

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
HERNIOPLASTIA INGUINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA – I DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

GRISELDA EDITH CABREJOS SARMIENTO

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 124-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pag.
Introducción	02
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	05
Capítulo II. Marco teórico	09
2.1 Antecedentes	09
2.1.1 Antecedentes Internacionales	09
2.1.2 Antecedentes Nacionales	10
2.2 Bases Teóricas	13
2.3 Bases Conceptuales	17
Capítulo III.	27
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	

INTRODUCCIÓN

Se conoce por hernioplastia inguinal a la intervención quirúrgica el cual permite reconstruir la hernia de la pared abdominal en cual está ubicado en la ingle. En tanto, una hernia es aquella protrusión ocasionado por un punto muy débil de la pared abdominal y los intestinos pueden salir a través de esta hernia. Esta enfermedad es más frecuente en el sexo masculino, desde inicios del año hasta después de los 55 años. Las hernias inguinales son hernias muy frecuentes de la pared abdominal, siendo una de las patologías que requiere intervención electivas en el mundo.

En tanto, el motivo por el tema es que durante el tiempo de servicio se pudo observar que la gran mayoría de pacientes post operados pertenecen a hernioplastias de diferentes tipos como; la hernioplastia inguinal (unilateral o bilateral) umbilical, hernioplastia inguinoescrotal, hernioplastia epigástrica, de las cuales la inguinal es la que más predomina siendo en un 75%. Por lo tanto, debido a la demanda, es importante fortalecerlas actividades de enfermería en este tipo de pacientes post operados, enfocadas en el restablecimiento del equilibrio fisiológico, 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 optima de la manera más rápida, segura y cómoda posible.

Mi experiencia se desarrolla como profesional de enfermería desde hace más de 10 años en el servicio de cirugía de las especialidades de neurocirugía, plástica, traumatología, y actualmente cirugía general 4to B, el cual pertenece al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos y otras Universidades Públicas y privadas , ubicado en el Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista- Callao. El departamento de cirugía cuenta con 10 servicios de cirugía.

Generalmente, los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal unilateral o bilateral ingresan como pacientes programados, es decir tiene una fase preoperatoria y una fase postoperatoria dentro de la hospitalización, sin embargo, algunos casos ingresan por emergencia, presentando una hernia inguinal estrangulada, y es allí donde son intervenidos quirúrgicamente. En relación al género, el 60% pertenece al sexo masculino, mientras que el 40% al sexo femenino, en cuanto a la edad la prevalencia es desde los 25 a 75 años a más según estadísticas del hospital Daniel Alcides Carrión.

Por lo que, mediante el uso de un Proceso de Atención de Enfermería se aplica una serie de cuidados óptimos para la preparación del paciente ante la intervención, así como durante su postoperatorio inmediato y tardío, con el objetivo de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente durante todo su proceso operatorio y mejorar, de esta manera, su estado de salud general.

En mi experiencia, se asume de forma constante retos y nuevas actualizaciones en torno a los cuidados de los pacientes pos operados, en este caso los de hernio plastía, en los cuales se aplicará la metodología utilizada de los pasos sistematizados para el cuidado del paciente como es el PAE, valorando la parte objetiva y subjetiva del fenómeno y su naturaleza, planteando diagnósticos, planificando, ejecutando y evaluando. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los años 2019 y el primer trimestre 2020, y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia

de que se ha logrado reducir las complicaciones posoperatorias durante la estancia hospitalaria.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las hernias son consideradas en cirugía general como uno de los temas de mayor controversia, ya que la hernia es la salida del contenido intestinal del abdomen ya sea por diferentes factores como los congénitos (hereditario), aquellos que se desarrollan en la etapa del crecimiento y el cual se producen durante la vida. El 75% de las hernias perteneces a la hernia inguinal y es considerada uno de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes después de las apendicetomías (1)

Alrededor de 20 millones se realizan las reparaciones de hernias en el mundo entero según algunas fuentes estadísticas, encontrándose en los Estados Unidos 800,000 cirugías relacionadas a las hernias, a través del tiempo y el avance de la tecnología, las cirugías se realizan en algunos casos de manera ambulatoria. Las reparaciones de las hernias inguinales en la antigüedad tenían un mayor índice de fracaso en un porcentaje aproximado de 40- 50%, a raíz de ello se instauro la utilización de prótesis y gracias a ellos los índices de recurrencias fueron disminuyendo con el transcurso de los años (2)

Por otro lado, en el post operatorio se suelen presentar complicaciones de diferente índole después de la reparación quirúrgica de la hernia inguinal, aumentando así la estancia hospitalaria de forma prolongada y los costos en el sistema de salud (3)

Un estudio realizado en Cuba, refiere que la hernia inguinal es una patología que se presenta de forma frecuente, representando más de la mitad con un 75% de la pared abdominal, con un riesgo que afecta la vida del paciente en un 27% en el sexo masculino y en el

sexo femenino el 3%. Asimismo, también se encontró que, el grupo etario de mayor frecuencia fueron aquellos que oscilaban los 61 a 70 años en un 64%. El 20.9% del total de la muestra solo fueron menores de 60 años con una media de 66 años. Las hernias que se encontraron se clasificaron según los criterios anatómicos (4)

Otro estudio en el mismo país, halló factores que desencadenan para el desarrollo de una hernia inguinal, como 161 factores como; orinar, toser, esfuerzos físicos continuos, levantar objetos muy pesado en un 61% y sin olvidar el sedentarismo con un 50% (5)

En España se considera como un procedimiento de intervención quirúrgica de mayor número en cuanto a las cirugías generales, y los terceros realizados en su sistema de salud, el año 2008 llevan practicando 58.567 operaciones de hernia inguinal. En Colombia, la prevalencia es de 618.00 casos en relación a su población que es de 51,2 millones, siendo la intervención quirúrgica de mayor frecuencia (6)

Por otro lado, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, en Ecuador en 2014, se considera que, entre las 10 primeras causas de la enfermedad, las hernias inguinales son las que ocupan el 7mo lugar, con una tasa de prevalencia de 9,48 por cada diez mil habitantes. Si tomamos en cuenta el género, la enfermedad es más ocurrente en los hombres con una tasa de 14,30 por cada diez mil hombres (7)

En el Perú, la reparación de la hernia inguinal por medio de la cirugía es la intervención quirúrgica más ejecutada por los médicos, debido a la alta incidencia de las intervenciones quirúrgicas, es importante reconocer los factores de riesgo el cual se relacionan con las

complicaciones, como es bien sabido; el grupo etario, el sexo, factor nutricional, genética y la asociación de comorbilidades, son considerados los principales factores de riesgo. por tal motivo, recae la importancia de poder mitigar y controlar los factores de riesgo para así poder reducir las complicaciones y a su vez disminuir la morbimortalidad y los gastos médicos que ocasionan dichas complicaciones (8)

En el Hospital Naval- Callao, se realizó una investigación donde se encontró que, los pacientes intervenidos por hernia inguinal, en un 82% pertenecen al sexo masculino. Así mismo, el grupo etario mayores de 65 años representan un 38% y menor de 65 años corresponde al 62%. Por otro lado, en un análisis profundo se asocian alguna variable a las complicaciones inmediatas, tales como; tiempo operatorio, diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial (9)

En mi experiencia profesional se pudo observar que, en el Hospital Daniel Alcides Carrión, la encarcelación de las hernias inguinales se considera como la principal complicación, con una frecuencia que varía de 7 al 30% y están se estrangulan en un 10%, principalmente en el sexo masculino, para luego pasar a ser intervenidos quirúrgicamente. Las complicaciones que se presentan en el post operatorio, en muchas ocasiones son la dehiscencia de la herida operatoria, esto sucede cuando el paciente se moviliza de forma temprana, infección del sitio operatorio de forma superficial o causada por la malla y el dolor neurótico o somático severo.

Así mismo, el uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas adultas intervenidas quirúrgicamente por hernioplastia inguinal, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización,

muchas de las cuales no estén relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología muchas prácticas del cuidado del paciente son remotas basadas más en la tradición y hábitos que acarrear serias complicaciones en el paciente postoperado.

Por ende, las actividades de enfermería se centran en la prevención y el cuidado de las complicaciones asociadas al postoperatorio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Galvez Merida; D. (2015) realizó un estudio titulado “Determinación de la frecuencia de infección de heridas operatorias de hernias inguinales electivas- Guatemala 2015” cuyo objetivo principal de este estudio fue “determinar la frecuencia de infección de herida operatoria de hernias inguinales electivas del Departamento de Cirugía de Adultos del Hospital General San Juan De Dios”. Utilizó la siguiente metodología; estudio de tipo observacional transversal. Se encontró lo siguiente: Una población de 121 pacientes predominando el género masculino con un 73.55% (89 pacientes) y de estos 9 tenían como enfermedad asociada diabetes mellitus, presentando uno de ellos infección de herida operatoria. Del total de pacientes estudiados 9 presentaron infección de herida operatoria que corresponde a un 7.43%. (10).

Podemos concluir que, de acuerdo a los resultados obtenidos, es importante la valoración de la comorbilidad de los pacientes intervenidos, sobre todo en aquellos que padecen de Diabetes Mellitus; como se sabe, esta patología se asocia directamente a la infección del sitio operatorio retrasando así la recuperación quirúrgica. Por lo que, considero de gran relevancia este antecedente para el manejo de las intervenciones de enfermería en pacientes post operados con Diabetes Mellitus.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Marchena Ch. (2018) realizó un estudio titulado “Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de hernioplastia inguinal escrotal complicada izquierda más rafia vesical de un hospital de Lima, 2018”, cuyo objetivo fue, “aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente post operado de hernioplastia inguinal escrotal complicada izquierda más rafia vesical, en la unidad de recuperación post anestésica”. Metodología: estudio de caso descriptivo y analítico, se realizaron las actividades proyectadas y así mismo se revisaron el planteamiento de los objetivos. Resultados: se evidencia que el 80% del planteamiento de los objetivos se lograron alcanzar. Conclusiones: se logró realizar el Proceso de Atención de Enfermería, efectuando las 5 etapas que requiere, identificándose principales diagnósticos tales como; Riesgo de Aspiración R/C con disminución de nivel de conciencia por sedo analgesia, ausencia de reflejo tusígeno, tos ineficaz, Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo- capilar evidenciado el PCO₂ se encuentra disminuido debido a un hipo perfusión, hipoxemia leve, se ejecuta la mayoría de las actividades planificada, se logra alcanzar los objetivos propuestos (11).

En el caso se evidencia que a pesar que las hernioplastias aparentan cirugías de menor complejidad, esto no es así de siempre, ya que toda cirugía acarrea complicaciones en el postoperatorio y esto se relaciona a factores internos y externos que retrasaran la recuperación quirúrgica. Por lo que, es importante valorar los factores de riesgo para plantear buenos diagnósticos de enfermería y una planeación e intervención de acuerdo al caso para lograr los objetivos

Núñez Alvarado C. (2016), realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a complicaciones inmediatas en pacientes operados de hernia inguinal en el Centro Medico Naval 2016”, cuya metodología fue un estudio observacional, analítico, transversal. Los factores que consideraron para el estudio fueron el sexo y la edad. Resultados: Los pacientes que fueron intervenidos por una hernioplastia inguinal el 82% pertenece al sexo masculino, así mismo, los mayores de 65 años se presentaron en un 38% y los menores de 65 en un 62%. Por otro lado, los factores que se asociaron a las inmediatas complicaciones fueron; la obesidad, la edad, el tiempo operatorio y la hipertensión arterial. En tanto le logro hallar que el dolor en la hernioplastia presenta mayor incidencia con un 18% y en el menor número del caso, la infección del sitio operatorio es la que se presenta en un porcentaje de 2.3%. Conclusiones: Los factores de riesgo que se asocian a complicaciones inmediatas fueron: la edad, el tiempo operatorio; la hipertensión arterial y la obesidad (9).

En este estudio podemos apreciar que los factores de riesgo propios del individuo se asocian directamente a complicaciones en el post operatorio inmediato. Por ello, se recalca que la valoración y el control de estos factores por parte de enfermería es esencial para la recuperación del paciente.

Vilchez Barzola, Samuele (2015) realizó una investigación en cual elaboró una ficha de recolección de datos de las historias clínicas, de pacientes que presentaron alguna complicación con una cantidad de 32 pacientes de 320 pacientes operados de hernioplastia, en el servicio de cirugía general del Hospital Rezola de Cañete. Se obtuvo como resultado que la frecuencia en mayor incidencia fue la edad de 20 a 59 años con un porcentaje de 53%, encabezando el género masculino con un 69%. En tanto los pacientes que presentaron

enfermedades adicionales fueron el IMC, obesidad con un 59%. Las complicaciones pos operatorias en su mayoría fueron el ISO en un 2.5%, el seroma con un 2.8% y los hematomas con un 1.9%(12).

Las complicaciones más frecuentes en el post operatorio son seroma, infección de sitio operatorio, hematoma, una vez más, asociados a los factores clínicos, epidemiológicos y quirúrgicos. Por lo que, la valoración debe ser global del estado del paciente, con el objetivo de reducir complicaciones propias de un postoperatorio, para así, establecer prioridades de actuación y adoptar las medidas necesarias en cada caso.

Gamarra Yurivilca, M. (2015), realizó un estudio titulado: “Complicaciones de las hernioplastias inguinales según técnica de Lichtenstein Hospital III Essalud Chimbote”, con el objetivo de “determinar las complicaciones hernioplastias inguinales”. La metodología utilizada para esta investigación fue un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional. Su grupo objetivo de estudio fueron pacientes intervenidos quirúrgicamente por una hernioplastia inguinal con la colocación de malla según la técnica de Lichtenstein, conformada por 276 pacientes. Se empleó una ficha para la recolección de datos y posteriormente reunir los datos de lo obtenido del paciente. Resultados: se encontró que las complicaciones posoperatorias de hernioplastia inguinales suelen presentarse en pacientes cuyas edades oscilaban entre 50 a 79 años, sobresaliendo las complicaciones más tempranas, en cuanto al sexo, los varones presentaron mayor cantidad de complicaciones comparados con las mujeres. Finalmente, la estancia hospitalaria prolongada de los pacientes pos operados de una hernioplastia inguinal con la colocación de malla, más de la mitad con un 77% fue intervenido por con una cirugía ambulatoria, el 22% presento una

estancia corta, en cuanto a la cantidad de horas, la mínima fue de 5 horas y la máxima de 32 horas. Conclusión; la técnica de Lichtenstein en el caso de hernioplastias presenta escasas complicaciones (13).

En este estudio se evidencia que la recuperación de los pacientes post operados de hernioplastia depende de la técnica que el cirujano emplee. Sin embargo, en el hospital donde laboro a pesar de usar esta técnica, en el menor porcentaje existe alguna complicación relacionada al estado clínico del paciente como el peso, edad, y alguna comorbilidad.

2.2 Base Teórica

Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el profesional de enfermería puede ser capaz de describir y explicar qué está ocurriendo. Una vez que ha comprendido por qué una situación aparece, es posible identificar qué acción específica debe realizar en esa situación, esto es aplicable, no solo cuando aparecen las situaciones, sino, antes de que se lleguen a producir, ya que puede predecir y controlar situaciones o fenómenos que discurren en la práctica.

a) Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermera** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo

enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible (14).

b) Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Respecto al modelo de Nola J. Pender se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes en las enfermeras hasta la percepción de la salud de los pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados los cuáles conservan un interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad.(15).

c) Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados

Las teorías buscan describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de tal manera, de adquirir conocimientos para perfeccionar las prácticas. Es así, que las teorías han permitido a enfermería mejorar su capacidad, profesional y disciplinar, a través del conocimiento, pues los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayor probabilidad de éxito. Las teorías estimulan el razonamiento que se aplican a suposiciones y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación. Son las teorías quienes permiten la generación del conocimiento (lo único que puede explicar el mundo de enfermería), y de esta manera avanzar en la conformación de un cuerpo propio de conocimientos disciplinares. Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero

que está continuamente en evolución. El conocimiento abstracto es el que permite que los hallazgos científicos derivados de investigación se desarrollen en teorías que, guiadas por un soporte filosófico, puedan sustentar la práctica. Se puede asegurar que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que nos permite dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica. Las enfermeras ya no pueden resumir las experiencias en salud de las personas en base a diagnósticos médicos. Los modelos conceptuales y las teorías existen para lanzar desafíos a la práctica. El conocimiento adquirido a través de la teoría estimula el pensamiento creativo, guía la enseñanza y la investigación (16).

2.3 Base Conceptual

2.3.1. Hernia inguinal

2.3.1.1. Consideraciones generales:

Es la protusión del peritoneo parietal (que puede acompañarse de vísceras intrabdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente de la pared abdominal.

En la actualidad el termino hernia inguinal, incluye todas las hernias de la región inguinoclural dichos conceptos cambian la clasificación clásica, refiriendo que son diferentes formas clínicas de presentación (hernia indirecta, directa y crural) y que todas responden a una misma zona denominada orificio mipectineo. De este modo la hernia crural, en la actualidad se reconoce como una forma de hernia inguinal directa (hernia inguinal directa inferior) (17).

2.3.2. Etiología:

Los factores etiopatológicos responsables de la aparición de las hernias inguinales ya sean congénitas o adquiridas, son de origen múltiple.

Desde un punto de vista etiológico, las hernias inguinales pueden ser congénitas o adquiridas. Las primeras se relacionan con el descenso testicular en el hombre, y con la migración del ligamento redondo en la mujer, persistiendo en ambos la falta de obliteración completa del proceso peritoneo vaginal.

Las adquiridas son producto de alteraciones bioquímicas (metabólicas) anatómicas, mecánicas y ambientales que predisponen para la aparición de este tipo de enfermedad.

Las hernias inguinales directa o indirectas son causadas por una deficiencia de la fascia transversalis en la región del orificio miopectiniano, debido a una debilidad de la pared abdominal.

Algunas variaciones anatómicas se suman a la debilidad constitucional y estructural:

La persistencia de un conducto peritoneovaginal permeable.

Un triángulo de Hesselbach aumentado de tamaño (17).

2.3.3. Fisiopatología:

Es utilizada por todos los autores porque describe mejor la localización del defecto en la pared posterior del conducto inguinal.

- a) **Hernia directa:** Es el más frecuente, se origina a través de una dilatación progresiva del orificio inguinal profundo y se extiende por dentro del cordón inguinal hacia la espina del pubis. El saco herniario (peritoneo parietal) que consiste en el

que el asa herniaria atraviesa por el anillo inguinal superficial y así puede llegar fácilmente hacia el testículo., (hernia inguinoescrotal).

- b) **Hernia indirecta:** es claramente el efecto del desgastamiento de la fascia transversalis (pared posterior del trayecto inguinal).de Hsselbanch. El saco herniario esta compuesto por el peritoneo parietal y la delgada capa de la fascie transversalis.
- c) **Hernia mixta.** Es una combinación de las dos anteriores, es llamada “en pantalón” por la separación que dejan los vasos epigástricos entre ambos sacos.
- d) **Hernia crural:** Este tipo de hernia se caracteriza por presentar dolor por debajo de la región inguinal más que por presencia del bulto, lo que puede dificultar su diagnóstico principalmente en pacientes ancianos o mujeres obesas (17).

2.3.4. Aspectos epidemiológicos:

La hernia inguinal es la más frecuente, ocupando el 50 al 60% de todas las hernias de la pared abdominal. La incidencia e mayor en el sexo masculino, varía de acuerdo al grupo atareo que se analiza 11 por cada 10.000 habitantes entre 16 y 24 años y 200 por cada 10.000 habitantes mayores a los 75 años. El riesgo para presentar una hernia inguinal se calcula 27% para los hombres y 3% para las mujeres.

2.3.5. Factores de riesgo:

Es necesario recalcar que, a mayor número de factores, mayor probabilidad de adquirir una hernia inguinal.

Como factores generales:

- ✓ Grandes esfuerzos: por la actividad del paciente, deporte

- ✓ Aumento de la presión abdominal: tos crónica, ascitis, obstrucción de la micción, alteraciones digestivas o crecimiento del útero durante el embarazo y factores genéticos.
- ✓ Fibrosis quística
- ✓ Criptorquidea
- ✓ Sobrepeso y obesidad
- ✓ Tos crónica
- ✓ Hiperplasia prostática
- ✓ Constipación crónica.

2.3.6. Signos y síntomas

La hernia inguinal se presenta en distintas maneras. Típicamente como una molestia en la región inguinal y puede ser o no ser encontrada durante el examen físico. Finalmente puede presentarse como un bulto descubierto por el paciente en la región afectada, con o sin extensión al escroto, línea media abdominal o en región crural.

Los signos y los síntomas de la hernia inguinal incluyen:

- ✓ Un bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, que se hace más notorio cuando estás erguido y especialmente si toses o haces algún esfuerzo
- ✓ Una sensación de ardor o de dolor en el área del bulto
- ✓ Dolor o incomodidad en la ingle, especialmente cuando te inclinas, toses o levantas peso
- ✓ Una sensación de pesadez o arrastre en la ingle
- ✓ Debilidad o presión en la ingle
- ✓ De vez en cuando, dolor e hinchazón alrededor de los testículos cuando la parte sobresaliente del intestino desciende e ingresa al escroto (17).

2.3.5. Complicaciones

Las complicaciones de una hernia inguinal comprenden:

- **Presión en los tejidos cercanos.** La mayoría de las hernias inguinales se agrandan con el tiempo si no son reparadas quirúrgicamente. En los hombres, las hernias grandes se pueden extender hacia el escroto, lo que causa dolor e hinchazón.
- **Hernia encarcelada.** Si los contenidos de la hernia quedan atrapados en un punto débil en la pared abdominal, la hernia puede obstruir el intestino, causando un dolor intenso, náuseas, vómitos y la incapacidad de tener movimiento intestinal o despedir gases.
- **Estrangulación.** Una hernia encarcelada puede cortar el flujo sanguíneo en una parte del intestino. La estrangulación puede producir la muerte de los tejidos intestinales afectados. Una hernia estrangulada es potencialmente mortal y requiere cirugía inmediata (17).

2.3.6. Hernioplastia inguinal

Para realizar una cirugía abierta de reparación de hernia, se hace una única incisión alargada en la ingle. Si la hernia sobresale de la pared abdominal (hernia directa), se empuja el bulto de vuelta a su lugar. Si la hernia se extiende hacia el (indirecta), o bien se empuja de vuelta el saco de la hernia o bien se liga y se extrae.

Tradicionalmente, se ha reparado el punto débil en la pared del músculo a través del cual sobresale la hernia suturando

juntos los bordes del tejido muscular sano (herniorrafia). Esto es adecuado para hernias más pequeñas que han estado presentes desde el nacimiento (hernias indirectas) y para tejidos sanos, en los que es posible utilizar puntos de sutura sin añadir tensión en el tejido. Sin embargo, el enfoque quirúrgico varía dependiendo de la zona de la pared muscular que se tenga que reparar y la preferencia del cirujano.

Actualmente se suelen utilizar parches de malla hechos de material sintético para reparar las hernias (hernioplastia). Esto es especialmente cierto para grandes hernias y para hernias que vuelven a ocurrir. Se cosen parches sobre la zona debilitada en la pared abdominal después de que se ha empujado la hernia de vuelta a su lugar. El parche disminuye la tensión en la pared abdominal debilitada, reduciendo el riesgo de recurrencia de la hernia.

Las diferencias entre la cirugía abierta y la cirugía laparoscópica para reparar una hernia son las siguientes:

- Una cirugía abierta requiere una sola incisión más grande en lugar de varias incisiones pequeñas.
- Si hay hernias a ambos lados, se necesitará una segunda incisión para reparar la otra hernia. La cirugía laparoscópica le permite al cirujano reparar ambas hernias sin hacer más incisiones.
- La reparación abierta de hernia puede realizarse con anestesia general, raquídea o local.
- La reparación laparoscópica requiere anestesia general (18).

2.3.7. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERNIOPLASTIA INGUINAL

La cirugía es el único tratamiento con el que se puede reparar una hernia de manera permanente. La cirugía puede tener más riesgo para pacientes con problemas de salud graves.

Los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones que un enfermero dedica a sus pacientes. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Objetivos preoperatorios:

Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia en el preoperatorio. Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.

Objetivos postoperatorios:

Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas. Educar al paciente y la familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.

En el post operatorio la valoración y manejo del dolor después de un procedimiento quirúrgico es importante, ya que el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencia. Para la valoración se considera los siguiente según el guía de RNAO:

- La historia del dolor previo
- Características sensoriales del dolor (la intensidad, la calidad, las características temporales, la ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore)
- El impacto del dolor en las actividades diarias (capacidad de dormir, deambular)
- El impacto psicosocial del dolor en sí mismo o en otros.
- Valorar la escala del dolor con las herramientas que se dispongan (19)

COSIDERACIONES GENERALES EN EL POSTOPERATORIO

El periodo posoperatorio es la última etapa del proceso quirúrgico. Consiste en la recuperación de las funciones vitales afectadas por el anestésico que se inicia en el momento el que finaliza el acto quirúrgico, y se considera finalizado, una vez recuperado de todas las secuelas de la intervención quirúrgica. En él se incluyen una serie de cuidados y actividades del profesional de enfermería encaminadas a llenar las necesidades integrales del enfermo.

Durante todo este periodo de asistencia posquirúrgica, la enfermera juega un papel fundamental y abarcara diferente funciones y tareas de acuerdo al tipo de intervención posquirúrgica

Dentro del objetivo tenemos:

- Prevenir, diagnosticar y tratar trastornos tanto fisiológicos como psicológicos provocados por la misma intervención.
- Devolver al paciente el mayor grado de independencia.
- Identificar y satisfacer las necesidades con la mayor calidad y seguridad posible.
- Evitar posibles complicaciones

- Educación sanitaria al paciente y a su familia sobre los cuidados y recomendaciones que tendrá que mantener durante su recuperación hospitalaria y en el hogar. (20)

Dentro de las intervenciones generales se considera lo siguiente:

- Valoración de las funciones vitales
- Oxigenación si encaso lo requiere
- Aspiración de secreciones
- Evaluación del estado de conciencia.
- Valorar efectos postanestésicos
- Valoración de la herida operatoria, en caso de que exista algún tipo de sangrado.
- Valoración del estado de la orina
- Administración de fluidoterapia
- Dieta progresiva el mismo día si así lo indica médico
- Deambulación temprana con suspensor
- Medidas de apoyo, vendaje suspensorio, hielo local en caso de ser necesario, analgesia.
- Drenajes, no están recomendados, solo ocasionalmente.
- Seguimiento, una semana después del egreso.

En la actualidad, la mayoría de las hernias se cierran con parches de tela para sellar los orificios. Las complicaciones de las heridas quirúrgicas son:

- Hematoma: acumulación de sangre fuera de los vasos sanguíneos, en un estado de semicoagulación, relacionada con la intervención quirúrgica. Se evidencia mediante la equimosis y la inflamación. Cuidados de Enfermería: valoración continua de los hematomas ya que indica una hemorragia

interna leve y administración de medicamentos para manejar el dolor y la inflamación cuando sea necesario.

- Seroma: acumulación de linfa en la herida. Se manifiesta con tumefacción y molestia local sin eritema ni calor. Cuidados de Enfermería: prevención del seroma (vendaje o apósito compresivo), en caso de que aparezca se hace una punción para la extracción del líquido en condiciones de asepsia y colocación de vendaje o apósito compresivo.
- Dehiscencia: separación de los bordes de la herida. Cuidados de Enfermería: valoración de las características de la herida, garantizar la inmovilización estricta del paciente en posición semifowler.
- Evisceración: protrusión del contenido de la herida, graves cuando son incisiones abdominales. Ocurre cuando ceden las suturas, o cuando hay tos, infección o distensión. Cuidados de Enfermería: valoración de las características de la herida, garantizar la inmovilización estricta del paciente en posición semifowler, manejo del dolor con medicamentos según necesidad, acompañamiento constante al paciente para tranquilizarlo y monitorizarlo.
- Absceso: acumulación de pus y material infectado dentro de la pared abdominal, se observa inflamación local, calor e induración. Cuidados de Enfermería: realización de cura diaria con técnica aséptica, drenaje de la herida, administración de antibióticos según prescripción médica y valoración de la herida y del proceso de cicatrización (21).

CAPÍTULO III.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : C.V.Q
N° HC : 134525
Sexo : Masculino
Edad : 56 años
Estado Civil : Casado
DNI : 24567889
F Nacimiento: 26/01/1954
Peso : 98 kg.
Talla : 1.68 cm
Grupo y F.S : O RH +
Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Servicio : Cirugía General I- 4B.
Fecha : 28/01/2020

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente adulto maduro, ingresa al servicio de Cirugía programado para intervención quirúrgica del día siguiente, con diagnóstico de hernia inguinal unilateral izquierda. Manifestando dolor a nivel inguinal y visualizándose bultos a nivel de zona inguinal, a la palpación manifiesta dolor. El bulto en el área se hace más notorio cuando está erguido y especialmente si tose o hace algún esfuerzo.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente post operado inmediato de hernioplastia inguinal izquierda más colocación de malla más drenaje hemovac.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES: Madre múltipara, parto natural

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre falleció con cáncer al útero, padre falleció con infarto al miocardio

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II desde hace más de 13 años.

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Procedente del norte de país, casado con 3 hijos ya mayores, vive solo con su esposa. Trabajador independiente de una bodega, refiere que tiene lo suficiente. Consumidor de alcohol y fumador de forma eventual.

❖ Datos subjetivos:

Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga 8/10, también manifiesta querer ingerir algo de alimento que no prueba alimento desde que ingreso, extraña a su familia y no le gusta estar en un hospital. “me duele detrás de la cabeza”

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

F.R: 21 x minuto

F.C: 95 x minuto

T°: 37°C (axilar)

PA: 170/90 mmHg

SPo2: 96%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

SNC: LOPTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

CABEZA: Cabello corto, buena implantación capilar, simétrico, sin presencia de tumefacción.

CARA: semihidratada, palida +(+++), semigrasosa.

Ojos: pupilas isocóricas, fotorreactivas, conservados.

Orejas: No se palpan ganglios, presenta simetría en ambos lados.

Boca: NPO post operado inmediato, mucosa semihidratada, con piezas dentarias (02 incisivos superiores) presencia de caries a nivel de molares superiores e inferiores.

Nariz: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos.

CUELLO: Movilidad conservada, no se palpan ganglios, no presenta masa. Con acantosis migrans a nivel cervical.

TÓRAX: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna.

Pulmones: No se auscultan estertores en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular pasa bien en ACP, FR 21xmin. Sat de O2 96%.

Cardiovascular: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 95 x minuto, PA: 170/90 mmhg

ABDOMEN: De gran circunferencia, prominente, blando, con presencia de ruidos hidroaereos ++ (+++). Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos, así mismo un drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido sanguinolento de 10cc aprox. Aun no realiza deposiciones.

RIÑONES: Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical. Orina amarilla ámbar de aprox. 600cc en 12 horas.

MIEMBROS SUPERIORES: Tono muscular con fuerza y movimientos conservados, piel tibia al tacto. Con catéter periférico en miembro superior derecho pasando dextrosa al 5% más agregados a 45 gotas x minuto.

MIEMBROS INFERIORES: Conservados, sin edemas, turgente y movimientos

PIEL: Pálida ++/+++, tibia al tacto, turgente, elástica e hidratada.

PESO de 98 kg **TALLA** 168 cm, IMC=34.7 (Obesidad)

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

❖ Hemoglobina: 12.mg/dl
❖ Glucosa: 186 mg/dl
❖ Hematocrito = 41%
❖ leucocitos = 7.100 m3
❖ Urea= 21 mg/dl
❖ Creatinina = 1.47 mg/dl
❖ Colesterol =225
❖ Trigliceridos <200

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

- ❖ Inicio de tolerancia oral pasada las 6 horas
- ❖ Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco
- ❖ Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20%
- ❖ Ciprofloxacino de 400mg. Ev. c/12h
- ❖ Metronidazol de 500 mg c/8 horas
- ❖ Omeprazol de 40 mg c/14 horas
- ❖ Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
- ❖ Tramadol 100 mg sc condicional a dolor
- ❖ Atorvastatina 40 mg VO c/24horas
- ❖ Losartan 20 mg 1tab. Vo c/12 horas
- ❖ Bisoprolol 2,5 mg vo c/ 24 horas
- ❖ Insulina NPH 6UI 30 minutos antes del desayuno y 8pm

- ❖ Insulina R escala móvil
 - 180-230= 2UI
 - 230-280= 3UI
 - 280-300=4UI
 - Mayor o igual a 300= 5UI
- ❖ HGT C/ 8 horas
- ❖ Control de drenaje
- ❖ Deambulaci3n con calzoncillo supensor.

1.8. VALORACION SEGUN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoci3n y gesti3n de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Hipertensi3n arterial desde hace 10 a1os, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II desde hace m1s de 13 a1os. Con piezas dentarias (02 incisivos superiores) presencia de caries a nivel de molares superiores e inferiores.

Clase 2. Gesti3n de salud: Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual.

DOMINIO II. Nutrici3n

Clase 1. Ingesti3n: se mantiene en NPO, post operado inmediato, posteriormente iniciara tolerancia oral. Presenta un abdomen de gran prominencia, peso de 98 kg talla 168 cm, IMC=34.7 (Obesidad). manifiesta querer ingerir algo de alimento que no prueba alimento desde que ingreso. Colesterol =225, Trigliceridos <200

Clase 2. Digesti3n: No evaluable

Clase 3. Absorci3n: No evaluable

Clase 4. Metabolismo: Diabetes mellitus tipo II desde hace m1s de 13 a1os, Con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl

Clase 5. Hidratación: Orina amarilla ámbar de aprox. 600cc en 12 horas, Pálida ++/+++ , tibia al tacto, turgente, elástica e hidratada, presenta drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido sanguinolento de 10cc aprox.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Orina amarilla ámbar de aprox. 600cc en 12 horas, Creatinina = 1.47 mg/dl

Clase 2. Función gastrointestinal: Presencia de ruidos hidroaereos ++ (+++). Aun no realiza deposiciones.

Clase 3. Función tegumentaria: Pálida ++/+++ , tibia al tacto, turgente, elástica e hidratada. Con acantosis migrans a nivel cervical

Clase 4. Función respiratoria: No se auscultan estertores en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular pasa bien en ACP, FR 21xmin. Sat de O2 96%.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Con sueño conservado

Clase 2. Actividad/ejercicio: Con limitación por ser post operado inmediato

Clase 3. Equilibrio/energía: No evaluable

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: FC: 95 x minuto, PA: 170/90 mmhg, con antecedente de hipertensión arterial, con IMC:34.7(obesidad). “me duele detrás de la cabeza”

Clase 5. Autocuidado: Presenta bala higiene conservado

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Disposición mental para darse cuenta u observar.

Clase 2. Orientación: Orientado en tiempo, espacio y lugar

Clase 3. Sensación-percepción: Post operado inmediato

Clase 4. Cognición: Post operado inmediato

Clase 5. Comunicación: Post operado inmediato

DOMINIO VI. Auto percepción

Clase 1. Autoconcepción: No se comunica fluidamente por la reciente cirugía.

Clase 2. Autoestima: No evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Familiares pendiente del paciente

Clase 2. Relaciones familiares: Aparentemente presenta buenas relaciones

Clase 3. Desempeño del rol: No evaluable

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No evaluable

Clase 2. Función sexual: No evaluable

Clase 3. Reproducción: No evaluable

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Ninguna

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: muestra relativa ansiedad por drenaje hemovac y presencia de sangre en dicho contenido.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: No evaluable

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: No evaluable

Clase 2. Creencia: Católico

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: No evaluable

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: IMC:34.7, presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos, así mismo un drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido

sanguinolento de 10cc aprox, diabetes mellitus tipo II desde hace más de 13 años, Con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl

Clase 2. Lesión física: IMC:34.7, presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos, así mismo un drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido sanguinolento de 10cc aprox, diabetes mellitus tipo II desde hace más de 13 años, Con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl

Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: No evaluable

Clase 5. Procesos defensivos: No evaluable

Clase 6. Termorregulación: T°: 37°C (axilar), piel tibia al tacto.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga 8/10, **F.C:** 95 x minuto, con drenaje hemovac

Clase 2. Confort del entorno: Refiere que no le gusta el ambiente hospitalario

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: No evaluable

Clase 2. Desarrollo: No evaluable.

1.7. ESQUEMA DE VALORACION

CARACTERISTICA DEFINITORIAS

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

- Post operado inmediato
 - Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II
 - Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual
- Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad).
Colesterol =225, Trigliceridos <200
- Con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl
 - presenta drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido sanguinolento de 10cc aprox.
 - Orina amarilla ámbar de aprox. 600cc en 12 horas, Creatinina = 1.47 mg/dl
 - presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos.

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Interconsulta Nutrición, interconsulta endocrinología, examen de laboratorio(U-G-C), hemograma completo.

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Dolor
agudo

Gestión ineficaz
de la salud

Desequilibrio
Nutricional por exceso

Riesgo de nivel
de glucemia

Riesgo de deterioro de
la función
cardiovascular

Riesgo de retraso
en la recuperación
quirúrgica

Riesgo de
infección

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Post operado inmediato
- Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II
- Consumidor de alcohol y fumador de forma eventual
- Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Triglicéridos <200
- Con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl
- Presenta drenaje hemovac con presión negativa con presencia de contenido sanguinolento de 10cc aprox.
- Orina amarilla ámbar de aprox. 600cc en 12 horas, Creatinina = 1.47 mg/dl
- Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos.
- Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga EVA 8/10, F.C: 95 x
- PA: 170/90 mmhg, “me duele detrás de la cabeza”

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor agudo
- Mantenimiento inefectivo de la salud
- Desequilibrio Nutricional por exceso
- Riesgo de nivel de glucemia inestable
- Riesgo de infección
- Riesgo de sangrado
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
- Retraso en la recuperación quirúrgica

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dolor agudo	Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica	Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos. Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga EVA 8/10, F.C: 95 x. con dispositivo hemovac	Dolor agudo r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundario agresión quirúrgica e/p Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos. Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga EVA 8/10, F.C: 95 x. con dispositivo hemovac

<p>Mantenimiento inefectivo de la salud</p>	<p>Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud</p>	<p>Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II, Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual. Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200, con acantosis migrans a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl</p>	<p>Mantenimiento inefectivo de la salud r/c Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud e/p Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II, Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual. Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200, con acantosis migrans a nivel a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl</p>
<p>Desequilibrio Nutricional por exceso</p>	<p>Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas</p>	<p>IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200</p>	<p>Desequilibrio Nutricional por exceso r/c Aporte de nutrientes que excede las necesidades</p>

			metabólicas e/p IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Triglicéridos <200
Riesgo de nivel de glicemia inestable	Alteración de la captación de glucosa secundario a déficit de insulina por cambios metabólicos	Con antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl. Con obesidad. Presencia de acantosis migrans a nivel cervical.	Riesgo de nivel de glicemia inestable r/c Alteración de la captación de glucosa secundario a déficit de insulina por cambios metabólicos e/ pCon antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl. Con obesidad. Presencia de acantosis migrans a nivel cervical.
Riesgo de infección	Destrucción tisular por intervención quirúrgica, cambios metabólicos y obesidad.	Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos. con dispositivo hemovac. Con antecedente de Diabetes Mellitus,	Riesgo de infección r/c Destrucción tisular por intervención quirúrgica, cambios metabólicos y obesidad e/p Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con apósitos limpios y secos con dispositivo hemovac, con

		Glucosa: 186 mg/dl. Con obesidad	antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa 186 mg/dl. Con obesidad
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	Factores internos y externos que pueden dañar el organismo	PA: 170/90 mmhg, "Me duele detrás de la cabeza", IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200. Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl. Fumador y consumidor de alcohol de forma eventual	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Factores internos y externos que pueden dañar el organismo e/p PA: 170/90 mmhg, "Me duele detrás de la cabeza", IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200. Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl.Fumador y consumidor de alcohol de forma eventual

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO O DE ENFERMERÍA A	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00132</p> <p>Dolor agudo r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica e/pPresenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos. Paciente refiere dolor a</p>	<p>Código: 01605</p> <p>Control del dolor</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>Escala:</p> <p>Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / / Constantement e (m) (1 al 5)</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el comienzo del dolor (4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Código: 1400 <p>Manejo del dolor</p> <p>Monitorización de las funciones vitales.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuye nivel de dolor según EVA 2/10 • FC:76 X min • Tranquilo, con sueño conservado • Deambula con calzoncillo suspensor.

<p>nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga EVA 8/10, F.C: 95 x. con dispositivo hemovac</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere síntomas al profesional sanitario (4) 	<p>- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor / frío y masajes) antes, después y si fuera posible, durante las actividades</p>	
--	---	--	--

		<p>dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las medidas de alivio del dolor.</p> <p>Codigo: 2210</p> <p>Administración de analgésicos</p> <p>Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <p>Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicarle, si procede.</p> <p>determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para</p>	
--	--	--	--

		<p>conseguir un efecto analgésico óptimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas <input type="checkbox"/> Tramadol 100 mg sc condicional a dolor <ul style="list-style-type: none"> • Valorar escala del dolor • Uso de calzoncillo suspensor • 	
<p>Código: 00099</p> <p>Mantenimiento o inefectivo de la salud r/c</p> <p>Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud e/p</p> <p>Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma</p>	<p>Código: 01602</p> <p>Conducta de fomento de la salud.</p> <p>Adoptará medidas de cuidado en torno a su salud.</p> <p>Escala: Manifestada: Nunca / Raramente / En ocasiones /</p>	<p>Código: 4480</p> <p>Facilitar la autoresponsabilidad</p> <p>Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.</p> <p>- Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</p>	<p>Paciente toma conciencia sobre salud y refiere que al salir de alta cambiara de estilo de vida.</p>

<p>diaria, con diabetes mellitus tipo II, Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual. Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200, con acantosis migrans a nivel a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl</p>	<p>Con frecuencia / Constantemente (m) (del 1 al 5)</p> <p>Indicadores:</p> <p>Utiliza conductas para evitar los riesgos (1)</p> <p>Busca un equilibrio entre ejercicio; ocio; descanso y nutrición (1)</p> <p>realiza los hábitos sanitarios correctamente (1)</p>	<p>- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud.</p> <p>Código :4510</p> <p>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente.</p> <p>Identificar los factores (genéticos, distrés psicológico y estrés) que contribuyan a la dependencia de sustancias químicas como el cigarro y el alcohol.</p> <p>- Animar al paciente a que tome el control de su propia conducta.</p> <p>- Ayudar al paciente / familia para identificar el uso de la negación</p>	
--	--	--	--

		<p>como forma de evitar la confrontación con el problema.</p> <p>Código: 5510</p> <p>Educación sanitaria</p> <p>Educación sobre la importancia de la ingesta de alimentos nutritivos y la realización de actividades físicas.</p>	
<p>Código: 00001</p> <p>Desequilibrio Nutricional por exceso r/c Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas e/p IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Triglicéridos <200</p>	<p>Código: 01004</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Mejorará hábito alimentario</p> <p>Escala:</p> <p>Ingestión de nutrientes (2)</p> <p>Masa corporal (2)</p> <p>Peso (2)</p>	<p>Código: 1100</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico. - Pesar al paciente a intervalos adecuados. - Proporcionar información adecuada acerca de 	<p>Paciente comprometido o a mejorar su hábito alimentario.</p> <p>A realizar ejercicios.</p> <p>Control periódico de su salud</p> <p>Cumplimiento del régimen terapéutico.</p>

	<p>Determinación es bioquímicas (2)</p>	<p>necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos. - Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso. <p>Código: 200</p> <p>Fomento del ejercicio (después del alta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. <p>Informar al paciente acerca de los beneficios para la</p>	
--	---	---	--

		<p>salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>Código: 4360 Modificación de la conducta Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</p> <p>Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.</p> <p>Administración de Atorvastatina 40 mg VO c/24horas para el control de colesterol.</p>	
<p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección r/c</p> <p>Destrucción tisular por intervención</p>	<p>Código: 1902</p> <ul style="list-style-type: none"> Control del riesgo. 	<p>Código: 6550</p> <p>Protección contra las infecciones.</p> <p>Manejo de bioseguridad</p>	<p>Paciente con regeneración tisular optima, sin signos de flogosis.</p> <p>Presenta piel tibia al tacto.</p>

<p>quirúrgica, cambios metabólicos y obesidad e/p Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con apósitos limpios y secos con dispositivo hemovac, con antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa 186 mg/dl. Con obesidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar infección <p>Código: 1102</p> <p>Curación de la zona de inserción</p>	<p>Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciados.</p> <p>- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</p> <p>Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</p> <p>- Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica.</p> <p>Manejo aséptico de los dispositivos invasivos.</p>	<p>Funciones vitales estables. Glucosa dentro de los parámetros. Medico retira durante la curación drenaje hemovac por no presentar secesión alguna.</p>
--	--	---	--

		<p>Administración de antibióticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ciprofloxacino de 400mg. Ev. c/12h <input type="checkbox"/> Metronidazol de 500 mg c/8 horas <p>Monitorización de las funciones vitales.</p> <p>Control de la glucosa c/8 horas.</p> <p>Administración de insulina según lo requiera.</p> <p>Proporcionar una dieta hipoglucida-hiposódica, hipocalórica.</p>	
<p>Código: 00179</p> <p>Riesgo de nivel de glicemia inestable r/c</p> <p>Alteración de la captación de glucosa secundario a</p>	<p>Código: 1619 – autocontrol de la diabetes</p> <p>Mantener glucosa dentro de parámetros normales</p> <p>Escala</p>	<p>Código: 2120</p> <p>Manejo de la Hiperglucemia</p> <p>Monitorización de las funciones vitales</p> <p>Valorar signos y síntomas de la hiperglucemia.</p>	<p>Paciente con glucosa dentro de los parámetros esperados 110 mg/dl.</p> <p>Se le administra su insulina NPH</p>

<p>déficit de insulina por cambios metabólicos e/p con antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl.</p> <p>Con obesidad. Presencia de acantosis migrans a nivel cervical.</p>	<p>Siempre demostrado, frecuentemente demostrado, a veces demostrado, raramente demostrado, nunca demostrado. (del 1 al 5)</p> <p>Indicador.</p> <p>Controla el nivel glucosa en sangre (4)</p> <p>Se ajusta al tratamiento terapéutico indicado (4)</p>	<p>Realizar control de hemoglucotex c/8hrs.</p> <p>Administrar insulina NPH 6UI 30 min. Antes del desayuno y 8pm.</p> <p>Administrar insulina R escala móvil si control de HGT es mayor a:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 180-230=2UI o 321-280=3UI o 281-300=4UI o >de 300= 5UI <p>balance hídrico estricto</p> <p>Control de glicemia por laboratorio: Glucosa = 186 mg/dl</p> <p>Sugerir i/c endocrinología.</p> <p>Código: 2130</p> <p>Manejo de la hipoglucemia.</p> <p>Se le perfunde:</p>	<p>según lo indicado.</p> <p>La interconsulta de endocrinología es respondida y le sugiere nueva indicación.</p>
--	---	---	--

		<p>Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco</p> <ul style="list-style-type: none"> Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20% <p>Proporcionar una dieta hipoglucida e hipograsa.</p>	
<p>Código: 00239</p> <p>Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Factores internos y externos que pueden dañar el organismo e/p PA: 170/90 mmhg, "Me duele detrás de la cabeza", IMC=34.7 (Obesidad).</p>	<p>Código: 1617</p> <p>Autocontrol: enfermedad cardiaca</p> <p>Mantener función cardiovascular dentro de parámetros normales.</p> <p>Indicador:</p> <p>Acepta el diagnóstico</p> <p>Participa en las decisiones</p>	<p>Código: 4050</p> <p>Manejo del riesgo cardiaco.</p> <p>Control y monitorización de la FC, PA.</p> <p>Administración de antihipertensivos indicados por el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atorvastatina 40 mg VO c/24horas <input type="checkbox"/> Losartan 20 mg 1tab. Vo c/12 horas 	<p>Paciente con PA de 130/80 mmhg</p> <p>recibiendo dieta hipograsa.</p> <p>Colabora con el régimen terapéutico.</p>

<p>Colesterol =225, Trigliceridos <200.</p> <p>Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl.</p> <p>Fumador y consumidor de alcohol de forma eventual</p>	<p>de los cuidados sanitarios</p>	<p><input type="checkbox"/> Bisoprolol 2,5 mg vo c/ 24 horas</p> <p>Proporcionar una dieta hiposodia e hipograsa.</p> <p>Valorar la función renal, volumen de diuresis, características.</p> <p>Control de HGT C/8h</p> <p>Brindarle educación sobre la perjudicial en el organismo del cigarrillo y el alcohol.</p> <p>Brindar educación sobre la importancia de los hábitos de salud y los beneficios que este le propocione.</p> <p>Sugerir una orden de EK e interconsulta a cardiología.</p> <p>Sugerir datos de laboratorio de G.U-C y perfil lipídico.</p>	
---	-----------------------------------	---	--

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	<p>Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga 8/10, también manifiesta querer ingerir algo de alimento que no prueba alimento desde que ingreso, extraña a su familia y no le gusta estar en un hospital. “me duele detrás de la cabeza.</p> <p>Refiere ser consumidor de alcohol y fumador de forma eventual.</p>
O	<p>Paciente varón, adulto maduro, post operado inmediato de Hernioplastia inguinal izquierda+ colocación de malla y hemovac, ventilando espontáneamente, con vías aéreas permeables, Glasgow 15/15. Abdomen prominente de gran circunferencia, con presencia de ruidos hidroaereo ++ (+++). Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierto con apósitos limpios y secos, con drenaje Hemovac a presión negativa y contenido sanguinolento de 10cc aprox. Presenta catéter periférico a nivel de miembro superior izquierdo pasando dextrosa al 5% 1000 por pasar a 45 gotas. IMC=34.7, PA=170/90 mmhg, FC=95Xmin, Glucosa=186 mg/dl, Colesterol=225, Trigliceridos= <200</p>
A	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundario agresión quirúrgica e/p Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con una apósitos limpios y secos. Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según escala de valoración análoga EVA 8/10, F.C: 95 x. con dispositivo hemovac. • Mantenimiento inefectivo de la salud r/c Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud e/p Hipertensión arterial desde hace 10 años, toma Losartan de 20 mg. 1 toma diaria, con diabetes mellitus tipo II, Consumidos de alcohol y fumador de forma eventual. Presenta un abdomen de gran prominencia IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225,

	<p>Trigliceridos <200, con acantosis migrans a nivel a nivel cervical. Glucosa: 186 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio Nutricional por exceso r/c Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas e/p IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200 • Riesgo de nivel de glicemia inestable r/c Alteración de la captación de glucosa secundario a déficit de insulina por cambios metabólicos e/p Con antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl. Con obesidad. Presencia de acantosis migrans a nivel cervical. • Riesgo de infección r/c Destrucción tisular por intervención quirúrgica, cambios metabólicos y obesidad e/p Presenta herida operatoria a nivel de la ingle izquierda, cubierta con apósitos limpios y secos con dispositivo hemovac, con antecedente de Diabetes Mellitus, Glucosa 186 mg/dl. Con obesidad • Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Factores internos y externos que pueden dañar el organismo e/p PA: 170/90 mmhg, “Me duele detrás de la cabeza”, IMC=34.7 (Obesidad). Colesterol =225, Trigliceridos <200. Diabetes Mellitus, Glucosa: 186 mg/dl. Fumador y consumidor de alcohol de forma eventual
<p>P</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir dolor ✓ Adoptará medidas de cuidado en torno a su salud. ✓ Mejorar habito alimentario ✓ Evitar riesgo de infección ✓ Mantener valores de glucosa dentro de parámetros normales ✓ Mantener función cardiovascular dentro de parámetros normales
<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de normas de bioseguridad antes de cada procedimiento ✓ Monitorización de las funciones vitales. FC, FR, PA, SAT O%, T°

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Valorar según Escala de Valoración análoga (EVA). ✓ Administración de analgésicos según indicación médica. ✓ Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. ✓ Proporcionar una dieta hipoglucida- hiposódica, hipocalórica. Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica. ✓ Administración de antibióticos según indicación médica ✓ Realizar control de hemoglucotex c/8hrs. ✓ Administrar insulina NPH 6UI 30 min. Antes del desayuno y 8pm. ✓ Administración de antihipertensivos indicados por el médico. ✓ Balance hídrico ✓ Registro de enfermería.
E	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente disminuye nivel de dolor según EVA 2/10, FC:76 X min ✓ Toma conciencia sobre salud y refiere que al salir de alta cambiara de estilo de vida. ✓ Paciente comprometido a mejorar su hábito alimentario. ✓ Con regeneración tisular óptima, sin signos de flogosis. ✓ Con glucosa dentro de los parámetros esperados 110 mg/dl. ✓ Paciente con PA de 130/80 mmhg

CONCLUSIONES

Después de la indagación bibliográfica y la atención directa del paciente, se concluye lo siguiente:

- La Hernia Inguinal es muy común dentro de la sociedad, impidiendo que aquellas que lo padecen puedan tener una vida estable y tranquila, realizando sus actividades y labores diarias. Muchas personas la consideran normal y sin riesgos evitando así el contacto con el especialista quien referirá al paciente a una intervención quirúrgica por Hernia Inguinal, también conocida como hernioplastia.
- Durante esta investigación se educó al paciente dándole a conocer los cuidados necesarios para una buena recuperación, así como también a detectar la presencia de hernia inguinal y a conocer los riesgos sino es tratada a tiempo. Así mismo, se fortaleció los cambios de malos hábitos que atentan contra su salud a estilos saludables.
- Exitosamente se lograron los objetivos propuestos, determinado las necesidades básicas del paciente y logrando que este desarrollara el autocuidado como vía rápida a su recuperación.

RECOMENDACIONES

- Considero que, para realizar un proceso de atención de enfermería, se debe de conocer la fisiopatología del proceso de la enfermedad, en este caso de un paciente post operado.
- Es importante la valoración de los antecedentes y comorbilidades del paciente en el pre y post operatorio, ya que los diagnósticos dependen de lo presentado en el momento o un periodo de corto o largo plazo.
- Que se realice una guía de manejo en los pacientes postoperatorios de hernio plastia inguinal, ya que la institución no lo actualiza desde el año 2011.
- Que la institución realice estrategias de capacitación en relación a las actualizaciones del NANDA para el manejo de diagnósticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Quiroz OE. Hernias De La Pared Abdominal Hospital Regional “Virgen de Fátima” Abdominal Wall Hernias Regional Hospital “ Virgin of Fatima ” [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1918/Torres Quiroz Oscar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Colina Cisneros J. Incidencia de complicaciones posoperatorias en la reparación de hernias inguinales con abordaje laparoscópico transabdominal preperitoneal versus abordaje abierto con técnica de Lichtestein Hospital Central Fuerza Aérea Del Perú 2016-2018 [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/4822/colina_cj.pdf;jsessionid=907546F87F409A4FDC74676830829C75?sequence=1
3. Carbonel ITatay F, Carreño Saenz O. Introducción Complicaciones y errores en la cirugía abierta de la eventración. En: eventraciones otras hernias de pared y cavidad abdominal [Internet]. 1886. Disponible en: <http://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VIII.pdf>
4. Valdovinos-gonzález CA, Zaldívar-ramírez FR, Díaz-contreras-piedras C, Athié-gutiérrez C. Calidad de vida en pacientes operados de plastía inguinal mediante short form 36 (SF-36). Cir Gen [Internet]. 2012;34(3):169-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n3/v34n3a3.pdf>
5. Correa Martínez L, Luis Domínguez Rodríguez D. Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2018;22(3):485-92. Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3519
6. Buitrago J, Vera F, Martínez DF, Muñoz DM, Sánchez DM. ¿Intervenimos adecuadamente las hernias inguinales? Rev Colomb

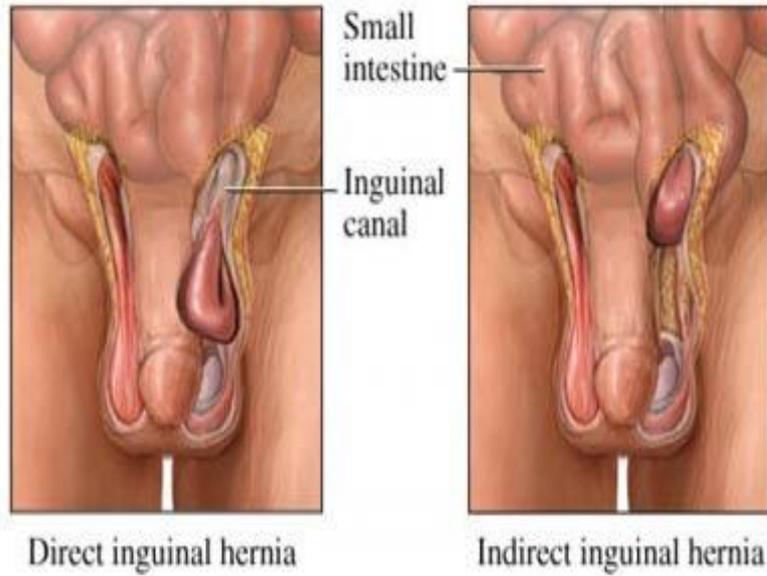
- Cirugía [Internet]. 2014;29(2):116-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n2/v29n2a6.pdf>
7. Narvaez Rueda AM, Anguisaca Padilla SJ. Frecuencia de hernias abdominales y tratamiento quirúrgico en pacientes del Hospital de la III División Tarqui. Cuenca, 1994-2015. [Internet]. Vol. 14. UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26807/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf>
 8. Figueroa Morales K. Malnutrición como factor de riesgo asociado a complicaciones post operatorias inmediatas en pacientes operados de hernias inguinales en el Hospital de Ventanilla durante el periodo de enero a julio del 2017 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1396/KFIGUEROA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 9. Nuñez Alvarado CV. Factores de riesgo asociados a complicaciones inmediatas en pacientes operados de hernia inguinal en el Centro Medico Naval 2016 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/handle/urp/961>
 10. Galvez Merida DF. Determinacion de la frecuencia de infeccion de heridas operatorias de hernias inguinales electivas [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9528.pdf
 11. Marchena Chavez CR. Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de hernioplastía inguinal escrotal complicada izquierda más rafia vesical de un hospital de Lima, 2018 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1416/Carmen_Trabajo_Académico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 12. Vilchez Barzola SM. Factores de riesgo asociados a las

- complicaciones postoperatorias de hernias inguinales del Hospital Rezola de Cañete – Perú durante el 2015 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1187>
13. Gamarra Yurivilca MA. Complicaciones de las hernioplastias inguinales según técnica de Lichtenstein Hospital III ESSALUD Chimbote – 2013 [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2015. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1250/Gamarr_a_ma.pdf?sequence=3&isAllowed=y
14. Cristina Hernández Martín. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera- [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015 [citado 15 de mayo de 2020]. disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=29FAA6E70AD54413707BAE35B180BB99?sequence=1>
15. Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Mayo 30] ; 8(4): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
16. Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S.. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Mayo 30] ; 11(28): 316-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es.
17. Departamento de Cirugía. Guía de práctica clínica de hernia inguinal

- [Internet]. 2013 Oct [citado 2020 Mayo 30] Hospital Nacional Cayetano Heredia. disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_510_2013.pdf
18. Fretes Darío, Ramírez Andrés, Fernández Ursulino, Cardozo Raúl, Fretes Amanda, Caballero Alejandro. Casuística patologías herniarias de la pared abdominal en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central FFAA. Periodo 2018. Cir. parag. [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 May 30] ; 43(3): 7-9. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202019000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18004/sopaci.2019.diciembre.7-9>.
 19. Asociacion profesional de Enfermeras de Ontario RNAO. Guia de buenas practicas. Valoracion y manejo del dolor. 3 edicion. Toronto. 2013 [citado el 10 de Mayo- 2020) disponible en: <https://rnao.ca/bpg/translations/valoraci%C3%B3n-y-manejo-del-dolor>
 20. Ogara de la Fuente. Atencion de enfermeria en el postoperatorio del apciente quirurgico. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 30] Universidad de la Rioja- España. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004738.pdf
 21. María Dolores Castellar García Cuidados de enfermeria en pacientes operados de hernias (inguinal, umbilical). Revista Electrónica de Portales Medicos [internet] 2014 jun [cited 2020 May 30] disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hernias-inguinal-umbilical/>

ANEXOS

Anexo1: HERNIA INGUINAL



ANEXO 2: CUIDADOS DE ENFERMERIA

