

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperada de duodenopancreatectomía cefálica por neoplasia maligna de páncreas de la Unidad de Recuperación Post Anestésica de un hospital de Lima, 2018

Por:

Miriam Roxani Soto Falcon

Asesora:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: *“Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de Mediastinitis post perforación esofágica en la Unidad de Recuperación Posanestésica de Emergencia de un establecimiento de salud de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: SOTO FALCON MIRIAM ROXANI, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciocho días del mes de setiembre de 2018.



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de Mediastinitis post perforación esofágica en la Unidad de Recuperación Posanestésica de Emergencia de un establecimiento de salud de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR


Mg. Nitzzy Ramos Flores

Presidente


Mg. Guimá Reinoso Huerta

Secretario


Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Dedicatoria

Este trabajo de investigación no fue fácil y testigo de ello tengo a los únicos que conquistaron mi corazón y que son los detonantes de mi felicidad; que, a pesar de tener las edades no tan representativas, han buscado, a su manera, lo mejor para mí.

Sacrifiqué lo que llamamos calidad de vida; sin embargo, correré contra el tiempo para rescatar lo que aún no perdí: su comprensión y su amor. Gracias porque fueron mi motivación en esta lucha de superación profesional.

Agradecimiento

Mi agradecimiento infinito a Dios porque me dio la valentía y la perseverancia de alcanzar una meta.

A la universidad y a los profesores por que confiaron en nosotros y dieron lo mejor, a mis compañeros de aula porque con ellos aprendí a convivir y a compartir experiencias al parecer ya olvidadas, gracias chicas porque cada una de ustedes fueron mi soporte y mi constante lucha en ser diferente y mejor.

Madre linda no hay frase que dignifique lo que representas en mi vida solo decirte gracias por ser mi soporte.

A ti Sergio gracias, porque creíste en mi capacidad de ser mejor y dedicaste tu tiempo para brindar un aporte.

Hermana bella tu mirada en la noche, a tu llegada sirvió para unos minutos de distracción y empezar con la misma necesidad que al inicio.

Hijos, sus esfuerzos fueron impresionantes y la paciencia fue invaluable, me han dedicado su tiempo, sus conocimientos y todo con amor.

Índice

Resumen.....	9
Capítulo I	13
Proceso de atención de enfermería	13
Valoración	13
Datos generales.....	13
Resumen de motivo de ingreso.....	13
Situación problemática.....	14
Exámenes auxiliares	15
Tratamiento médico.....	18
Valoración por patrones funcionales	19
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	22
Diagnósticos de enfermería	24
Enunciados del diagnóstico de enfermería.....	27
Priorización de diagnósticos.....	29
Planes de cuidados.....	31
Ejecución	49
Evaluación	56
Capítulo II.....	59
Marco teórico	59
Antecedentes.....	59
Marco conceptual/ Revisión de literatura.....	64
Toracotomía.....	64

Esofagectomía.....	66
Drenaje torácico.....	67
Modelo teórico de enfermería	68
Capítulo III.....	71
Materiales y métodos	71
Tipo y diseño	71
Sujeto de estudio.....	71
Delimitación geográfica	72
Técnica de recolección de datos	73
Consideraciones éticas.....	74
Capítulo IV.....	76
Resultados y discusión.....	76
Resultados.....	76
Análisis	76
Discusión	83
Capítulo V.....	86
Conclusiones y recomendaciones	86
Conclusiones.....	86
Recomendaciones	86
Referencias.....	88
Apéndices.....	97
Apéndice A: Guía de valoración	97
Apéndice B: Consentimiento informado	100

Apéndice C: Kárdex	102
Apéndice D: Fichas farmacológicas	103
Apéndice E: Escalas de evaluación	110
Apéndice F: Otros.....	111

Índice de tablas

Tabla 1. Hemograma completo.....	15
Tabla 2. Valores obtenidos de glucosa y úrea.....	16
Tabla 3. Plan de cuidados diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz.	31
Tabla 4. Plan de cuidados diagnóstico: Ansiedad.....	37
Tabla 5. Plan de cuidados diagnóstico: Dolor agudo.....	40
Tabla 6. Plan de cuidados diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	44
Tabla 7. Plan de cuidados diagnóstico: Náuseas.....	47
Tabla 8. SOAPIE: Patrón respiratorio ineficaz.....	49
Tabla 9. SOAPIE: Ansiedad.	50
Tabla 10. SOAPIE: Dolor agudo.	51
Tabla 11. SOAPIE: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	53
Tabla 12. SOAPIE: Náuseas.....	54
Tabla 13. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz.....	56
Tabla 14. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Ansiedad.....	56
Tabla 15. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Dolor agudo.....	57
Tabla 16. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	57
Tabla 17. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Náuseas.	58
Tabla 18. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.	76

Símbolos usados

BHE: Balance hídrico estricto.

CO₂: Dióxido de carbono.

CVC: Catéter venoso central.

EV: Endovenoso.

Mg/dl: Miligramo por decilitro.

NPO: Nada por vía oral.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

EVA: Escala visual analógica.

IMC: Índice de masa corporal.

SNG: Sonda nasogástrica.

SF: Sonda Foley.

URPA: Unidad de recuperación post anestésica.

HIV: Virus inmunodeficiencia humana.

OPA: Objetivo parcialmente alcanzado.

OA: Objetivo alcanzado.

ONA: Objetivo no alcanzado.

CFV: Control de funciones vitales.

VO: Vía oral.

Mg/d: Miligramo por día.

AO: Apertura ocular

RV: Respuesta verbal.

RM: Respuesta motora

Resumen

El presente trabajo consiste en la aplicación del Proceso de atención de enfermería a paciente adulto joven post operado de mediastinitis por perforación esofágica en el servicio de recuperación de emergencia de un establecimiento de salud, 2018.

El paciente ingresó a emergencia después de dos días de haber ingerido hueso de pollo, de dos cm. aproximadamente, de forma accidental durante el almuerzo. El *objetivo* es restaurar la permeabilidad de la vía aérea y lograr la pronta recuperación del paciente. El diseño metodológico es de tipo descriptivo porque narra las respuestas observadas en el paciente, y analítico-valorativo porque, a partir de los datos relevantes obtenidos en la valoración, se formularon los diagnósticos de enfermería.

Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se usó la guía de valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato de Plan de Cuidados Funcional adaptado por la investigadora. El sujeto de estudio es el paciente M. C. M. varón adulto joven.

Resultados. Analizando el estudio de caso se identificaron los siguientes diagnósticos de enfermería prioritarios: patrón respiratorio ineficaz, relacionado con ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación, evidenciado por taquípnea (24 por minuto), respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%; ansiedad, relacionado con problemas económicos y enfermedad evidenciado por angustia, irritabilidad, sobre excitación, inquietud, náuseas y preocupación; dolor agudo, relacionado con proceso quirúrgico (drenaje torácico), evidenciado por expresión facial de dolor, postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según EVA; limpieza

ineficaz de las vías aéreas, relacionado con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva, evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria; náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad y procedimiento quirúrgico, evidenciado por declaración del paciente de sensación nauseosa, y aumento de la salivación.

Conclusiones. Se concluyó que, de cinco diagnósticos identificados como prioritarios, fueron resueltos: Patrón respiratorio ineficaz, Dolor agudo y Nauseas representando el 60%, mientras que Ansiedad y Limpieza ineficaz de la vía aérea fueron parcialmente resueltos.

Palabras clave: Proceso atención de enfermería, Mediastinitis, drenaje torácico.

Capítulo I

Proceso de atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

- Nombre: M.C.M
- Sexo: Masculino
- Edad: 33 años
- Lugar de procedencia: Lima
- Servicio: Recuperación
- Fecha de ingreso hospital: 27- 01- 18
- Fecha ingreso servicio: 29 -01-18
- Días de permanencia recuperación: 01
- Fecha de valoración: 29- 01-18
- Hora de valoración: 19.35 pm
- Diagnóstico médico post operatorio: Mediastinitis por perforación esofágica, liberación de adherencias, extracción de cuerpo extraño, lavado de cavidad, drenaje torácico. Operación realizada: Toracotomía derecha axilar, Esofagectomía por cuerpo extraño.
- Tipo de anestesia: anestesia general, duración una hora con 35 minutos.

Resumen de motivo de ingreso.

Paciente de sexo masculino de 33 años, ingresa a la unidad de recuperación post anestésica (URPA) de emergencia, con diagnóstico posoperatorio Mediastinitis post perforación esofágica por cuerpo extraño, lavado de cavidad, drenaje torácico, estado de conciencia:

despierto en alerta, sin tubo endotraqueal, con catéter periférico permeable, sonda nasogástrica y sonda Foley permeable, drenaje torácico en hemitórax derecho. Refiere el anesthesiólogo que en sala de operaciones el paciente despertó e inmediatamente quiso levantarse y retirarse todas las conexiones, no había forma de tranquilizarlo.

Situación problemática.

Paciente: varón adulto joven, ingresa a la Unidad de Recuperación Post anestésica (URPA) de emergencia, en su post operatorio inmediato, despierto, irritable, poco colaborador, piel pálida, tibia, hidratada y sudorosa, con agitación psicomotriz evaluado con Glasgow de 13-14/15; con apoyo ventilatorio máscara de reservorio al 80% con 15 litros de oxígeno, con dificultad respiratoria; sonda nasogástrica permeable en fosa nasal derecha, residuo escaso sin cuantificar; mucosa oral hidratada con presencia de sialorrea, refiere: “tengo mucha saliva”, endovenoso vía periférica en miembro superior izquierdo, permeable pasando cloruro de sodio al 9%, con frasco 500ml aproximadamente, drenaje torácico en hemitórax derecho a la auscultación con buen murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, contenido hemático cantidad escasa, herida operatoria de aproximadamente seis a ocho centímetros de bordes regulares, apósito seco y limpio en toda su extensión, sonda Foley con bolsa colectora a circuito cerrado permeable, orina escasa color ámbar; Fascie de dolor refiere: “sáquenme todo, el dolor es insoportable” “quiero irme” “me duele” “no soporto” “ayúdenme” “maldita, te voy a matar” Funciones vitales: monitorizado con PA=160/98 mmhg, FC=116 por minuto, FR=24 por minuto, Saturación de Oxígeno =93%, inquieto y cambia de posición cada momento. Presenta vendaje en ambos miembros inferiores, grado de dependencia III.

Funciones biológicas.

- Apetito conservado.

- Sed aumentada.
- Sueño alterado y disminuido.
- Ausencia de deposiciones.
- Orina: sonda Foley con bolsa colectora a circuito cerrado permeable, orina escasa.

Medidas antropométricas.

- Peso- 62 kilos
- Talla- 156 cm
- IMC 25.5
- Interpretación: Sobrepeso (Obesidad tipo I).

Exámenes auxiliares

Proporciona datos clínicos que complementan la valoración. Los datos obtenidos de los exámenes auxiliares corresponden a la fecha de ingreso a la Unidad Recuperación Post anestésica (URPA) 29- 01- 18.

Exámenes de laboratorio.

Tabla 1. *Hemograma completo.*

	Valor Obtenido	Valor Normal
Hematocrito	37.00 %	41 - 56 %
Hemoglobina	12.90 gr/dl	13 – 16 gr/dl
Leucocitos	15,090 mm ³	5,000 – 10,000 mm ³
Plaquetas	220,000 mm ³	150,000 - 450,000 mm ³
Abastionados	3 %	1 – 4 %
Segmentados	92 %	50 – 70 %
Monocitos	3 %	3 -7 %

La leucocitosis es generada por la inflamación del mediastino (Mediastinitis) causada por una perforación esofágica como consecuencia de la ingesta de un hueso de pollo; esta inflamación se produce por el aumento de los neutrófilos cuyo valor normal está entre 45 a 75%. Los neutrófilos son es un tipo de glóbulos blancos que, al madurar, se llaman segmentados y su función es destruir las bacterias causantes de la infección a través de un procedimiento conocido como quimiotaxis (Mecanismo vital para el desarrollo y la función normal del cuerpo)

Cuando estamos infectados, la medula ósea aumenta rápidamente la producción de leucocitos y lanza a la corriente sanguínea neutrófilos jóvenes; el nivel del neutrófilo aumenta también ~~se ve aumentado~~ cuando hay cuadros de estrés, cansancio físico y consumo de tabaco que son condiciones encontradas en el paciente (Gutiérrez, 2003). Naturalmente, cuando la infección está siendo controlada o llegando a la etapa final los neutrófilos se transforman en segmentados (Pinheiro, 2018).

Por otra parte, la hemoglobina de 12.9 mg/dl no está muy disminuida porque en el intraoperatorio el sangrado no fue tan representativo, más bien este valor estaría asociado junto al hematocrito de 37% a la deficiencia nutricional de hierro y vitamina B-12 que significaría que ~~en~~ el paciente se alimenta de forma inadecuada.

Tabla 2. *Valores obtenidos de Glucosa y Urea.*

	Valor Obtenido	Valor Normal
Glucosa	135mg/dl	70 – 100mg/dl
Urea	54mg/dl	07 – 20mg/dl

La glucosa es el azúcar principal que circula en la sangre y es la primera fuente de energía en el organismo, la elevación o disminución de la glucosa nos indica posible infección o algún otro problema de homeostasis corporal.

El valor hallado de 135mg/dl en el paciente se debería a ~~tal vez sea afectado por~~ una serie de condiciones o factores. El hígado sirve como almacén de la glucosa concentrándola en glucógeno, este al descomponerse libera glucosa en el torrente sanguíneo para nutrir el cerebro, nervios, corazón y otros órganos; la liberación de la glucosa depende de la presencia de ciertas hormonas: En el caso de la insulina, esta hace que el hígado tome el azúcar de la sangre y lo almacene en forma de glucógeno; las otras hormonas: epinefrina, adrenalina, cortisol (llamadas hormonas del estrés), las hormonas sexuales, la hormona del crecimiento y el glucagón (hormona del páncreas) generan segregación de la glucosa almacenada en los depósitos hepáticos, liberándola al torrente sanguíneo y, al no haber ~~como no hay~~ una producción adecuada de insulina, el resultado es la elevación del azúcar.

Por otro lado, el estrés emocional o fisiológico no es más que una respuesta ante situaciones que no marchan bien. Dicha respuesta agresiva provoca el aumento del azúcar con un valor sea significativo y prolongado en sangre (Asociación Americana de Diabetes, 2013).

A partir de lo dicho, el paciente podría presentar diabetes debido a los factores de riesgo como sobrepeso, evidenciado por el índice de masa corporal 25.5, glucosa en sangre con límites de normalidad; vida sedentaria debido a ~~o~~ la falta de actividad física; el consumo excesivo de alcohol; el uso de drogas y tabaco; la ingesta de ~~una~~ comida o bocadillos con exceso de carbohidratos, agregándole el estado de ansiedad y estrés (Pagana, 2008).

La urea es el producto final del metabolismo de las proteínas en el organismo. Cuando los riñones no cumplen su función adecuadamente, el resultado es que la urea, en una gran concentración, se acumula en el torrente sanguíneo, produciendo malestar, náuseas, vomito, deshidratación, alteración de la conciencia. (Nordmark, 1979).

En el paciente, la urea elevada puede deberse a una deshidratación causada en acto quirúrgico, (exposición de cavidad con pérdidas insensibles) o la falta suficiente de líquido en el organismo manifestada por sequedad de los labios y sed creciente. También los problemas metabólicos y la ingesta de alimentos muy altos en proteínas aumentan la cantidad de desecho que debe ser filtrado por el riñón; además hay evidencia científica de que el consumo de, la drogas también impide la filtración adecuada de los productos de desechos al riñón.

La urea se forma en el hígado luego de la destrucción de las proteínas. Durante la digestión las proteínas se separan de los aminoácidos los cuales contienen nitrógeno el cual, que más tarde, es liberado en forma de ion de amonio. El amonio unido a otras moléculas produce la urea que luego debe ser filtrada por el riñón cuando este trabaje correctamente. En el paciente la urea está elevada 54mg/dl, siendo el rango normal mayor 20mg/dl, Esto que indica que hay problemas de filtración renal.

Tratamiento médico.

- NPO, SNG a gravedad.
- Dextrosa 5% AD 1000ml, 03 frascos
- Hipersodio 1 ampolla más tramadol 100mg 1 ampolla en cada frasco de Dextrosa
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas
- Clindamicina 600mg EV 1 ampolla cada 8 horas
- Omeprazol 40mg EV 1 frasco cada 24 horas
- Tramadol 100mg EV 1 ampolla cada 8 horas
- Ketoprofeno 100mg EV 1 ampolla cada 8 horas
- Sonda Foley permeable.

Valoración por patrones funcionales

Patrón de percepción- control de la salud.

El paciente MCM adulto joven refiere: “Por muchos años en mi niñez tuve tuberculosis pulmonar y fui curado por mi mamá”, recuerda su infancia con nostalgia; sin embargo, no detalla otros acontecimientos, si es consumidor de alcohol, tabaco o sustancias desconocidas. En su aspecto personal, higiene en regular estado, no hay antecedente de cirugías, ni alergias. Refiere: “No sé nada sobre mi enfermedad”.

Antecedente: Ingesta de cuerpo extraño con fecha 26.01.18, debido a un accidente doméstico durante el almuerzo (hueso de pollo de dos cm., aproximadamente, alojado en esófago), lo que le dificultó deglutir alimentos sólidos y líquidos, agregándose dificultad respiratoria y sensación nauseosa; por lo que acude a emergencia de un Establecimiento de Salud. En el momento del incidente, el paciente estuvo bajo efecto de sustancias desconocidas y/o alcohol. No se pudo determinar la sustancia ingerida.

Patrón relación- rol.

Paciente varón soltero refiere: “Eventualmente vivo con mi familia y hermanos, pero tengo mejor relación con mi hermana; en ocasiones me alojo con mis amigos, tengo una relación deteriorada con mis hermanos desde muchos años, motivo por el cual llegue a abandonarlos”, manifiesta : “Consumo alcohol y droga con mis amigos en algunos eventos; trabajo en oficios pequeños para pagar mi consumo y mis alimentos”, expresión de angustia y busca con la mirada hacia la puerta a alguien, preguntando: “¿Vino mi hermana?”. Se mantiene con ayuda solidaria y limosnas de personas desconocidas.

Patrón de autopercepción- autoconcepto tolerancia a la situación de estrés.

Paciente irritable, agresivo, poco colaborador, no recibe visita de familiar ni de amigos; en todo momento está inquieto; llama constantemente a la enfermera emitiendo las siguientes frases: “Ayúdame, sácame esto, quiero irme, no soporto, maldita te voy a matar”; cuando está tranquilo se comunica mejor y se expresa refiriendo: “Gracias señorita”, se observa: inquieto, preocupado, mira a su alrededor fijamente.

Patrón descanso- sueño.

Se observa durante la noche al paciente con sueño interrumpido y refiere: “No puedo dormir porque controlan la presión a cada rato, hay ruidos en el ambiente, me duele la herida operatoria”, antecedente de insomnio. Refiere: “Yo duermo en mi casa dos horas por la tarde y en la mañana cuatro horas descanso”.

Patrón perceptivo- cognitivo.

Paciente, consciente, en alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, con Glasgow 13-14/15, refiere: “Quiero irme, no soporto esto, me duele la herida”, responde coherentemente por momentos y obedece órdenes cuando se le indica que no debe tocarse la herida; actividad motora conservada con limitación funcional por la presencia del drenaje torácico. Cambia de posición a cada momento y se coge la herida operatoria con expresión de dolor cuya valoración se explicó al paciente y refiere: “De 0 a 10, me duele 6” (evaluado según la escala de valoración de Eva)

Patrón de actividad- ejercicio.

Capacidad de autocuidado con grado de dependencia III, actividad motora conservada, fuerza muscular disminuida en hemicuerpo derecho por la presencia del drenaje torácico, movilidad de miembros superiores e inferiores conservado con limitación funcional por el drenaje, vendaje elástico en ambos miembros inferiores.

Actividad respiratoria; Paciente en posición semifowler, frecuencia respiratoria FR=24 por minuto, respiración profunda y dolorosa, grado de saturación de oxígeno $SO_2 = 93\%$ con máscara de reservorio 15 litros por minuto; refiere: “Tengo mucha saliva y me falta aire”, a la auscultación buen murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria; Frecuencia cardiaca FC=116 por minuto, pulso periférico PP= 90 por minuto, presión arterial PA=160/98mmhg, ruidos cardiacos rítmicos, llenado capilar menor de dos segundos, sin edema, riego periférico normal, presencia de dos catéteres endovenosos periféricos permeables en miembro superior izquierdo.

Ejercicio: El paciente no puede realizar su higiene corporal ni vestirse solo (posoperado inmediato), con movimiento corporal limitado.

Patrón de valores - creencias.

El paciente refiere “Soy católico, pero no voy a misa” se le observa pensativo y termina diciendo: “Si Dios existe nos ayudaría a todos si no ¿por qué estoy enfermo?”.

Patrón nutricional- metabólico.

Piel pálida, tibia, turgente, temperatura corporal $37.7^{\circ}C$, piezas dentarias completas, mucosa oral hidratada, sonda nasogástrica (SNG) a gravedad, escaso contenido, cantidad no medible, nada por vía oral (NPO), cavidad oral hidratada con secreción blanquecina transparente en regular cantidad y sed aumentada, peso 62 kilos, talla 1.56 centímetros, IMC 25.5 (obesidad tipo I), abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presente, herida operatoria con bordes regulares intactas, con apósitos secos y limpios, drenaje torácico ubicado en el lado derecho en hemitórax, conectado al sistema de drenaje (frasco sellado con 400cc de agua, sistema de aspiración al vacío) con rasgo hemático y cantidad escasa fecha 29.01.18; refiere: “Tengo náuseas” acumula secreciones blanquecinas y transparente en la boca y refiere: “Tengo mucha

saliva”, Glucosa de 135mg/dl siendo lo normal de 70 a 100mg/dl, no se realizaron pruebas para valorar la función hepática.

Patrón de eliminación.

Deposiciones, ausente hace 3 días, desde su ingreso al hospital, elimina flatos espontáneamente, no sonda rectal, con Sonda Foley (27.01.18) con colector de orina a circuito cerrado permeable con diuresis escasa no cuantificable, no talla vesical, sin pañal; balance hídrico estricto (BHE) = + 1,400 CC.

Patrón sexualidad- reproductivo.

Genitales de sexo masculino de acuerdo con su edad, con pareja eventual, sin hijos, vida sexual activa. Resultados HIV es negativo.

Hallazgos significativos por patrones funcionales.

Patrón de percepción- control de la salud.

Paciente consumidor de tabaco, alcohol y otras sustancias desconocidas. Refiere: “No sé nada sobre mi enfermedad”. Perturbado y preocupado mirando a su alrededor. Sin resultado de VDRL, y con resultado de HIV. Obtiene su sustento diario gracias a la ayuda de personas desconocidas. Aspecto personal: higiene en regular condición.

Patrón relación - rol.

Eventualmente vive con su familia y, en ocasiones, es alojado por los amigos. Mantiene mala relación con los hermanos desde muchos años. Abandonó el hogar debido a desintegración familiar. No tiene trabajo estable, por lo que dedica a ocupaciones eventuales como limpiar las lunas de los carros. Consumidor de alcohol y droga.

Patrón de autopercepción- auto concepto tolerancia a la situación de estrés.

Estado emocional inquieto, agresivo e irritable. Actitud poco colaboradora. Llama constantemente y dice “Ayúdame, sácame esto, quiero irme, no soporto”.

Patrón descanso- sueño.

Duerme 2 horas en la mañana y 4 horas en la tarde. Permanece en alerta. Sueño interrumpido. Se despierta con frecuencia en la noche, refiere: “No puedo dormir”, “Hay ruido en el ambiente y me duele la herida”.

Patrón perceptivo- cognitivo.

Expresión de dolor (se coge la herida operatoria), escala de valoración Eva 6 puntos. Refiere: “Quiero irme, no soporto esto, me duele la herida” Con limitación funcional por la presencia de drenaje torácico y cambia de posición a cada momento.

Patrón de actividad- ejercicio.

Grado de dependencia III. Fuerza muscular disminuida en hemicuerpo derecho por el drenaje torácico. Respiración profunda y dolorosa. Frecuencia respiratoria FR- 24 por minuto. Saturación de oxígeno 93%. Sensación de falta de aire. Frecuencia cardiaca 116x’ Presión Sanguínea 160/98 mmhg. Herida operatoria en hemitórax derecho: apósitos seco y limpio, piel con grapas. Catéter periférico: 2 vías endovenosas periféricas en miembro superior izquierdo permeable. No logra vestirse solo y presenta dificultad para su higiene corporal, logra movilizarse adoptando una posición antálgica.

Patrón de valores- creencias.

No cree en Dios, pero refiere: “Soy católico”, permanece muy pensativo cuando se le pregunta su situación religiosa.

Patrón nutricional - metabólico.

Temperatura 37.7°C. Sonda nasogástrica a gravedad, contenido escaso, cantidad no cuantificada, nada por vía oral. IMC 25.5 (obesidad tipo I). Herida operatoria con apósito seco y limpio en hemitórax derecho. Nauseas sin vómito, pero acumula secreción blanquecina y transparente en boca, refiere: “Tengo mucha saliva”, Glucosa en 135mg/dl. Sed aumentada. Balance hídrico positivo 1400 cc. Con leucocitosis y neutrofilia (segmentados).

Patrón de eliminación.

Deposiciones hace 3 días ausente, con Sonda Foley (27.01.18) y bolsa colectora permeable, diuresis escasa.

Diagnósticos de enfermería

Etiqueta Diagnostica: Patrón respiratorio ineficaz

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares

Código: 00032.

Página: 229

Definición: “Inspiración y/o espiración no proporciona una ventilación adecuada”

(Nanda, 2017).

Factor relacionado: ansiedad, dolor, hiperventilación.

Características definitorias: Alteración de los movimientos torácicos (presencia de drenaje torácico), aumento de la frecuencia respiratoria, respiración profunda y dolorosa, saturación de oxígeno menor a 93%.

Enunciado de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con: ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación, evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y saturación de oxígeno 93%.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Código: 00146

Página: 331

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza” (Nanda, 2017).

Factor relacionado: Grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud.

Características definitorias: Angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, náuseas, preocupación.

Enunciado de enfermería: Ansiedad relacionada con grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, náuseas y preocupación.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Código: 00132.

Página: 439

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado” (Nanda, 2017).

Factor relacionado: Agente lesivo físico: proceso quirúrgico (drenaje torácico).

Característica definitoria: Expresión de dolor con escala de valoración de Eva 6 puntos y postura antálgica.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (drenaje torácico) evidenciado por expresión de dolor y postura antálgica.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de la vía aérea

Definición: “Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” (Nanda, 2017).

Dominio 1: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Código: 00031

Página: 395

Factor relacionado: Espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva.

Características definitorias: Inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Etiqueta Diagnóstica: Náuseas

Definición: “Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos” (Nanda, 2017).

Dominio 12: Confort físico.

Clase 1:

Código: 00134

Página: 444

Factor relacionado: Ansiedad, medicación anestésica y procedimiento quirúrgico.

Características definitorias: sensación nauseosa, acumulación de secreciones y aumento de la salivación.

Enunciado de enfermería: Náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad, procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa, acumulación de secreciones y aumento de la salivación.

Enunciados del diagnóstico de enfermería.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con: ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%.

Ansiedad relacionada con grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, sensación nauseosa y preocupación.

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (drenaje torácico), evidenciado por expresión facial de dolor, postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según Escala visual analógica.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con régimen terapéutico, ansiedad secundaria a intervención quirúrgica.

Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con cambio del entorno y separación del sistema de apoyo.

Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales y factores sociales evidenciado por cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño y sueño interrumpido.

Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con inquietud, angustia, preocupación, perturbación y deterioro en la toma de decisiones, evidenciado por abandono familiar e incapacidad de razonamiento sobre su enfermedad y apoyo social insuficiente.

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.

Afrontamiento ineficaz relacionado con apoyo social insuficiente evidenciado por la incapacidad de manejar la situación y fatiga.

Náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad, procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa, acumulo de secreciones y aumento de la salivación.

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico y conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular.

Priorización de diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con: ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%.

Ansiedad relacionada con grandes cambios: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, náuseas y preocupación.

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (Drenaje Torácico), evidenciado por expresión facial de dolor y postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según Escala visual analógica.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con espasmo de la vía aérea, y mucosidad excesiva evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad, procedimiento quirúrgico evidenciada por sensación nauseosa, acumulo de secreciones y aumento de la salivación.

Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales y factores sociales evidenciado por cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño y sueño interrumpido.

Riesgo de infección, relacionado con procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel.

Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con régimen terapéutico, ansiedad secundaria a intervención quirúrgica.

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico y conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular.

Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con inquietud, angustia, preocupación, perturbación y deterioro en la toma de decisiones, evidenciado por abandono familiar e incapacidad de razonamiento sobre su enfermedad y apoyo social insuficiente.

Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con cambio del entorno y separación del sistema de apoyo.

Afrontamiento ineficaz relacionado con apoyo social insuficiente evidenciado por la incapacidad de manejar la situación y fatiga.

Planes de cuidado

Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%.

Tabla 3. Plan de cuidados diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo/Resultado	Intervenciones	Fundamento Científico
<i>General</i> Paciente presentará patrón respiratorio eficaz durante el turno.	1. Mantener una postura adecuada que alivie la dificultad respiratoria.	1. La posición semi sentado es la postura más adecuada para pacientes que presentan dificultad respiratoria favoreciendo la expansión pulmonar y el drenaje torácico a través de la gravedad (Mora, 2015). Con esta posición mejoramos el proceso de la respiración y la hemodinámica, ayuda también a aumentar la capacidad pulmonar y disminuir la presión arterial pulmonar (NurseFAdmin, 2016) (Kephra, 2018).
<i>Resultados esperados</i> Paciente presentará frecuencia respiratoria entre 16 a 20x'	2. Realizar cambio de posición cada dos horas.	2. Al mantener la cabecera elevada se baja el diafragma lo que favorece la expansión torácica, movilización y expectoración de las secreciones para mantener libre las vías aéreas (Brunner, 2017).
Paciente evidenciará profundidad respiratoria normal.	3. Monitorizar la frecuencia respiratoria: Evaluar ritmo y profundidad.	3. En la enfermedad; respirar requiere una expansión torácica y esfuerzo mayor de lo adecuado, por lo que será necesario administrar oxígeno debido a que los músculos respiratorios,

Paciente manifestará alivio del dolor al respirar.

Paciente mantendrá una saturación de oxígeno con nivel mayor a 95%.

- intercostales y abdominales están implicados en el agotamiento (Potter, 2001).
- El movimiento rítmico entre inspiración y espiración está regulado por el sistema nervioso; cuando se eleva, se habla de taquipnea, y por debajo de lo normal es bradipnea; los factores que influyen para determinar lo normal de un ritmo y profundidad es la edad, sexo, antecedentes patológicos, actividad (García, 2011).
4. Administrar oxígeno con máscara de reservorio a 15 litros por minuto.
 4. La máscara de reservorio es un sistema de alto flujo utilizada como una buena alternativa de oxigenación, de fácil aplicación y de escasa complicación (Carratalá, 2011).
 5. Controlar la saturación de oxígeno cada 15 minutos por 2 horas con la pulsioximetría.
 5. La pulsioximetría es un método no invasivo que permite determinar el porcentaje de saturación de oxígeno de la hemoglobina en sangre, es usado cuando la saturación es inestable y los signos de alarma llegan a los niveles de 90 a 95%; en este punto la monitorización debe ser continua y de fácil aplicación (Garrido, 2005).
 6. Iniciar una fisioterapia respiratoria con el incentivo respiratorio.
 6. La fisioterapia respiratoria facilita la movilización y expectoración de secreciones previniendo complicaciones tras cirugías toraco abdominales. El incentivo respiratorio es la maniobra más efectiva para la prevención de atelectasia en el
-

-
- post operatorio, ayuda a realizar una inspiración o espiración máxima sostenida (Castañeda, 2014).
- El incentivo respiratorio ayuda a la estabilización o alteración respiratoria, su único fin es mejorar la ventilación pulmonar (Torrente, 2005).
7. Vigilar continuamente la permeabilidad de la vía aérea
7. La permeabilidad está en relación con el funcionamiento de los cilios que son prolongaciones de pelos de la mucosa respiratoria, el reflejo de la tos y el estornudo (Martínez, 2015).
- La permeabilidad de la vía aérea determina la capacidad del paciente de inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono (Quimbayo, 2013).
8. Controlar las funciones vitales cada cinco minutos por 15 minutos, luego cada 15 minutos por una hora.
8. En el control de funciones vitales se identificarán problemas y alteraciones en el sistema respiratorio, cardiovascular, circulatorio, renal (Potter, 2014).
- Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales como cerebro, corazón, pulmón y determinan cuánto de oxígeno llega a los órganos, cómo está el ritmo cardiaco, la presión arterial y la temperatura. El intervalo del control de los signos vitales será monitorizado por la situación crítica del paciente (Martin, 2014).
-

-
- | | |
|--|---|
| 9. Evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow. | 9. La conciencia es el proceso fisiológico por el cual la persona se mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo; la conciencia se desvanece en el sueño profundo, en estados de anestesia general (Muñana, 2013).
La escala de Glasgow permite valorar el nivel de conciencia. Si la puntuación es de 10 a más, indica que el paciente será capaz de obedecer órdenes, ventilar espontáneamente o con algún dispositivo, se movilizará solo o con cierta dificultad; será capaz de colaborar en su etapa recuperativa mejorando su estado respiratorio y cuando la puntuación es menor a 9, definitivamente se ve deteriorada la función respiratoria, el estado de conciencia, y hay una disminución de la función motora, entonces se procederá a la intubación endotraqueal (De la Peña, 2007). |
| 10. Evaluar nivel del dolor | 10. El dolor posoperatorio es un sufrimiento innecesario de elevada prevalencia que puede prevenirse, controlarse o aliviarse (Moreno, 2004).
El dolor está relacionado significativamente con el estado respiratorio del paciente ya que tiende a alterar su patrón respiratorio, lo que resulta en una reducida profundidad de inspiración plasmando este resultado en una disminución de la saturación de oxígeno (Alana, 2017). |
-

-
- | | |
|---|--|
| 11. Monitorizar el grado de ansiedad. | 11. La ansiedad es el estado mental que genera la reacción del cuerpo, ante situaciones que se vean como amenazantes (Cano, 2018).

La ansiedad provocada por la incertidumbre, miedo a lo desconocido provoca un manejo del dolor menos efectivo y una necesidad aumentada de oxígeno. Cirugías de tórax y abdomen están asociadas con dolor, disfunción en los músculos respiratorios y flujo pulmonar reducido, estos cambios desencadenan un aumento o disminución de la ventilación y alteran la frecuencia y la profundidad de la respiración debido al estrés causado por la cirugía (Alana, 2017). |
| 12. Mantener una comunicación terapéutica. | 12. Una buena comunicación terapéutica reduce el nivel del dolor, mejora la movilidad y alivia la ansiedad; traduciéndolo en un mejor patrón respiratorio, así lo demuestran los estudios realizados por Roger Ruiz, Miguel Muñoz. (Hernández, 2002). |
| 13. Fomentar los cuidados del drenaje torácico. | 13. La posición del cuerpo afecta los valores de la capacidad ventilatoria en pacientes post operados con aumento en las posturas del tórax verticalizado (Leiva, 2014).

Para un buen drenaje torácico la postura correcta es la posición fowler o semi sentado y el mecanismo de |
-

funcionamiento se basa en el drenaje por gravedad (Zambrano, 2013).

Los cuidados del drenaje torácico implican, básicamente, valorar el estado del paciente: funciones vitales color de la piel y mucosas, náuseas, signos de perfusión, disnea, tiraje; controlar y mantener la permeabilidad del drenaje torácico y prevenir complicaciones (Masllorens, 2012).

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con grandes cambios: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, sensación nauseosa y preocupación.

Tabla 4. *Plan de cuidados diagnóstico: Ansiedad.*

Objetivo/ Resultado	Intervenciones	Fundamento Científico
<i>General</i> Paciente disminuirá el nivel de ansiedad durante su permanencia hospitalaria.	1. Valorar el nivel de ansiedad.	1. La ansiedad es tratada según los niveles y existe ansiedad suave, intermedia y alta. Sin embargo, para cualquier tipo de ansiedad es importante reconocer que existe el padecimiento que se manifiesta según los signos y síntomas, además se debe mantener la diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica; esta última requiere atención profesional, mientras que la anterior se puede tratar con consejos y mucha paciencia (Rozas, 1999).
<i>Resultados esperados</i> Paciente se mostrará menos angustiado.	2. Brindar apoyo emocional.	2. El apoyo emocional se relaciona con los cuidados de protección que se brindan para aliviar los síntomas molestos o dolorosos que incrementen el grado de ansiedad (Escanilla, 2011). El objetivo del apoyo emocional es hacer sentir al paciente que es escuchado, que es útil; y poder proporcionarle cierto bienestar ante su malestar (Peña, 2015).
Paciente permanecerá menos irritable.	3. Brindar consejería para manejar el estrés, preparar al paciente	3. La sensación de estrés es una reacción del organismo para enfrentar una situación que se identifica como amenazante y se manifiesta de

Paciente se mostrará menos excitado e inquieto.	para una relajación de músculos respiratorios: inspirar profundamente y exhalar lentamente.	diferentes formas, pero cualquiera producirá contracción de los músculos respiratorios, taquicardia, más necesidad de oxígeno, náuseas y otros (Asociación Americana de Psicología, 2010). La técnica de relajación ayuda a disminuir el estrés que podría ser causante del dolor.
Paciente referirá ausencia de náuseas.	4. Facilitar el autocontrol de la ansiedad.	4. La ansiedad es el estado mental que genera la reacción del cuerpo; por ello, pedimos al paciente autocontrol de ciertas situaciones que se vean como amenazantes (Serrano, 2016).
Paciente se mostrará menos preocupado y con dominio de sí.	5. Facilitar la visita de un familiar.	5. La cooperación de la familia ayuda a que el paciente se sienta protegido (López. 2014).
	6. Lograr una óptima oxigenación a través de la máscara de reservorio a 15 litro por minuto.	6. El estrés en el paciente genera disminución del grado de saturación, entonces empieza a hiperventilar; la administración de oxígeno ayudará a calmar los requerimientos de este manifestándose en sosiego (Kidd, 1998).
	7. Monitorizar las funciones vitales cada cinco minutos por una hora.	7. En todo paciente post operado, es necesario el control de funciones vitales; en él se identificarán oportunamente problemas y alteraciones en el sistema respiratorio, cardiovascular, circulatorio y renal; el estrés posoperatorio se identifica por ciertas características como la hiperventilación, angustia, taquicardia, irritabilidad, confusión, fluctuaciones en el estado de ánimo, hipertensión arterial y dolor (Obando, 2006).

-
- | | |
|---|--|
| 8. Favorecer el inicio de un tratamiento psicológico por el consumo de sustancias nocivas | 8. La terapia cognitiva conductual es un método o tratamiento para problemas como consumo de drogas o alcohol cuya estrategia se basa en la teoría de los procesos de aprendizaje, es decir, que el paciente identifica y corrige conductas problemáticas (Instituto Nacional de DEVIDA, 2010). |
| 9. Mantener al paciente en posición semi sentado | 9. La posición semi fowler ayuda a una buena técnica de relajación de los músculos toraco abdominales permitiendo la expansión del tórax para un buen pasaje de oxígeno aliviando, de esta forma, el nivel de ansiedad (Rubín, 2017). |
| 10. Brindar cuidado espiritual. | 10. El concepto del cuidado espiritual es difuso y se interpreta de diferentes maneras, lo importante es hacer sentir que alguien está presente en una situación vulnerable (Uribe, 2014). Sin embargo, el hecho de decir “Estoy aquí” es relevante como para interpretarlo como un cuidado espiritual más que físico. |
-

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (drenaje torácico)

evidenciado por expresión facial de dolor, postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según Escala visual analógica.

Tabla 5. *Plan de cuidados diagnóstico: Dolor agudo.*

Objetivo/Resultado	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente disminuirá el dolor después del tratamiento administrado.	1. Evaluar la intensidad del dolor según la Escala visual analógica del dolor (Eva).	1. El dolor posoperatorio es un sufrimiento innecesario de elevada prevalencia que puede prevenirse, controlarse o aliviarse (Montes, 2008). El dolor ocasionado por la lesión a diferentes tejidos siempre ha sido un problema en la etapa recuperativa. La valoración del dolor se mide por diferentes escalas, pero la de Eva es la que más se ajusta a este tipo de cirugía y paciente por la necesidad que tenemos de evaluar la intensidad del dolor tal como lo describe el paciente. La escala Eva da su significancia en dolor leve, dolor moderado y dolor intenso; la puntuación seis implica un dolor moderado a grave (Zaragoza, 2005).
<i>Resultados esperados</i> Paciente referirá disminución del dolor calificando en intervalo de 2 a 4/10 según Eva. Paciente evidenciará fascie de alivio y sosiego.	2. Administrar medidas farmacológicas: Tramadol 100 mg una ampolla endovenosa lenta y diluida en un tiempo de 30 minutos	2. Los analgésicos son los que alivian o calman el dolor. El tramadol es un analgésico de tipo opioide ligero de acción central, actúa sobre las células nerviosas bloqueando la sensibilidad y por ende disminuye los efectos de un estímulo doloroso (Saez, 2016). El Ketoprofeno pertenece a la familia de los AINES, actúa como antiinflamatorio e impide la formación de prostaglandinas en el organismo ya que inhibe a la enzima ciclooxigenasa; bloqueando el dolor (Pedrosa, 2018).

Paciente presentará postura antálgica.	Ketoprofeno 100 mg una ampolla endovenosa cada ocho horas lento y diluido. La administración del tramadol será condicional a dolor intenso.
3. Evaluar el impacto del dolor en el sueño, estado anímico y actitud.	3. El dolor quirúrgico es traumático y produce estrés en cualquier individuo. Como consecuencia, se eleva la irritabilidad, hay cambios en el estado anímico, ansiedad y alteración en el patrón del sueño (Castañeda, 2012).
4. Evaluar la voluntad del paciente como una estrategia que alivie el dolor cuando esté libre de los efectos de la anestesia.	4. Estudios han demostrados que es indispensable establecer protocolos de manejo analgésico capaces de brindar alivio del dolor al paciente post operado, sin embargo, mucho tiene que ver con la disposición del paciente que concientice el manejo del dolor (Mille, 2014).
5. Considerar la búsqueda de un familiar en el alivio del dolor.	5. La familia en la vida de una persona es la clave para formar patrones de conductas y cada persona escoge determinados valores a seguir, existe en todo núcleo familiar un proceso de interacción y de conflicto que genera ciertas actitudes negativas o positivas, cuando este lazo está en un punto de desequilibrio surge la influencia de otro grupo social con otros patrones desconocidos para la persona (De la Revilla, 2003).

-
- El apoyo familiar dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influyen sobre el dolor y su control. La adicción influye enormemente sobre el control del dolor, pues genera cambios en la percepción de este; bloquea la efectividad de los analgésicos (Acuña. 2014).
6. Fomentar periodos de descanso y sueño dentro de un ambiente adecuado.
6. El descanso y el sueño están determinados por patrones usuales, por la edad, estado de salud, nivel emocional, uso de medicamentos, uso de sustancias nocivas y ambiente adecuado (Nordmark, 1979).
El descanso y el sueño son situaciones necesarias para la salud, ayuda a recuperar la energía consumida y brindar un ambiente adecuado que sería ideal para un paciente hospitalizado (Medina, 2009).
El dolor interrumpirá los periodos de descanso y sueño, dicen los estudios que existe entre ellos una relación bidireccional; el dolor influye en la calidad de sueño, así como el trastorno del sueño parece exacerbar los problemas de dolor, pero; hay factores que influyen como la ansiedad, depresión, estrés (Mateos. 2015).
7. Realizar una comunicación terapéutica.
7. Una buena comunicación terapéutica reduce el nivel del dolor, mejora la movilidad y alivia la ansiedad así demuestran los estudios realizados por Roger Ruiz, Miguel Muñoz (Hernández, 2002).
8. Monitorizar funciones vitales. Frecuencia cardiaca, Frecuencia
8. En todo paciente es necesario el control de funciones vitales. En ella se identificarán signos y síntomas que complicarán la etapa posquirúrgica provocada por el dolor (Potter, 2014).
-

respiratoria, Presión
arterial y Saturación.

Si el dolor es moderado a intenso los valores de las funciones vitales se ven alterados, produciendo taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial, sangrado, aumento del consumo de oxígeno, náuseas y vómitos (Muñoz-Blanco, 2001).

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva, evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Tabla 6. Plan de cuidados diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Objetivo/ resultados	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente presentará limpieza eficaz de las vías aéreas.	1. Educar sobre la eliminación de las secreciones de las vías aéreas.	1. La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo para la eliminación cuando el paciente está imposibilitado, el fin es mantener la permeabilidad de la vía aérea a través de la eliminación de las secreciones producidas en el árbol respiratorio o por acumulo y aumento de la salivación. Con la eliminación de estas favorecemos el trabajo respiratorio (Parra, 2003).
<i>Resultados esperados</i> Paciente presentará una frecuencia respiratoria de 16 a 20 por minuto.	2. Iniciar una higiene de la cavidad bucal cada 8 horas.	2. El cuidado oral garantiza una buena salud oral y la eliminación de la saliva, adecuadamente, contribuye a la permeabilidad de la vía aérea, mejorando, de esta forma, la calidad de vida (Flores, 2010).
Paciente disminuirá la inquietud.	3. Iniciar fisioterapia respiratoria con inspirómetro y nebulización con suero fisiológico cada ocho horas.	3. Para la regulación de la respiración será necesaria la fisioterapia respiratoria pues esto ayudará a la expansión pulmonar, a la fluidificación y expectoración de secreciones (Fieselmann, 1993). La nebulización y el inspirómetro incentivo son procedimientos que favorecen la eliminación de secreciones del tracto respiratorio permitiendo permeabilidad y limpieza eficaz de las vías aéreas.
Paciente logrará mantener una posición semi sentado.		

-
- | | |
|--|---|
| 4. Mantener una saturación mayor de 95%. | 4. La oxigenación se mide a través de la pulsioximetría, medición no invasiva del O ₂ transportada por la hemoglobina en el interior de los vasos (Muñoz, 2012). |
| 5. Controlar las funciones vitales frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura. | 5. Las constantes vitales o signos vitales son los indicadores que informan sobre el estado fisiológico del paciente e indican aumento o disminución de alguna función, sea taquicardia, bradicardia, taquipnea, braquipnea, hipotensión, hipertensión, facilitando su requerimiento (Martin, 2014).
Cuando existe aumento de secreciones en boca y no hay permeabilidad de la vía aérea o cuando hay limpieza ineficaz, se ven alteradas algunas funciones vitales, específicamente la frecuencia respiratoria. |
| 6. Cambiar de posición cada dos horas y mantenerlo en posición semi fowler. | 6. La posición semi sentado ayuda a la eliminación de secreciones y salivación, favorece la oxigenación pulmonar y previene complicaciones (Merino, 2008). |
| 7. Mejorar la hidratación endovenosa. | 7. Algunas patologías provocan retención de secreciones debido al dolor, falta del reflejo tusígeno; sin embargo, estudios han demostrado que puede deberse a ser causa de una falta de hidratación también. La hidratación endovenosa es la administración de líquido por la vena y las soluciones parenterales se administran según el requerimiento basal, |
-

ayudando a la fluidificación de secreciones, náuseas, vómitos e intolerancia oral (Bilkis, 2007).

Diagnóstico de Enfermería: Náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad y procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa, acumulo de secreciones y aumento de la salivación.

Tabla 7. Plan de cuidados diagnóstico: Náuseas.

Objetivo/ resultados	Intervenciones	Fundamento Científico
<p><i>General</i></p> <p>Paciente estará libre de náuseas durante el turno.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>Paciente disminuirá sensación nauseosa.</p> <p>Paciente presentará disminución de la producción de salivación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mantener al paciente en una posición semi fowler y cambiar de posición cada dos horas. Administrar medicamento antiemético como metoclopramida 10 mg 1 ampolla cada 8 horas. Realizar limpieza y curación del sitio de la inserción de la sonda nasogástrica cada 	<ol style="list-style-type: none"> La posición semi sentado o semi fowler es aquella en la que el paciente encuentra confort para el alivio de las náuseas (Nanda 2016). Los antieméticos manejan los síntomas y no la causa, así que se debe investigar la etiología de las náuseas y los vómitos (Arias, 2014). El proceso usual del vómito tiene náuseas y arcadas, el centro regulador se encuentra en el tallo, en el bulbo, ahí se encuentra la zona quimiorreceptora que es el área gatillo del vómito (Arias, 2014). Los antieméticos bloquean los neurotransmisores principales (Dopamina- receptor D2, Serotonina- receptor 5HT3) en el proceso de las náuseas y vómitos. La metoclopramida es un receptor D2 de dopamina y son de primera elección. Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.

24 horas para evitar manipulación y provocación nauseosa.

La limpieza es diaria y solo a la parte externa de la sonda utilizando gasa, agua y jabón; lavar el interior de la sonda después de cada administración con 20 o 30 ml de agua luego se asegura (Iqaquiron, 2014).

4. Brindar comodidad y confort,

4. Un ambiente limpio, relajado y tranquilo mitiga la sensación nauseosa. Se debe eliminar factores que desencadenen náusea, como la ansiedad, miedo, fatiga y el dolor. Ambos aspectos ayudarán al bienestar del paciente (Revista enfermeras de Barcelona. 2018).

Ejecución

Tabla 8. SOAPIE Patrón respiratorio ineficaz.

Fecha/hora	Intervenciones	
29. 01. 18	S	Paciente con fascie de inquietud e incomodidad refiriendo “Sácame esto”, “quiero irme”, “me duele”, “no soporto”, “ayúdenme”, “me falta aire”
19:35	O	Paciente despierto, ansioso, irritable, poco colaborador, orientado en tiempo, espacio y persona; cambiando de posición a cada momento con apoyo ventilatorio máscara de reservorio al 80% con 15 litros de oxígeno, con dificultad para respirar, agitado, secreción blanquecina y transparente poca cantidad en cavidad oral, piel pálida, tibia, hidratada; FV: PA 160/98 mmhg, FC 116x’, FR 24 x’, Saturación 93%.
	A	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad, dolor al respirar, hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%.
	P	Paciente presentará Patrón respiratorio eficaz durante el turno.
19:40	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca al paciente en posición semi fowler.
19:45		<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales: PA-160/98mmhg, FC- 116/minuto, FR- 24/minuto, Saturación- 93%, y Temperatura 37.7°C.
19:50		<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila el estado respiratorio.
19:55		<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa el estado de conciencia según Glasgow.
20:00		<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa estado de ansiedad y se brinda apoyo emocional
20:10		<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene los cuidados del drenaje torácico.
20:30		<ul style="list-style-type: none"> • Se administra oxígeno con máscara de reservorio a 15 litros/minuto y se controla la eficacia del oxígeno para iniciar destete.
20:35		<ul style="list-style-type: none"> • Se administra analgésicos: ketoprofeno 100mg una cada ocho horas para ayudar en el alivio del dolor.
20:45		<ul style="list-style-type: none"> • Se nebuliza con suero fisiológico 5cc cada ocho horas
21:00		<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza ejercicios respiratorios con el inspirómetro incentivo.
	E	Objetivo Alcanzado (OA).

Paciente presentó una frecuencia respiratoria entre 16 a 20 por minuto, se evidenció una profundidad respiratoria normal, manifestó alivio del dolor al respirar y mantuvo una saturación de oxígeno con nivel mayor a 95%.

Tabla 9. SOAPIE Ansiedad.

Fecha/hora	Intervenciones	
29.01.18 19:35	S	Paciente despierto, parcialmente orientado, refiere incomodidad desde que salió de SOP manifestando “Sácame esto”, “quiero irme”, “me duele”, “no soporto”, “ayúdenme”, “maldita, te voy a matar”
	O	Paciente se le observa inquieto, irritable y poco colaborador cambiando de posición a cada momento, permanece con O2 máscara de reservorio 80% a 15lt/min con una saturación 93%, agitado, piel pálida, tibia, hidratada y sudorosa, con EV vía periférica permeable en MSI pasando cloruro sodio 9%o con 500 en frasco, con drenaje torácico en hemitórax derecho contenido hemático, herida operatoria seca y limpia, sonda Foley a circuito cerrado orina escasa. Funciones vitales: PA 160/98mmhg, FC 116x’, FR 24X’
	A	Ansiedad relacionada con grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, sensación nauseosa, preocupación.
	P	Paciente disminuirá el nivel de ansiedad durante su permanencia hospitalaria.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales: PA 160/98mmhg, FC-116x’, FR-24X’, saturación-93%.
19:40	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales: PA 160/98mmhg, FC-116x’, FR-24X’, saturación-93%.
19:45		<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene en posición semi fowler.
20:00		<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda apoyo emocional y se inicia comunicación terapéutica.
20:05		<ul style="list-style-type: none"> • Se administra oxígeno con máscara de reservorio a 15 litros por minuto.
20:10		<ul style="list-style-type: none"> • Se facilita la visita de un familiar.

20:20	<ul style="list-style-type: none"> • Se ausculta ambos campos pulmonares: buen pasaje del murmullo vesicular.
20:30	<ul style="list-style-type: none"> • Se cambia de posición cada 2 horas y se mantiene en posición semi fowler.
21:00	<ul style="list-style-type: none"> • Se prepara al paciente para una relajación de músculos respiratorios: inspirar lentamente, mantener la respiración unos tres segundos y exhalar lentamente; repetir por lo menos unas tres veces.
22:00	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña el autocontrol de la ansiedad con técnicas de relajación: empezar con una inspiración profunda, retener la respiración y exhalar lentamente.
23:00	<ul style="list-style-type: none"> • Se coordina con el médico tratante para iniciar tratamiento psicológico por consumo de sustancias adictivas. • Se cursa interconsulta al Área de Psicología. • Se cursa interconsulta a Servicio social. • Se cursa interconsulta a Endocrinología.
	<p>E Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA).</p> <p>Paciente permaneció menos ansioso, menos irritable, excitado e inquieto y se mostró menos preocupado, con dominio de sí.</p>

Tabla 10. SOAPIE Dolor agudo.

Fecha/hora	Intervenciones
29. 01. 18 19:35	<p>S Paciente despierto, orientado refiere incomodidad, manifiesta: “Me duele”, “no soporto”, “ayúdenme”, “sácame esto” “maldita, te voy a matar” y posición antálgica.</p> <p>O Paciente inquieto, irritable y poco colaborador cambiando de posición a cada momento, permanece con O2 máscara de reservorio 80% a 15lt/min con una saturación 93%, agitado, piel pálida, tibia, hidratado, con endovenoso vía periférica permeable en miembro superior izquierdo pasando cloruro sodio 9‰ con 500 en frasco, con drenaje</p>

torácico en hemitórax derecho contenido hemático, tocándose la herida operatoria (seca y limpia), sonda nasogástrica y Foley a circuito y permeable. Funciones vitales: PA 160/98mmhg, FC 116x', FR 24X'.

A Dolor Agudo relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (drenaje torácico) evidenciado por expresión facial de dolor y postura antálgica.

P Paciente disminuirá el dolor después del tratamiento administrado

19:40 **I** • Se evalúa el nivel del dolor según la escala visual analógica (Eva).

19:45 • Se administra medidas farmacológicas:

Tramadol 100mg EV condicional al dolor intenso.

Ketoprofeno 100mg 1amp EV c/ocho horas.

19:50 • Se fomenta el descanso y sueño.

• Se proporciona un ambiente sin ruidos.

20:00 • Se monitoriza funciones vitales: PA- 160/98, FC-116/minuto, FR- 24/minuto, Saturación-93% cada cinco minutos por 30 minutos luego cada 10 minutos hasta la hora.

20:05 • Se mantiene al paciente en una posición óptima de descanso y se opta una posición antálgica.

• Se restablece el estado anímico.

• Se realiza una comunicación terapéutica.

21:00 • Se prepara al paciente para una técnica de relajación de músculos respiratorios. Inspirar lentamente, mantener la respiración por tres segundos luego exhalar lentamente.

22:00 • Se educa al paciente sobre los cuidados del drenaje torácico.

21:00 • Mantener una posición de gravedad al frasco del drenaje torácico.

E Objetivo Alcanzado (OA).

Paciente refirió disminución del dolor calificándolo en intervalo de 2 a 4/10 según Eva, se evidenció fascie de alivio y sosiego y presentó una postura antálgica.

Tabla 11. *SOAPIE Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*

Fecha/hora	Intervenciones
29. 01. 18 19:35pm	<p>S Paciente con evidencia de preocupación, ansioso, poco colaborador, refiere incomodidad manifestando: “Sácame esto”, “quiero irme”, “me duele”, “no soporto”, “ayúdenme”, “maldita, te voy a matar”, “tengo mucha saliva”</p>
	<p>O Paciente despierto, irritable, orientado en tiempo, espacio y persona, con apoyo ventilatorio máscara de reservorio al 80% con 15 litros de oxígeno, con dificultad respiratoria más agitación, con secreción y aumento de salivación; piel pálida, tibia, hidratada y sudorosa; se le observa que cambia de posición a cada momento; funciones vitales: PA 160/98 mmhg, FC 116 por minuto, FR 24 por minuto, Saturación 93%, con drenaje torácico en hemitórax derecho en la cavidad del mediastino, respiración profunda y dolorosa.</p>
	<p>A Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionadas con espasmo de la vía aérea, y mucosidad excesiva evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.</p>
	<p>P Paciente eliminará secreciones de la cavidad bucal para mantener una vía aérea permeable durante el turno.</p>
19:40	<p>I • Se cambia de posición a semi fowler.</p>
19:50	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene todo el turno una comunicación terapéutica. • Se brinda apoyo emocional.
20:00	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila la permeabilidad de la vía aérea. • Se asiste a la expulsión de las secreciones bronquiales y sialorrea. • Se ofrece reservorio para la eliminación de las secreciones. • Se observa características de las secreciones. • Se hidrata por vía endovenosa con cloruro de sodio 9°/00.
20:05	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza las funciones vitales: PA-160/98mmhg, FC-116/minuto, FR-24/minuto, Saturación-93%, Temperatura-37.7°C. • Se vigila la función respiratoria: el ritmo y profundidad.

- 20:10 • Se mantiene los cuidados del drenaje torácico y se educa al paciente para la conservación de la permeabilidad del frasco.
- 20:15 • Se proporciona oxígeno: Máscara de reservorio a 15 litros/minuto.
- 20:20 • Se nebuliza con suero fisiológico cada 8 horas.
- 20:30 • Se enseña el uso del inspirómetro e incentivo para que se realice cada ocho horas y facilitar la fluidificación de secreciones.

E Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA)

Paciente mejoró la alteración de la frecuencia respiratoria, la producción de la salivación y disminuyó la inquietud.

Tabla 12. SOAPIE Náuseas.

Fecha/hora		Intervenciones
29. 01. 18 20:00	S	Paciente con náuseas y sin vómito, pero acumula secreción blanquecina y transparente en boca, refiere: “Tengo mucha saliva”, Sed aumentada.
	O	Paciente con temperatura de 37,7°C, sonda nasogástrica a gravedad contenido escaso, IMC 25,5 (obesidad tipo I), herida operatoria con apósito seco y limpio en hemitórax derecho, balance hídrico positivo 1400cc.
	A	Náuseas, relacionado con medicación anestésica, ansiedad y procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa, acumulo de secreciones y aumento de la salivación.
	P	Paciente estará libre de náuseas durante el turno.
20:00	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene al paciente en una posición semi- fowler y se cambia de posición cada dos horas.
20:05		<ul style="list-style-type: none"> • Se administra medicamento antiemético como metoclopramida 10 mg 1 ampolla cada 8 horas.
22:00		<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza limpieza y curación del sitio de la inserción de la sonda nasogástrica cada 24 horas para evitar manipulación y sensación nauseosa.

- Se ofrece limpieza de la cavidad bucal y enjuague con agua tibia cada ocho horas.
- 22:05
- Se administra líquidos intravenosos: cloruro de sodio 9°/00 a 30 gotas por minuto.
- 22:10
- Se vigila signos vitales cada 10 minutos.
- 23:30
- Se brinda comodidad y confort y apoyo emocional.

E Objetivo Alcanzado (OA).

Paciente disminuirá la sensación nauseosa y la producción de salivación.

Evaluación

Tabla 13. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz.

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentará patrón respiratorio eficaz durante el turno.</p> <p>Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente presentará frecuencia respiratoria entre 16 a 20x' • Paciente evidenciará profundidad respiratoria normal. • Paciente manifestará alivio del dolor al respirar. • Paciente mantendrá una saturación de oxígeno con nivel mayor a 95%. 	<p>OA (objetivo alcanzado)</p> <p>Paciente presentó una frecuencia respiratoria entre 16 a 20 por minuto, evidenciándose profundidad respiratoria normal, manifestó alivio del dolor al respirar y mantuvo una saturación de oxígeno con nivel mayor a 95%.</p>

Tabla 14. Evaluación de objetivos del diagnóstico: Ansiedad.

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente disminuirá el nivel de ansiedad durante su permanencia hospitalaria</p> <p>Resultado esperado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente se mostrará menos angustioso. • Paciente permanecerá menos irritable. • Paciente se mostrará menos excitado e inquieto. • Paciente referirá ausencia de náuseas. • Paciente se mostrará menos preocupado y con dominio de sí. 	<p>OPA (objetivo Parcialmente Alcanzado)</p> <p>Paciente permaneció menos ansioso, menos irritable, excitado e inquieto y se mostró menos preocupado, con dominio de sí.</p>

Tabla 15. *Evaluación de objetivos del diagnóstico: Dolor agudo.*

Diagnóstico	Evaluación
Objetivo	OA (objetivo Alcanzado)
Paciente disminuirá el dolor después del tratamiento administrado.	Paciente refirió disminución del dolor calificando en intervalo de 2 a 4/10 según Eva, evidencia fascie de alivio y sosiego y presenta una postura antálgica.
Resultado esperado	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente referirá disminución del dolor calificando en intervalo de 2 a 4/10 según Eva. • Paciente evidenciará fascie de alivio y sosiego • Paciente presentará postura antálgica. 	

Tabla 16. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*

Diagnóstico	Evaluación
Objetivo	OPA (objetivo Parcialmente Alcanzado)
Paciente eliminará secreciones de la cavidad bucal para mantener una vía aérea permeable durante el turno.	Paciente mejoró la alteración de la frecuencia respiratoria, disminuyó la inquietud y mejoró la capacidad de respirar fácilmente.
Resultado esperado	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorará la alteración de la frecuencia respiratoria. • Paciente disminuirá la inquietud • Paciente mejorará la capacidad de respirar fácilmente 	

Tabla 17. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Náuseas.*

Diagnóstico	Evaluación
Objetivo	OA (objetivo Alcanzado)
Paciente estará libre de náuseas durante el turno.	Paciente disminuyó la sensación nauseosa, la acumulación de secreciones y la producción de salivación.
Resultado esperado	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuirá sensación nauseosa. • Paciente presentará disminución de las secreciones y la producción de salivación. 	

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Janeiro y Martínez (2013) realizó la investigación titulada “Caso clínico de paciente con diagnóstico extracción de cuerpo extraño gástrico por laparoscópica en el Hospital General de Puebla. México”. Un paciente de 18 años, portador de HIV y esquizofrenia con tratamiento parcial, ingresa al hospital de Puebla por emergencia por presentar sangrado digestivo alto con antecedente de haber sido operado hace 6 meses por ingesta de 4 pilas eléctricas. Al ingreso se realiza endoscopia en el que se observa objetos extraños como lápiz, lapicero y cepillo dental; se intentó la extracción, pero no se pudo retirar todos los objetos extraños quedando en su interior dos tubos atravesados en el píloro, se programa lo más pronto posible para una cirugía laparoscópica, gastrostomía y extracción de los cuerpos extraños. *Objetivo* Según este caso clínico es presentar exitosamente la extracción de los múltiples objetos extraños de esófago por vía laparoscópica.

La *Metodología* es retrospectiva porque los eventos ocurrieron antes del inicio del proyecto y los datos se recolectaron con el propósito diferente al del trabajo de investigación, y es de tipo descriptivo porque nos da a conocer o describe las características clínicas de una patología, en este caso es un estudio poco frecuente porque casi no se ven situaciones patológicas como las del estudio. *Resultados:* Medicamento es un problema poco común; sin embargo, las que hay son con pacientes con antecedentes con perfil psiquiátricos, especialmente la esquizofrenia, contrabandistas de droga y reos. Desde el punto de vista de enfermería, los resultados estarían en función a las posibles complicaciones, considerando su estado mental;

deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, evidenciado por necesidad de ventilación; negación ineficaz, relacionado con amenaza de una realidad desagradable, evidenciado por muestra de emoción inapropiada; protección ineficaz, relacionado con enfermedad mental, evidenciado por alteraciones neurosensoriales y desorientación; ansiedad, relacionado con estado de salud, evidenciado por dificultad para tomar decisiones. *Conclusiones:* La ingestión de cuerpos extraños por pacientes psiquiátricos conlleva a nuevos y diferentes retos, ya que los objetos ingeridos son de diferente y variada naturaleza. Además, lleva tiempo retenido en el tubo digestivo y su extracción endoscópica con frecuencia no es posible. Cada caso debe ser evaluado individual e interdisciplinariamente para planear el mejor tratamiento y completa resolución a la medida de cada paciente.

Guerrero y Escalante (2010) realizó la investigación titulada “Caso clínico cuerpo extraño en esófago. Hospital Carlos M. de Céspedes provincia Granma”. Cuba. Paciente AAF, de 63 años de edad procedencia rural con antecedente de poliomielitis desde pequeño, alcoholismo crónico, ingresa al servicio de medicina interna del hospital en mención en octubre del 2011 por presentar disfagia de año y medio de evolución, al inicio con alimentos sólidos luego con los líquidos; realizados los exámenes auxiliares radiografías, endoscopias, y toda la batería de exámenes de laboratorio es trasladado al servicio de cirugía para una cirugía electiva con diagnóstico pre quirúrgico neoplasia de esófago; se le realiza esofagoscopia rígida por el otorrinolaringólogo observando la presencia de un cuerpo extraño de consistencia dura en el tercio inferior del esófago torácico, al realizar la extracción se nota que era un mamoncillo, descartando totalmente la presencia de un cáncer. *Objetivo* como la mayoría de ingesta de cuerpos extraños obedece a una ingesta accidental, el objetivo está dirigido a lograr la supervivencia y a mejorar la calidad de vida a los pacientes, manteniendo una adecuada ingesta

de alimentos de contextura suave. *Metodología:* Es de naturaleza descriptiva y analítica, *Resultados:* Están dirigidos a la solución de los problemas, patrón respiratorio ineficaz relacionado con edema de las vías aéreas, presencia de cuerpo extraño evidenciado por uso de los músculos accesorios, disnea, cianosis, dolor agudo relacionado con inflamación de la mucosa, tejido, traumatismo por agente lesivo objeto del cuerpo extraño evidenciado por expresión y fascie de dolor, riesgo de lesión relacionado con características del cuerpo extraño.

Conclusiones: Con este paciente se muestra que la esofagectomía rígida es el procedimiento definitivo para diferenciar si existe una neoplasia o un cuerpo extraño siempre que se observe un stop en el esofagograma considerándose que las disfagias no tienen como única causa las tumorales independientemente del tiempo de evolución de estas.

Antecedentes locales

Alarcón y Ormeño (2013) realizó la investigación titulada “Caso batería cilíndrica en vía digestiva, Instituto Nacional de Salud del Niño. Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Lima”. Paciente varón de 2 años sin antecedente alguno, natural y procedente de Lima con antecedente de haber ingerido en forma accidental una batería cilíndrica. Este evento fue hace 2 horas antes de su ingreso. Es referido el niño al Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño con una radiografía de abdomen a la evaluación hemo dinámicamente estable y no se halla signos y síntomas significativos, el paciente fue programado para una endoscopia cuya extracción debe ser bajo anestesia, lo importante de estos casos es que se debe hacer antes de las ocho horas y así fue seis horas antes de su ingesta de la batería cilíndrica. El cuerpo extraño se encontró en el fondo gástrico sin lesiones en la mucosa gástrica. *Objetivo:* Lograr la pronta extracción de cuerpo extraño del esófago para disminuir los índices de morbimortalidad que constituye la segunda causa de emergencias. *Metodología:* Es un estudio de tipo descriptivo,

analítico y como método se utilizó el proceso de atención de enfermería con sus cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. *Resultado:* Después de analizar de analizar los datos arriba mencionados se rescata los siguientes diagnósticos: Ansiedad relacionada con cambios en su estado de salud, riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad, riesgo de lesión relacionado con características del cuerpo extraño. *Conclusiones:* La prevención es un punto muy importante en el caso de cualquier cuerpo extraño y sobre todo en niños. Se debe educar a los niños como a los ancianos, se recomienda tener atados los compartimientos de baterías y de otros productos que puedan causar una emergencia, una vez presentado el caso, la detección temprana evita los riesgos y las complicaciones.

Por otra parte, el riesgo de estreñimiento está asociado a la ingesta de alimentos y con un cuerpo extraño en el esófago el tránsito intestinal se hace más lento. Las lesiones se evitarán cuando se acude inmediatamente a un servicio de emergencia como es el caso de este niño de 2 años.

Chávez (2012) realizó la investigación titulada “Caso: Una nueva técnica para la remoción segura de cuerpos extraños impactados en el tubo digestivo alto- uso del CAP (copa, capuchón o cilindro) reusable del ligador variceal en el servicio de Gastroenterología Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. La ingesta de cuerpos extraños es la segunda emergencia endoscópica solo superada por la hemorragia digestiva alta, en el servicio de gastroenterología del hospital Loayza, se ha descrito que el 10 al 20 por ciento de cuerpos extraños quedan impactados, necesitando procedimientos endoscópicos para su remoción y en algunos casos el 1 por ciento requiere una cirugía. Todos los cuerpos extraños varían en peligrosidad, dependiendo del tipo de borde que posean: afilados, cortantes, puntiagudos como las espinas de pescado, hueso de pollo, alfileres, entre otros, generando hasta un 35 por ciento de complicaciones como

perforación, mediastinitis, taponamiento cardiaco, fistula aortoesofágica o pleuroesofágica.

Objetivo de estudio: Dar a conocer la utilidad de esta nueva técnica para separar y remover cuerpos extraños impactados en el esófago y estómago, presentándolo como una nueva alternativa frente a la cirugía de emergencia o electiva. *Metodología:* El tipo de estudio clínico es observacional y descriptivo, de serie de casos. *Resultado:* Se presentan 17 casos (9 hombres y 8 mujeres). Los tipos de cuerpos extraños removidos fueron huesos de pollo (7), espina de pescado (3), prótesis dental parcial (2), bolo alimenticio (2), alfiler (1), chinche dorado (1), y una tableta con su empaque (1), no se presentaron complicaciones. *Resultados de enfermería:* Riesgo de lesión relacionado con características del cuerpo extraño, ansiedad relacionado con conducta del paciente o familia por el ambiente hospitalario desconocido, tratamiento, procedimientos invasivos evidenciado por llanto, irritabilidad, agitación, confusión.

Antecedentes nacionales

Huamán (2017) realizó la investigación titulada “Caso cuidados de enfermería paciente con Cáncer Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz” Paciente adulta mayor con antecedente de cáncer en estomago ingresa en mal estado general al Servicio de emergencia del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. La experiencia permitió una mejor comprensión de la paciente con cáncer como un ser humano unitario, así como un nuevo planteamiento sobre la toma de decisiones en el cuidado y en la aplicación de un pensamiento lateral para la resolución de problemas en la línea de la colaboración y con participación entre la familia, el paciente y la enfermera. *Objetivo:* Brindar y proporcionar una adecuada atención que logre satisfacer las necesidades del paciente, mejorando el estado físico, mental y social del paciente para que se reincorpore a la sociedad. *Metodología:* El estudio es de tipo descriptivo, analítico. *Resultado:* Analizando estos datos sobre la salud del paciente se identifican los siguientes diagnósticos:

Ansiedad, relacionado con amenaza de muerte; el concepto de sí mismo, para el estado de salud, evidenciado por expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales; protección ineficaz relacionado con enfermedad real, evidenciado por alteración sensorial y desorientación. *Conclusión:* Se concluye que el diagnóstico de ansiedad fue resuelto en colaboración con la familia, la protección ineficaz parcialmente resuelto.

Marco conceptual/ Revisión de literatura

Toracotomía.

Es un tipo de cirugía en la que se abre la pared torácica para tener acceso a los órganos como pulmón, esófago, tráquea, aorta, corazón y el diafragma. Se aplica para tratar enfermedades pulmonares, colapso pulmonar, cáncer de pulmón, obstrucción pulmonar; perforación de esófago, ruptura traumática del diafragma, estenosis de tráquea y bronquios, hemotórax, embolias por proyectil al corazón y arterias, lesiones cardíacas, defectos valvulares, falsos aneurismas. Su técnica quirúrgica consiste en realizar una incisión lateral o posterior del tórax accediendo entre las costillas a los órganos dirigidos. También se realiza toracotomía para extraer cuerpo extraño o para drenar abscesos (López, 2011).

Objetivo del procedimiento.

Estabilizar al paciente y detener las posibles complicaciones.

Tratamiento.

La sonda pleural se introduce a través de la pared del tórax con el fin de drenar sangre, aire o absceso; esta sonda pleural se deja por varios días, según el caso lo requiera, dependiendo de la evolución del paciente y la evaluación del médico tratante (López, 2011).

Signos y síntomas.

Ansiedad, dolor torácico, hipotensión arterial, piel pálida, fría y húmeda; taquicardia, respiración rápida y superficial, inquietud, dificultad para respirar y cambios posturales muy frecuentes.

Diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se realiza a través de la recolección de datos de la historia clínica y la exploración física del paciente ayudándose además de los exámenes auxiliares como de laboratorio, ecografías, radiografías, tomografías, y otros que puedan ayudar (Asencio, 2006).

Complicaciones.

Son varias las complicaciones y algunas de consideración. Tenemos lesión de la arteria intercostal vena o nervio, lesión del diafragma o de víscera intratorácica intraabdominal, enfisema subcutáneo, ruptura del sello de agua resultando en un neumotórax, hematoma o equimosis de la pared torácica, infección en el sitio de la incisión, infección en el tracto, empiema (Asencio, 2006).

Cuidados de enfermería.

Monitorizar frecuentemente la ventilación con una auscultación y percusión del tórax para detectar tempranamente dificultad respiratoria; aspirar secreciones, si el paciente no las puede eliminar; realizar terapia respiratoria e incentivo respiratorio, es decir, incentivar ejercicio de inspiración y expiración; administrar analgésicos según horario para aliviar el dolor y permitir que el paciente realice técnicas de respiración, tosa e elimine secreciones bronquiales; evitar depresión del sistema respiratorio y vascular; monitorizar frecuentemente el estado hemodinámico: control de funciones vitales las veces que sea necesario; vigilar la frecuencia cardíaca, considerando una posible arritmia siendo una complicación.

Esofagectomía.

Es una cirugía que consiste en extirpar algo o extraer la mayor parte del esófago. Se realiza el procedimiento en el abdomen, pecho o cuello, también se realiza de manera laparoscópica. El esófago es el tubo en el cual se mueven los alimentos desde la boca al estómago. Procedimiento indicado en neoplasia maligna, perforación esofágica (Mediastinitis), estenosis refractarias, trauma esofágico. La perforación esofágica es una enfermedad con elevada mortalidad cuyo tratamiento es muy discutido y debe adecuarse a las condiciones del paciente (Muñoz, 2005).

El tiempo transcurrido, la localización de la perforación y su causa son factores que influyen para su intervención quirúrgica o estrategia terapéutica. Existen tres estrategias terapéuticas: las conservadoras, que vienen a ser el uso de antibióticos, nutrición parenteral; en segundo lugar, las prótesis esofágicas, basadas en el drenaje del mediastino hacia el esófago, si hay signos de sepsis y; finalmente, las quirúrgicas, que dependerá de la perforación, localización, edad, estado general del paciente.

Por otra parte, existen situaciones de riesgo tales como cuando la perforación sucede en el tercio superior del esófago, existen síntomas de obstrucción cuando son objetos de mayor tamaño. Una perforación es un orificio a través del cual los contenidos del esófago pueden pasar al mediastino (área que rodea al tórax) esto causa infección al mediastino (Mediastinitis). (Ramos, 2008).

Diagnóstico.

Depende de la historia clínica recolectada, examen físico del paciente, imagenología: tomografías, radiografía, y la endoscopia digestiva alta.

Tratamiento.

El manejo para una perforación esofágica es expectante, endoscópico o quirúrgico y esta puede ser abierta o laparoscópica. Las indicaciones médicas son una hidratación continua, antibiótico de amplio espectro, monitorizar funciones vitales, oxigenación, si es necesario, (Borraéz, 2016).

Complicaciones.

Hemorragia digestiva, Mediastinitis, abscesos en el esófago o a su alrededor, fistulas traqueo esofágicas, compromisos de tejidos blandos y fistula de piel, daño permanente al esófago, infección en los pulmones (Javier, 2018).

Signos y síntomas.

Disfagia, afagia, sialorrea, dolor en el tracto esofágico, dificultad respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, respiración rápida, hipotensión, vómito, rigidez en el cuello si la perforación es cervical.

Cuidados de enfermería.

Vigilar la zona de incisión por posibles signos de infección, mantener al paciente en posición semi sentado, asegurarse que los drenajes no tengan fugas, observar permanentemente la permeabilidad de las sondas, control de funciones vitales, valorar color de piel y mucosas, valorar signos de perfusión, náuseas, ansiedad, valorar dolor, disnea y tirajes, curación diaria

Drenaje torácico.

Sistema mecánico que sirve para eliminación de aire, sangre u otros líquidos del tórax hacia el exterior y cuyo objetivo es mantener libre el espacio pleural en el post operatorio y mantener la presión negativa para la expansión pulmonar (Campos, 2003).

Tipos de drenaje.

Dependerán de la localización, llámese Neumotórax- dirección anterior y superior (apical), Derrame pleural- dirección posterior e inferior (basal), Hidro o Hemo neumotórax- dirección posterior y superior, Ausencia de localización- cualquier posición

Signos y síntomas.

Tos seca, dolor torácico, se percibe murmullo a la auscultación (Leiva, 2014).

Cuidados de enfermería.

Control de signos vitales, valorar el dolor torácico, disnea, fiebre, tirajes; medir diariamente el drenaje de tórax y marcar, valorar coloración de piel y mucosas, mantener la sonda permeable, observar las características del drenaje y anotar, limpieza del sitio de inserción del sistema, mantener una postura adecuada del paciente para el buen funcionamiento del drenaje torácico, evaluar y percutir los pulmones, la nebulización se realizará según indicación médica, cambios posturales según sean permitidos, evaluar la eficacia de la tos y la capacidad para expectorar.

Modelo teórico de enfermería

La teoría de adaptación se basó en la experiencia profesional de Sor Callista Roy en su desempeño en pediatría, en la forma como los niños desarrollan su capacidad de adaptarse al medio ambiente naciendo de esta forma la Teoría de Adaptación en 1964. Ella dice que el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida. Refiere también que la meta de enfermería es ayudar a la persona a adaptarse considerando cuatro áreas: Las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel e independencia. Roy considera al paciente como un ser holístico y no

fragmentado en un ser bio-psico-social y espiritual como hasta hoy se viene haciendo. Sugiere tener en cuenta que la persona está constituida por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones.

El paciente es un ser único y su salud es un estado que se ve modificado por estímulos focales, contextuales, residuales (Galvis, 2015).

En el caso del paciente en estudio, se definirá como la necesidad de cambiar o adaptarse a su nuevo entorno voluntariamente siguiendo ciertas pautas y actitudes que ayudarán a su desempeño en todos los aspectos; se adaptará a la ventilación sin oxígeno, a mejorar sus periodos de sueño, a involucrarse progresivamente en sus actividades, responder a los cambios del entorno, a tener decisión propia frente a circunstancias que podrían vulnerar su imagen y su integridad, involucrarse en las relaciones interpersonales.

Esta teoría evalúa al paciente como un todo. La valoración de modo fisiológico y psicosocial brinda una oportunidad no solo de conocer su estado de salud sino más bien la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, evalúa sus expectativas frente al cuidado de enfermería para promover su adaptación. También, dice Roy, son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento del individuo como sistema adaptativo (el ambiente es todo aquello que rodea a la persona), esto nos dice que la enfermera y el paciente forman parte del ambiente y en él se establece una relación de reciprocidad. El modelo de Sor Callista Roy busca que el hombre pueda llegar al máximo nivel de adaptación, evolución y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno se relacionen de forma global; considera que la persona se adapta a través de cuatro métodos: la fisiología, el autoconcepto, el desempeño de funciones y las relaciones de interdependencia (Marriner, 2000).

Los meta - paradigmas desarrollados en su teoría son: *La enfermería* es la ciencia y la práctica en la que se reconoce a la profesional como una fuente de estímulo que ayudará al paciente a enfrentar su entorno mediante la capacidad de adaptación y vinculación a este, *persona* definida como el foco principal de la enfermería como un sistema holístico, *salud* es el reflejo de la adaptación y tiene la capacidad de combatir la muerte, enfermedad, infelicidad, estrés, *entorno* es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba factores internos y externos (Flores, 2014).

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El estudio es de tipo descriptivo porque narra las respuestas observadas en el paciente y analítico porque se realizó un juicio clínico y de enfermería sobre los datos relevantes que permitieron la formulación de los diagnósticos.

Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que es el método científico aplicado al cuidado del paciente y que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración consistió en la recolección de datos de forma sistémica y organizada. El diagnóstico se realizó en función a las características definitorias que presentó el paciente y se identifican como problemas de salud obteniendo 11 diagnósticos de enfermería, así mismo, logramos captar los riesgos y problemas potenciales de salud. La planificación prioriza los diagnósticos de enfermería, elabora objetivos y la posibilidad de resultados esperados. La intervención respectiva es para la solución de problemas identificados. La ejecución con sus intervenciones previene posibles complicaciones, está en función de la meta fundamental, beneficio del paciente en el área bio- psico- social- espiritual y, finalmente, se realizó la evaluación en la que determinaríamos el estado del paciente, siendo esta estable o complicada (Potter, 2010).

Sujeto de estudio

Paciente M.C.M, sujeto de estudio adulto de 33 años con diagnóstico posoperatorio Mediastinitis por perforación esofágica, Liberación de adherencias, extracción de cuerpo extraño, lavado de cavidad, drenaje torácico.

Delimitación geográfica

El trabajo fue realizado en la Unidad de recuperación post anestésica (URPA) de sala de operaciones del Área de Emergencia de un establecimiento de salud, que es un establecimiento público I nivel de complejidad, categoría III- creado en el año 1549, fundado por el primer arzobispo del Perú, Jerónimo de Loayza. Esta institución brinda prestaciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización altamente especializado; se encuentra ubicado en Avenida Alfonso Ugarte 848; el área del terreno es de 52,910 mt², siendo su área construida de 30,000 mt², área techada 33,186 mt², su estructura basada en una composición axial de pabellones.

El servicio de emergencia es un área pequeña establecida para brindar atención en ginecología, traumatología, medicina, cirugía, shock trauma, unidad de cuidados intermedios. Cuenta con sala de operaciones de emergencia, recuperación de sala de operaciones de emergencia, personal profesional capacitado y entrenado.

El área de recuperación de emergencia consta de ocho camas con sus respectivos monitores utilizados desde una hora hasta una permanencia de cinco días por la dificultad de reubicar al paciente en alguna área que le corresponda, solo tiene un ventilador mecánico portátil que debe ser de transporte, pero por la necesidad y demanda de pacientes se usa para una permanencia mayor las 24 horas; estas ocho camas son multiplicadas a veces hasta triplicadas en su uso; por lo que el personal de enfermería no se da abasto en la atención, el flujo de pacientes es irregular, desde seis pacientes hasta 16 al día y las cirugías más frecuentes son las laparotomías exploratorias; solo hay dos enfermeras y dos técnicas de enfermería para la atención colectiva; no hay permanencia física de un anesesiólogo, pero si contamos con el

apoyo del médico anesthesiólogo que se encuentra en sala de operaciones. Su infraestructura es antigua y de época republicana.

La Unidad de Recuperación post anestésica (URPA) del hospital arzobispo Loayza es un servicio cuya área no es más que 50 mt² cuadrados con ocho camas operativas (teóricamente), pero que, en la práctica, alberga hasta 16 pacientes, los diagnósticos postoperatorios más frecuentes son apendicitis incisional y laparotomías exploratorias y el promedio de edad fluctúa entre son adultos y jóvenes. El personal de enfermería, capacitado en la atención de pacientes procedente de emergencia, está conformado por dos enfermeras y dos técnicos de enfermería por turnos diurnos y nocturnos. El objetivo del servicio es brindar atención de calidad al paciente posoperado evitando complicaciones que dilaten la pronta recuperación, la URPA cuenta con sus respectivos manuales MOF y ROF; manual de procedimientos, manual de aislamiento. Toda unidad de recuperación está en proceso de mejora tanto en el modelo de atención como en planta física, así lo describen muchos autores (Longas, 2007).

Técnica de recolección de datos

Se usaron como técnicas de recolección de datos en el trabajo de investigación tanto la entrevista como y la observación.

Como instrumento de recolección de datos se empleó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Maryorie Gordon, y para la organización de los cuidados, el formato de Plan de Cuidados Funcional adaptado por la investigadora. Esta consta de 11 patrones funcionales: Patrón de percepción- control de la salud, patrón relación- rol, patrón de autopercepción- auto concepto- tolerancia a la situación y al estrés, patrón descanso- sueño,

patrón perceptivo- cognitivo, patrón de actividad- ejercicio, patrón de valores- creencias, patrón nutricional- metabólico, patrón de eliminación, patrón sexualidad reproductiva (Cortez, 2004).

Para la organización de los cuidados se utilizó el formato de Plan de Cuidado Funcional que consta del diagnóstico enfermero, objetivo general, resultado e intervención, ejecución y evaluación.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio y dando cumplimiento al Plan de Cuidado del paciente posoperado de Mediastinitis por perforación esofágica, se tuvieron en cuenta consideraciones éticas como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La autonomía, propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Por su parte, la beneficencia, benevolencia o no maleficencia es la ayuda voluntaria que brindamos a las personas que más nos necesitan, actos de donación, es no hacer daño al sujeto o a la sociedad, principio esencial de la ética y que forma parte del juramento hipocrático. Actuar con benevolencia implica ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ello, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos. La justicia es ~~el conjunto de valores en el que la sociedad debe regirse~~, un principio moral que impulsa ~~indica~~ a obrar respetando la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde.

Los profesionales de la salud debemos conocer los fundamentos éticos, reglamentos y guías de buenas prácticas clínicas, para no realizar actos impropios, gestionando el cumplimiento de estos principios y el mantenimiento del marco ético de la investigación por parte de todo el equipo que interviene (Jaramillo, 2011).

En el cuidado del paciente se han tenido presente los principios de responsabilidad, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, confianza y dignidad. Según White (1995), en referencia a Paredes; manifiesta que los profesionales de enfermería son los responsables del cuidado que brinda al paciente, siendo preciso que recuerden siempre que, al desempeñar sus tareas diarias, están sirviendo al señor y que hay ángeles de Dios en las habitaciones donde son atendidos los enfermos, por lo que el entorno que rodea a quienes trata debe ser puro y fragante.

El consentimiento informado implica que el paciente a tratar debe estar al tanto de la investigación y brindar su aceptación voluntaria. Esto es una necesidad para todo tipo de trabajo de investigación con seres humanos (Oliva, 2001).

El respeto para los seres humanos participantes supone proteger la privacidad del paciente, es un aspecto ético mantener el bienestar del paciente en todo el proceso de la investigación (Gómez, 2011).

La confianza, entendida como la base de la investigación entre el investigador y el investigado, significa que el investigador es el único responsable del desarrollo de la investigación, el rendimiento del proyecto, la protección de los derechos y el bienestar del paciente.

La confidencialidad presupone la garantía de que la información obtenida solo es accesible únicamente al personal previamente autorizado.

Según Martínez 2010; la ética en la investigación se refiere al respeto por las personas y en la labor de enfermería no se debe considerar la edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados

Tabla 18. *Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.*

	Objetivo Alcanzado (OA)		Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA)		Objetivo No Alcanzado (ONA)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2			1	20		
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4			1	20		
Diagnóstico 5	1	20				
Total	3	60	2	40		

Análisis

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa, y saturación de oxígeno menor a 93%.

El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y del diafragma y, en condiciones normales, se realiza sin esfuerzo. Durante la inspiración el diafragma desciende y durante la espiración el diafragma se eleva, el desequilibrio de esta dinámica respiratoria es resultado de unos factores encontrados como ansiedad, dolor, posición corporal hiperventilación. (Nordmark, 1979).

La ansiedad es un sentimiento de amenaza frente a un peligro y este es un factor determinante en el proceso de la respiración. Durante el post operatorio ocurre una alteración en

el patrón respiratorio cuya mecánica o dinámica pierde su equilibrio haciéndose más esforzada la frecuencia y profundidad de la respiración; el dolor es la causa principal para la modificación del patrón respiratorio; ante estos factores el paciente adopta una postura que se adapte a sus necesidades de ventilación, de dolor, de ansiedad (Nanda, Barra, 2016).

Un mecanismo normal es inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono. La excesiva respiración, es decir, una respiración rápida y corta usando los pulmones produce bajo niveles de dióxido de carbono en la sangre, esto causa síntomas de hiperventilación, Generalmente, las razones son cuadros de ansiedad, emociones fuertes, dolor.

El paciente en estudio presenta un mal patrón respiratorio a consecuencia de un cuadro de ansiedad seguido por dolor resultado de una intervención quirúrgica.

Ansiedad relacionada con grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, sensación nauseosa y preocupación.

La angustia e inquietud es un estado afectivo que implica malestar psicológico evidenciado por cambios en el cuerpo como taquicardia, sudoración temblor, dificultad para respirar, náuseas, cefalea, irritabilidad, peligro para conciliar el sueño. Es una reacción frente a un peligro, puede o no identificarse la causa (Pérez, 2011).

Sigmund Freud clasifica a la angustia en realista, motivada por peligro exterior que incrementa nuestra atención, y en neurótica, que no es generada por peligro exterior, sino, muy al contrario, es una reacción exagerada ante un evento. (Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis conferencia 32).

La irritabilidad es la capacidad de un organismo para identificar un cambio negativo y reaccionar. Capacidad que se tiene, además, de responder ante estímulos que lesionarán su bienestar o estado (Silva, 2011).

Los síntomas producidos por las sustancias nocivas son diferentes uno del otro dependiendo también de la frecuencia, existen en muchos de ellos un factor común y es el cambio de comportamiento, cambio de humor, irritabilidad, alejamiento de la familia, descuido personal, trastorno del sueño, dificultad para respirar, náuseas (Sandhya, 2013).

El abuso de sustancias es el uso exagerado de las mismas que alteran el estado cognitivo, perceptivo y anímico. Su uso prolongado desarrolla una dependencia a la sustancia, como resultado de la composición química que genera desequilibrio central (San Juan Capestrano 2018).

Un individuo que logra el crecimiento a través de la resolución de la crisis debe ser capaz de considerar nuevas alternativas para sus problemas, disponibilidad de información. (La prensa mexicana 2da edición). La Ansiedad es un estado de desesperanza para cualquier paciente ante situaciones desconocidas teniendo en mente que la familia siempre estará presente; sin embargo, hay personas que vienen de hogares disfuncionales en los que no encuentran un apoyo, lidiando además con el consumo de sustancias desconocidas; ello hace que se enfrenten a situaciones potencialmente peligrosas surgiendo, generalmente, sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, inquietud, angustia y alteraciones en su patrón de sueño. El paciente en estudio reúne las mismas características de las que anteriormente he mencionado.

Dolor Agudo relacionado con agente lesivo físico: proceso quirúrgico (drenaje torácico) evidenciado por expresión facial de dolor y postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según Eva.

El dolor es un malestar que limita nuestras habilidades físicas y mentales y, además, transforma nuestras capacidades habituales en recesivas. El dolor, como consecuencia, va acompañado de otras características como náuseas, angustia, irritabilidad, debilidad; en consecuencia, tiene algunas denotaciones como conducta expresiva y postural que adopta el paciente con dolor. Se considera como una quinta constante vital (Cano, 2006).

La expresión de fascie no es más que una consecuencia del dolor intenso, es una emoción fuerte que agrava la buena relación y la independencia del paciente, impresiona mal humor e insatisfacción de una atención óptima, limita la pronta recuperación; entendida también como un lenguaje no verbal ante situaciones de estrés (Silva, 2011).

La postura es adoptada de diferentes formas de manera personal por cada paciente y varía según su manifestación del dolor; los movimientos corporales pueden ser muy quietos y en una posición rígida o también con mucha inquietud y sin rumbo fijo. Estas posturas son simplemente de protección ante una situación que le está causando daño (Nordmark, 1979).

El proceso quirúrgico es el procedimiento en el cual se somete al paciente a un acto quirúrgico programado o de emergencia, en este caso en mención, es un paciente sometido a un drenaje torácico. El drenaje torácico es un tubo de plástico que se inserta a través del tórax, en el espacio pleural. Se utiliza para eliminar el aire, líquido o pus del espacio intratorácico (Velásquez, 2015).

La sensación de dolor indica una lesión o peligro ante un acto quirúrgico; el paciente en estudio fue sometido a una Mediastinitis por perforación esofágica por cuerpo extraño, procedimiento que consiste en drenar fluido acumulado en el mediastino como consecuencia de una perforación por hueso en la membrana que recubre el esófago, este drenaje ejerce presión

sobre el sitio quirúrgico provocando dolor y retardando la consolidación de los tejidos (Moreno, 2004).

En este caso, el desprendimiento del drenaje por la actitud inquietante y angustiante del paciente puede aumentar el riesgo de infección e irritación de la piel circundante. Se debe medir con precisión y registrar la producción del drenaje, así como las características y cambios del contenido del drenaje. Es entendido que todo paciente posoperado referirá dolor, la intensidad y la forma dependerá de muchos factores (Escanilla, 2011).

Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva, evidenciado por inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria.

Cuando existe producción excesiva de secreciones como la saliva con evidencia de alteración de la frecuencia respiratoria y una saturación de oxígeno menor a 93%, será necesario la aspiración de secreciones siempre que el paciente no colabore con la expectoración. Hay pacientes conscientes, con Glasgow 14-15/15 a quienes se educa para la eliminación de las secreciones y se identifica la viscosidad como secreción fluida, de moderada densidad y espesa (Felipe, 2005).

La inquietud es otra causa de hiper actividad bronquial, el paciente permanece inquieto, intranquilo, perturbado, agitado; es un estado de nerviosismo que genera problemas y desequilibrio demostrado en la alteración de la frecuencia respiratoria y en la producción excesiva de las secreciones; está demostrado que un grado elevado de estrés y ansiedad causa problemas de salud como cefalea, taquicardia, taquipnea, gastritis, aumento de la salivación, dolores imaginarios (Rojas, 2014).

El consumo de alcohol y de tabaco es uno de los mayores problemas socioculturales en nuestra sociedad; sin embargo, es tolerado e incluso aprobado. La normalización de su uso, especialmente en el sector joven, ha obviado una grave realidad: Se han elevado los índices de patologías cardiovasculares y respiratorias principalmente por el uso prolongado de tabaco. El Alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe las funciones cerebrales, produciendo euforia y desinhibición seguido de relajación, descoordinación motora, dificultad en el habla y disociación de ideas (Ruiz, 2016).

En el caso de las drogas, las manifestaciones arriba mencionadas corresponden a las conductas adictivas hacia sustancias psicoactivas que genera un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias significativas y recurrentes que pueden llevar a situaciones de peligro físico y mental. Sus signos y síntomas son producción excesiva de salivación, ansiedad, perturbación, alteración de patrones conductuales y otros, además está demostrado que existen patrones de riesgo de transmisión familiar (Vargas, 2001).

Entre las consecuencias se describen alteraciones emocionales, conductuales, sociales y psicósomáticas, los problemas de salud se ven incrementados, así como se va fortaleciendo el desgaste psicológico siendo más frecuente la aparición de eventos depresivos, ingesta de alcohol, consumos tóxicos y drogas (Cortes, 2015).

El caso presentado se refiere a un paciente con una serie de problemas como dificultad respiratoria, sensación nauseosa, dolor al respirar y presencia del drenaje torácico, además de acumulo de secreciones y aumento de la salivación; el consumo de drogas, tabaquismo y alcohol altera las funciones cognitivas, sensitivas, conductuales demostrando un paulatino deterioro de sus capacidades.

Náuseas relacionado con medicación anestésica, ansiedad, temor, procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa, acumulo de secreciones y aumento de la salivación.

Sensación nauseosa; las náuseas son un molesto síntoma que obedece a muchos factores y la sensación nauseosa es el resultado secundario producido por ciertos medicamentos, uso de alcohol (abuso o abstinencia), anestesia.

Acumulo de secreciones en la boca y el aumento de la producción de saliva son efectos de la ansiedad y el estrés. La saliva es esencial para deglutir y saborear los alimentos, facilita la digestión, pero hay situaciones de exceso y disminución en la producción, lo que se conoce técnicamente como sialorrea y xerostomía respectivamente.

Ansiedad, la ansiedad activa el sistema nervioso simpático; por tanto; paraliza las funciones del estómago para segregar adrenalina y genera náuseas, ganas de vomitar, diarrea, malestar estomacal. Las náuseas en el posoperatorio se presentan en un 30% de los pacientes mientras que el 70% son de alto riesgo durante las 24 horas (Acosta, 2010).

En cuanto al régimen terapéutico, la incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios son altos, su etiología es multifactorial, pero tiene explicación cuando hay administración de anestésicos volátiles, anestésicos intravenosos, administración de opioides, ventilación prolongada con máscara facial.

Respecto al procedimiento quirúrgico, hay factores que desencadenan náuseas y vómitos como la deshidratación, dolor, ansiedad, hipotensión y el ayuno prolongado, las mismas cirugías a la que los pacientes son sometidos las producen y existen medicamentos antieméticos usados para la solución (Rincón, 2015).

Discusión

El paciente M.C.M, adulto de 32 años, con diagnóstico médico post operatorio Mediastinitis por perforación esofágica, liberación de adherencias, extracción de cuerpo extraño, lavado de cavidad y drenaje torácico, presentó una serie de problemas, estos fueron parcialmente solucionados.

El diagnóstico **Patrón respiratorio ineficaz**, relacionado con ansiedad, dolor al respirar e hiperventilación evidenciado por frecuencia respiratoria 24 por minuto, respiración profunda y dolorosa y saturación de oxígeno menor a 93%, tuvo como objetivo que el paciente lograra un patrón respiratorio eficaz durante el turno, permitiendo cumplir con las intervenciones de enfermería como mantener una posición semisentado; administrar oxígeno con máscara de reservorio teniendo como resultado una frecuencia respiratoria entre 16 a 20 por minuto, evidenciándose profundidad respiratoria normal, manifestando, además, alivio del dolor al respirar y manteniendo una saturación de oxígeno con nivel mayor a 95%. Este diagnóstico tuvo un objetivo alcanzado.

El diagnóstico **Ansiedad** relacionada con grandes cambios en su vida: estatus económico y estado de salud, evidenciado por angustia, irritabilidad, sobreexcitación, inquietud, sensación nauseosa y preocupación, tuvo como objetivo disminuir el nivel de ansiedad durante su permanencia hospitalaria valiéndose de intervenciones de enfermería como valorar el nivel de ansiedad, brindar apoyo emocional, facilitar el autocontrol de la ansiedad, manejar técnicas de relajación y cuyo resultado esperado fue: Paciente permanecerá menos ansioso, menos irritable, excitado e inquieto y se mostrará menos preocupado, con dominio de sí. Este objetivo fue parcialmente resuelto porque el paciente, en el periodo corto de su estancia, no logrará disminuir

la ansiedad por que hay factores que la predisponen y una de ellas es el abandono familiar y el consumo de sustancias adictivas independiente de las anteriores.

El diagnóstico **Dolor agudo** relacionado con agente lesivo físico: Proceso quirúrgico (drenaje torácico) evidenciado por expresión facial de dolor, postura antálgica y referencia de dolor 6/10 según Eva; con el único objetivo de disminuir el dolor luego de la administración de analgésico. Luego de las siguientes intervenciones de enfermería, evaluar el dolor y administrar analgésico vía endovenosa lenta y diluida según horario prescrito. Como resultado, paciente referirá disminución del dolor calificando en intervalo de 2 a 4/10 según Eva, evidenciará fascie de alivio y sosiego y presentará una postura antálgica. El paciente encontró satisfacción en el alivio del dolor, fue un objetivo resuelto.

El diagnóstico **Limpieza ineficaz de la vía aérea** relacionada con espasmo de la vía aérea y mucosidad excesiva, evidenciando inquietud, ortopnea y alteración de la frecuencia respiratoria. Con las intervenciones de enfermería, monitorizar la frecuencia respiratoria: evaluar ritmo y profundidad, realizar aspiración de las secreciones de las vías aéreas e iniciar una higiene de la cavidad bucal cada ocho hora, iniciar fisioterapia respiratoria con inspirómetro incentivo y nebulización con suero fisiológico cada ocho horas, continuar con la oxigenación hasta conseguir una saturación de oxígeno mayor de 95%, cambiar de posición cada dos horas y mantenerlo semi sentado y mejorar la hidratación endovenosa. Como resultado, paciente mejora la alteración de la frecuencia respiratoria, la producción de la salivación y disminuirá la inquietud. Sabemos bien que la retención de secreciones disminuye el diámetro de las vías respiratorias, evitando el buen pasaje de oxígeno y la eliminación del CO₂ identificado en acumulo de secreciones en la cavidad oral. Objetivo parcialmente resuelto.

El diagnóstico **Náuseas**, relacionado con medicación anestésica, ansiedad, procedimiento quirúrgico evidenciado por sensación nauseosa y aumento de la salivación con el objetivo de que el paciente esté libre de náuseas durante el turno, teniendo como intervención de enfermería mantener al paciente en posición semi sentado y cambio del mismo cada dos horas y administrar un antiemético metoclopramida 10 mg una ampolla cada ocho horas, vía endovenosa, lento y diluido e hidratación endovenosa con cloruro de sodio 9°/00, obteniendo como resultado: paciente disminuirá la sensación nauseosa y la producción de salivación. Fue un objetivo alcanzado.

Tenemos como resultado que, después de la ejecución de las intervenciones de enfermería, se observó que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos; se logró cumplir el 60% representado con tres diagnósticos como objetivo parcialmente alcanzado y un 40% como objetivo alcanzado con dos diagnósticos.

Una emergencia médica es una perforación de esófago por cuerpo extraño sumando los días de evolución y considerando aún más los antecedentes de estilo de vida que tiene el paciente (Carrasco, 2000).

Capítulo V

Conclusión y recomendación

Conclusiones

En el presente trabajo académico Proceso de Atención de Enfermería Mediastinitis post perforación esofágica por cuerpo extraño, se concluye:

Se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se logra ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico que fueron cinco los más representativos.

Se logra alcanzar los objetivos propuestos, en su mayoría parcialmente alcanzados, y alcanzados gracias a los cuidados de enfermería, según el análisis del total de los cinco diagnósticos un 60% son objetivos alcanzados (OA) y un 40% son objetivos parcialmente alcanzados (OPA).

Recomendaciones

Al finalizar el presente estudio se recomienda tener en cuenta lo siguiente:

Recomendamos que en toda etapa preoperatoria en pacientes con antecedentes de adicción se realice una evaluación psicológica para recolectar datos específicos y direccionar los cuidados de enfermería aún más precisos.

Para que el paciente asuma su confort físico y psicológico, las actividades de la enfermera deberían dirigirse a asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico. Esto se conseguiría mediante el abordaje integral del

paciente quirúrgico según la perspectiva holística del ser humano, recomendado en la Teoría de Adaptación de Callista Roy.

De todos los diagnósticos mencionados en este tipo de cirugías y en este tipo de pacientes, el de mayor complicación es el Patrón respiratorio ineficaz así que se debe establecer un manual de protocolo que unifique criterios de atención de enfermería. Protocolizar cuidado de enfermería en relación a la función respiratoria y que vaya de mano con estudios propios de la institución.

Referencias

Acuña Juan Pablo. (2014). Revista Médica Clínica Las Condes. Tratamiento del dolor agudo en el paciente dependiente de sustancias. Volumen 25. Página 664. Chile.

Acosta Villegas, Francisco. García López, José Antonio. (2010). Cirugía Española. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. Volumen 88. Páginas 369-373. España.

Alana Gómez, Almeida (2017). Estado respiratorio de pacientes adultos en el posoperatorio de cirugía torácica y de abdomen superior. Revista Latino- Americana de Enfermería.

Alarcón y Ormeño. (2013). Caso clínico batería cilíndrica en vía digestiva. Hospital Nacional de Salud del Niño. Perú.

Arias Gonzales, Xiomara (2014). Revista Médica de la Universidad de Costa Rica. Náuseas y Vómitos postoperatorios. Volumen 7. Número 2. Artículo 1. Costa Rica.

Asociación Americana de Psicología (2010). Trastornos de la ansiedad: el papel de psicoterapia en el tratamiento eficaz.

Asociación Americana de Diabéticos (2013). Vivir con Diabetes: Control de la Glucosa.

Asencio, Juan. 2006. Toracotomía de Emergencia. Evaluación crítica de la técnica.

Bilkis Manuel, Montero Daniel, Pediatría Práctica, Hidratación Endovenosa en la Práctica Clínica. 2007.

Borraéz, Angelica. 2016. Esofagectomía híbrida: Esofagectomía transtorácica con ascenso gástrico laparoscópico. Revista Colombiana.

Brunner y Suddarth. (2017). Enfermería Médico Quirúrgico. 12ª Edición. OPS.

Carratalá Perales, José Manuel, (2011). Revista Española de Cardiología. Terapia de alto flujo con cánulas basales en la insuficiencia cardiaca aguda. Volumen 64. España.

- Campos Rojas, Reyna. 2003. Drenaje Torácico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 11, numero 2.
- Cano J, de Juan. (2006). Valoración del dolor: 5ta constante vital. Sociedad Española del Dolor. España.
- Cano Vindel. (2018). Revista Ansiedad y Estrés. Volumen 24 plataforma Elsevier, Science Direct. Ansiedad y Estrés: Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria.
- Carrasco, M. P. (2000). Tratado de emergencias médicas. Madrid. España.
- Castañeda López, María. (2014). Asesora de trabajo de graduación de López L, Rosa. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Castañeda Jorge, Pérez Tania. (2012). Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. Fisiología de dolor agudo. Cuba.
- Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin Drogas: DEVIDA (2010). Biblioteca Nacional del Perú. Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú.
- Cortes Susana, 2015. Revista Española de Nutrición Comunitaria. Metodología para la estimación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Chávez. (2012), Caso Una nueva técnica para la remoción de cuerpo extraño impactados en el tubo digestivo alto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Perú.
- De la Peña Llerandi, Adolfo. 2007. Depresión Respiratoria.
- De la Revilla AL. Fleitas CL. (2003). Enfoque Familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: Ciclo vital Familiar. Atención primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 5ta edición. España.

Escanilla I. (2011). Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. Enfermedades Psiquiátricas.

Jaramillo- Jiménez, Miriam. Delgado Tarazona, Paola. (2011). Consideraciones éticas del rol de la enfermería en la coordinación de estudios clínicos. Volumen 21. 62. Universidad de Santander. Colombia.

Felipe Toribio, Rayero María del Pilar, 2005. Aspiración de secreciones por vías orofaríngeo y nasofaringe.

Fieselmann JF, Hendryx MS, Helms CM. (1993). Respiratory rate predicts cardiopulmonary arrest for internal medicine patients. J Gen International Medicine.

Flores Almonacid, Romero, Angela. 2010. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. México.

Flores Muñoz, Alfredo. 2014. Sor Callista Roy “Teoría de la Adaptación”.

Galvis López, Milena. (2015). Teorías y Modelos de Enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Colombia.

García del Valle Santiago, 2011. Unidad de anestesiología, Reanimación y tratamiento del dolor. Hospital Universitario Fundación Alarcón. Madrid.

Garrido Chamorro, R. Gonzales, Lorenzo, M. García Vercher, M. (2005). Patrones de desaturación ergo espirométricos en función de la edad. Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte volumen 5- 18.

Gómez, M., Gonzales, V., Loguin, G., & Rodríguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente crítico. Enfermería intensiva.

Gutiérrez, Alfredo. (2003), Oxidantes en el humo del cigarro y enfermedades cardiopulmonares- Revista Cubana Médica.

- Guerrero, Escalante, (2010). Caso clínico cuerpo extraño en esófago. Hospital Carlos Céspedes, provincia Granma. Cuba.
- Hernández Martí, María. (2002). El País: Salud. Edición América. Una buena comunicación médico paciente reduce el dolor crónico hasta el 20%. Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Córdoba. Argentina.
- Huamán. (2017). Caso Cuidados de Enfermería a paciente con Cáncer. Hospital Victor Ramos Guardia. Huaraz. Perú.
- Janeiro, Martínez, (2013). Caso clínico paciente con diagnóstico extracción de cuerpo extraño por Laparoscópica. Hospital General de Puebla. México.
- Javier, G., Isabel, P., & Carmen María, G. (2018). Cuerpo extraño en el esófago, una urgencia endoscópica frecuente, Zona Hospitalaria.
- Kephra Froehlich. (2018). Tu postura facilita la respiración. Barcelona. España.
- Kidd Pamela, Sturt P. Manual de Urgencias en Enfermería. Harcourt Brace, (1998). Universidad Nacional de Chimborazo. Madrid. España.
- Leiva de Armas, Anela. (2016). Trauma de Tórax en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Médica de Uruguay. Volumen 32. Número 4. Uruguay.
- Literati, Natalie (2011). La inteligencia emocional. Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología. Centro de Salud Mental.
- Longas Valían, J. (2007). Manual del Anestesiólogo: URPA y REA. Madrid. España.
- López Carranza, Mario. (2011). Toracotomía 1. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo. Perú.
- López López, C. Murillo Pérez, M. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva.

Revista Enfermería intensiva. Volumen 25. Número 4. Página 123- 172. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. España.

Malgor, L. Valsecia, M. (2005). Farmacología Médica. Volumen 1. Farmacología General y del Sistema Nervioso Autónomo. Buenos aires. Argentina.

Merino, Virginia. (2008). Salud y Medicina, Técnica de aspiración de secreciones Traqueales. Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Unidad de Cuidados Intensivo. Perú.

Martin Morano, María. 2014. Manual Enfermería Práctica. Toma de Constantes Vitales. España.

Martínez, J. Torres LM. (2012). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Hospital de alta Especialidad. México.

Marriner, A. Railes, Martha. (2000). Modelos y teorías en enfermería. 7ma Edición. Barcelona. España.

Masllorens Estrada, Joan. (2012). Revista- Enfermería 20. Artículo Drenaje Torácico cerrado: Procedimiento y cuidados de Enfermería. Universidad de Barcelona. España.

Mateos Salgado, Erik. 2015. El dolor y su relación con el sueño. Capitulo V. Universidad Nacional Autónoma. Facultad de Psicología. México.

Medina Cordero, A. (2009). Enfermería Global. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. España.

Mille Loera, José Emilio. Revista Mexicana de Anestesiología. Tips en Anestesia. Dolor agudo postoperatorio. Volumen 37. Página S176. México.

Moreno C, Prada D. (2004). Fisiopatología del dolor clínico. Capítulo 2. Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá. Colombia.

Mora Arteaga, J.A. Bernal Ramírez, O.J. (2015). Medicina Intensiva. Efecto de la ventilación en posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. Una revisión sistemática y metaanálisis. Hospital Universitario Bogotá. Colombia.

Monge Rodríguez, Miguel. (2015). Revista Española Volumen 1. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso. España.

Muñoz Gutiérrez, Fernando. 2012. Monitorización Respiratoria-Ventilatorio. Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Perú.

Muñoz-Bongrand, N, & Sarfati, E. (2005). Esofagectomía por lesión no tumoral. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo. París. Francia.

Muñoz Blanco, F. Salmerón, J. Santiago, J. (2001). Complicaciones de dolor post operatorio. Revista Sociedad Española del Dolor. Volumen 8. Página 194. España.

Muñana Rodríguez, J. E. (2013). Enfermería Universitaria. Artículo Escala de coma de Glasgow. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Nanda. Clasificación completa de diagnósticos enfermeros (2017). Páginas 229, 331, 439, 395, 444.

Nanda Patrón Respiratorio | Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales (2016).

Nordmark, Rohweder, (1979). Bases Científicas de la Enfermería. La prensa Médica mexicana.

NurseFAdmin. (2016). Fowler's position. Ruth Bednar: ¿Cuál es la posición semi-fowler?

Oliva Linares, José. (2001). Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. Ciudad de La Habana. Cuba.

Obando R, Compendio de Guías de Intervención y Procedimientos de Enfermería en Emergencia y Desastre. Minsa. Perú, 2006

Pagana, K. (2008). Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio. Madrid: Elsevier. Perforación del esófago. España.

Parra Moreno, M. L (2003). Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona. España.

Pedrosa, Marcos. (2018). Ketoprofeno: qué es y cómo actúa. Farmacéutico. Madrid. España.

Peña Paulina. (2015). ¿Qué es la terapia de apoyo emocional? Programa de apoyo psicológico. Acce Salud. México.

Pérez Porto, Julián. Merino, María. (2011). Definición de Angustia. Qué es, Significado y Concepto. Buenos Aires, Argentina.

Phillips, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación.

Pinheiro, Pedro. 2018. Hemograma- Valores normales. Revista MD. Saúde. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Brasil.

Potter. Patricia, (2001). Fundamentos de Enfermería volumen 1 quinta Edición, editorial Elsevier Mosby. España.

Quimbayo, Jaime (2013). Patología Respiratoria Bogotá. Neumonía, Definición, Fisiopatología, Diagnóstico, Tratamiento, Cuidado de Enfermería. Colombia.

Ruiz María del Pilar. 2016. Revista de Estudios de Juventud, Servicio de Prevención, Promoción de la Salud. Madrid. España.

Ramos, R., Duarte, P., Vicente, C. (2008). Hemorragia digestiva alta desencadenada por un cuerpo extraño. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Volumen 100. Número 4. Madrid. España.

Rojas Enrique, (2014). Como superar la ansiedad. Editorial Planeta. 1ra Edición. México

Rozas La torre, Marizabel. (1999). Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la ciudad del Cuzco. UNMSM.

Rincón Valenzuela, David. Zárate López, Eduardo. (2015). Revista Médica Sanitas. Artículo Impacto de la implementación de una guía de práctica clínica para la profilaxis de la náusea y vómito post operatorio. Volumen 18. Clínica Colsanitas. Colombia.

Rubín Martín, Alberto. ¿Qué es la posición semi-fowler? Psicólogo. Ciencia, Educación, Cultura, Estilo de vida: Lifeder.

Sáez López, M. P. Sánchez Hernández, N. (2016). Revista de la Sociedad Española del Dolor. Tratamiento del dolor en el anciano. Volumen 23. Número 2. Madrid. España. Revisión

Sánchez, F. (2012). Drenaje torácico cuidados de enfermería. Manual de Procedimientos. Dispositivos de drenaje pleural. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. España.

Serrano Pintado, Isabel. (2016). Ansiedad y Estrés. Volumen 22. Número 1. Universidad de Salamanca. Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante los exámenes.

Snyder, S. H. M. (1993). Droga y Cerebro. Prensa Científica. Barcelona. España.

Torrente. (2005). Ventilación Mecánica: Principios Básicos y aplicaciones en pacientes críticos. Servicio de Hospitalización y unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Barcelona. España.

Uribe Velásquez, Sandra. 2014. “Estar ahí” significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. Artículo de investigación. Avances de enfermería. Volumen XXXII.

- Vargas, Diana. 2001. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Bogotá. Colombia.
- Velásquez, Mauricio. (2015). Manejo de los sistemas de drenaje pleural. Revista Colombina. Scielo. Cali. Colombia.
- Zambrano, Andrés. (2013). Toracentesis y Toracotomía.
- Zaragoza F, Landa I, Larrainzar R, Moñino P. (2005). Dolor Postoperatorio en España. Primer documento de consenso.

Apéndice

Apéndice A: Guía de Valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE RECUPERACION POSANESTESICA

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: <u>Castro Muñoz Michel</u>	Fecha de nacimiento: <u>16 junio del 1985</u> Edad: <u>33 años</u> Sexo: <u>masculino</u>
Fecha de ingreso al servicio: <u>29/01/18</u>	Hora: <u>7:25pm</u>
Procedencia: Ambulatorio: <u>-</u> Hospitalizado: <u>-</u> Emergencia: <u>-</u> Otro: <u>sala operación de Emergencia</u>	
Peso: <u>62 Kg</u> Talla <u>156cmt</u> PA: <u>160/98 mmhg</u> FC: <u>116 x'</u> FR: <u>24 x'</u> T: <u>37.7° C</u>	
Saturación: <u>93%</u>	
Dx. PRE Operatorio: <u>Cuerpo extraño en esófago, descartar perforación esofágica</u>	
Dx Intervención Quirúrgica Realizada: <u>Toracotomía, esofagectomía por extracción de cuerpo extraño</u>	
Dx post operatorio: <u>Mediastinitis post perforación esofágica, liberación de adherencias más extracción de cuerpo extraño, lavado de cavidad y drenaje torácico</u>	
Tipo de Anestesia: <u>General</u>	Tiempo de Anestesia: <u>17:40 pm – 7:20pm</u> Tiempo Operatorio: <u>6:00pm – 7:10 pm</u>
Médico cirujano: <u>Dr. Valdivia</u>	Medico Anestesiólogo: <u>Dra. Rojas</u>
Datos Hematológicos: <u>Hb. 12.2</u> <u>TP.13.1</u> <u>Plaq.255.000</u> <u>Glu.135</u> <u>Grupo/Factor O (+)</u> <u>HIV negativo</u>	
Fecha de valoración: <u>29/01/18</u>	

PATRON PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () Asma () TBC (✓)

Cardiov ()

Cáncer () HIV ()

Otros: Tratamiento TBC- fue en su niñez.

Intervenciones Quirúrgicas: SI () NO (✓) Fechas:

Alergias y otras reacciones: NOFármacos: NOAlimentos: NOOtros: NO

Factores de riesgo:

Consumo de tabaco SI (✓) NO ()

Consumo de Alcohol SI (✓) NO ()

Consumo de drogas SI (✓) NO ()

ESCALA DE ALDRETE	0	1	2
Actividades			✓
Respiración		✓	
Circulación		✓	
Estado de Conciencia		✓	
Saturación de oxígeno		✓	
TOTAL	6		

ESCALA DE GLASGOW					
AO	4	RV	4	RM	4

TOTAL: 12

ESCALA DE SEDACIONN – AGITACIÓN RASS

+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4
	✓							

TOTAL: EG: 13

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

Nada =1	Poco =2	Regular = 4
Bastante = 6 ✓	Mucho = 8	Insoportable = 10

TOTAL: 6

Medicamentos (indicación médica)

Omeprazol 40mg (1) evTramadol 100mg (1) evDimenhidrinato 50mg (1) ev

Estado de Higiene

Buenas ()

Regular (✓)

Mala ()

PATRON DE RELACIONES – ROLOcupación: Comerciante

.

Estado Civil: Soltero (✓) Casado () Conviviente () Divorciado ()

Viudo ()

¿Con quién vive?:

Solo () Con su Familia (✓) Otros (✓) amigo

Fuentes de apoyo: Familia (✓) Amigos (✓) Otros ()

)

Comentarios adicionales:

Permanece mucho más tiempo con los amigos y eventualmente con su familia especialmente con su herman**PATRON AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES**

Estado emocional:

Colabora () No colabora (✓) Tranquilo ()

Ansioso (✓) Triste () Lloroso ()

Reservado () Temeroso () Irritable (✓) Indiferente ()

Preocupaciones Principales / comentarios:

Paciente poco colaborador, irritable con intención de retirarse todas las conexiones, actitud amenazante.**PATRON DESCANSO SUEÑO**

Problemas para dormir: SI (✓) NO ()

Especificar: Refiere mucho dolor y no tener sueño. Además, nos comenta que en domicilio o en la casa de sus amigos duerme por horas a cualquier hora del día**PATRON PERCEPTIVO COGNITIVO**

Pupilas: Isocóricas (✓) Anisocorias ()

Reactivas (✓) No Reactivas ()

NIVEL DE CONCIENCIA

Lotep (✓) Desorientado () Somnoliento () Soporoso ()

Inconsciente () Coma ()

PRESENCIA DE ANOMALIAS EN:

Audición: _____ No

aplica _____

Visión: _____ No aplica

Habla/lenguaje: _____ No aplica

PATRON DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Doloroso: SI (✓) NO ()

Respiración: Superficial (✓) Profunda ()
 Disnea: SI () NO (✓)
 Polipnea: SI (✓) NO ()
 Otros:
 Broncoespasmo: SI () NO (✓)
 Purulento: SI () NO (✓)
 Ruidos respiratorios:
 Claros () Disminuidos (✓) Ausentes ()
) Crepitantes () Roncantes ()
 Sibilantes ()
 Tos: SI () NO (✓)
 Reflejo de la tos: Presente () Disminuido (✓) Ausente ()
 Secreciones: SI () NO (✓)
 Características: Temeroso a la ventilación espontánea
 Oxígeno: SI (✓) NO ()
 Modo: Máscara Reservada. FIO2: 10 Lt. x'
 TET () Traqueotomía () VM () Sat O2: 93%
 Drenaje torácico: SI (✓) NO ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardíacos: Rítmicos (✓) Arrítmicos ()
 Pulso: 116 x' Regular () Irregular ()
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Aumentada ()
 Llenado capilar: Si
 Edema: SI () NO (✓) Localización:
 Marcapaso: SI () NO (✓)
 Presencia de líneas invasivas:
 Catéter Periférico: (2) MS(I)
 Catéter Central: NO
 Línea Arterial: NO
 Transfusión sanguínea: NO
 Vendajes: NO

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Independiente () Parcialmente independiente (✓)
 Totalmente independiente ()
 Movilidad de miembros: Conservada (✓) Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()
 Fuerza Muscular: Conservada (✓) Disminuida ()
 Comentarios: -

PATRON VALORES - CREENCIAS

Religión: Católico
 Restricciones religiosas: No
 Comentarios adicionales: No
 Otros: No asiste a misa

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

Coloración de la Piel:
 Normal (✓) Pálido () Cianótico () Ictérico ()
 Hidratación: Piel Seca () Piel Turgente () Hidratado (✓)
 Integridad: Intacta () Lesiones (✓) por drenaje torácico
 Cavidad Bucal: Dentadura: Completa (✓) Ausente ()
 Incompleta () Prótesis ()
 Mucosa Oral: Intacta (✓) Lesiones ()
 Signos y Síntomas: Nauseas (✓) Vómitos () Hematemesis ()
 Pirosis ()
 Cantidad: -
 SNG: SI (✓) NO () Alimentación: ()
 Abdomen: B/D (✓) Globuloso () Distendido () Timpánico ()
 RHA: Presentes (✓) Disminuidos ()
 Ausentes () Aumentados ()
 Herida Operatoria:
 Sangrado: Nulo () Escaso (✓) Moderado () Severo ()
 Características: Seroso () Sero hemática (✓) Hemática ()
 Drenajes: SI (✓) NO ()
 Especificar: Drenaje Torácico

Evento adverso: ninguno

PATRON DE ELIMINACIÓN

Presencia de líneas invasivas:
 Sonda Foley SI (✓) NO () - Talla Vesical SI ()
 NO (✓)
 Irrigación vesical: SI () NO (✓)
 Características de la orina: Clara (✓) Colúrica () Hematúrica ()
 Cantidad: Escasa
 Colostomía: SI () NO ()
 Características: No aplica
 Eliminación intestinal: No aplica
BALANCE HIDRICO:
INGRESO: 2000 cc cloruro de sodio 9por mil
EGRESO: 400 diuresis. 80 perdidas insensibles
Balance hídrico positivo a 1520cc.

PATRON SEXUALIDAD REPRODUCTIVO

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()
 Características:
 Tapón vaginal: SI () NO ()

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

Medicamento	Horario
Ceftriaxona 2mg ev	(1) c/ 24hrs.
Clindamicina 600mg ev	(1) c/ 8hrs.
Omeprazol 40mg ev	(1) c/ 8hrs.
Tramadol 100 ml ev	(1) c/ 8hrs.
Dextrosa 5% 1000 h (1)	I-II-III + 500

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA
 MIRIAM SOTO FALCON

Apéndice B: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimiento

Se informa que el trabajo de investigación académica “Proceso de Atención de Enfermería a paciente posoperado de Mediastinitis post perforación esofágica” en el servicio de recuperación de sala de operaciones del área de emergencia en un establecimiento de salud, es con el objetivo de brindar oportunamente atención de enfermería para lograr una pronta recuperación de su salud; este desarrollo del trabajo de investigación académica es de forma confidencial y estrictamente para fines de estudio.

Riesgo del estudio

Este estudio académico no representa ningún riesgo para Ud. y para la participación es necesaria su autorización que implicaría su consentimiento.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria y su participación en el estudio no tiene costo generado para Ud. Sin embargo, su aporte es de importancia para el estudio de investigación académica específicamente para los profesionales de salud, Enfermería.

Participación voluntaria

Su participación es completamente voluntaria y podrá retirarse en el momento que lo estime conveniente sin que este estudio le ocasione una penalidad o malestar físico y emocional. Habiendo leído detenidamente el documento Consentimiento Informado y escuchado atentamente las explicaciones de la investigadora plasmo mi firma como fe de la conformidad.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información; entiendo que mi participación es gratuita, entiendo también que puedo retirarme en el momento que lo considero apropiado sin que esto represente gasto monetario o recibir alguna represalia por parte de la investigadora.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de “Proceso de Atención de Enfermería a paciente posoperado de Mediastinitis post perforación esofágica”.

Nombre del participante: MCM

Firma:

Fecha:

Celular:

Documento de identidad (DNI):

Fecha de nacimiento:

Apéndice C: Kárdex

HOSPITAL NACIONAL "ARCEBISPO LOAYZA"
SERVICIO DE EMERGENCIA
SALA DE RECUPERACION

KARDEX DE ENFERMERIA

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES	29/II/18	
OXIGENACION/V.V.	→	
BALANCE HIBICO	→	
PARO/CONFORT/MOVIUACION	→	
CAJA DURA/MOVIUACION EN BLOCK	→	
CUIDADOS DE HERIDA OPERATORIA	→	
CUIDADOS DE DP/DT/TP/OPR/UB/IN.S.		
CUIDADO DE SNG/SF/COLOSTOMIA/ILIOSTOMIA		
RECEPA A 30°	→	
REDAJE DE MI/MI.A 10°		
CONTROL DE SANGRADO VAGINAL		
INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES		
CINA 9% 100	7500	
Dextrosa 5% 1000	7 I II III	
HO		
9/24 Ceftriaxona 2gr IV	10	
9/8 Clindamicina 600 CLVO	10-6	
9/8 Icebuprofeno 100 CLVO	9-5	
9/20 Mefenazol 400 CLVO	10	
diclofenac 100 CL 2/2 PRN		
REGLAZACIONES: FENO./CLORU.		
ORINA:	NNO / SNG.	
2 CAMBIOS AUXILIARES		
COM./HO./M.CNT.		
GLUCOSOSA		
NR		
adherencias; extracción cuerpo extraño, LC, Dx + v.		
HT. DE: Hacia sinitis postoperatoria esofagica, liberación		
ANESTESIA: General	FECHA: 29/II/18	HR: 7.35 pm.
APTELLOS P. M	M. C	N. M
SEXO: XXX	EDAD: 33 a	N° CAMA:
GRADO DE DEPENDENCIA: I	II	III
DR.:		

Apéndice D: Fichas Farmacológicas

CEFTRIAXONA

Es una cefalosporina de tercera generación para uso parenteral que muestra una actividad frente a los gérmenes gram negativo.

Nombre Genérico: Ceftriaxona

Nombre comercial: Rocephin

Clasificación. Se clasifica ATC. Grupo anatómico: J- anti infeccioso de uso sistémico. Grupo terapéutico: antibacteriano de uso sistémico. SG químico/ terapéutico: cefalosporina de 3ra generación.

Indicaciones. Sepsis, meningitis, procesos respiratorios, neumonía, garganta, nariz, oído; piel y tejidos; profilaxis peri operatoria; renal, urinario; infecciones abdominales: peritonitis, infección tracto biliar y gastrointestinal; infección de hueso, articulación; genital, gonocócica.

Mecanismo de acción. Como todo antibiótico Beta- lacta mico es bactericida, inhibe la síntesis de la pared bacteriana al unirse a unas proteínas llamadas “proteínas ligandos” de la penicilina (PBPS) que se localiza en dicha pared.

Reacción adversa/efectos adversos. Reacción local en el sitio de la inyección con dolor e induración. Nauseas vómitos, dolor abdominal, diarreas, flatulencias, colitis, broncoespasmo, aumento de la enzima hepática, mareos, cefaleas, epistaxis, glucosuria, hematuria, ictericia, nefrolitiasis, palpitaciones, urticaria, prurito, dermatitis alérgica, anormalidades hematológicas.

Dosis. Hay dosis de adultos y dosis pediátricas, todo dependerá de la infección por la cual se hizo presente y la severidad de este. Hay dosis profiláctica perioperatoria, la duración de la terapia está determinada por el especialista a cargo y lo habitual es de 4 a 14 días con algunas restricciones. La dosis es de 2 gr vía endovenosa como también 2 gr por vía intramuscular.

Cuidados de enfermería.

(a). administrarse por vía endovenosa diluir con 80cc de cloruro de sodio 9%o y el tiempo de infusión tiene una duración de 30 minutos. (b). la administración se realiza previa asepsia de la ampolla y la zona de inyección. (c). control de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria durante su administración. (d). no administrar a pacientes alérgicos a la cefalosporina. (e). verificar que la solución no está turbia ni sedimentos. (f.) hay que reconocer que sea el paciente correcto.

CLINDAMICINA

Es una lincosamida derivado de la lincomicina antibiótico semi sintético producido por la sustitución del grupo 7 (R) hidroxilo por cloro en la posición 7 (S) del compuesto madre. Es un potente antianaerobio, y se activa en todos los anaerobios, muchos de los cocos gran positivos (aerobios) y algunos protozoarios.

Nombre genérico. Clindamicina

Nombre comercial. Dalacin.

Clasificación. Grupo anatómico: J anti infeccioso de uso sistémico; grupo terapéutico: antibacteriano de uso sistémico; SG grupo terapéutico: lincosamidas

Indicaciones. Acné vulgar, ántrax, profilaxis dental, periodontitis, profilaxis endocarditis, vaginosis bacteriana, diverticulitis y endometritis, infecciones intraabdominales: apendicitis, enfermedades pélvicas, profilaxis en cirugías cabeza y cuello.

Mecanismo de acción. La clindamicina es un bacteriostático; sin embargo, tiene una acción bactericida sobre algunas cepas de staphylococcus, streptococcus y bacteroides. Actúa inhibiendo la síntesis proteica bacteriana al unirse a la subunidad 50S del ribosoma bacteriano, impidiendo la iniciación de la cadena peptídica.

Reacción adversa /efectos adversos. Diarrea, colitis, vomito, flatulencia, distensión abdominal, aumento de las transaminasas, urticaria, dermatitis por contacto, tromboflebitis, leucopenia, anemia, arritmia, fibrilación ventricular, bloqueo neuromuscular, edema facial.

Dosis. Existe dosis pediátricas y adultas. En el adulto lo recomendado V.O. es de 150 a 300 mg c/6 horas, por vía EV dependerá según el grado de infección y lo permitido es de 600 a 1800 mg/día en 3 dosis. Se administra por infusión por 30 a 40 minutos, tener cuidado con pacientes con insuficiencia renal y hepática.

Cuidados enfermería.

Ver reportes hemáticos, cuidados con pacientes con antecedentes gastrointestinales y función muscular, administrar una hora antes o 2 horas después de los alimentos para permitir su absorción, no administrar en caso de alergia, informar al paciente sobre efectos secundarios, no administrar en pacientes epilépticos, no administrar en mujeres embarazadas, se administra el medicamento diluido.

OMEPRAZOL

Es un medicamento de gran uso por su propiedad de bloquear la secreción de ácido del estómago aliviando la acidez.

Nombre genérico. Omeprazol

Nombre comercial. Arapride, audazol, aulcer, belmazol, dolintol, ulceral, ulcesep, zimor, emeproton, Losec.

Clasificación. ATC: grupo anatómico: A- aparato digestivo y metabolismo. Grupo terapéutico: medicamentos para trastornos relacionados con la acidez. SG químico/terapéutico: inhibidores de la bomba de protones (anti-úlceras pépticas).

Indicaciones Úlcera duodenal, úlcera gástrica, úlcera gástrica, reflujo gastroesofágico, dispepsia no ulcerosa, síndrome de Zollinger-Ellison, agruras e indigestión acida

Mecanismo de acción. Inhibe la secreción del ácido en el estómago, se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H al lumen gástrico.

Reacción adversa/ efecto adverso. Cefalea, diarrea, dolor de estómago, náuseas, mareos, dificultad para despertar, pérdida de sueño, bradicardia, hipo o hipertiroidismo, temblor extra piramidal, disminución de la presión sanguínea, alteraciones en el gusto, reacciones en el lugar de las inyecciones como dolor, eritema, edema, extravasación, infiltración.

Dosis. La dosis de tratamiento depende de las enfermedades en curso, por ejemplo, reflujo gastroesofágico 1 tableta de 20 mg durante 4 semanas, esofagitis erosiva 1 tableta diaria, esofagitis por reflujo es 40 mg diario, agruras e indigestión acida 1 capsula de 20 mg al día. Se debe tomar entero en ayunas con agua, jamás con refrescos ni bebidas carbonatadas o con leche ni alimentos, esto debido a que la absorción del omeprazol disminuye y por tanto es menos efectiva.

Cuidados de enfermería.

No administrar en mujeres en periodos de gestación, tener en cuenta los correctos, control de signos vitales, valorar la cavidad bucal, control de deposiciones

KETOPROFENO

Fármaco antiinflamatorio no esteroideo, tiene una potente actividad analgésica, usado en diferentes enfermedades.

Nombre genérico. Ketoprofeno.

Nombre comercial. Profenid.

Clasificación. Se clasifica dentro de la categoría B de riesgo en el embarazo, es analgésico, antiinflamatorio y antipirético.

Indicación. Artritis reumatoidea, osteoartritis, dolor leve a moderado, dismenorrea, dolor dental, dolor post quirúrgico

Mecanismo de acción. El ketoprofeno inhibe ciclooxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico.

Reacciones adversas. Afectan al sistema gastrointestinal: dispepsia, náuseas, diarreas, dolor abdominal, flatulencias. Ocasionalmente síndrome de Stevens- Johnson, anemia aplasia y reacción a la foto sensibilidad.

Dosis. A mayores dosis actúa como antiinflamatorio y a menores dosis como analgésico, adulto 1 capsula c/8 horas.

Cuidados de enfermería.

Se puede dejar una compresa en el sitio de incisión, controlar si existen diarreas, uso de los correctos, realizar la dilución debidamente y en tiempo descrito de 30 a 40 minutos.

TRAMADOL

Medicamento que pertenece a la categoría de morfina analgésico (opioides) que alivia el dolor intenso a severo; actúa sobre células nerviosas específicamente sobre la medula espinal y del cerebro.

Nombre genérico. Tramadol.

Nombre comercial. Tramal, zaldiar

Clasificación. Grupo anatómico: N- sistema nervioso. Grupo terapéutico: analgésico. SG grupo químico terapéutico: otros analgésicos.

Indicaciones. Para el dolor de todo tipo, desde moderado a severo, tanto agudo como crónico, así como procedimientos diagnósticos o terapéuticos dolorosos.

Mecanismo de acción. Es un agonista puro, no selectivo sobre los receptores opioides, otros mecanismos son la inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina, así como la intensificación de la liberación de serotonina.

Reacción adversa/ efectos adversos. Náuseas, vómito, mareos, resequedad en la boca y sedación, somnolencia. Escozor, urticaria, inflamación de la cara y de la boca, dificultad para respirar, agitación y palpitación, alucinaciones cuando es administrada en altas dosis, sobreviene luego alteraciones del humor, pérdida del apetito y el estreñimiento; este último se corrige con la ingesta de líquido y fibras.

Dosis. No existe una dosis segura ya que el desarrollo de la adicción depende de la frecuencia de la administración, historial de abuso de sustancias desconocidas, y factores sociales, ambientales. La dosis habitual es la prescrita por el médico y son de 50 mg y 100 mg, la vía de administración se verá con la severidad del dolor.

Cuidados de enfermería.

Tomar la píldora con agua y en horarios determinados, evitar la píldora si hay un historial de consumir drogas, no administrar a embarazadas, no administrar a madres lactantes, no administrar a menores de 18 años, a mayores de 65 años dosificar el fármaco, averiguar si el paciente es epiléptico, si convulsiona, si tiene afecciones cardiacas, hepática y renal, importante no administrar a pacientes psiquiátricos porque interactúa con los demás medicamentos.

DIMENHIDRINATO

Es usado para prevenir y tratar las náuseas, vómitos y mareos, pertenece al grupo de los antihistamínicos. Es un anticolinérgico, antivertiginoso, antihistamínico, antiemético

Nombre genérico. Dimenhidrinato.

Nombre comercial. Gravol, biodramina, cinfamar, dramamine,

Clasificación.

VEN medicamento no esencial. Código ATC A04A.

Indicaciones. Usado para todo tipo de náuseas, vómitos, mareos, vértigos, indicado a mayores de 2 años.

Mecanismo de acción. Complejo equimolecular de difenhidramina con 8-cloroteofilina. Antihistamínico que bloquea receptores H1 impidiendo propagación de impulsos emetogenos eferentes a nivel de núcleos vestibulares y anticolinérgicos periféricos que inhibe hipersecreción e hipermotilidad gástrica. Efecto sedante.

Reacción adversa/efecto adverso. Taquicardia, palpitaciones, arritmias cardiacas, sedación, cefalea, trastorno de la visión, aumento de la viscosidad de secreciones bronquiales, sequedad de boca, anorexia, retención urinaria, impotencia sexual, foto sensibilidad, hipotensión, hipertensión arterial.

Dosis. Adultos 50 a 100 mg c/4 a 6 horas sin exceder los 400 mg/día. En las personas mayores iniciar tratamiento con dosis más bajas, menores de 50 kilos se debe calcular la dosis en relación con edad y peso.

Cuidados de enfermería.

Explicar sobre efectos del medicamento, lo conveniente es no conducir autos, se debe administrar con alimentos o un vaso de agua o leche para reducir la irritación del estómago, control de funciones vitales, evitar la ingesta de alcohol, evitar en lo posible la administración a pacientes con asma, tener en cuenta los cinco correctos.

Apéndice E: Escalas de Evaluación

Escala de Aldrete

	0	1	2
Actividades			
Respiración			
Circulación			
Estado de conciencia			
Saturación de oxígeno			
Total		5	

Escala de Glasgow

	Puntaje
AO- ojos abiertos	4
RV- respuesta verbal	4
RM- respuesta motora	4
Total	12

Escala de valoración del Dolor: Evan

	Puntaje
Nada (1)	
Poco (2)	
Regular (4)	
Bastante (6)	x
Mucho (8)	
Insoportable (10)	
Total	6

Apéndice F: Otros

PERSONAL CAPACITADO



ILUSTRACIÓN DE DRENAJE TORÁCICO

Paciente con drenaje torácico: el tubo es una sonda rectal N° 24 o 26.



Frascos de drenaje torácico descartable:

