

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POSTOPERADOS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
RAMON CASTILLA ESSALUD, LIMA 2014 -2016”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

LIC. MARGARITA DAZA ANGELES

Callao, 2017

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Margarita Daza Angeles', is written over a large, faint circular stamp or watermark.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 101

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 30/03/2017

Resolución de Decanato N°713-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. DAZA ANGEL MARGARITA

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	43
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia inguinal es la cirugía para reparar una hernia en la pared abdominal de la ingle. Una hernia es un tejido que protruye por un punto débil en la pared abdominal y los intestinos pueden protruir a través de esta área debilitada. Se presenta con mayor frecuencia en hombres (9:1), antes del año de edad y después de los 55 años. Las hernias de la pared abdominal son muy frecuentes y en particular en la región inguinal y constituyen la afección que aporta el mayor número de intervenciones electivas en el mundo.

En el mundo se operan 20.000.000 de hernias representando gran parte de las intervenciones de la cirugía general. (1) Según un artículo publicado por el Diario Uno en agosto del 2016, el 15% de la población mayor de 65 años, en el mundo, padece de hernias inguinales siendo la segunda intervención quirúrgica más frecuente programada en todas las salas de operaciones a nivel mundial. (2)

Debido a la demanda, es importante fortalecer las actividades de enfermería en este tipo de pacientes post operados de hernioplastia inguinal, enfocados en el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, alivio del dolor, prevención de complicaciones y enseñanza al paciente para su cuidado personal. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayuda al paciente a recuperar la función óptima de la manera más rápida, segura y cómoda posible.

El presente informe de experiencia profesional titulado: Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de hernioplastia inguinal en el servicio de cirugía del Hospital Ramón Castilla – Essalud, Lima 2014 - 2016 tiene como objetivo dar a conocer o relatar las actividades que el profesional de enfermería realiza en el paciente hospitalizado post operado de hernioplastia inguinal, partiendo de mi experiencia en el servicio de cirugía. Priorizando la prevención de complicaciones, la atención asistencial y promoviendo el autocuidado.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional; el capítulo IV expone los resultados; el capítulo V las conclusiones; el capítulo VI las recomendaciones; finalmente en el capítulo VII las referencias, y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La reparación quirúrgica de las hernias de pared abdominal constituye la cirugía electiva que se realiza con más frecuencia en la mayoría de los centros quirúrgicos del mundo y el Perú. Se realizan anualmente más de un millón de operaciones de hernias de pared abdominal, siendo la más frecuente la cirugía de hernia inguinal (65.6%) seguidas de las hernias crurales, umbilicales, epigástricas y de Spiegel. En los Estados Unidos, por ejemplo, se realizan unas 700 000 operaciones de hernia cada año. (3)

Casi 75% de las hernias se presentan en la región inguinal, las hernias incisionales comprenden cerca de 10%, las umbilicales 3% y el resto alrededor de 3%². Siendo la hernia inguinal más frecuente en varones, asimismo, la incidencia de hernias inguinales es de aproximadamente 15 por cada 1,000 habitantes; el riesgo de presentar hernia inguinal durante la vida es 27% para los hombres y 3% para las mujeres. (4)

En el año 2007, en el Perú, las hernias de cavidad abdominal representaron el 6.5% de la tasa de mortalidad por causas específicas. (5)

establecer los cuidados en la adecuada educación al paciente y su familia, y por el tiempo que lo requiera para su pronta recuperación.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre el control y manejo de su enfermedad, estilos de vida saludables, hábitos de higiene y hábitos nocivos a prevenir para evitar complicaciones

Nivel Económico: Los pacientes postoperados con hernioplastia inguinal representan una alta prevalencia en la salud pública, generando gran coste para la familia por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que son frecuentes las complicaciones conllevan a la internación y prolongación de su estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios, ocasionando la pérdida de autonomía, independencia y autoestima en el paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Silvia Mariana Mina García, realizó **“Atención de enfermería para la prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, de pacientes entre 18 A 75 años de edad Hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, en el año 2011”**. La presente investigación se desarrolló en cinco capítulos: el primero concerniente al problema de investigación parte de hechos generales sobre infección de herida quirúrgica abdominal en el mundo seguido de lo que sucede en países de América, luego en el Ecuador hasta puntualizar en el cantón Ibarra donde se realizó el estudio. Más adelante se detalla el problema que permitió establecer la formulación de la pregunta de Investigación para lo cual se desarrollaron 5 objetivos que guiaron la investigación, concluyendo el primer capítulo con la argumentación de la importancia del tema investigado y de los beneficiarios directos que son los pacientes y el personal que labora en el área de cirugía del H.S. V.P. de la ciudad de Ibarra; y los indirectos que son los familiares y la institución médica.

con los tejidos propios del paciente como la técnica de Bassini, la de Mcvay, la de Shouldice (abordaje anterior) o la técnica de Nyhus (abordaje posterior) están dejando paso a las técnicas de Lichtenstein, Rutkow-Robbins (abordaje anterior) o de Stoppa, Wantz (abordaje posterior) y la laparoscopia que se basan en una reparación sin tensión favorecida por el uso de materiales protésicos (mallas). La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un hecho cada vez más frecuente aunque esta modalidad sólo representa hoy en día el 33,6% del total de reparaciones de hernias inguinales que se realizan en España. En otros países como en los E.E.U.U., la CMA ha demostrado su efectividad y eficiencia a la hora de gestionar los recursos. La cirugía de la hernia inguinal no es una excepción en esta tendencia ya que constituye uno de los procesos quirúrgicos más frecuentes realizados en este ámbito de cirugía sin ingreso.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 HERNIOPLASTIA INGUINAL

a) Definición

Consiste en la reparación de una hernia protrusión de contenido intestinal causada por un defecto de la pared abdominal en la región inguinal. Existen dos tipos de hernia inguinal:

- El embarazo
- El esfuerzo intenso de los músculos abdominales (levantamiento de pesos, estreñimiento habitual, tos persistente)

d) Tipos

- Hernia inguinal indirecta: se suele presentar en hombres jóvenes y niños, y puede estar presente desde el nacimiento. Cuando evoluciona puede descender hasta el escroto.
- Hernia inguinal directa: se suele presentar en hombres de mediana y avanzada edad, y con frecuencia en los dos lados.
- Hernia crural: se suele presentar en mujeres de avanzada edad.

e) Signos y síntomas

- Normalmente aparece un abultamiento en la región de la ingle que aumenta de tamaño con el esfuerzo y disminuye o desaparece, en reposo o en la cama. Puede estar acompañado de diversos grados de dolor local, llegando incluso a impedir la actividad diaria. El riesgo de las hernias inguinales es que se estrangulen.

- La hernia estrangulada es muy dolorosa. El bulto inguinal aparece duro y tenso al tacto, y no se puede reintroducir en el abdomen. Generalmente aparecen también náuseas y vómitos, y puede haber distensión del abdomen. Esta situación requiere atención médica urgente, ya que en pocas horas el intestino se puede perforar por falta de riego sanguíneo, y causar una peritonitis.

f) Complicaciones

- Las complicaciones de una hernia inguinal incluyen:
- La presión sobre los tejidos circundantes.
- La mayoría de hernias inguinales se agrandan con el tiempo si no son reparadas quirúrgicamente. Las hernias grandes pueden ejercer presión sobre tejidos circundantes. En los hombres, grandes hernias se pueden extender hacia el escroto, causando dolor e hinchazón.
- Hernia encarcelada.
- Si el epiplón o un asa de intestino queda atrapada en el punto débil en la pared abdominal, que puede obstruir el intestino, lo que lleva al dolor severo, náuseas, vómito, y la incapacidad de tener una evacuación intestinal o pasar gas.

- Estrangulación.
- Una hernia encarcelada puede cortar el flujo de sangre a una parte de su intestino. Esta condición se llama estrangulación, y puede conducir a la muerte del tejido del intestino afectada. Una hernia estrangulada es potencialmente mortal y requiere cirugía inmediata.

g) Tratamiento

- El único tratamiento de la hernia inguinal que resulta efectivo es el quirúrgico. Hace años se planteaban tratamientos conservadores con fajas, cinturones o “bragueros”, para evitar la cirugía e intentar que la hernia no aumentase de tamaño a base de realizar una presión continua en la zona. Sus efectos fueron negativos, ya que los músculos de la pared abdominal se relajaban y el orificio de la hernia perdía tensión, lo que hacía que la hernia fuese más grande.
- El tratamiento quirúrgico es sencillo, y a día de hoy se considera una cirugía mayor ambulatoria, es decir, se puede realizar en un solo día sin necesidad de permanecer ingresado en el hospital. A pesar de ser un procedimiento sencillo, toda la operación se realiza bajo anestesia general. La cirugía consiste en reducir la

a) Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado (15).

Recomendaciones Generales:

- Al llegar a su domicilio, se encontrará cansado. Es normal, descanse en la cama o en un sillón cómodo. No debe realizar movimientos bruscos.
- Si ha recibido anestesia general, puede encontrarse mareado.

- Si ha recibido anestesia regional (raquianestesia o anestesia epidural), puede tener alguna dificultad para orinar en los primeros momentos.
- Procure no utilizar maquinaria peligrosa, ni conducir, ni tomar decisiones importantes en las 48 horas siguientes a la cirugía. Es importante no tomar bebidas alcohólicas en este tiempo.
- Si tose o estornuda, apoye sus manos en la zona operada, así disminuirán las molestias que le puede ocasionar

b) Estilos de vida saludables

Los estilos de vida son comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias nocivas (18).

Los estilos de vida saludables son todas aquellas conductas que van a contribuir en prevenir enfermedades o mantenerlas controladas en caso hayan sido adquiridas. Los estilos de vida saludables que más se promueven en el adulto mayor son:

La actividad física: Es buena a cualquier edad. “Muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. En realidad, no hay muchas razones de salud para limitar la actividad física.

Su médico puede hablarle e indicarle si está en condiciones de realizar ejercicios, y sobre la importancia de la actividad física en su vida. La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada persona de forma progresiva y diario o interdiario para mantener la fortaleza de los músculos y los huesos.

Alimentación y nutrición saludable: Una de las mejores maneras de darle al cuerpo la nutrición que necesita es comiendo a diario una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes. Una buena nutrición promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades.

Factores que intervienen en la nutrición: educación; los cambios del envejecimiento; disminución de la saliva, lo que ocasiona problemas en la masticación y deglución de los alimentos; alteración de la dentadura; los hábitos alimentarios; el estado de salud.

Hábitos Nocivos

- **Consumo de alcohol:** Las bebidas alcohólicas causan problemas en el organismo y en el comportamiento, Además originan caídas, confusión, ansiedad, agresividad, depresión, equilibrio inestable, alteración de la memoria, malnutrición, abandono personal, trastornos del comportamiento, trastornos del sueño, produce problemas de salud cuando se combina alcohol y medicinas. El consumo prolongado de alcohol puede causar derrames cerebrales, arritmia cardiaca cirrosis hepática y deterioro intelectual.

El bebedor adulto mayor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Estas reacciones incluyen efectos peligrosos sobre el juicio o discernimiento, lentitud en las reacciones y alerta, además de falta de coordinación.

- **Consumo de Tabaco:** El tabaquismo es una enfermedad, y a la vez es una forma de dependencia, ya que la nicotina es la responsable de la adicción.

El cáncer lo causan adicionalmente las sustancias que surgen de la combustión. Ej. cánceres de pulmón, laringe,

vejiga y otros. Los cánceres de pulmón, las bronquitis crónicas y las enfermedades del corazón están relacionados con el tabaquismo.

El fumador pasivo que convive con fumadores activos, también está en riesgo de padecer estas enfermedades. Dejar de fumar puede tener beneficios insospechados en poco tiempo. Mucha gente lo ha hecho. Las evidencias muestran que nunca es tarde para dejar de fumar.

Los fumadores que han tenido éxito en la decisión de dejar de fumar recomiendan como primer paso simplemente fijar el día en el que ya no se fumará y tirar los cigarros; en algunos es necesario el apoyo profesional.

2.2.3 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

La búsqueda de Orem es lograr una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería, empezó formalmente a finales de la década de los 50's, y dedico mucha energía a comprender el significado de la enfermería y autocuidado. En su postulado "Enfermería: los conceptos de práctica", proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados.

a) Metaparadigmas:

Concibe a la Persona como un organismo biológico, racional y pensante, como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente; la salud: es un estado que para la persona significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos; y a la enfermería la concibe como un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en

su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (19)

b) Postulados

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

c) Aplicación a la práctica

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal; mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales; prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones; prevención de la incapacidad o su compensación; y la promoción del bienestar (20).

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la

toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud, promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ej. vacunación Seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares. Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.

El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.

2.2.4 TEORÍA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA

PENDER

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y

transmitida de una generación a otra. Se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

- La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
- La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
- La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la

valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: las características y experiencias individuales; la cognición y

motivaciones específicas de la conducta; y el resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una Meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública. El Modelo se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

a) Meta paradigmas de la teoría:

- **Salud:** Definido como un estado altamente positivo
- **Persona:** Centro de la teoría, cada individuo está definida por aspectos cognitivo conductuales
- **Entorno:** Representado en las interacciones entre los factores cognitivo perceptuales de conductas promotoras de la salud.
- **Enfermera:** Definido como el principal agente encargado de brindar motivación al individuo para que mantenga su salud. (18)

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Hernia.** Debilidad en el revestimiento muscular del abdomen o en la cavidad de algunos otros órganos que hace que el revestimiento protruya.
- **Hernia inguinal.** Debilitamiento del revestimiento muscular abdominal que causa que líquido u órganos internos protruyan (bajo la piel) en la ingle.
- **Hernia umbilical.** Debilidad en el músculo que reviste el abdomen. Este tipo de hernia causa que parte de los órganos internos, generalmente parte del intestino delgado, protruya cerca del ombligo.
- **Cuidado de enfermería:** Según el Consejo Internacional de Enfermeras, es la asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que mantiene la salud o la restablecen.

- **Autocuidado:** Es la inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general el autocuidado está dirigido a nuestra propia salud.

- **Glóbulos blancos.** Células inmunológicas en nuestro torrente sanguíneo cuya tarea es combatir las infecciones y devorar las células dañadas o muertas. Cuando una persona recibe un trasplante de médula ósea, esencialmente se reemplazan sus glóbulos blancos ya que la médula ósea es el tejido que produce todos los glóbulos blancos nuevos.

- **Glóbulos rojos.** Células que forman la mayor parte de nuestra sangre y que son responsables de su color rojo. La función de los glóbulos rojos es transportar oxígeno desde los pulmones a otras partes del cuerpo. Los glóbulos rojos se forman en la médula

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración del presente informe se hizo recolección de datos mediante el apoyo de la oficina de epidemiología, revisión documentaria a cerca del hospital, revisión de los libros de cirugías, historias clínicas, registros de enfermería.

En el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del servicio de cirugía la, a fin de tener acceso a los registros necesarios.
- **Recolección de Datos:** Los datos se obtuvieron del libro de registro y de cirugías de los tres años en estudio, historia clínica y datos obtenidos de la oficina de estadística seguimiento de pacientes con cirugías de hernioplastia inguinal.
- **Procesamiento de Datos:** Una vez obtenida la información se realizó la tabulación según el método manual (paloteo) por ser sencillo, económico y preciso, además se realizó la selección de datos para su respectiva confección de cuadros y gráficos esto mediante el programa informático Excel (hoja de cálculo).
- **Resultados:** Los resultados se presentan mediante gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados.**

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

- **Puesto de Salud Patay Rondos - MINSA** se ubica en provincia dos de mayo departamento de Huánuco zona ceja de selva se encuentra a un día vía terrestre y a 8 horas de caminata siendo mi primer trabajo como profesional de enfermería iniciando mi labor en agosto del 2003 en modalidad de salud básica con 12 horas diarias con enfoque a la atención primaria, encargada de la jefatura y Coordinadora del paquete niño, y otras áreas como IRA, EDA, nutrición, EVA, SIS y TBC.
Se trabajó con 15 centros poblados a 9 horas de caminata por un lapso de 6 meses enfocado a prevención y promoción de la salud en las diferentes etapas de la vida.
- **Centro de Salud San Buenaventura MINSA** ubicado distrito y provincia de Marañón departamento de Huánuco a 3 días de viaje vía terrestre cuenta con 8 personales de salud punto referencial de dos puestos de salud. Inicio mi trabajo en febrero del 2005 hasta junio del 2007 con 10 horas diarias en modalidad de 728 como coordinadora de área niño, nutrición, EDA, IRA, TBC y jefa del personal enfocada a la atención primaria aquí se trabajó mucha énfasis con familias y a base de talleres demostrativos con la única finalidad de lograr

familias con estilos de vidas saludables tanto en nutrición higiene salud mental lográndose cambios de estilos en las diferentes familias.

- Puesto de Salud Chocobamba - MINSA. Desde julio del 2007 hasta el 2008.

El presente puesto de salud solo contaba con tres personales de salud una licenciada enfermería y dos técnicos de enfermería, con 10 horas diarias de labor lunes a sábado.

Me desempeñe como jefa del puesto y coordinadora de área niño y área mujer.

Posteriormente se realizó una nueva construcción quedando con ambientes más amplios con áreas bien definidas. Lográndose el incremento de 2 profesionales como un médico y un licenciado en Obstetricia.

Se realizaron funciones de promoción y prevención de la salud, en la etapa del niño, adolescente, mujer, y adulto mayor.

En este periodo se inició los programas propiamente dichos PROMSA cuya finalidad es el cambio de estilos de vidas saludables lográndose trabajar de forma más directa con el grupo familiar con autoridades y colegios en cuanto a saneamiento básico, nutrición, higiene , ESNI,CRED y salud materna.

- **PUESTO DE Salud Puente Durand-MINSA.OCTUBRE 2008 HASTA AGOSTO 2009.** Se encuentra ubicado a 40 a minutos de la ciudad de Tingo María provincia de Leoncio Prado Departamento de Huánuco. El presente puesto de salud queda en provincia de Leoncio Prado departamento de Huánuco mi labor estuvo enfocada como Encargada del programa PROMSA y nutrición.

Se trabajó directamente con familias colegios y autoridades: Sensibilización y capacitación a familias en alimentación y nutrición saludable, higiene y ambiente a través de sesiones educativas y talleres demostrativas.

Se realiza Visitas domiciliarias a familiares integrales en forma quincenal para realizar consejería

Nutricional, evaluación nutricional y cambios de hábitos saludables. Vigilancia continua nutricional del niño.

- **HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – MINSA: SETIEMBRE 2009 HASTA ABRIL 2011**

Se encuentra ubicado en Jr. Herminio Valdizan N°950 en centro de la ciudad de Huánuco con 54 años de creación unidad ejecutora con nivel de atención categoría de II-2 inicio a laborar en el servicio de Neonatología en forma rotativa tanto en atención del recién nacido, cuidados intermedios y UCIN- A

y B. Mi labor estuvo dirigida a la parte asistencial en función a la parte preventivo, recuperación y rehabilitación.

- Puesto DE SALUD RAMON CASTILLA – RED RIMAC – MINSA 2011 Ubicado en amancaes distrito del Rímac provincia de lima

Me Desempeñe como Coordinadora de ESNI y Programa cáncer dirigido especialmente a la promoción y prevención de la salud.

- HOSPITAL TINGO MARIA –HCO- MINSA: AGOSTO 2011 HASTA MARZO 2012 Ubicado en la selva central, con domicilio en Av. Ucayali N°114 de la ciudad de Tingo María, provincia de Leoncio Prado departamento de Huánuco Esta categorizado como establecimiento Nivel II-1 viene funcionando hace 40 años.

Mi labor fue asistencial en el servicio de atención del recién nacido, enfocado en la prevención y promoción referente a la lactancia materna, control de CRED del recién nacido reconocimiento de signos de alarma del recién nacido, higiene, cuidados del recién nacido, visitas domiciliarias a la familia a cargo del recién nacidos dentro de la primera semana.

- HOSPITAL RAMON CASTILLA – ESSALUD: DESDES MARZO 2012 HASTA LA ACTUALIDAD.

- Descripción del Área Laboral

EL HOSPITAL II RAMON CASTILLA forma parte integrante de la Red asistencial almenara de Es salud. Está ubicado en el Jr. Guillermo Dansey n°390 a 100 metros de la plaza dos de mayo fue creado el 1 de febrero de 1982 con la denominación de Policlínico RAMON CASTILLA ,el 27 de noviembre del 2009 la dirección de salud V lima- Ciudad emitió la resolución N°1381/2009-DG- DESP-DISA VLC, en la cual lo Re- categorizan al Policlínico Ramón castilla a la clasificación de establecimientos de salud del segundo Nivel de Atención, CATEGORIA II-1 HOSPITAL GENERAL ,el 23 de marzo del 2012 con resolución de presidencia ejecutiva de Es salud es elevado a la categoría de Hospital II Ramón Castilla .La población adscrita es de 198,018 con la cual se constituye como el segundo Centro Asistencial de mayor población adscrita en la red Almenara atendiendo a los distritos de Lima Cercado Y Breña.

Realiza actividades asistenciales de promoción, prevención, recuperación y de rehabilitación; así mismo actividades de docencia a nivel de pregrado. Es hospital de referencia del policlínico Pizaro y CAP III Independencia.

Durante el año realizándose un aproximado de 3376 cirugías en las diferentes especialidades (Cirugía General, Urología, Oftalmología, Ginecología, Traumatología y Otorrino)

De los cuales siendo un 6% de cirugía general concerniente a hernio plastias.

- Funciones desarrolladas en la actualidad

Se desarrollará en forma descriptiva todas las funciones que realizan por el profesional de enfermería en el servicio hospitalización de cirugía del Hospital Ramón Castilla.

Área asistencial:

Aplicar las normas de bioseguridad en todos los momentos y supervisar su aplicación al personal a cargo, así garantizar la seguridad del paciente (infección intrahospitalarias, eventos adversos)

- Al inicio del turno se realizan control de los medicamentos del coche de paro con el cuaderno de control.
- Supervisar el equipamiento para la visita médica: del material médico y funcionamiento de equipos.
- Control de funciones vitales con el respectivo saludo e identificación de los pacientes y una corta entrevista con cada uno de ellos para poder informarse la situación de su salud.

- Recepción del reporte de enfermería paciente por paciente.
- Se participa y supervisa de forma activa en el momento de la visita médica y facilita el trámite de interconsultas, exámenes de ayuda diagnóstica y tratamiento que requiera.
- Participación en las curaciones de la herida operatoria y algunos procedimientos según las guías y protocolos establecidos como (inserción o retiro de dren, debridación y otros) y facilitar el material médico requerido.
- Ejecutar y supervisa al personal técnico que realice los procesos de admisión, recepción, transferencia y altas por indicación médica.
- Preparación del coche de tratamiento y Administración correcta de fármacos, hemoderivados, así como inserción de métodos invasivos como cambios de catéteres cada tres días.
- Realizar los registros de enfermería en la historia clínica y graficar los signos vitales.
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Enfermería.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos en el usuario quirúrgico
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.

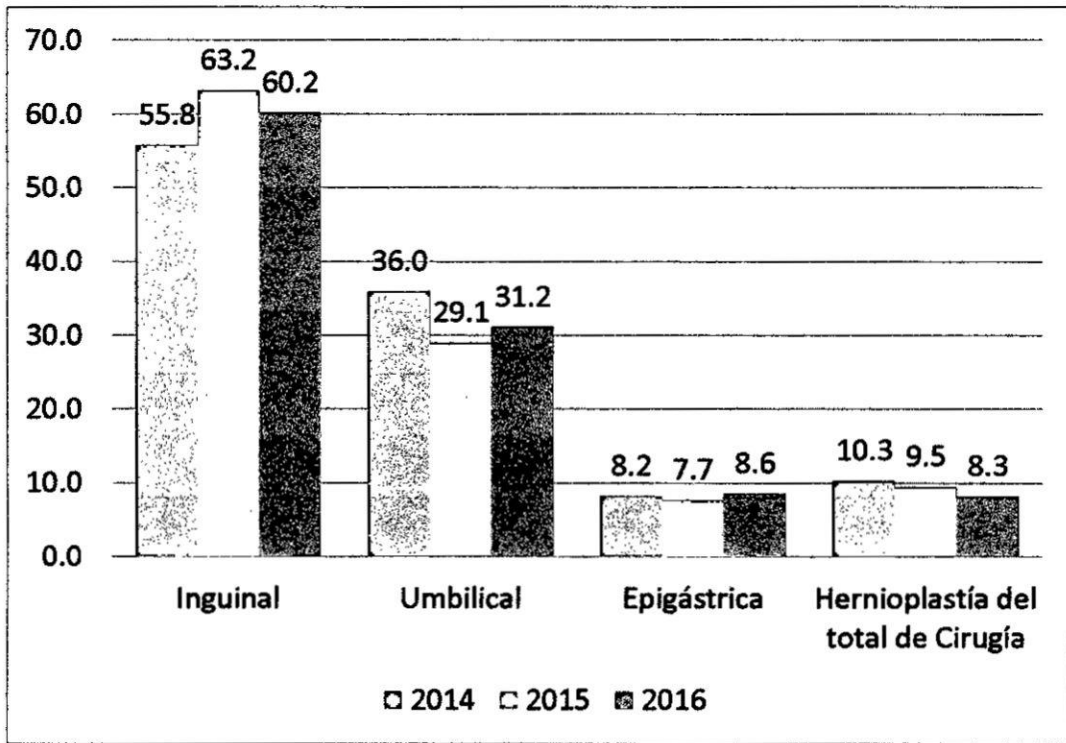
- Realizar el requerimiento de material médico según el turno correspondiente.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros del servicio.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Participa en capacitaciones al personal técnico en mejora del servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.

- Registrar las actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio
- Brindar Sesiones educativas a los pacientes en forma grupal sobre los diferentes temas concernientes al cuidado de la salud (lavado de manos, cuidados pre y post operatorios, higiene y otros).
- Participa de forma activa durante alta del paciente en orientación de los cuidados post operatorio en casa y tratamiento farmacológico, alimentación, higiene entrega de la próxima cita y curaciones.

IV. RESULTADOS

GRÁFICO 4.1

PORCENTAJE DE HERNIOPLASTIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA, LIMA 2014 -2016

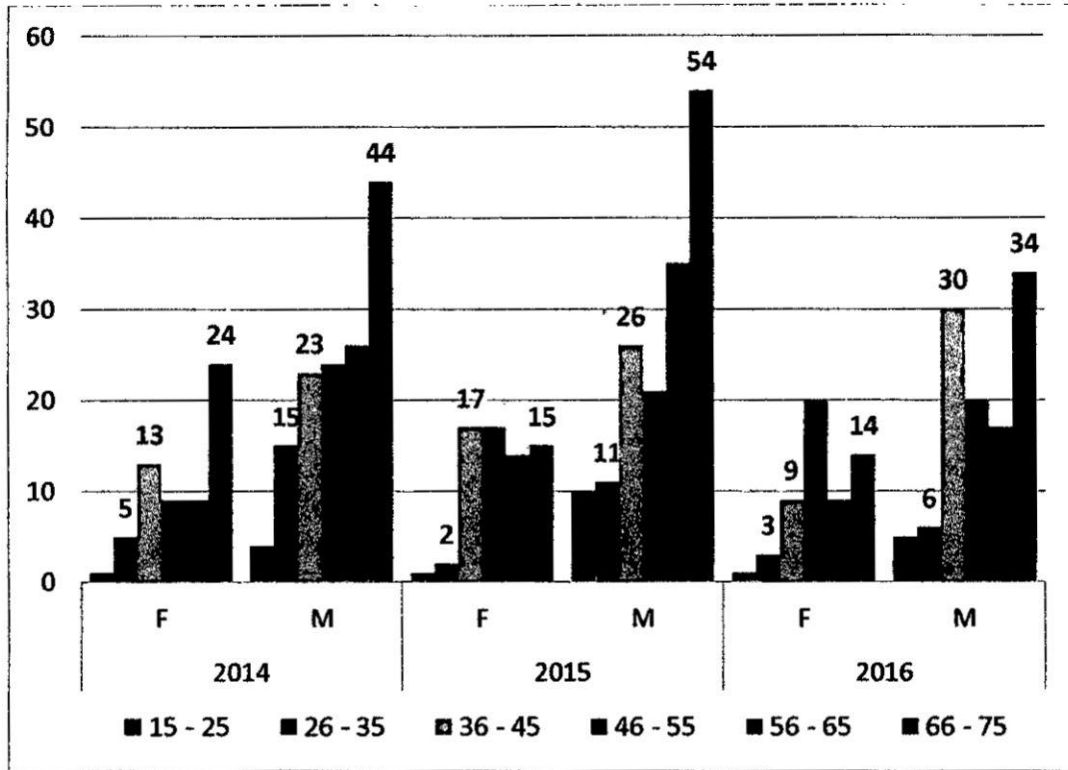


Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que aproximadamente el 10% de todas las operaciones del servicio de cirugía son por hernias. También se puede observar que de los 3 tipos de hernia (inguinal, umbilical, y epigástrica), la más frecuente con el 50% de casos son inguinales; seguidas de las umbilicales. En general mantienen los porcentajes a través del tiempo.

GRÁFICO 4.2

**HERNIOPLASTIAS INGUINALES SEGÚN SEXO Y EDAD EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA,
LIMA 2014 -2016**



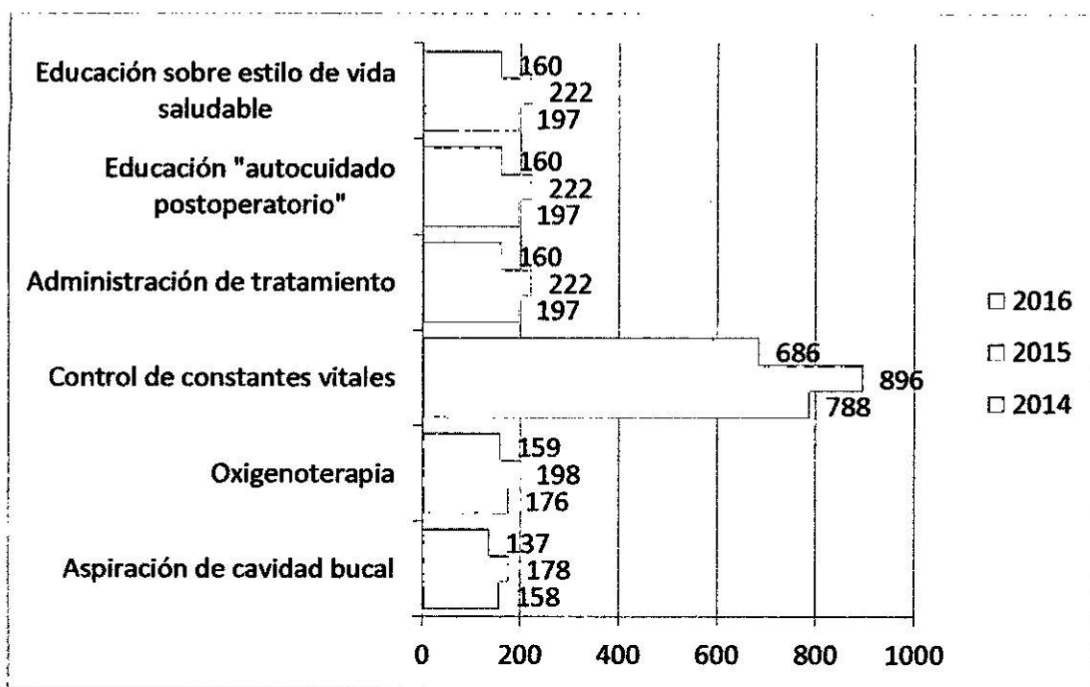
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.2, se evidencia que la mayor incidencia de hernioplastias según sexo, se da en los pacientes varones. Respecto a la edad, es predominante entre los 66 y 75 años; sin embargo los casos de varones en las edades entre los 36 a 45 años van en aumento.

En la mujeres se presentaba en el 2014 una predominancia en las edades de 66 a 75 años, situación que se ha revertido y que sobresale para el 2016 las edades comprendidas entre los 56 y 55 años

GRÁFICO 4.3

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA, LIMA 2014 -2016



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.3 se puede evidenciar los diversos cuidados que brinda el personal de enfermería al paciente post operado de hernioplastia inguinal, en cuando a la administración del tratamiento y la educación del autocuidado de la herida como el estilo de vida saludable que debe llevar se aplican al 100% de los pacientes postoperados recibidos. Respecto a las constantes vitales, aumentan debido a que son tomadas al menos 4 veces por paciente. Y la oxigenoterapia así como la aspiración de la cavidad bucal, se da a los pacientes que lo requieren según la vigilancia de enfermería para evitar asfixia principalmente.

V.. CONCLUSIONES

- a. La evidencia, respaldada por la estadística, muestra que la hernioplastia inguinal es una de las principales intervenciones quirúrgicas, con una fuerte incidencia en el sexo masculino a mayor edad.
- b. Los cuidados brindados por el personal de enfermería al paciente postoperado de hernioplastia inguinal, están orientados principalmente a los cuidados inmediatos (administración de tratamiento, control de funciones vitales, oxigenoterapia y aspiración bucal) y la educación para su autocuidado (cuidado de herida operatoria y estilo de vida saludable). Aunque existen registros de nuestra labor, hay muchos otros que no son considerados, como el apoyo emocional tanto al paciente como a la familia, aplicación de técnicas asépticas, el número de veces de valoración de la herida operatoria, asistencia en la movilización, entre otros.
- c. Se aprecia que la adecuada intervención del profesional de enfermería, teniendo en cuenta las teorías que avalan el actuar profesional, así como los conocimientos avalados por la ciencia, son necesarios para la mejora de los pacientes post operado de hernioplastia inguinal.

VI. RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales, se recomienda actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de los pacientes postoperado de hernioplastia inguinal, considerando especialmente que gran porcentaje de la población atendida es adulto mayor.
- b. Al servicio, que considere y facilite el registro de los cuidados que brinda el personal de enfermería a los paciente de manera detallada, as fin que se evidencie la gran labor que realiza este personal para la pronta recuperación del paciente sometido a una intervención quirúrgica como la hernioplastia inguinal.
- c. A la institución se recomienda, apoyar con los diferentes recursos a su alcance para facilitar el trabajo del profesional de enfermería, a fin de potenciar su actuar y mejorar la calidad de vida de las personas con hernioplastia inguinal

VII. REFERENCIALES

1. Bakker K, Riley P. International Diabetes Federation. [En línea].; 2005 [consultado el 30 de Abril del 2016]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_318_es.pdf.
2. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. 2012..
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. [En línea].; 2016 [consultado el 25 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf?ua=1.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. [En línea].; 2016 [consultado el 25 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. [En línea].; 2012 [consultado el 13 de Junio del 2016]. Disponible en: goo.gl/GFOwjn.
6. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [En línea].; 2015 [cited 2016 Julio 28]. Disponible en: goo.gl/6i80T7
7. Herrera Lían A, Andrade H. YR, Hernández S. O, Manrique M. J, Faria C. K, Machado R. M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en enfermería. 2012 MAYO; XXX(2): p. 39-46.
8. De la Paz Castillo KL, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre A. Factores de riesgo en adultos

- mayores con diabetes mellitus. *Revista médica de Santiago de Cuba*. 2012; 16(4): p. 489-497.
9. Cantú Martínez PC. Universidad de Costa Rica. [En línea].; 2014 [consultado el 25 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>.
 10. Davila Soto RA, Garcia Bustamante NA, Saavedra Huanuiri KJ. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos - 2013. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de enfermería; 2014.
 11. Arias Bramón MdP, Ramírez Gutiérrez SS. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Escuela de enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
 12. UNIDAD EDITORIAL REVISTAS S.L.U. DMedicina. [En línea].; 2015 [consultado el 05 de Junio del 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>.
 13. Brent Wisse MD. medlineplus. [En línea].; 2015 [consultado el 24 de Junio del 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>.
 14. Kioskea.net. Creative Commos. [En línea].; 2014 [consultado el 27 de Marzo del 2016]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/#ID=17741&module=faq>.
 15. Hidalgo Carpio EV. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes