



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA
REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO
GENITAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ
DE AREQUIPA - 2023**

PRESENTADO POR:

SULEMA MARIA FIDELINA ESPINOZA LOPEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA - PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA
REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO
GENITAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ
DE AREQUIPA - 2023

PRESENTADO POR:

SULEMA MARIA FIDELINA ESPINOZA LOPEZ

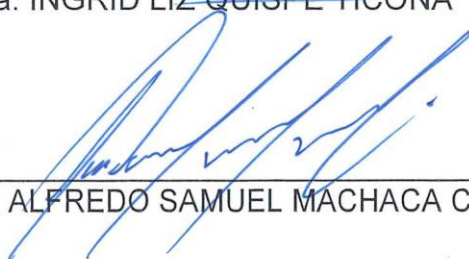
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON

SEGUNDO MIEMBRO

: 
M. Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°399-2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 07 de octubre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-04333 de la Egresado (a): **ESPINOZA LOPEZ SULEMA MARIA FIDELINA** con DNI N°29377553 y Código N°141100512018 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** Filial Arequipa de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** Filial Arequipa de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico del egresado (a): **ESPINOZA LOPEZ SULEMA MARIA FIDELINA** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Primer Miembro	:	Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Segundo Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	viernes 11 de octubre del 2024
Hora	:	10:30 am.
Lugar	:	Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
JULIACA - PERÚ
Dr. Leopoldo Wenceslao Candori Cari
DIRECTOR (e)



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA EN ATENCIÓN A UN PACIENTE CON PROLAPSO GENITAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA - 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez	6%
	Trabajo del estudiante	

2	www.scribd.com	3%
	Fuente de Internet	

3	repositorio.uancv.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	

4	1library.co	1%
	Fuente de Internet	

5	aprenderly.com	1%
	Fuente de Internet	

6	Submitted to Universidad Católica de Santa María	1%
	Trabajo del estudiante	

7	fdocuments.ec	1%
	Fuente de Internet	

8	Submitted to Universidad de Alicante	
---	--------------------------------------	--

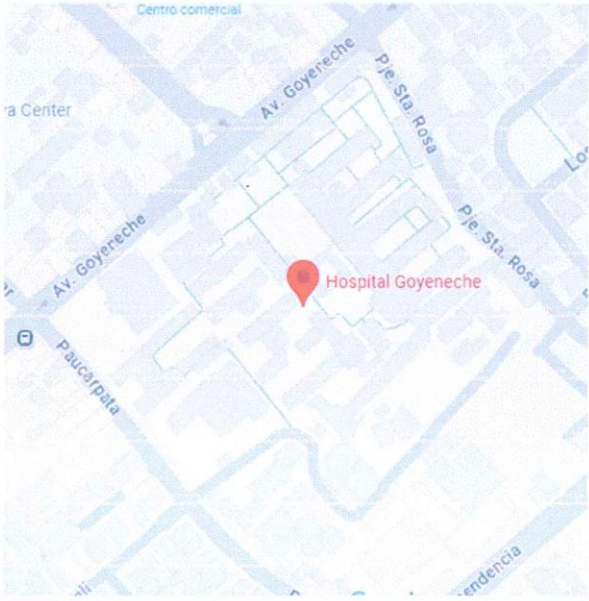


Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO GENITAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA - 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	SULEMA MARIA FIDELINA ESPINOZA LOPEZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29377553
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-8734-120X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29433035
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5849-7764

4



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3688-7419
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA País: PERÚ Departamento: AREQUIPA Provincia: AREQUIPA Distrito: AREQUIPA -16.40235, -71.52785 https://maps.app.goo.gl/pG6rjJ8cZgF8W1Gp7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03
URL de disciplinas OCDE - Librería	https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELAZCO"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansava



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo SULEMA MARIA FIDELINA ESPINOZA LOPEZ, identificado con DNI

Nro. 29377553 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad,
Programa de Maestría o Doctorado

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO GENITAL

EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA - 2023

Asesorado por:

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca de del 2025

Sulema Espinoza Lopez
FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Agradezco a mis profesores A la segunda especialidad en enfermería, por transmitirme sus saberes, enseñanzas y por el tiempo invertido en mi formación o invertido en mi desarrollo académico.



AGRADECIMIENTO

A mi familia, por el respaldo constante y su cariño inquebrantable brindado y por estar presentes en todo momento de mi vida por contribuir a concluir con la segunda especialidad en enfermería en contingencias y siniestros.



ÍNDICE

Tabla de contenido

ÍNDICE..... v

RESUMEN vii

ABSTRACT viii

INTRODUCCIÓN ix

OBJETIVOS x

OBJETIVO GENERAL x

OBJETIVOS ESPECÍFICOS x

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN.....1

1.3. MOTIVO DE CONSULTA3

1.4. ENFERMEDAD ACTUAL.....3

1.5. ANTECEDENTES3

1.6. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS.....4

1.7. EXAMEN FÍSICO4

1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....6

1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO6

1.10 TRATAMIENTO MÉDICO:7

1.11. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS.....8

1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN.....10

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS12

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS12



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES14

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS14

3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN16

CAPITULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA:23

CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN27

5.2. ETIOLOGÍA.....27

5.3. FISIOPATOLOGÍA28

5.4. CLASIFICACIÓN.....29

5.5. FACTORES DE RIESGO.....30

5.6. CUADRO CLÍNICO31

5.7. DIAGNÓSTICO.....32

5.8. EXÁMENES DE AYUDAS DIAGNOSTICAS.....33

5.9 TRATAMIENTO.....33

5.10. CUIDADO DE ENFERMERÍA35

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

ANEXOS



RESUMEN

El siguiente trabajo académico denominado: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO GENITAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA – 2023. Tiene como objetivo, El presente trabajo académico tiene por **objetivo** principal brindar una atención oportuna y eficaz al usuario para evitar las complicaciones que pudieran agravar la situación de salud finalmente lograr la estabilización del usuario con el diagnóstico de prolapso genital. El Hospital III Goyeneche de Arequipa, con su amplia oferta de servicios, tiene al profesional de enfermería como pieza clave en la atención inicial en emergencias, evaluando signos y síntomas para estabilizar al paciente. Utiliza las herramientas NANDA, NIC y NOC para asegurar una atención eficiente y mejorar la salud del usuario. **Planificación,** El paciente presenta hipertensión, sueño alterado, sangrado y prolapso genital, ansiedad, y dolor abdominal. Los diagnósticos incluyen riesgo de infección, shock y tensión arterial inestable, así como trastornos en el sueño, destacando la necesidad de una intervención integral. **Conclusión,** Se brindó atención eficaz al paciente con prolapso genital, estabilizándolo tras identificar síntomas como malestar general, dolor abdominal y sangrado genital. Se priorizaron diagnósticos de enfermería como dolor agudo, riesgo de shock, tensión arterial inestable e infección. Con un plan de cuidado adecuado, se logró estabilizar al paciente.

Palabras Claves: Prolapso Genital, estabilización, infección.



ABSTRACT

The following academic work entitled: EFFECTIVE NURSING CARE PROCESS PERFORMED TO A PATIENT WITH GENITAL PROLAPSE AT HOSPITAL III GOYENECHÉ IN AREQUIPA - 2023. Its objective is, The main objective of this academic work is to provide timely and effective care to the user to avoid complications that could aggravate the health situation and finally achieve the stabilization of the user with the diagnosis of genital prolapse. Hospital III Goyeneche in Arequipa, with its wide range of services, has the nursing professional as a key piece in initial care in emergencies, evaluating signs and symptoms to stabilize the patient. It uses the NANDA, NIC and NOC tools to ensure efficient care and improve the user's health. Planning, The patient presents hypertension, disturbed sleep, bleeding and genital prolapse, anxiety, and abdominal pain. Diagnoses included risk of infection, shock, and unstable blood pressure, as well as sleep disorders, highlighting the need for comprehensive intervention. Conclusion: Effective care was provided to the patient with genital prolapse, stabilizing him after identifying symptoms such as general malaise, abdominal pain, and genital bleeding. Nursing diagnoses such as acute pain, risk of shock, unstable blood pressure, and infection were prioritized. With an appropriate care plan, the patient was stabilized.

Keywords: Genital prolapse, stabilization, infection.



INTRODUCCIÓN

El Hospital III Goyeneche de Arequipa, es un EE.SS. de referencias, cuenta con una extensa cartera de servicios en la que acentúan Ginecología medicina Neurología, Neurocirugía, Cirugía general, Traumatología etc. En la cual el profesional de enfermería cumple un rol primordial en la atención inicial al usuario que acude al servicio de emergencia valorando y analizando los principales signos y síntomas que aquejan al usuario que pudiera comprometer la vida del mismo, así mismo la labor principal de enfermería es brindar Las atenciones de enfermería posibilitando la estabilización del estado de salud del usuario para ello es usual el uso del instrumento NANDA Nic y Noc de enfermería

El presente Trabajo académico constituye de 05 Capítulos: en el primer apartado se aborda la evaluación, considerando la información de identificación, razón de consulta y padecimiento actual entre otros, en el segundo capítulo tratamos sobre los diagnósticos de enfermería donde incluye la lista de aciertos significativos Diagnósticos de enfermería según análisis de datos entre otros, en el capítulo tercero se tratara sobre la Planificación estableciendo prioridades, objetivos y El diseño de planificación: en el cuarto capítulo se tratará la implementación y valoración del proceso de enfermería finalmente el quinto capitulo se tratade la fundamentación teórica concluyendo así el proceso con las Reflexiones y sugerencias del actual proceso de cuidado de enfermería



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo académico tiene por objetivo principal brindar una atención oportuna y eficaz al usuario para evitar las complicaciones que pudieran agravar la situación de salud finalmente lograr la estabilización del usuario con el diagnóstico de prolapso genital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los signos y síntomas del usuario mediante la observación y valoración física teniendo en cuenta los trece dominios del instrumento científico de la taxonomía Nanda.

- Analizar los signos y síntomas que pongan en riesgo la vida del usuario

En base a ello se formularán los principales diagnósticos de enfermería.

- Planificar y evaluar los resultados de las intervenciones de los cuidados de enfermería en base a los diagnósticos de enfermería establecidos por prioridades y objetivos.



CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : D.A.L
- Edad Cronológica : 65 años
- Etapa de vida : Adulto Mayor
- Sexo : Femenino
- Fecha de nacimiento : 24/11/1952
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Ocupación : Comerciante
- Domicilio : Selva alegre
- Procedimiento : Paucarcolla
- Estado Civil : Soltera
- Idioma : Castellano
- Religión : Católico
- Fecha de ingreso : 10/02/22
- Hora de Ingreso : 10:20
- Realizado por : Lic. Sulema María Fidelina

Espinoza López



1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El prolapso genital es una condición médica en la cual los órganos pélvicos, como el útero, la vejiga o el recto, se deslizan hacia abajo o fuera de su posición normal, lo que puede causar complicaciones significativas en la salud de la paciente. En el contexto del Hospital III Goyeneche de Arequipa, un centro de referencia de alta complejidad, el manejo adecuado del prolapso genital es crucial para evitar complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas. El proceso de atención de enfermería es fundamental para garantizar una intervención oportuna, una correcta estabilización de la paciente y la prevención de complicaciones como infecciones, hemorragias o shock. En este sentido, el profesional de enfermería juega un rol esencial en la identificación temprana de los signos y síntomas del prolapso genital, la formulación de diagnósticos de enfermería precisos y la implementación de un plan de cuidados integral que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de la paciente. Sin una atención eficaz y oportuna, el prolapso genital puede empeorar, afectando severamente la salud de la paciente y su bienestar general (21).

Este proceso de atención no solo abarca la intervención clínica, sino también la aplicación de los marcos teóricos de enfermería como NANDA, NIC y NOC, que guían las intervenciones y evaluaciones para asegurar una atención integral y de calidad. El rol de enfermería, especialmente en un hospital de referencia como el Goyeneche, es vital para la gestión efectiva de condiciones como el prolapso genital, asegurando una recuperación exitosa y minimizando los riesgos asociados a la condición (23).



1.3. MOTIVO DE CONSULTA

Adulto de avanzada edad es admitido en el área de urgencias del Hospital III Goyoneche de Arequipa utilizando una silla de ruedas. La paciente está acompañada por su descendiente femenina y señala que, desde aproximadamente dos años se palpa en su vagina una masa blanda generalmente cuando realiza algún esfuerzo y hace dos días presenta malestar general, dolor abdominal sangrado genital, además manifiesta que al año presenta dos episodios de infecciones urinarias, también refiere que hace varios días no puede conciliar el sueño tiene dolor y adormecimiento en la cabeza, mucha preocupación por situación actual de la salud.

1.4. ENFERMEDAD ACTUAL

Adulto mayor presenta cefalea, adormecimiento en la cabeza, masa blanda en los genitales, malestar general, agregado a ello tiene dolor abdominal con sangrado vaginal últimamente tiene mucha preocupación por situación actual de salud y no puede conciliar el sueño.

1.5. ANTECEDENTES

FISIOLÓGICOS:

Nacido de parto domiciliario, cumplido con calendario de vacunación infantil de forma adecuada actualmente con la 4ta dosis de vacuna contra la COVID-19.

FAMILIARES:

Disfuncional vive con su hija, madre soltera, padres fallecidos

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

No ingiere café, no ingiere alcohol, no fuma, no drogas, bebe infusiones de hierbas como mates de toronjil, cedrón, manzanilla y otros.



1.6. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

- Tiene una vivienda de material concreto
- Dispone de servicios esenciales como suministro de agua, electricidad y saneamiento.
- **Su actividad principal es el hogar.**
- **Creencias y costumbres** : Profesan la Religión Católica

1.7. EXAMEN FÍSICO

• ASPECTO GENERAL

- Estado General : Mal estado general
- Estado nutricional : Regular estado
- Estado Hidratación : Buen estado
- Llenado capilar : \leq a dos segundos

• SIGNOS VITALES

- Temperatura : 37.0°C
- Ritmo cardíaco : 80 x'
- Ritmo respiratorio : 22 x'
- Presión arterial : 140/90 mmHg
- Saturación de Oxígeno : 92%

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- Peso : 76 kilos
- Talla : 1.55 cm
- IMC : 26 /kg/m² Normal

CABEZA Y CUERO CABELLUDO: Cabeza normo céfalo

PIEL: Tibia y húmeda



MUCOSAS: Oral húmedas

MAMAS: Simétricas no secreción por pezones

CARDIOVASCULAR: Sonidos cardíacos con un ritmo constante y uniforme.

PULMONAR: Presencia de murmullo vesicular bilaterales sin ruidos adventicios en los campos pulmonares.

ABDOMEN: Abdomen suave, compresible y sensible al tacto con ruidos hidroaéreos audibles.

TACTO VAGINAL: Introito vaginal abierto

ESPECULOSCOPIA: Introito vaginal abierto

ECOGRAFÍA: Útero AVF Endometrio 3mm.

ESTADO NEUROLÓGICO : con una escala de Glasgow 14/15

Parámetros	Respuesta Observada	Puntuación
Apertura Ocular	Respuesta espontánea.	4
	Reacción ante estímulo verbal.	3
	Respuesta a estímulo doloroso.	2
	Ausencia de respuesta.	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras Impropias	3
		2
	Sonido Incomprensible	1
Respuesta Motora	Ninguno	
	Cumple orden	6
	Localiza dolor	5
	Movimiento de retirada	4
		3
	Flexión hipertónica Decorticación	2
Extensión hipertónica descerebración		
TOTAL:		14



Interpretación:
13-15= Trauma Leve 9-12=Trauma Moderado
3-8= Trauma Grave

1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Mujer de 65 años en la etapa de adulto mayor que tiene una evolución de la enfermedad de aproximadamente 2 años con Prolapso genital (desplazamiento de los órganos pélvicos a través de la vagina hacia la vulva), hace 2 días presenta cefalea, malestar general, dolor abdominal sangrado genital, además manifiesta que al año presenta dos episodios de infecciones urinarias, también refiere que hace varios días no puede conciliar el sueño tiene dolor y adormecimiento en la cabeza, mucha preocupación por situación actual de la salud.

1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO

Fecha: 11/02/2023

EXAMENES	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMALES	INTERPRETACIÓN
Hemoglobina	13.3 g DL	12.a 17.0 g DL	Normal
Hematocrito	39.7	42-52 %	Normal
Hematíes	4,66	4.5-5.8x10 ⁶ /uL	Normal
VCM	85.1	83-100 fL	Normal
HCM	28.6	28-32pg	Normal
CHCM	33.6	32-36g/fl	Normal
RDW-SD	42.4	35-44 fL	Normal
RDW-CV	13.8	11-14 %	Normal
Plaquetas	302	150-450x10 ⁶ /uL	Normal
VPM	7.2	9-12 fL	Normal
NRBC	0,01	%	Normal
Leucocitos	7.8	5-11 x10 ⁶ /uL	Normal
Neutrófilos abastoados	0	0-11%	Normal
Neutrófilos segmentados	51	40-64%	Normal



Eosinófilos	1	1-4%	Normal
Basófilos	0	0-1%	Normal
Linfocitos	42	22-44%	Normal
Monocitos	6	1-7%	Normal
Granulocitos inmaduros	0.1	0-1%	Normal
Neutrófilos segmentados	3.98	1.8-7/mm ³	Normal
Neutrófilos Abastonados	0	0-1.2/mm ³	Normal
Eosinófilos	0.08	0.05-0.45/mm ³	Normal
Basófilos	0	0.02-0.1/mm ³	Normal
Monocitos	0.47	0.05-0.8/mm ³	Normal
Linfocitos	3.20	1-4.8/mm ³	Normal
Prueba			
Resultado	Unidades	Rango Referencial	
Glucosa	75	Mg/dl	70-110
Creatinina	0.52	Mg/dl	0.50-0.90
Urea	26	Mg/dl	17-49

1.9 DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Prolapso genital Total

Histerocele III°

1.10 TRATAMIENTO MÉDICO:

Aplicación de catéter venoso periférico

Se perfunde Dextrosa al 5% x 1,000cc

Agregado 02 amp. Cl. Na al 20%

A 45 gotas x minutos

Se administra lo siguiente:

Captopril 25mg. Triturado vía sublingual



Metamizol sódico 2 gramo por 2 ml. E.v.

Diclofenaco 75 mg. IM.C/ 12 Horas

Clindamicina 600mg.C/8 horas

Gentamicina 80mg. C/ 8 horas

1.11. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1 : PROMOCIÓN DE LA SALUD

Adulto mayor presenta una higiene corporal buena

DOMINIO 2 : NUTRICIÓN

Paciente con mucosas orales húmedas

Alimentación mixta

DOMINIO 3 : ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Sa O₂ = 92%

FR. = 22x"

DOMINIO 4 : ACTIVIDAD REPOSO

Paciente no concilia el sueño por las noches

Presión Arterial 140/90 mmhg

DOMINIO 5 : PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Con una escala de Glasgow 14/15

DOMINIO 6 : AUTOPERCEPCIÓN

Consciente de la enfermedad y su evolución

DOMINIO 7 : ROL RELACIONES

Posee soporte familiar.

DOMINIO 8 : SEXUALIDAD

Acorde a sexo femenino según la edad.



DOMINIO 9 : AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA DEL ESTRÉS

Adulto mayor preocupada por evolución y situación actual de la salud

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Profesa la religión católica

DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCIÓN

Paciente presenta prolapso genital total

Con vía periférica permeable

Presenta sangrado genital aproximadamente 200ml

DOMINIO 12: CONFORT

Presenta dolor del abdomen

Con cefalea



1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN

Nombre : D.A.L.

EDAD : 65 años

Servicio : Emergencia

DIAGNÓSTICO : Prolapso genital Total

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES CÓDIGO	BASE TEÓRICA	PROBLEMAS	FACTOR RELACIONADO
Adulto mayor presenta tensión arterial elevada con valores de 140/90mmhg	Dominio4 : Actividad reposo Clase 4 : Respuestas cardiovasculares pulmonares Código : 00267	Posibilidad de variaciones en el flujo sanguíneo arterial que podrían afectar la integridad clínica del paciente	Riesgo de tensión arterial inestable	Valores de la presión arterial alterado
El paciente de la tercera edad indica que experimenta problemas para dormir y está preocupado acerca de su condición de salud actual	Dominio 4 : Actividad reposo Clase1 : Sueño reposo Código : 00198	Hace alusión a episodios de interrupción del sueño debido a estímulos externos por un período determinado	Trastorno del patrón sueño	Dificultad para conciliar el sueño



Paciente adulto mayor manifiesta estar preocupada por situación actual de la salud	Dominio 09: Afrontamiento tolerancia al estrés Clase 2 : Respuesta de afrontamiento Código: 00146	Reacción afectiva ante una percepción no concreta de amenaza, donde el sujeto anticipa un riesgo no definido o una eventualidad adversa	Ansiedad	En relación a alteraciones en su condición de salud
Adulto mayor refiere palpase en sus genitales una masa blanda	Dominio 11: Seguridad y protección Clase 1 : Infección Código : 00004	Vulnerable a la colonización y proliferación de microorganismos nocivos que podrían afectar la integridad clínica del individuo	Riesgo de infección	Relacionado a prolapso genital total
Al examen físico se evidencia sangrado vaginal de aproximadamente 200ml	Dominio11: Seguridad y protección Clase 1 : Lesión física Código : 00205	Propenso a una perfusión tisular insuficiente que podría llevar a una alteración celular y potencialmente afectar la salud del paciente	Riesgo de Shock	Relacionado con sangrado genital
Adulto mayor refiere cefalea y dolor abdominal desde hace dos días	Dominio 12: Confort Clase 1 : Confort físico Código : 00132	Sensación y respuesta emocional aversiva resultante de un daño tisular real o anticipado. Puede manifestarse de forma aguda o gradual, siendo de intensidad leve a severa y con una duración menor a tres meses	Dolor agudo	Relacionado con agente lesivo físico



CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Malestar general
- Presión arterial con valores de 140/90mmhg
- Sueño alterado
- Sangrado genital
- Prolapso genital
- Preocupación
- Cefalea
- Dolor abdominal

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

DOMINIO IV : ACTIVIDAD REPOSO

Dominio 4 : Actividad reposo

Clase 4 : Respuestas cardiovasculares pulmonares

Código : 00267

Riesgo de tensión arterial inestable r/c valores de la presión arterial alterado

DOMINIO IV : ACTIVIDAD REPOSO

Dominio 4 : Actividad reposo



Clase 1 : Sueño reposo

Código : 00198

Trastorno del patrón sueño r/c dificultad para conciliar el sueño

DOMINIO IX : AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Dominio 09 : Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 02 : Respuestas de afrontamiento .

Código : 00146 .

Ansiedad r/c cambios en el estado actual de la salud

DOMINIO XI : SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Dominio 11 : Seguridad y protección

Clase 1 : Infección .

Código : 00004

Riesgo de infección r/c prolapso genital total

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Dominio 11 : Seguridad y protección

Clase 1 : Lesión física .

Código : 000205

Riesgo de Shock r/c sangrado genital

DOMINIO XII : CONFORT

Dominio 12 : Confort

Clase 1 : Confort físico .

Código : 000132

Dolor agudo r/c agente lesivo físico manifestado por expresión verbal del paciente.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- ✓ Riesgo de Shock r/c sangrado genital
- ✓ Posibilidad de presión arterial inestable r/c valores de la presión arterial

Alterado

- ✓ Riesgo de infección r/c prolapso genital total
- ✓ Ansiedad relacionada con modificaciones en la condición de salud

actual.

- ✓ Alteración del patrón de sueño debido a problemas para iniciar el descanso.

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Diagnóstico de Enfermera

Dolor intenso relacionado con un agente lesivo físico, manifestado a través de expresión verbal del paciente.

Objetivo

Realizar acciones de enfermería para lograr el control del dolor.

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de Shock r/c sangrado genital



Objetivo:

Vigilancia de funciones vitales para ver cambios que indiquen disminución del volumen sanguíneo.

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de tensión arterial inestable r/c valores de la presión arterial alterado

Objetivo:

Estabilización de la presión arterial estable con La dispensación de la medicación prescrita.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de infección r/c prolapso genital total

Objetivo:

Garantizar en todos los procedimientos de enfermería el debido proceso de bioseguridad para evitar las infecciones cruzadas.

Diagnóstico de enfermería

Inquietud causada por cambios en el estado de salud actual

Objetivo:

Brindar confianza y seguridad a la hora de la atención y sobre todo acompañamiento en los procedimientos para disminuir la ansiedad.

Diagnóstico de enfermería

Trastorno del patrón sueño r/c dificultad para conciliar el sueño

Objetivo:

Brindar apoyo emocional propiciar que la paciente verbalice sus temores y preocupaciones para poder brindar información y mejorar el patrón sueño



3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del Paciente. D.A.L.
Servicio : Emergencia

Edad : 65 años
DX. : Prolapso genital total

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx. Enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentos científicos	Evaluación (NOC)																								
Riesgo de Shock r/c sangrado genital	Dominio: Salud fisiológica (II)	Código: 4260	La profilaxis del	Código: 0422 Perfusión tisular <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje Final: 14 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal: 11 Puntaje Final: 12 15.....100% 14.....x	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral					X	Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos					X	Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular				X	
	Indicadores	1	2		3	4	5																					
	Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral						X																					
	Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos						X																					
	Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular					X																						
Clase: Neurocognitiva (I)	Prevención del shock	shock implica																										
Código: 0422	Actividades:	identificar y																										
Perfusión Tisular	Inserción de un	manejar a un																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 12	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral				X		Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos				X		Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular				X		catéter periférico de	paciente con		
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Cod.042208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral				X																								
Cod.042209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos				X																								
Cod.042210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular				X																								
	amplio diámetro y	potencial de																										
	asegurar su	desarrollar un																										
	patencia.	shock en un																										
	Monitorear la	futuro cercano																										
	circulación del																											
	paciente.																											



		<p>Observar el nivel de alerta del paciente.</p> <p>Identificar signos tempranos de respuesta inflamatoria sistémica, tales como hipertermia, ritmo cardíaco acelerado, respiración rápida y otros síntomas.</p> <p>Suministrar soluciones prescritas, como coloides y cristaloides según indicación.</p>		<p>X= 83.3%</p> <p>Interpretación: Finalizada las intervenciones de enfermería se evalúa estado circulatorio y estado de conciencia del adulto mayor obteniéndose una presión arterial de 120/80 mmhg y una escala de Glasgow de 14/15 por lo tanto paciente se encuentra estable con una puntuación diana de 14 lo que se manifiesta en un 83.3%</p>
--	--	---	--	--

1 = Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del paciente: D.A.L.
Servicio : Emergencia

Edad : 65 años
DX. : Prolapso genital total

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx. Enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentos científicos	Evaluación (NOC)																								
Riesgo de tensión arterial inestable r/c valores de la presión arterial alterado	Dominio: Conocimiento y Comportamiento de salud (IV) Clase: Control de riesgo y seguridad (T) Código : 1928 Control de riesgo de hipertensión	Código: 4162 Manejo de la hipertensión Actividades: Control de la presión arterial Recopilar un historial médico exhaustivo del individuo para evaluar su grado de riesgo, considerando la administración de fármacos.	La hipertensión arterial variable se refiere a las oscilaciones en el flujo sanguíneo a lo largo del sistema arterial que podrían afectar la integridad clínica del paciente	código: 1928 Control de riesgo de la hipertensión <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.192802 Identifica factores de riesgo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> Puntaje Final: 13 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal: 08 Puntaje Final: 12 15.....100% 13.....X X= 86.6%	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.192802 Identifica factores de riesgo				X		Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión				X		Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para					X
	Indicadores	1	2	3	4	5																						
	Cod.192802 Identifica factores de riesgo				X																							
	Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión				X																							
	Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para					X																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.192802 Identifica factores de riesgo</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.192802 Identifica factores de riesgo		X				Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión			X			Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para			X						
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Cod.192802 Identifica factores de riesgo		X																										
Cod.192805 identifica signos y síntomas de hipertensión			X																									
Cod.192820 Utiliza los servicios sanitarios para			X																									



	<p>la detección de la hipertensión arterial</p>						<p>Identificar las posibles causas de la hipertensión.</p> <p>Guiar al paciente hipertenso en la adopción de modificaciones En sus hábitos de vida para disminuir el riesgo de una hipertensión no controlada.</p> <p>Vigilar al individuo propenso a fin de identificar indicadores y manifestaciones</p>		<p>Interpretación: Al finalizar los cuidados e intervenciones de enfermería se controla la presión arterial presenta valores de 120/80mmhg, se obtuvo una puntuación final de 13 traduciéndose a un 86.6%</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--



		<p>de una crisis hipertensiva (cefalea, vértigo, sensación nauseosa o emesis, alteración es visuales, sangrado nasal, desorientación, agitación, cambios en el estado de alerta, episodios convulsivos y parada cardíaca).</p>		
--	--	--	--	--

1 = Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación.



ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del paciente: D.A.L.
Servicio : Emergencia

Edad : 65 años
DX. : Prolapso genital total

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx. Enfermería	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentos científicos	Evaluación (NOC)																								
Riesgo de infección r/c prolapso genital total	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) Código: 1924 Control del riesgo: Proceso infeccioso	Código: 6540 Control de las infecciones Actividades: Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de pacientes Mantener técnicas de aislamiento adecuado	El control de las infecciones tiene como objetivo minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	código: 1924 Control de riesgo: Proceso infeccioso <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.192426 Identifica los factores de riesgo</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192415 Practica higiene de manos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje Final: 12 Puntaje Diana: 15 Puntaje Basal: 09 Puntaje Final: 12 15.....100% 12.....x X= 80%	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.192426 Identifica los factores de riesgo			x			Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.				x		Cod.192415 Practica higiene de manos				x	
	Indicadores	1	2	3	4	5																						
	Cod.192426 Identifica los factores de riesgo			x																								
	Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.				x																							
	Cod.192415 Practica higiene de manos				x																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cod.192426 Identifica los factores de riesgo</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cod.192415 Practica higiene de manos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cod.192426 Identifica los factores de riesgo			x			Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.				x		Cod.192415 Practica higiene de manos				x					
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Cod.192426 Identifica los factores de riesgo			x																									
Cod.192405 Identifica signos y síntomas de infección.				x																								
Cod.192415 Practica higiene de manos				x																								



	<p>Practica de higiene de manos</p> <table border="1" data-bbox="689 188 920 284"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Puntaje basal: 09</p>							<p>Desinfectarse las manos antes y después de cada procedimiento realizada al paciente.</p> <p>Enseñar al adulto mayor la correcta higiene de manos.</p> <p>Administrar la antibioticoterapia indicada para evitar la infección</p>		<p>Interpretación: Realizando las intervenciones de enfermería al cabo de una hora se evalúa y se Pasó de una desviación moderada con una puntuación de 09 a una desviación leve dentro del rango normal, con una puntuación final de 12 puntos, lo que equivale al 80% de la puntuación objetivo.</p>

1 = Desviación Grave 2= Desviación Sustancial 3= Desviación Moderada 4= Desviación leve 5= Sin desviación



CAPITULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA:

SOAPIE: 01

Nombres y Apellido : D.A.L.
Edad : 65 años
Servicio : Emergencia
Fecha : 10/02/23
Hora : 19:30

S : Paciente refiere “ tengo sangrado genital también me palpo una masa blanda entre mi vagina”

O : Mujer de 65 años que acude al servicio de emergencias debido a un prolapso genital completo, acompañado de cefalea y dolor en el abdomen. Al examinarla, la paciente se encuentra en LOTEPE y muestra signos de un estado general no óptimo, con una nutrición que oscila entre regular y adecuada. Durante la revisión física, se identifica una cabeza normocéfala, ojos alineados, mucosas bucales hidratadas, vías nasales despejadas, cuello cilíndrico con movilidad, y tórax uniforme con respiración regular. El abdomen es suave, compresible y sensible al tacto, y en la zona genital se observa un sangrado de cantidad moderada. No se reportan otros hallazgos de relevancia.



A : Riesgo de Shock r/c sangrado genital

P : **Prevención del Shock**

I : cuidados de enfermería:

Código: 4260

Prevención del shock

Actividades:

Canalización de una vía periférica de mayor calibre, mantener permeable.

Vigilar el estado circulatorio.

Vigilar el estado de conciencia

Monitorear indicadores tempranos del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, tales como hipertermia, ritmo cardíaco acelerado, respiración rápida y otros síntomas asociados.

Administrar soluciones indicadas como coloides y cristaloides indicados.

E : Paciente estable sin riesgo de shock, buen estado circulatorio y estado de conciencia con una presión arterial de 120/80mmHg.

-

Lic. Sulema María Fidelina Espinoza López

CEP: 16104



SOAPIE : 02

Nombres y Apellido : D.A.L.
Edad : 65 años
Servicio : Emergencia
Fecha : 10/02/23
Hora : 19:30

S : Adulto mayor refiere . hace dos días tengo dolor de cabeza y adormecimiento

O : Mujer de 65 años acude a urgencias manifestando un prolapso genital completo, cefalea y molestias abdominales. Durante la evaluación, se encuentra en LOTEPE y exhibe un estado general aparentemente comprometido, con una condición nutricional que varía entre regular y adecuada. Al realizar el examen físico, se nota una cabeza normocéfala, ojos equidistantes, mucosas bucales bien hidratadas, narinas desobstruidas, cuello de forma cilíndrica con buena movilidad, tórax proporcional con respiraciones regulares. Su abdomen es suave al tacto, compresible y presenta sensibilidad, y en la región genital se detecta un sangrado de cantidad moderada. No se observan otras anomalías relevantes.

A : Riesgo de tensión arterial inestable r/c valores de la presión arterial alterado 140/90mmhg

P : Manejo de la hipertensión

I : Intervenciones de enfermería :

Código: 4162

Manejo de la hipertensión



Actividades:

Control de la presión arterial

Recopilar un exhaustivo historial médico del individuo para evaluar su grado de vulnerabilidad, considerando la administración de fármacos.

Reconocer los factores subyacentes que pueden estar provocando la hipertensión.

Asistir al individuo con hipertensión arterial en la adopción de cambios en su rutina diaria con el objetivo de minimizar el peligro de una hipertensión desregulada.

Supervisar al individuo propenso con el fin de detectar indicadores y manifestaciones de una crisis hipertensiva, como cefalea, vértigo, sensación nauseosa o emesis, alteraciones visuales, sangrado nasal, desorientación, agitación, cambios en el estado de alerta, episodios convulsivos y parada cardíaca.

E : A la evaluación paciente mantiene buena perfusión tisular eficaz con una presión arterial de 120/80 mmhg. Mejorando notablemente.

Lic. Sulema María Fidelina Espinoza López
CEP: 16104



CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN

El prolapso genital se caracteriza por la salida de una de las paredes vaginales hacia el canal vaginal. Es una afección común que demanda procedimiento quirúrgico en el 10-20% de las pacientes femeninas. (1)

Una de cada nueve féminas requerirá una intervención quirúrgica para rectificar afecciones del suelo pélvico a lo largo de su existencia, observándose una mayor prevalencia conforme se incrementa la edad. Aunque el prolapso genital no es una enfermedad que comprometa directamente la vida, impacta considerablemente en el bienestar y La calidad de vida de la mujer, siendo una de las 10 principales causas de alto costo en el sector sanitario. (2)

Esta afección se relaciona predominantemente con la gestación y el proceso del parto. Sin embargo, también es consecuencia del periodo climatérico y del envejecimiento. En situaciones menos comunes, puede deberse a anomalías congénitas o a fracturas en la región pélvica. (3)

5.2. ETIOLOGÍA

Se han propuesto diversos elementos de peligro que influirían en el progreso de esta afección, siendo el parto vaginal el más respaldado. La probabilidad se incrementa entre 4 a 11 veces con el parto vaginal, y esta cifra



se eleva con la multiparidad, según El análisis de Mant et al. (4), mientras que en la investigación POSST (5) La probabilidad se eleva en 1,2 veces con cada parto vaginal, sin mencionar múltiples estudios adicionales. Otras variables implicadas incluyen la edad, la gestación, la presión intraabdominal crónicamente elevada (atribuible a obesidad, estreñimiento persistente, tos constante, levantamiento repetitivo de objetos pesados), el periodo menopáusico y el hipoestrogenismo, traumas, predisposición genética, etnia, afecciones musculoesqueléticas, trastornos Neuromusculares (como la espina bífida) y enfermedades del tejido conectivo (como el síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de Marfan) (6), Afecciones de larga duración, tabaquismo (en particular la EPOC), una pelvis de dimensiones amplias y procedimientos quirúrgicos anteriores que alteran el soporte natural (como cirugías para prolapso, histerectomías, entre otros) también son factores. Se sugiere que la causa subyacente es de naturaleza multifactorial, dado que las pacientes comúnmente presentan diversos factores de riesgo y, dependiendo de la paciente, determinado problema puede tener mayor influencia en el desarrollo de su prolapso (7). Otras variables propuestas con menor respaldo científico incluyen la macrosomía fetal, una segunda fase del parto extendida, la realización de episiotomía, lesiones en el esfínter anal, administración de analgesia epidural, empleo de fórceps y la utilización de oxitocina.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Hasta la fecha, la patogenia del prolapso genital sigue siendo incierta. Numerosas teorías y estudios han sido propuestos; sin embargo, la naturaleza compleja del prolapso genital complica el progreso en este campo. Actualmente, es imposible cuantificar el riesgo único que enfrenta cada mujer de experimentar



un prolapso. El factor de riesgo omnipresente para las mujeres es el avance de la edad. Sin embargo, una paciente de menor edad puede experimentar un prolapso si están presentes ciertos factores de riesgo. adicionales. (8)

Al evaluar las etiologías del prolapso genital en mujeres, frecuentemente se identifica una lesión en el músculo elevador del ano como origen primario. Estos daños conllevan a una ampliación del hiato urogenital, lo que puede llevar al estiramiento y ruptura de estructuras de soporte, Como las fascias y los ligamentos. Dependiendo de qué estructura se ve afectada, determinará la presentación del prolapso.

Las afecciones en los tejidos pélvicos suelen originarse durante los partos. No obstante, hay otras condiciones relacionadas, tales como factores hereditarios, cambios en el colágeno, daños neurológicos, intervenciones quirúrgicas pélvicas anteriores, sobrepeso, enfermedades pulmonares crónicas, hipoestrogenismo y actividades laborales que requieren esfuerzos de valsalva intensos. (9)

5.4. CLASIFICACIÓN

Clasificación

Durante largo tiempo, los especialistas en ginecología emplearon diversas clasificaciones para describir los prolapsos y sus grados. En 1996, La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) sugirió una normativa para la terminología del POP, denominada POP-Q. Esta buscaba ser una clasificación consistente y de fácil adopción, con la intención de que se generalizara entre las unidades de suelo pélvico y profesionales en ginecología. Se aspiraba a que la literatura científica adoptara este estándar. No obstante, tras algunos años, no se logró el uso extendido. Por ello, en 2006 se introdujo una revisión de la clasificación original, buscando simplificarla, aunque todavía está en proceso de validación.



El sistema POP-Q se aleja de denominaciones convencionales como cistocele o rectocele. En vez de ello, define puntos específicos en la vagina: dos en la superficie anterior (Aa y Ba), dos en la posterior (Ap y Bp), uno vinculado al cérvix (C), otro al fórnix posterior (D), y mide la longitud vaginal (tvI), el hiato genital (gh) y el cuerpo perineal (pb). Estas medidas se registran en un esquema específico. Para cuantificar el grado de prolapso de estos puntos, se toma como referencia el himen. (10)

A los seis Los puntos de referencia reciben valores negativos si están ubicados por encima del himen y valores positivos si están por fuera de este. Las mediciones relativas a la longitud vaginal, el hiato genital y el cuerpo perineal siempre muestran valores positivos. Una vez registrados, se puede determinar el grado de prolapso en los compartimentos anterior, posterior y apical. Los estadios son: 0, si no hay evidencia de prolapso; I, cuando el prolapso está 1 cm por encima del himen; II, cuando el prolapso se halla aproximadamente 1 cm alrededor del himen; III, si el prolapso supera en 1 cm al himen pero no excede los 2 cm de la longitud vaginal total; y IV, en casos de prolapso completo o procidencia. Todo el lenguaje, la evaluación clínica, la exploración física y los exámenes adicionales han sido normalizados por las dos principales sociedades internacionales en patología del suelo pélvico (IUGA e ICS).

5.5. FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo más frecuentes:



Edad. Con un 95% de intervalo de confianza, se estableció La edad es un factor predisponente para el prolapso. En particular, las pacientes mayores de 42 años tienen un Un riesgo 6 veces superior de desarrollar r prolapso en comparación con aquellas que tienen menos de 42 años (11)

Debilidad en los músculos del periné, que puede manifestarse durante etapas como la menopausia, gestación o después del alumbramiento.

Alumbramiento con intervención instrumental.

Intervenciones quirúrgicas anteriores en el área pélvica.

Situaciones que generan una elevación de la presión en el área pélvica, tales como sobrepeso, constipación prolongada y tos persistente.

Algunas féminas podrían tener una inclinación debido a factores hereditarios.

En una futura publicación, discutiremos el tratamiento y las medidas de cuidado para los prolapsos genitales. (12)

5.6. CUADRO CLÍNICO

Los síntomas del prolapso pueden variar e incluir: presencia de una protuberancia en la vagina, sensación de pesadez en la parte baja del abdomen, dolor en la zona lumbar, cambios en la micción (como incremento en la frecuencia urinaria, dificultades al orinar, pérdida involuntaria de orina), alteraciones en la defecación (como constipación, pérdida involuntaria de gases o materia fecal) y molestias durante el acto sexual (como dolor o dispareunia). (13)

Los indicativos y manifestaciones tienden a ser más evidentes particularmente tras estar de pie por periodos prolongados y suelen aliviarse al recostarse. (14)



5.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del prolapso uterino generalmente se realiza durante una exploración pélvica. A lo largo de este examen, el profesional de salud podría solicitarte que realices las siguientes acciones:

- Esforzar como si estuvieras intentando evacuar. Esto permite al profesional de salud determinar qué tan profundo ha descendido el útero en la vagina.

Ella debe activar los músculos del suelo pélvico como si quisiera interrumpir la micción. Esta maniobra evalúa la integridad de sus músculos pélvicos.

También podría ser necesario que ella llene un cuestionario. Esto asiste al profesional médico en determinar cómo el prolapso uterino impacta en su vida diaria, lo que es crucial para orientar las opciones de tratamiento.

Si muestra signos de incontinencia urinaria severa, podrían realizarle exámenes para evaluar el funcionamiento de su vejiga. Este análisis se conoce como estudio urodinámico. (15)

El diagnóstico se basa puramente en una evaluación clínica. No obstante, hay opciones de utilizar técnicas como la resonancia magnética dinámica y el ultrasonido transperineal en 3D y 4D. Aunque las evidencias no han establecido una relación definida entre la severidad del prolapso genital y el uso de estos instrumentos, el futuro de estas técnicas, en particular el ultrasonido, parece alentador debido a su menor costo y mayor disponibilidad. (16)



5.8. EXÁMENES DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Los individuos que presentan incontinencia urinaria deben someterse a una evaluación inicial que incluya un análisis de orina (examen general de orina y cultivo) y la medición del volumen residual tras la micción. (17)

- Realización de una ecografía orientada al ámbito ginecológico.
- Estudio de orina para mujeres con manifestaciones urinarias, incluyendo análisis del sedimento y cultivo urinario.
- Evaluación del volumen de orina remanente después de la micción, especialmente en aquellas que muestran signos de dificultad en el vaciado de la vejiga o disfunción miccional. Esta evaluación puede hacerse mediante ecografía o mediante cateterismo tras la micción. Se sugiere preferiblemente el uso de la ecografía por ser un método no invasivo.
- Estudio urodinámico, que es una opción. Se propone principalmente en mujeres que manifiestan síntomas urinarios, en especial a aquellas que son candidatas para una intervención quirúrgica dirigida a la incontinencia urinaria inducida por esfuerzo en conjunto con el prolapso. (18)

5.9 TRATAMIENTO

La intervención para el prolapso genital se basará en la intensidad de los síntomas relacionados con Esta patología, junto con el estado de salud y las decisiones de la paciente. Las opciones terapéuticas disponibles incluyen el enfoque conservador y el tratamiento quirúrgico. (19)

No hay pruebas concluyentes que respalden una modalidad de tratamiento específica, dado que no se disponen de estudios aleatorizados que comparen la eficacia de las diferentes intervenciones. Al decidir entre un enfoque conservador



y la cirugía, la literatura es contundente: no existe evidencia que indique una superioridad de los tratamientos conservadores sobre otros. (20)

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

La intervención conservadora para el El prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) es pertinente para pacientes con prolapso de grado leve, aquellas que no desean más hijos, las que presentan un alto riesgo ante procedimientos quirúrgicos y para quienes optan en contra de la cirugía.

- La combinación de intervención quirúrgica para corregir el cistocele con ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, como los de Kegel, proporciona una mejora clínica más notable que el enfoque quirúrgico por sí solo.
- La utilización de un pesario constituye una alternativa no invasiva para las pacientes que presentan un prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele), sin considerar la gravedad del mismo. Esto también es aplicable en casos asociados con incontinencia urinaria de esfuerzo:
- Se recomienda la práctica de El prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) es pertinente para pacientes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Desplazamiento de la pared vaginal anterior (Cistocele)

Corrección quirúrgica anterior. Procedimiento quirúrgico realizado vía vaginal destinado a la sutura de la fascia vesicovaginal con el objetivo de brindar soporte adecuado.



- La utilización de mallas en el tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) se aconseja en pacientes con factores que aumentan el riesgo de recurrencia del prolapso.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

- En situaciones de incontinencia urinaria por esfuerzo de intensidad moderada coexistente con un cistocele de grado leve, el procedimiento quirúrgico preferido es la implantación de una malla suburetral sin tensión mediante un enfoque transobturador.
- Se recomienda no optar por la Colporrafia anterior, uretropexia con aguja y corrección del defecto paravaginal como intervenciones quirúrgicas para tratar la incontinencia urinaria. (21)

5.10. CUIDADO DE ENFERMERÍA

Se inicia los cuidados de enfermería con la valoración de las funciones vitales

$T^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$ F.C= $80\times'$ P/A= 140/90mmhg FR= $22\times'$ $S_{aO_2}= 92\%$

Se canaliza una vía periférica permeable con branula de gran calibre.

Administración de terapia indicada Ev., IM

Monetización del dolor

Vigilancia del estado neurológico

Vigilancia del estado circulatorio

Se brinda apoyo emocional

Se gestiona los exámenes de laboratorio y ecográficos

Se registra la atención en emergencia.



5.11. EXÁMENES DE LABORATORIO

HEMATOLÓGICO

HEMOGLOBINA

La etiología del prolapso genital sigue siendo desconocida hasta el día de hoy. No obstante, la complejidad del prolapso genital ha impedido el progreso en este campo, a pesar de las numerosas teorías y estudios que se han propuesto. En la actualidad, es imposible cuantificar el riesgo único que enfrenta cada mujer al experimentar un prolapso. El factor de riesgo constante para las mujeres es el avance de la edad. Sin embargo, una paciente de menor edad puede experimentar un prolapso si están presentes ciertos factores de riesgo. .

INTERPRETACIÓN

Los síntomas de anemia como fatiga, dolor de cabeza, palpitaciones, pies y manos fríos y niveles bajos de hemoglobina indican que hay talasemia, deficiencia de hemoglobina, afecciones cardíacas, cáncer y otras. Indicadores de condiciones pulmonares, cardíacas o de policitemia son los niveles elevados de hemoglobina. Una condición conocida como policitemia ocurre cuando el cuerpo produce una cantidad excesiva de glóbulos rojos..



LEUCOCITOS

El funcionamiento del sistema inmunológico está acompañado por linfocitos blancos, como los leucocitos, aunque todos los linfáticos, bazo, hígado y riñones se encuentran en la membrana ósea. Hay dos grupos principales que comprenden los cinco tipos distintos de linfocitos: linfocitos, neutrófilos, monocíticos, eosinófilos y basófilos. Los granulocitos, pequeños glóbulos presentes en la sangre que contribuyen a la eliminación de gérmenes y virus dañinos, son componentes del sistema inmunológico. El principal rol de los granulocitos es proteger la membrana de glicoproteínas y asegurar la salud del sistema circulatorio al fortalecer las defensas del cuerpo.

INTERPRETACIÓN

El cuerpo se vuelve más vulnerable a alergias, infecciones y enfermedades graves, como sarcoma, influenza o malaria, cuando los niveles de glóbulos blancos fluctúan entre 3,500 y 11,000/ml y caen por debajo de 4,000 por microlitro de sangre. Diversas condiciones, como la leucemia (que reduce la producción de glóbulos blancos), trastornos gastrointestinales, síndrome de inmunodeficiencia o anemia hemolítica viral, pueden causar una disminución en el recuento de glóbulos rojos.

Una reacción anormal se produce cuando el número de glóbulos blancos supera los 11,000 por microlitro de sangre, lo que puede ocurrir en casos de infecciones virales, problemas en el tracto ocular, inflamación, infecciones cutáneas, exposición a contaminantes y alergias. Estas variaciones en los niveles de glóbulos blancos son consecuencia de factores estresantes y alteraciones en el organismo.



GLUCOSA

La glucosa es la mayor fuente energética para el cuerpo. Los niveles de glucosa en su sangre permanecen dentro de ciertos rangos a lo largo del día, aunque fluctúan después de las comidas y el desayuno. La acción combinada de las hormonas del crecimiento insulina, cortisol y adrenalina es responsable de esto. La diabetes mellitus es una enfermedad más frecuente relacionada con el metabolismo de carbohidratos. Este síndrome se caracteriza por una secreción anormal de insulina, lo que lleva a una tendencia hacia la hiperglucemia (asociada con glucosa en la orina) y una variedad de síntomas metabólicos y vasculares. La cetoacidosis es una de las complicaciones que algunos diabéticos experimentan. El objetivo del diagnóstico temprano y el cuidado de los pacientes diabéticos es prevenir la cetoacidosis y sus complicaciones.

INTERPRETACIÓN

La diabetes mellitus, la pancreatitis severa, el síndrome de Cushing, la acromegalia y el gigantismo, y la encefalopatía de Wernicke (deficiencia de vitamina B1) son todos provocados por niveles elevados de glucosa. Entre 70 y 120 mg/dl es el rango normal para los niveles de glucosa. Insulinomas, enfermedad hepática severa, tumores pancreáticos (mesodérmicos ubicados retroperitonealmente), problemas de endocrinopatía (insuficiencia hipofisaria o suprarrenal), múltiples sepsis, hiperglucemia idiopática (durante la ingesta de alimentos), gastrectomía y glucogénesis



CREATININA

Los productos de desecho y la creatinina son eliminados de la sangre por los riñones y luego se eliminan del organismo a través del uréter. Si los riñones no funcionan bien, la sangre puede tener un nivel de creatinina más alto. La prueba de la creatinina sulfatasa determina el contenido de creatinina en la sangre y recomienda la frecuencia de los análisis. La sangre es filtrada por los riñones. Mediciones clínicas de la creatinina en individuos con diabetes tipo 1 y tipo 2 La prueba de la creatinina debe realizarse al menos una vez al año, según el médico, que aconseja realizarla con regularidad para tratar los problemas renales.

INTERPRETACIÓN

De 7,3 a 107 micromoles por litro, es decir, de 0,84 a 1,21 miligramos por decilitro, es el intervalo habitual para los niveles de creatinina en sangre. Este intervalo puede variar según la edad, el sexo y el laboratorio. Dado que los niveles de creatinina en sangre aumentan con la masa muscular, los varones presentan niveles más elevados que las mujeres. Un nivel elevado de creatinina es un signo de deterioro de la función renal. Si una persona está deshidratada, tiene un volumen sanguíneo bajo, consume una cantidad significativa de carne o toma ciertos medicamentos, su nivel de creatinina puede aumentar con el tiempo. Controlar la presión arterial es muy crucial y a menudo requiere medicación. Aunque el daño renal irreversible no se puede revertir, un tratamiento adecuado puede prevenir más daños..

PLAQUETAS



técnica que se utiliza para curar enfermedades y evitar la formación de coágulos sanguíneos, transformando la sangre de líquida a sólida. Existen inhibidores de la coagulación de la sangre que controlan el crecimiento de la placa en determinadas condiciones. Este inhibidor deja de funcionar cuando se produce un daño, lo que permite que las placas se coagulen formando un coágulo. Este inhibidor deja de funcionar cuando hay daño, lo que permite que las placas se aglutinen y aumente la cantidad de placas en la sangre. El número de placas estándar por microlitro, o una millonésima parte de un litro, oscila entre 150.000 y 450.000.

INTERPRETACIÓN

En los hombres, el promedio de placas recuperadas por MCL es de 237.000 y en las mujeres, de 266.000; una trombocitopenia de menos de 150.000 placas se conoce como MCL, y un recuento de placas demás de 450.000 se conoce como trombocitos. Normalmente, la sangre puede coagularse donde y cuando hay placas presentes en cantidades de hasta 50.000 por microlitro. Según la cantidad de plaquetas que están inferiores a 10.000 o 20.000 por mililitro de MCL, esto no funciona como sangre espontánea. La médula ósea libera placa continuamente.

SODIO

El análisis de sodio determina el contenido de sodio en la sangre. Un tipo de electrolito necesario para el funcionamiento saludable de los músculos y las neuronas es el sodio. Cuando el cuerpo tiene suficiente sodio, los riñones eliminan el sodio sobrante a través de la orina. La mayor parte del sodio se



absorbe de la dieta. El ionograma es la prueba utilizada para el análisis de sodio en sangre.

INTERPRETACIÓN

La concentración típica del suelo oscilaba entre 135 y 145 miliequivalentes por litro (mEq/l). Si los niveles de sodio en la sangre son excesivamente altos, se habla de hipernatremia; por el contrario, si son excesivamente bajos, se habla de hiponatremia. Los síntomas de la hipernatremia incluyen fatiga, náuseas, vómitos y diarrea. Cuando los niveles de sodio en la sangre son excesivamente bajos, los síntomas incluyen confusión, debilidad, contracciones musculares leves y movimientos involuntarios.



POTASIO

El funcionamiento saludable del corazón y los músculos depende del potasio. El potasio pertenece a la clase de minerales conocidos como electrolitos, que tienen características eléctricas que ayudan a controlar la actividad muscular y nerviosa, mantener ciertos niveles de líquidos y realizar otras tareas vitales.

INTERPRETACION

En los adultos, el potasio suele oscilar entre 3,5 y 5,3 mEq/l. Cuando los niveles de potasio son altos, los síntomas incluyen latidos cardíacos irregulares, fatiga, debilidad, vértigo y parálisis de huesos y extremidades. Los síntomas de niveles bajos de potasio incluyen latidos cardíacos irregulares, calambres musculares, debilidad, vértigo y fatiga. La hipercalcemia es un signo de enfermedades renales, cálculos renales, enfermedad de Addison y diabetes tipo 1. La hipercalcemia es un signo de una dieta deficiente en potasio, obesidad, pérdida de líquidos corporales debido a vómitos, diarrea e hipertensión..

FARMACOLOGÍA:

CLORURO DE SODIO 0,9%

La principal sal entre los componentes del líquido extracelular del cuerpo es el cloruro de sodio, que constituye el 0,9% y pertenece a la familia de los cristaloides. Desempeña un papel vital en el equilibrio hidrológico, ayudando significativamente a garantizar la homogeneidad desde una variedad de ángulos.



Debido a su anión Cl^- , que ayuda a mantener los niveles adecuados de cloro a través de su catión Na^+ , es una sal altamente ionizable. Además, aporta un componente básico para la reserva alcalina, necesaria para mantener el equilibrio ácido-base en los fluidos extracelulares. El sistema del cloro y las reacciones en las que intervienen los ácidos grasos dependen en gran medida del sodio, principal componente alcalino de la reserva.

FORMA FARMACÉUTICA

Frasco

DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL

Cloruro de sodio

CATEGORÍA FARMACOLÓGICA

Conductas saludables para evitar o disminuir la prevalencia y frecuencia de las parasitosis intestinales.

FARMACOCINÉTICA

Aunque el sodio es eliminado por los riñones, una cantidad importante se reabsorbe. La cantidad perdida por la transpiración y las heces es insignificante.

INDICACIONES

En afecciones como el íleo, la ascitis, la cetoacidosis diabética y la gastroenteritis, se utiliza para tratar el déficit de volumen extracelular. También se utiliza para tratar la hipercalcemia, la alcalosis hipoclorémica y la hiponatremia. Además, facilita la fluidificación de las secreciones mucosas, induce la diuresis e irriga tópicamente la piel y las mucosas. A menudo se utiliza como diluyente cuando se administran medicamentos por vía parenteral.

CONTRAINDICACIONES



Pacientes con exceso de cloro en sangre, niveles elevados de sodio, hipertensión arterial e intracraneal, así como retención de líquidos.

PRECAUCIONES

La insuficiencia cardíaca congestiva, la hipertensión, la insuficiencia circulatoria, la preeclampsia, el edema pulmonar y las situaciones en las que existe la posibilidad de acumulación de sal y desarrollo de edema deben tratarse con cuidado mientras se utiliza.

REACCIONES ADVERSAS

En dosis elevadas, se presentan raramente hiponatremia, hipovolemia y acidosis metabólica.

INDICACIONES

Los requerimientos de salinidad y líquidos según la edad, el peso corporal y las características físicas, junto con las pérdidas calculadas y los resultados del ionograma, proporcionan una dosis de cloruro de sodio de 0,9%. Como diluyente de medicamentos intravenosos, no exceder 1 mEq de sulfato de sodio por litro por hora (24 mEq/litro por hora). No se recomienda como diluyente intravenoso. Salbutamol, terbutalina, flurocilo sódico, metildopa hidroclicato, oxitócica, antotéricina, amsacrina, filgastrim, aldesleukina, amiodarona y acetil cisteína.

TRATAMIENTO DE LA SOBREDOSIS AGUDA Y EFECTOS ADVERSOS Y GRAVES



En caso de dolor e insuficiencia renal o cardíaca, el paciente debe ser tratado como si estuviera sufriendo una intoxicación por hidratación, por lo que se debe suspender la solución y manejar las complicaciones de forma individualizada, ya que los síntomas de cada paciente son únicos. Tratamiento sintomático del sostén.

CAPTOPRIL

El captopril es un fármacos que pertenece al grupo antihipertensivos de los productos sanguíneos y sucedáneos del plasma, porque inhibe la enzima convertidora de angiotensina. Se utiliza en el tratamiento de la hipertensión.

MECANISMO DE ACCIÓN

Los efectos favorables del captopril en la insuficiencia cardíaca y la hipertensión parecen deberse principalmente a su inhibición de la vía renina-angiotensina-aldosterona, que reduce los niveles sanguíneos de aldosterona y angiotensina II. Sin embargo, los niveles de renina y la reacción farmacéutica no guardan una correlación constante. La liberación de aldosterona disminuye cuando descienden los niveles de angiotensina II. En consecuencia, pueden producirse pequeños aumentos de potasio, así como pérdidas de suelo y líquidos.

Dado que el captopril y las bradicininas son similares, puede impedir que las bradicininas se descompongan, lo que elevaría los niveles de bradicinina y prostaglandina E2. Esta podría ser la razón por la que los niveles de renina y la reacción a la medicación no se correlacionan. Una dosis oral única de captopril suele provocar los mayores descensos de la presión arterial entre 60 y 90 minutos después. La duración del efecto depende de la dosis. Pueden ser



necesarias muchas semanas de medicación para alcanzar el efecto terapéutico óptimo de una disminución gradual de la presión arterial.

FARMACOCINÉTICA

El captopril se absorbe rápidamente en el sistema gastrointestinal en aproximadamente una hora, alcanzando sus niveles plasmáticos máximos. El umbral mínimo de absorción es del 75% en un periodo de tiempo medio. La absorción del captopril se reduce en un 30-40% cuando hay alimentos en el sistema gastrointestinal. Por lo tanto, es necesario administrarlo una hora antes de la ingestión.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

El captopril se utiliza para tratar la hipertensión. El captopril funciona bien tanto solo como combinado con otros medicamentos antihipertensivos, en particular los diuréticos tiazídicos. El captopril con las tiazidas tiene efectos hipotensores esencialmente aditivos.

Antes de iniciar el tratamiento con captopril deben tenerse en cuenta la presión arterial, la restricción de sal en la dieta, la medicación antihipertensiva reciente y otras circunstancias clínicas. Una semana antes de iniciar el tratamiento con captopril, debe suspenderse cualquier medicación antihipertensiva previa, si es posible.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Las personas alérgicas al captopril o a cualquier otro inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (inhibidor de la IECA) no deben utilizarlo (por



ejemplo, personas que hayan experimentado angioedema durante el tratamiento con cualquier inhibidor de la IECA).

Angioedema: Se han notificado casos de angioedema en personas que tomaban captopril y otros inhibidores de la ECA. El angioedema puede ser mortal si obstruye las vías respiratorias y afecta a la lengua, la glotis o la laringe. La adrenalina administrada por vía subcutánea en una proporción de 1:1000 debe utilizarse como terapia de emergencia. La interrupción del tratamiento con captopril suele resolver los casos de edema que se limitan a la cara, los labios, la mucosa oral y las extremidades; sin embargo, algunos casos requieren atención médica.

INTERACCIONES

Diuréticos: Ocasionalmente, los pacientes tratados con diuréticos - especialmente los que acaban de iniciar un tratamiento diurético-, así como los sometidos a diálisis o a una dieta muy restringida en sal, pueden presentar una disminución brusca de la presión arterial, a menudo una hora después de tomar la primera dosis de captopril.

Antiácidos: los antiácidos pueden reducir la absorción gastrointestinal del captopril.

Antidiabéticos: La acción de los antidiabéticos orales puede verse incrementada por el captopril y quizá por otros inhibidores de la ECA, lo que conlleva un riesgo de hipoglucemia. Así se demostró cuando se añadió captopril al régimen antidiabético de personas tratadas con gliburida o metformina.



Agentes vasodilatadores: Debe tenerse cuidado al administrar medicamentos con acción vasodilatadora y considerar el uso de dosis más bajas de lo normal.

REACCIONES ADVERSAS

La información sobre la prevalencia de los efectos secundarios procede de estudios clínicos en los que participaron unas 7.000 personas.

Dermatológicas: La erupción puede aparecer en las primeras cuatro semanas de tratamiento y suele ir acompañada de prurito, artralgias, fiebre y eosinofilia. Con poca frecuencia es urticarial y a menudo maculopapular. Puede producirse remisión aunque se mantenga el captopril; normalmente, la erupción es modesta y desaparece en unos días cuando se disminuye la dosis, junto con medicación antihistamínica de corta duración y/o supresión del tratamiento. Puede haber prurito sin erupción. Además, se ha identificado fotosensibilidad y una lesión reversible parecida a un penfigoide. Rara vez se ha producido palidez o rubor.

Cardiovasculares. Hipotensión: El 1% de los pacientes ha tenido palpitaciones, molestias en el pecho o taquicardia. Menos del 0,3% de los pacientes tuvieron angina de pecho, infarto de miocardio, enfermedad de Raynaud o insuficiencia cardiaca congestiva.

METAMIZOL

La piramidona es el prototipo de la familia de las pirazonas, que incluye el medicamento metirol. Otro nombre que recibe es dipirona.



Al bloquear la actividad de la prostaglandina sintetasa, el metamizol disminuye la producción de prostaglandinas proinflamatorias, lo que a su vez reduce el dolor y la fiebre. El metamizol no tiene efectos gastrolesivos perceptibles, a diferencia de otros analgésicos no opiáceos que interfieren en la producción de prostaciclina.

FARMACOCINÉTICA

El metamizol se convierte rápidamente en a-metilaminoantipirina (4-MAA), 4-aminoantipirina (4-AA), 4-formilaminoantipirina (4-FAA) y 4-acetilaminoantipirina (4-AcAA) por oxidación tras la administración.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

Molestias agudas tras una intervención quirúrgica o un traumatismo. Molestias similares a las de un cólico. Dolor relacionado con tumores. Fiebre elevada que no responde a otros medicamentos antipiréticos.

Las dosis usuales son las siguientes:

vía oral: de 1 a 2 g cada 8 horas

Vía parenteral: salvo prescripción médica, administrar una ampolla de 2 g de metamizol por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, con un máximo diario de 3 ampollas. Tomar 1/2-1 ampolla por vía oral cada 6-8 horas, disuelta en zumo de naranja, cola o cualquier otra bebida agradable, para tratar las molestias oncológicas.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Los pacientes con antecedentes de respuestas de hipersensibilidad al metamizol o a otros derivados de la pirazolona (como anafilaxia o



agranulocitosis) no deben utilizar metamizol. Los pacientes que hayan tenido urticaria, rinitis o síntomas de asma tras el uso de ácido acetilsalicílico, paracetamol o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden ser susceptibles de sensibilidad cruzada. Además, no debe utilizarse en caso de deficiencia congénita de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa o porfiria aguda intermitente.

INTERACCIONES

Los niveles sanguíneos de ciclosporina pueden disminuir si se administra simultáneamente con ella; por esta razón, deben vigilarse estrechamente. El citocromo CYP2D6 oxida el metamizol para descomponerlo. La cimetidina y otros medicamentos que comparten la misma ruta metabólica pueden aumentar los niveles plasmáticos y la semivida de eliminación del metamizol. No se sabe con certeza si este resultado tiene alguna importancia clínica.

REACCIONES ADVERSAS

La administración de metamizol puede aumentar el riesgo de agranulocitosis y respuestas anafilácticas. Ambos efectos son independientes de la dosis diaria y pueden manifestarse en cualquier momento tras el inicio de la terapia. Las formulaciones parenterales parecen presentar un mayor riesgo de shock anafiláctico. En raras ocasiones, se ha observado una reducción del recuento de plaquetas en sangre. Es posible que la piel y las mucosas presenten respuestas de hipersensibilidad. En raras ocasiones, se han notificado respuestas cutáneas graves que incluyen la formación de ampollas y pueden ser potencialmente mortales; en su mayoría están relacionadas con las membranas mucosas y se conocen como síndromes de Stevens-Johnson y Lyell. La medicación con



metamizol debe suspenderse si se producen tales acontecimientos. Puede producirse un descenso de la presión arterial dependiente de la dosis en individuos con fiebre alta y/o después de una inyección rápida, sin indicios de hipersensibilidad. Ocasionalmente, en individuos con depleción de volumen, en aquellos con antecedentes de insuficiencia renal o en casos de sobredosis, se han notificado problemas renales con edema, reducción de la diuresis y aumento de la excreción de proteínas con la orina. Es posible que se produzca dolor en el lugar de la inyección, especialmente tras la administración intramuscular. La orina puede enrojecerse cuando se administran dosis extremadamente grandes de metamizol; esta coloración desaparece al suspender la medicación.

DICLOFENACO

Diclofenaco pertenece a la clase de los analgésicos no opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que tienen propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas en modelos animales.

MECANISMO DE ACCIÓN

Al igual que otros AINE, se desconoce el modo de acción exacto del diclofenaco, aunque parece que incluye el bloqueo de las vías de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2). La inhibición de la prostaglandina sintetasa puede ser un factor en el modo de acción del diclofenaco.

FARMACOCINÉTICA

La recuperación urinaria indica que, a diferencia del tratamiento intravenoso, el diclofenaco se absorbe al 100% tras la administración oral. Sin embargo, sólo



alrededor de la mitad de la dosis absorbida es accesible sistémicamente debido al metabolismo de primer paso. No se produce acumulación de fármaco en plasma con dosis orales repetidas.

Los alimentos tienen poco efecto sobre la absorción total, aunque ralentizan la absorción y disminuyen las concentraciones plasmáticas máximas. La farmacocinética del diclofenaco es lineal, lo que significa que las dosis son proporcionales a las concentraciones plasmáticas.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

Adultos: Se aconseja administrar 75-100 mg diarios en casos moderados y en terapias prolongadas. Cuando se utiliza diclofenaco, la dosis máxima diaria inicial es de 100-150 mg. La dosis diaria para la dismenorrea primaria es de 50-200 mg, y debe personalizarse para cada paciente. Se recomienda empezar con una dosis de 50-100 mg e ir aumentándola según sea necesario a lo largo de los siguientes ciclos menstruales. En cuanto se manifieste el primer síntoma, debe iniciarse el tratamiento. Durará unos días, dependiendo de su gravedad. Es mejor tomar los comprimidos entéricos de diclofenaco enteros, con líquidos, idealmente antes de las comidas.

Ancianos: No se considera esencial modificar la dosis o la frecuencia de administración de diclofenaco 50 mg Comprimidos entéricos, ya que la farmacocinética de estos comprimidos no cambia en las personas de edad avanzada. Sin embargo, al igual que con otros antiinflamatorios no esteroideos, debe tenerse cuidado al tratar a estas personas, ya que es más probable que presenten efectos adversos, que tengan comprometida la función renal, cardiovascular o hepática y que necesiten un tratamiento concomitante. En



particular, se aconseja administrar a estas personas la dosis más baja que funcione.

Niños: No se aconseja utilizar diclofenaco 50 mg Comprimidos entéricos en niños ya que no se ha demostrado su seguridad y eficacia en esta población de pacientes.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

En las siguientes situaciones debe evitarse el uso de diclofenaco comprimidos entéricos: personas con antecedentes de hipersensibilidad al diclofenaco o al excipiente.

El diclofenaco comprimidos entéricos, al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, no debe administrarse a personas que hayan sufrido episodios de asma, urticaria o rinitis aguda como consecuencia de la toma de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos con acción inhibidora de la prostaglandina sintetasa. Personas con hemorragias en el tracto gastrointestinal. personas con diagnóstico de úlcera de estómago.

Debido a los posibles riesgos, los pacientes con enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, antecedentes de asma bronquial, disfunción renal de moderada a grave, insuficiencia hepática grave, trastornos de la coagulación o los que reciben tratamiento anticoagulante deben ser tratados con precaución.

CLINDAMICINA

La clindamicina es un antibiótico que presenta similitudes estructurales con la lincomicina, de la que deriva, y pertenece a la familia de los mcrólidos y la



lincosmidad. Se utiliza tanto por vía tópica como por vía oral y parenteral. Aunque durante mucho tiempo se ha considerado un potente antibiótico contra los organismos anaerobios, recientemente se ha utilizado para tratar la encefalitis por toxoplasma.

MECANISMO DE ACCIÓN

La clindamicina impide la producción de proteínas al adherirse a las subunidades 50S de los ribosomas bacterianos. La clindamicina es bacteriostática o bactericida, dependiendo de la sensibilidad del microorganismo y de la concentración en el lugar de acción.

FARMACOLOGÍA

La clindamicina puede utilizarse por vía tópica, vaginal, parenteral u oral. El 90% se absorbe rápidamente tras la administración oral. La presencia de alimentos disminuye la velocidad de absorción, pero no su magnitud. La producción de clindamicina libre, que se produce rápidamente en la circulación, requiere la hidrólisis tanto del palmitato como del fosfato. Las concentraciones séricas máximas en adultos se producen entre 45 y 60 minutos después de la administración. Tanto el fosfato como el palmitato dan lugar a los mismos niveles plasmáticos.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

Infecciones graves como infecciones de las vías respiratorias inferiores (por ejemplo, empiema, neumonía anaerobia y absceso pulmonar), infecciones cutáneas graves (por ejemplo, úlceras diabéticas), infecciones intraabdominales (por ejemplo, peritonitis y abscesos intraabdominales), infecciones ginecológicas (por ejemplo, endometritis e infecciones vaginales posquirúrgicas), infecciones



óseas y articulares (por ejemplo) y otras infecciones anaerobias (por ejemplo, septicemia, bacteriemia y otras) causadas por microorganismos sensibles son algunas de las infecciones graves que pueden tratarse con este medicamento.

Administración oral:

Adultos: tomar 150-450 mg con un vaso de agua cada 6 horas.

Niños > 10 kg: Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, deben tomarse de 8 a 20 mg/kg/día en 3 ó 4 dosis iguales cada 6 u 8 horas.

Administración intravenosa o intramuscular (en forma de fosfato):

Adultos: 300 mg cada seis, ocho o doce horas. Pueden utilizarse dosis de hasta 2700 mg, divididas en dos, tres o cuatro dosis, en casos de infecciones graves. Sin embargo, no se aconseja administrar dosis intravenosas superiores a 600 mg.

Niños y neonatos > 1 mes: 350-450 mg/m²/día o 20-40 mg/kg/día repartidos en tres o cuatro dosis.

Neonatos > 7 días con un peso > 2000 g: 20 mg/kg diarios, divididos en porciones iguales cada 6-8 horas

Neonatos > 7 días con un peso entre 1200 y 2000 g: Tres dosis iguales de 15 mg/kg cada día espaciadas ocho horas.

Neonatos > 7 días con un peso < 1200 g: Dos dosis iguales de 10 mg/kg cada día espaciadas 12 horas.

Neonatos < 7 días con un peso > 2000 g: Tres dosis iguales de 15 mg/kg/día durante ocho horas.



CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Una sobreabundancia de bacterias no susceptibles puede dar lugar a una sobreinfección cuando se utiliza clindamicina. La clindamicina no debe administrarse a personas que padezcan una enfermedad inflamatoria intestinal (como la colitis ulcerosa), ya que predispone a la colitis pseudomembranosa. La clindamicina debe suspenderse si aparece diarrea mientras se toma el medicamento.

Los niños pequeños deben ser tratados con clindamicina con precaución. La semivida plasmática de la clindamicina se prolonga en los neonatos menores de un mes (incluidos los recién nacidos prematuros), muy probablemente como consecuencia de un sistema hepático no desarrollado. Los neonatos no deben recibir clindamicina.

GENTAMICINA

Micromonospora purpurea es un actinomiceto que produce el antibiótico aminoglucósido parenteral gentamicina. Se utiliza para tratar infecciones provocadas por bacterias susceptibles, principalmente gramnegativas como Pseudomonas aeruginosa.

MECANISMO DE ACCIÓN

La gentamicina, al igual que otros antibióticos aminoglucósidos, inhibe la transcripción del ADN bacteriano y, por tanto, la síntesis de proteínas en microbios vulnerables al unirse al componente S30 del ribosoma bacteriano.



La gentamicina suele afectar a los siguientes microorganismos:

Klebsiella-Enterobacter-Serratia (tanto indol-positivas como indol-negativas), especies de Citrobacter, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, especies de Proteus y especies de Staphylococcus (tanto coagulasa-positivas como coagulasa-negativas).

La gentamicina sólo debe utilizarse para tratar o prevenir infecciones que se sabe o se sospecha que están causadas por bacterias sensibles, con el fin de evitar el desarrollo de bacterias resistentes y preservar la eficacia del antibiótico. Deben tenerse en cuenta diferentes antibióticos a la hora de elegir o modificar el tratamiento antibacteriano cuando se disponga de datos de cultivo y susceptibilidad. Las susceptibilidades locales y las tendencias epidemiológicas pueden ayudar en la selección empírica del tratamiento en ausencia de estos datos.

FARMACOCINÉTICA

Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan 30-60 minutos después del tratamiento intravenoso, y siguen siendo detectables 6-8 horas más tarde. Los niveles en jóvenes oscilan entre 3 y 5 mg/mL tras una dosis única de 2,5 mg/kg. Las concentraciones plasmáticas tras una inyección intramuscular de gentamicina son comparables a las que siguen a una infusión intravenosa durante un periodo de dos horas. Los efectos de la edad sobre la farmacocinética en niños son significativos; tras una dosis de 1 mg/kg, las concentraciones plasmáticas en pacientes de 6 meses a 5 años, de 5 a 10 años y mayores de 10 años fueron de 1,58, 2,03 y 2,81 mg/mL, respectivamente. Los ancianos también



tienen una semivida más larga, aunque los individuos que han sufrido quemaduras graves pueden tener una semivida mucho más corta.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

La gentamicina se prescribe para tratar infecciones bacterianas graves del sistema nervioso central (meningitis), tracto urinario, tracto respiratorio, tracto gastrointestinal (incluyendo peritonitis), piel, huesos y tejidos blandos (incluyendo quemaduras) que son causadas por cepas susceptibles y dan lugar a sepsis neonatal bacteriana, septicemia bacteriana y otras infecciones bacterianas graves.

Administración parenteral (intramuscular o intravenosa)

Adultos: La gentamicina (sulfato) se prescribe a una dosis de 3 mg/kg/día, que puede tomarse una vez al día, en tres dosis iguales cada ocho horas, o en dos dosis iguales cada doce horas. La dosis puede aumentarse a 5 mg/kg/día en pacientes con enfermedades potencialmente mortales, y puede administrarse en tres o cuatro dosis equivalentes. Esta dosis debe reducirse tan pronto como esté clínicamente indicado a 3 mg/kg/día.

Niños: de 6 a 7,5 mg/kg/día. (2 a 2,5 mg / kg administrados cada 8 horas.)

Bebés y neonatos: 7,5 mg/kg/día. (2,5 mg / kg administrados cada 8 horas.)

Recién nacidos prematuros o a término de menos de una semana de edad 5mg/kg/día (2,5 mg / kg administrados cada 12 horas).

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES



Los pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a la gentamicina, a otros antibióticos aminoglucósidos o a los componentes de la formulación no deben utilizar gentamicina.

Dado que los aminoglucósidos pueden ser tóxicos, los pacientes que reciben tratamiento con ellos deben ser vigilados estrechamente por un médico.

La gentamicina, al igual que otros aminoglucósidos, tiene el potencial de causar nefrotoxicidad, que es más probable que ocurra en individuos que tienen insuficiencia renal, así como en aquellos que están tomando grandes dosis o recibiendo terapia a largo plazo.

Los pacientes que utilizan gentamicina pueden presentar neurotoxicidad en forma de ototoxicidad vestibular y auditiva, sobre todo si ya padecen insuficiencia renal o si reciben dosis mayores y/o duraciones de tratamiento más largas de lo aconsejado. La ototoxicidad inducida por aminoglucósidos suele ser irreversible. La neurotoxicidad también puede incluir convulsiones, espasmos musculares, hormigueo en la piel y entumecimiento.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se brindó una atención oportuna y eficaz al usuario para evitar las complicaciones que pudieran agravar la situación de salud logrando la estabilización del usuario con el diagnóstico de prolapso genital.
- SEGUNDA:** Inicialmente se identificaron los signos y síntomas principales que aquejan al adulto mayor siendo estos, el malestar general, dolor abdominal y cefalea, sangrado genital, presión arterial alterada, preocupación entre otros.
- TERCERA:** Se analizaron los signos y síntomas principales para formular los diagnósticos de enfermería principales y se priorizaron los siguientes, Dolor Agudo, riesgo de Shock, riesgo de tensión arterial inestable y riesgo de infección.
- CUARTA:** Se implementó el plan de cuidado de enfermería se aplica al adulto mayor mediante las intervenciones de enfermería, lográndose estabilizar y compensar al paciente con el diagnóstico de prolapso genital total.



SUGERENCIAS

- PRIMERA:** Brindar una atención oportuna y eficaz al usuario para evitar las complicaciones que pudieran agravar la situación de salud finalmente lograr la estabilización del usuario con el diagnóstico de prolapso genital.
- SEGUNDA:** Se sugiere a las Enfermeras del servicio de emergencia del hospital Goyeneche, brindar atención al paciente de manera ágil y efectiva para prevenir complicaciones que comprometan la vitalidad del mismo.
- TERCERA:** Se sugiere al jefe encargado del servicio de emergencia del hospital Goyeneche mantener de manera óptima los equipos y materiales médicos como también mantener en stock los insumos para prestar un servicio oportuno.
- CUARTA:** Se sugiere propiciar en la familia el apoyo emocional al paciente adulto mayor ya que repercutirá en la recuperación del adulto mayor.



REFERENCIA

1. Raudet G, Elsevier. Prolapso genital. [Online]; 2017. Acceso 16 de 02de 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X1682392>
2. Pontificia universidad Javeriana HUdSI. Guía de manejo prolapso genital. [Online] Acceso 16 de 02de 2023. Disponible en: <https://www.drcapmartin.com/sites/default/files/Gui%CC%81a%20Prolapso%20Genital%20HUSI%202011.pdf>.
3. Lagarejos S. Prolapso genital. [Online] Acceso 16 de 02de 2023. Disponible en: http://www.aapec.org/images/BibliotecaVirtual/7.3.10.Prolapso_genital_SEGO.pdf.
4. Mant J. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family planning Association studt. En Mant J PRVM. Epidemiology of genital prolapse.; 1997.
5. Swift S.. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. En Swift S WPOAKMVM. Pelvic Organ Support Study (POSST); 2005.
6. Carley ME SJ. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. En Carley ME SJ. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome.; 2020.
7. Schaffer JI WCBM. Etiology of pelvic organ prolapse. En Schaffer JI WCBM. Etiology of pelvic organ prolapse.; 2005.
8. CossonM. Elsevier. Prolapsos genitales. Elsevier. 2017 [Online]; 2017. Acceso 16 de 02de 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X1682392>.
9. ScienceDirect. Prolapso genital femenino: Lo que debería saber. 2013.
10. Busquets C.Maritza, Castillo F.Felipe.Uso del sistema POPQ para la clasificación de los prolapsos:Hospital Parriquial San Bernardo Napuri DLS.POPQ y prolapso genital.Disponible en: [Napuri DLS. POPQ y prolapso genital. - Búsqueda \(bing.com\)](#)



11. Revista Perú investigación Matern Perinat Fdraapgdópepaeehmcddepde2P[e1d0d2D. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de enero-diciembre 2018.
12. Marambio G Andrés, Sandoval SCésar, Manríquez G. Valentín: Prolapso genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. Disponible en: [prolapso genital 1.pdf \(redclinica.cl\)](#)
13. Ortega F. José. Uroginecología. Biblioteca para estudiantes y profesionales de la salud 2015. Disponible en: [55- UROGINECOLOGIA – Síntesis de Conocimientos \(uchile.cl\)](#)
14. Mayo clinic. Prolapso vaginal anterior (cistocele). 2022. Edición digital Boletín informativo: Mayo Clinic Health Letter — Disponible en: [Prolapso vaginal anterior \(cistocele\) - Síntomas y causas - Mayo Clinic.](#)
15. Mayo clinic. Prolapso vaginal anterior (cistocele). 2022. Edición digital Boletín informativo: Mayo Clinic Health Letter — Disponible en: [Prolapso vaginal anterior \(cistocele\) - Síntomas y causas - Mayo Clinic.](#)
16. Busquets C. Maritza, Castillo F. Felipe. Uso del sistema POPQ para la clasificación de los prolapsos: Hospital Parriquial San Bernardo Napuri DLS. POPQ y prolapso genital. Disponible en: [Napuri DLS. POPQ y prolapso genital. - Búsqueda \(bing.com\)](#)
17. Rápida Gdr. Diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo. Disponible en: [263GRR \(imss.gob.mx\)](#)
18. Peter D. Hans, Guzmán R. Rodrigo. Ginecología Oy. Prolapso de los órganos pélvicos. 2020. Disponible en: [Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro | Revista Médica Clínica Las Condes \(elsevier.es\)](#)
19. Elsevier. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro.
20. C M. The cochrane library. En.; 2005. rápida Gdr. Diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia de esfuerzo.



21. López M, Pérez R. Prolapso genital: diagnóstico y manejo en la práctica clínica. Rev Med Per. 2019;35(4):367-373.
22. Hernández E, Gómez T. Rol de enfermería en la atención de pacientes con patologías ginecológicas. En: Jornada Nacional de Enfermería en Gineco-obstetricia; 2021 Nov 19-20; Lima, Perú. Lima: Sociedad Peruana de Enfermería; 2021. p. 45-49.
23. Núñez S, Ruiz L, Herrera F. Manejo de la hipertensión en pacientes con prolapso genital: una revisión crítica. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(8):421-429.



ANEXOS

ANEXO N°01

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA



BRINDAR CALIDAD Y CONFOR A LA USUARIA DESPUÉS DE REALIZAR LOS PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA





ANEXO N°02

NOTA DE INGRESO DE GINECOLOGIA

Fecha: 10/02/2018 Paciente: Doris de 65 años, natural de Cusco-aspina, procedente de Arequipa
 Hora: 11:36 hrs religión: católica, Estado civil: casada, Grado de Instrucción: 3° Superior
 PA: 130/80 mmHg ocupación: Verde

ANTECEDENTES

- Menarquia: 14a
- FUR: a los 39 años de edad
- FPP: -
- MAC: -
- Régimen Catamenial: -
- FO Anterior: buena
- Inicio RS: 19a
- #PS: 1

ENFERMEDADES ANTERIORES

- Diabetes: Niega
- Asma: Niega
- HTA: Niega
- Alergia: Niega
- QX: 2015 operado de frotador para desliza
- #CPN: -
- Variación Peso: -
- ITUs Anteriores: 2 veces al año

RELATO:
 Paciente refiere que hace 2 años, nota bulto en la vagina, conforme pasó el tiempo fue creciendo, motivo por el cual acude por consultorio externo, refiere que tiene pérdida de orina.

EXAMEN FISICO

- General: Paciente en regular estado general
- Piel: húmeda, hidratada
- Mucosas: viales húmedas
- Mamas: Distritas, no reciben por pezones
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares
- Pulmonar: Murmullo vesicular presente por ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: blando depresible, RSC en gran cantidad, ruidos hidroacústicos presentes
- Tacto Vaginal: intrauterino bulto
- Especuloscopia: intrauterino bulto
- Ecografía: útero AVI anclados 3mm

DIAGNOSTICOS: Prolapso genital

PLAN: Preparar SOP
Histopatología

HCL: 8740/2 No Cama: [initials]



5. _____
6. _____

10/01/73 Paciente de sexo M. 65a
17:50h Dr. Prospero Gualter
Al examen físico paciente refiere bulto en gine
quital que fue al examen
Al examen físico el bulto mide 10x8x5 cm, no doloroso
SAD 95%
1.8m

10/01/73 Paciente de sexo M. 65a
17:50h Dr. Prospero Gualter
Al examen físico paciente refiere bulto en gine
quital que fue al examen
Al examen físico el bulto mide 10x8x5 cm, no doloroso
SAD 95%
1.8m

Historia M. Yacra Ortiz
INTERNO DE MEDICINA
DNI: 7489182

Evaluación Pre-operativa:
Edad 65 años. G 4 P 30 I 3 refiere bulto a
suvea vaginal desde hace 2 años, el cual se ha ido
aumentado el tamaño, no causaba ningún síntoma
Refiere infecciones urinarias "1 vez al mes" no causa
molestia. Al examen físico en vaginal está en posición
de alto curso y está con líquido, cantidad; al examen
perineal genital otros nudos de múltiples por intersticio ebe
Hacia genital 8.5. Ao + 2 b.p. + 5 c + 4
Ap - 2 b.p. - 3 d - 4
Perímetro 21.5 cm.

2 D. - Prolapso genital total.
Uterocisto del IV°.
Histerocisto del III°.
DPA II°.

* oduce en radio 3 de cuello uterino y fondo de saco Vct. Iry
Incl Prognosis Histerectomía vaginal

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE CAYASH
Dra. YACRA ORTIZ
MÉDICO GINECOLOGO-OBSTETRA
CALLE 14844

Nombre del paciente: Dra. Prospero Gualter
Clase de observación: CIS N° Historia Clínica: _____



PRESCRIPCIÓN MEDICA

F. INICIO	F. SUSPENSIÓN	MEDICACIÓN	EXÁMENES AUXILIARES
10/02	27	Deleto completo entropil 0.1% c/ much Entrocol 0.17 c/12hs entrovaginal	
13/02/23		POST OPERATORIO NPO x 6 horas Control Fístula	
13/02/23	14/02/23	Control Sanguíneo Transvocal Control Divertí	
13/02/23		BUE	
13/02/23	14/02/23	Dextrosa 5%. 1000 cc 2/5 gotas	(S)
13/02/23	14/02/23	CINA 201. RAMP	EU
13/02/23	14/02/23	CINA 2000 cc > 45 gotas	(III)
13/02/23		Metformol 25 c/8h E	
13/02/23	15/02/23	Diclofenaco 75mg c/12h IH	
13/02/23		Clindamicina 600mg c/8h EU	
13/02/23		Gentamicina 80mg c/8h EU	
14/02/23		Diet: blanda Luvon	

NOMBRE DEL PACIENTE: Doris Aguirre Puchco Lupe
 A: 15 N° DE HISTORIA CLINICA:



RESULTADOS DE LABORATORIO

Ministerio de Salud		HOSPITAL III GOYENECHE		HOSPITAL GOYENECHE	
SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA					
Orden:	02110042	DNI:	29406908	Historia:	
Procedencia:	HOSPITALIZADOS	Paciente:	AQUEPUCHO LUPO DORIS	Registro:	11/02/2023 11:43:29
Tipo de Atención:	SIS	Edad:	65 Años	Impresión:	11/02/2023 13:56:46
Servicio:	GINECOLOGIA	Sexo:	Mujer		
Observaciones:					
PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA	UNIDADES		
VALIDADO POR: LIUBANA MACEDO					
HEMOGRAMA COMPLETO					
HEMATIES	4.66	4.5 - 5.8	x10 ⁶ /uL		
HEMOGLOBINA	13.3	13.5 - 17.5	g/dL		
HEMATOCRITO	39.7	42 - 52	%		
VCM	85.1	83 - 100	fL		
HCM	28.6	28 - 32	pg		
CHCM	33.6	32 - 36	g/dl		
RDW-SD	42.4	35 - 44	fL		
RDW-CV	13.8	11 - 14	%		
PLAQUETAS	302	150 - 450	x 10 ³ /uL		
VPM	7.2	9 - 12	fL		
NRBC	0.01		%		
LEUCOCITOS	7.8	5 - 11	x 10 ³ /uL		
NEUTROFILOS ABASTONADOS	0	0 - 11	%		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	51	40 - 64	%		
EOSINOFILOS	1	1 - 4	%		
BASOFILOS	0	0 - 1	%		
LINFOCITOS	42	22 - 44	%		
MONOCITOS	6	1 - 7	%		
GRANULOCITOS INMADUROS	0.1	0 - 1	%		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	3.98	1.8 - 7	/mm ³		
NEUTROFILOS ABASTONADOS	0	0 - 1.2	/mm ³		
EOSINOFILOS	0.08	0.05 - 0.45	/mm ³		
BASOFILOS	0	0.02 - 0.1	/mm ³		
ALUCINOCITEL	0.47	0.05 - 0.8	/mm ³		
PLAQUETAS	3.28	1 - 4.8	mm ³		
GRANULOCITOS INMADUROS	0.01	0 - 0.02	mm ³		
TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	14.2	10 - 14	segundos		
APR	1.06	0.8 - 1.2			

Ministerio de Salud		HOSPITAL III GOYENECHE		HOSPITAL GOYENECHE	
SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA					
Orden:	2302110069	DNI:	29406908	Historia:	
Procedencia:	HOSPITALIZADOS	Paciente:	AQUEPUCHO LUPO DORIS	Registro:	11/02/2023 11:49:40
Tipo de Atención:	SIS	Edad:	65	Impresión:	11/02/2023 12:52:56
Servicio:	GINECOLOGIA	Sexo:	Mujer		
Observaciones:					
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL		
VALIDADO POR: LIC. MILAGROS QUIMPER					
FECHA VALIDACION: 11/02/2023 12:48:46					
BIOQUIMICA					
GLUCOSA	75	mg / dl	70 - 110		
CREATININA	0.52	mg / dl	0.50 - 0.90		
UREA	26	mg / dl	17 - 49		



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 08-01-25

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: SULEMA MARIA FIDELINA ESPINOZA LOPEZ

Dirección: MADRID 207 STA. ROSA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 29377553

Teléfono: 941345041 email: sulema15el@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor:

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [] Tesis [] Trabajo de Suficiencia Profesional [] Trabajo Académico [X]

Título: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EFECTIVA REALIZADA A UN PACIENTE CON PROLAPSO GENITAL

EN EL HOSPITAL III GOYENCHE DE AREQUIPA - 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos):-

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1,2?

1,2

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
- Titulo
- 2da Especialidad
- Maestría
- Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09

Sulenia Espinoza López

Firma de Autor



huella digital

08-01-25

Fecha