepeso relacionado con patrones anormales de percepción de la alimentación manifestado por peso:66 kg, talla: 1.52cm y IMC: 28.6 | | | | | |
| **Resultados de enfermería NOC: (**1006) peso: masa corporal | | | | | |
| **B+Resultados NOC** | **Indicadores** | **Escala de Medición** | **Puntuación Inicial** | **Puntuación Diana** | |
| Dominio: II  Clase: regulación metabolica  Criterio de resultado**:**  Grado en el que el peso, musculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad. | **100601: peso** | **1.desviacion grave del rango normal**  **2.desviacion sustancial del rango normal**  **3.deviacion moderada del rango normal**  **4.desviacion leve del rango normal**  **5.sin desviación del rango normal** | **2** | Mantener:  3 | Aumentar:  5 |
| **INTERVENCIONES NIC: (1260) manejo del peso** | | | | | |
| Dominio:1 fisiología básicas | Clase: (D) apoyo nutricional | | **Fundamentación Teórica** | | |
| **Actividades**: | | |  | | |
| determinar el peso corporal ideal para el individuo | | | Determinar el peso corporal ideal para el individuo es esencial para prevenir enfermedades relacionadas con el peso y otros problemas de salud, y el IMC es una herramienta útil para evaluar si una persona tiene un peso saludable para su estatura.(3.18) | | |
| animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlo a diario. | | | animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario se centra en la importancia de establecer objetivos alcanzables y monitorear el progreso para promover un estilo. de vida saludable. Al fijar metas realistas, se aumenta la probabilidad de alcanzarlas, lo que a su vez puede fomentar la motivación y el compromiso con los hábitos alimenticios y el ejercicio.(3.19) | | |
| Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. | | | determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación se basa en la importancia de comprender los factores que influyen en el comportamiento alimentario y en la adopción de hábitos saludables. La motivación juega un papel fundamental en el proceso de cambio, ya que puede influir en la disposición de la persona para modificar sus hábitos alimenticios y su estilo de vida.(3.20) | | |
| Determinar el peso corporal ideal del individuo. | | | determinar el peso corporal ideal del individuo se basa en la importancia de mantener un peso saludable para prevenir enfermedades relacionadas con el peso y otros problemas de salud.(3.21) | | |
| Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas del agua | | | animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua se basa en la importancia del agua para la salud y el bienestar. El agua es esencial para el funcionamiento adecuado del cuerpo, ya que ayuda a regular la temperatura, transportar nutrientes, eliminar desechos y lubricar las articulaciones.(3.22) | | |
| ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético. | | | ayudar en el desarrollo de planes d comidas bien equilibrados, coherentes con el nivel de gasto energético, se basa en la importancia de proporcionar una alimentación adecuada que satisfaga las necesidades nutricionales individuales y esté en línea con el nivel de actividad física. de la persona. (3.23) | | |

**Tabla 4. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero:** (000198) sueño alterado

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominio: 2 nutricion** | **Clase:** 1 ingestión | | | **Código Diagnostico:** (00223) sobrepeso | |
| **Diagnóstico de Enfermería NANDA:** (00233) sobrepeso relacionado con patrones anormales de percepción de la alimentación manifestado por peso:66 kg, talla: 1.52cm y IMC: 28.6 | | | | | |
| **Resultados de enfermería NOC: (**1006) peso: masa corporal | | | | | |
| **B+Resultados NOC** | **Indicadores** | **Escala de Medición** | **Puntuación Inicial** | **Puntuación Diana** | |
| Dominio: II  Clase: regulación metabolica  Criterio de resultado**:**  Grado en el que el peso, musculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad. | **100601: peso** | **1.desviacion grave del rango normal**  **2.desviacion sustancial del rango normal**  **3.deviacion moderada del rango normal**  **4.desviacion leve del rango normal**  **5.sin desviación del rango normal** | **2** | Mantener:  3 | Aumentar:  5 |
| **INTERVENCIONES NIC: (1260) manejo del peso** | | | | | |
| Dominio:1 fisiología básicas | Clase: (D) apoyo nutricional | | **Fundamentación Teórica** | | |
| **Actividades**: | | |  | | |
| determinar el peso corporal ideal para el individuo | | | Determinar el peso corporal ideal para el individuo es esencial para prevenir enfermedades relacionadas con el peso y otros problemas de salud, y el IMC es una herramienta útil para evaluar si una persona tiene un peso saludable para su estatura.(3.18) | | |
| animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlo a diario. | | | animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario se centra en la importancia de establecer objetivos alcanzables y monitorear el progreso para promover un estilo. de vida saludable. Al fijar metas realistas, se aumenta la probabilidad de alcanzarlas, lo que a su vez puede fomentar la motivación y el compromiso con los hábitos alimenticios y el ejercicio.(3.19) | | |
| Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. | | | determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación se basa en la importancia de comprender los factores que influyen en el comportamiento alimentario y en la adopción de hábitos saludables. La motivación juega un papel fundamental en el proceso de cambio, ya que puede influir en la disposición de la persona para modificar sus hábitos alimenticios y su estilo de vida.(3.20) | | |
| Determinar el peso corporal ideal del individuo. | | | determinar el peso corporal ideal del individuo se basa en la importancia de mantener un peso saludable para prevenir enfermedades relacionadas con el peso y otros problemas de salud.(3.21) | | |
| Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas del agua | | | animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua se basa en la importancia del agua para la salud y el bienestar. El agua es esencial para el funcionamiento adecuado del cuerpo, ya que ayuda a regular la temperatura, transportar nutrientes, eliminar desechos y lubricar las articulaciones.(3.22) | | |
| ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético. | | | ayudar en el desarrollo de planes d comidas bien equilibrados, coherentes con el nivel de gasto energético, se basa en la importancia de proporcionar una alimentación adecuada que satisfaga las necesidades nutricionales individuales y esté en línea con el nivel de actividad física. de la persona. (3.23) | | |

**Tabla 5. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero:** (00193) descuido personal

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominio:** 4 actividad/ reposo | **Clase:** 1 sueño y reposo | | | **Código Diagnostico:** (000198) sueño alterado | |
| **Diagnóstico de Enfermería NANDA:** (00198) patrón de sueño alterado relacionado con perturbaciones ambientales manifestado por la paciente manifiesta que no puede dormir porque le molesta la luz. | | | | | |
| **Resultados de enfermería NOC:** descanso (0003) | | | | | |
| **Resultados NOC** | **Indicadores** | **Escala de Medición** | **Puntuación Inicial** | **Puntuación Diana** | |
| Dominio: I  Clase: Mantenimiento de la energía.  Criterio de resultado**:**  Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física. | **000302: patrón del descanso** | **1.gravemente comprometido**  **2.suntancialmente comprometido**  **3.moderadamente comprometido**  **4.levemente comprometido**  **5.no comprometido** | **3** | Mantener:  4 | Aumentar:  5 |
| **INTERVENCIONES NIC: (1850)** Mejora el sueño | | | | | |
| Dominio:1 | Clase: F: facilitación del autocuidado | | **Fundamentación Teórica** | | |
| **Actividades**: | | |  | | |
| fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. | | | la importancia del descanso adecuado para mantener un buen estado de salud y bienestar. es esencial para la recuperación física y mental, la capacidad de concentración y la regulación del humor. (3.24) | | |
| disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir las necesidades del sueño. | | | La práctica de siestas puede tener beneficios para algunas personas con alteraciones del sueño, pero es importante considerar la duración y el momento adecuado para realizarlas. Por lo que sugieren que siestas cortas, de aproximadamente 10 a 30 minutos, pueden proporcionar beneficios, como mejorar la alerta y el rendimiento cognitivo, sin interferir con el sueño nocturno(3.25) | | |
| regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. | | | Regular los estímulos del ambiente, como la exposición a la luz y al ruido, puede ayudar a mantener los ciclos día-noche normales y promover un sueño reparador. | | |
| determinar el patrón de ensueño / Vigilia del paciente. | | | la importancia de comprender los hábitos de sueño del individuo para identificar posibles trastornos del sueño y promover un descanso adecuado. El patrón de sueño/vigilia incluye la duración, la calidad y la regularidad del sueño, así como los factores que pueden influir en el descanso, como el ambiente, el estrés y las actividades diarias. (3.26) | | |
| Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda | | | Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda Esto implica identificar los medicamentos que puedan interferir con el sueño, controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama, enseñar al paciente técnicas de relajación muscular o inducción del sueño no farmacológicas, realizar medidas agradables como masajes o contacto afectuoso, fomentar. el aumento de las horas de sueño si es necesario, permitir siestas durante el día si se indica, agrupar las actividades para minimizar los despertares, ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente, y comprobar el esquema sueño del paciente(3.27) | | |
| animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del Estado de vigilia de sueño. | | | animar al paciente a establecer una rutina a la hora de irse a la cama y facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño, se deben considerar aspectos como establecer un horario regular de sueño, crear un ambiente propicio para el sueño, realizar actividades relajantes antes de dormir, evitar estimulantes y el uso de dispositivos electrónicos, y realizar ejercicios de relajación. (3.28) | | |

**DISCUSIÓN:**

el proceso de atención de enfermería (PAE), es importante para el profesional de enfermería debido a que nos ayudara a llevar a cabo los cuidados e intervenciones para en mantenimiento del estado de salud como se encuentre el paciente . logramos realizar diagnósticos reales y los diagnósticos de riesgo donde identificamos las necesidades y los cuidados que necesita del paciente . los resultados nos indica las metas que se plantean desde un inicio, para incrementar el bienestar del paciente y disminuir la complejidad de la enfermedad . los siguientes resultados indican el porcentaje de los resultados esperados al realizar las intervenciones de enfermería.

Según el análisis de los datos el primer diagnostico de enfermería :

Lo cual es el dolor agudo, en las intervenciones se obtuvo una mejoría 70% en el paciente. Mientras el 30 % está en recuperación de acuerdo con la definición NANDA. Según el análisis del segundo diagnóstico: deterioro de la integridad tisular se obtuvo un resultado 80% que el paciente mejoro, pero el 20 % esta en proceso de mejorar Según la definición NANDA. Según el análisis de datos del tercer diagnóstico: sobrepeso en el baño se obtuvo un resultado de un 70 % lo cual a mejorado y un 30 % este transcurso de mejoramiento según NANDA define: Según el análisis de datos del cuarto diagnóstico: sueño alterado se obtuvo un 90 % y el 10 % está en proceso de mejora el paciente de acuerdo con el NANDA . según el análisis el quinto diagnóstico: el autocuidado lo cual se obtuvo un 70 % y el 30 % esta en proceso .

En resumen, el proceso de enfermería refleja claramente las necesidades de salud del individuo, pero podemos utilizar los resultados prácticos de la enfermería para determinar cómo trabajar juntos para abordar los problemas de cada paciente a fin de lograr una buena salud e integridad. También se puede decir que el proceso de enfermería es sumamente importante en el cuidado del paciente, ya que permite a las enfermeras utilizar el pensamiento para diagnosticar problemas de salud reales o potenciales y, además, brindar una atención más eficaz que no se centre únicamente en el bienestar del paciente. sino también en su familia.

**CONCLUSIÓN**

El proceso de atención de enfermería (PAE) se llevó acabo atreves de 5 fases las cuales son, Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. El diagnostico de enfermería se realizó empleado el libro NANDA, en la planificación con el libro NIC y en la intervención con el libro NOC. Se obtuvieron 5 diagnósticos entre ellos esta el dolor agudo, el deterioro de la integridad tisular, el sobrepeso, el sueño alterado y el descuido personal.

**REFERENCIAS:**

1. Blanco-Tarrío E. Tratamiento del dolor agudo. Semergen [Internet]. 2010 [citado el 12 de noviembre de 2023];36(7):392–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tratamiento-del-dolor-agudo-S1138359310002133>
2. Amaya F. 00193 Descuido personal [Internet]. Diagnóstico Nanda. 2020 [citado el 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/descuido-personal/>
3. Kozier. Erb. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1. 9a edición. [Citado 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9%20V%201-2%20KOZIER%20Y%20ERB%20FUNDAMENTOS%20ENFR%C3%8DA.pdf>
4. Spain VV. TRAMADOL CLORHIDRATO DASC 100 mg/2 ml Sol. iny [Internet]. Vademecum. 2018 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/peru/medicamento/1499803/tramadol+clorhidrato+dasc>