

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de
laparotomía exploratoria por hemoperitoneo de la Unidad de Recuperación
de un hospital de Lima, 2018**

Por:

Maria Antonia Tinoco Yurivilca

Asesora:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

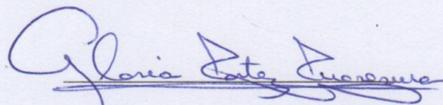
Yo GLORIA CORTEZ CUARESMA, de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: "*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por hemoperitoneo de la Unidad de Recuperación de un hospital de Lima, 2018*", constituye la memoria que presentan la licenciada: TINOCO YURIVILCA MARIA ANTONIA, 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.



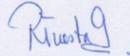
Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía
exploratoria por hemoperitoneo de la Unidad de Recuperación de un hospital
de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

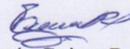
Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR



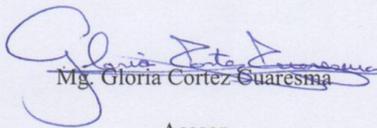
Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Presidente



Mg. María Guima Reinoso Huerta

Secretario



Mg. Gloria Cortez-Guaresma

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado por la fortaleza y su guía
a nuestro divino creador.

Asimismo, a mis progenitores por sus enseñanzas, a mis
hermanos por su apoyo, credibilidad y a mis hijos mis semillas
y tesoros por su comprensión.

Agradecimientos

A la Universidad Peruana Unión por las enseñanzas y experiencias ganadas junto a mis docentes
y compañeros.

Índice

Dedicatoria	iv
Resumen	x
Capítulo I.....	11
Proceso de atención de enfermería	11
Valoración	11
Datos generales	11
Resumen de motivos de ingreso.	11
Situación problemática o planteamiento.	12
Funciones biológicas.....	12
Medidas antropométricas.	13
Tratamiento médico.	17
Valoración según patrones funcionales de salud.	17
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	20
Diagnósticos de Enfermería.....	21
Análisis de las etiquetas diagnósticas.	21
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontanea.	21
Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	22
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración.....	22
Etiqueta diagnóstica: Hipotermia.....	23
Etiqueta diagnostica: Disminución del gasto cardiaco.	24

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	24
Planificación.....	25
Priorización de los diagnósticos enfermeros.....	25
Planes de cuidados.....	27
Ejecución.....	36
Evaluación.....	41
Capítulo II.....	44
Marco teórico.....	44
Antecedentes.....	44
Marco conceptual.....	53
Modelo teórico.....	72
Capítulo III.....	77
Materiales y métodos.....	77
Tipo y diseño.....	77
Sujeto de estudio.....	77
Delimitación geográfica temporal.....	78
Técnica de recolección de datos.....	78
Capítulo IV.....	80
Resultados.....	80
Discusión.....	82
Capítulo V.....	88
Conclusiones y recomendaciones.....	88

Conclusiones.....	88
Recomendaciones	89
Referencias bibliográficas	90
Apéndices	101
Apéndice A: Instrumento Guía de Valoración	102
Apéndice B: Consentimiento informado	104
Apéndice C: Kardex.....	105
Apéndice D: Fichas farmacológicas	106
Apéndice F: Escalas de evaluación.....	113

Índice de apéndice

Apéndices	101
Apéndice A: Instrumento Guía de Valoración	102
Apéndice B: Consentimiento informado	104
Apéndice C: Kárdex.....	105
Apéndice D: Fichas farmacológicas	106
Apéndice F: Escalas de evaluación.....	113

Resumen

El presente Proceso de Atención de Enfermería, tiene como objetivo principal de elaborar un plan de cuidado individualizado y especializado para brindar atención del paciente posoperado de laparotomía exploratoria por hemoperitoneo y resolver sus necesidades básicas, realizado en hospital de Lima 2018, basado en la teoría del Dorotea Orem del déficit de autocuidado cuyo sistema a emplearse, es totalmente compensatoria porque paciente a perdido la capacidad de su autocuidado en ventilación mecánica. La metodología empleada en el trabajo fue del tipo descriptivo y analítico, la técnica de recolección de datos; la observación directa, examen físico y la recopilación de datos de la historia clínica, como instrumento se utilizó la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon, como método el proceso de atención de Enfermería con sus cinco etapas de: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Después de analizar los datos se obtuvo como resultado final de los objetivos planteados, alcanzando un 80% de objetivos parcialmente alcanzados y un 20% de objetivo alcanzado. Llegando a una conclusión donde identificaron 16 diagnósticos de enfermería, de la cual se priorizaron cinco, se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Palabras clave: Laparotomía exploratoria, insuficiencia renal y hemoperitoneo.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre	: L.G.P.
Sexo	: Femenino.
Edad	: 69 años.
Procedencia	: Emergencia.
Servicio	: Unidad de Recuperación Posoperatoria.
Cama recuperación	: 5.
Fecha de ingreso al hospital	: 20 - 01-2018 .
Fecha de ingreso al servicio	: 20-01-2018
Días de hospitalización	: 1.
Fecha de valoración	: 20-01-2018.
Hora	: 14.00 pm.
Diagnóstico preoperatorio	: Hemoperitoneo por catéter peritoneal.
Intervención quirúrgica	: Laparotomía Exploratoria + retiro de catéter peritoneal
Tiempo operatorio	: 2. horas y 20 minutos.
Tipo de anestesia	: General.

Resumen de motivos de ingreso.

Adulta mayor de 69 años, con diagnóstico de hemoperitoneo, ingresa al servicio de recuperación procedente de sala de operaciones, posoperada de laparotomía exploratoria y retiro de catéter peritoneal por síndrome adherencial.

Situación problemática o planteamiento.

Paciente adulta mayor posoperada de laparotomía exploratoria por hemoperitoneo y retiro de catéter peritoneal, somnolienta, bajo efecto de la anestesia general, con tubo endotraqueal número 7 a 22 cm en comisura labial y cánula de Guedel con presencia de abundante secreciones blanquecinas, se conecta a ventilador mecánico en modo volumen control VC-AC con oxígeno al 100%, volumen total 450ml/kg, presión positiva al final de la expiración (PEEP) 5 cm de agua, piel y mucosas pálidas e hidratadas, herida operatoria a nivel de línea media abdominal cubierta con gasa limpia y seca, otra a nivel de flanco izquierdo ligeramente manchada con secreción serohemática, con doble vía periférica permeable en miembro superior izquierdo a nivel radial salinizada y otra a nivel cefálica perfundiendo ClNa 0,9% sin agregados por pasar 300cc conectado a bomba infusora a 40cc/hora, portadora de sonda Foley 14 French, conectado a bolsa colectora con volumen escaso de orina clara 3cc, con vendaje en miembros inferiores, grado de dependencia IV,

Funciones vitales.

P.A. 205/92 mm /Hg,

Frecuencia cardiaca 128 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto.

Temperatura 35°C.

Presión arterial medial (PAM) 128.94mm/hg.

Saturación 99%.

Funciones biológicas.

Apetito: N.P. O.

Sed: No valorable por sedoanalgesia.

Sueño: No valorable por sedoanalgesia.

Deposición: Ausente.

Diuresis: anuria.

Hora	2.00	3.00	4.00
Diuresis	3	3	3

Medidas antropométricas.

Peso: 87 kg.

Talla: 1.51cm.

IMC: 38.59.

Interpretación: Obesidad tipo II.

Exámenes auxiliares

Gasometría arterial (AGA) 20/01/18

	Valores obtenidos	Valores normales
pH	6.993	7.35-7.45
pCO ₂	48.6 mm Hg	35-45 mm Hg
pO ₂	102 mm Hg	80-100 mm Hg
HCO ₃	11.5 mEq/Lt	22-26 mEq/Lt
Sat. O ₂ :	97%	95% - 100%

Análisis:

El paciente presenta acidosis respiratoria y metabólica combinadas, con un pH menor a 7,35 y pCO₂ mayor 45 mm/Hg y culminando un HCO₃ menor que 26 mEq/L. (Urden 1998).

El pH < 7.35. en los datos indica acidez por el aumento de hidrogeniones .

En la acidosis metabólica los pulmones intentan compensar mediante la eliminación de CO₂ para aumentar el pH. El ión bicarbonato es una medida del componente metabólico del equilibrio ácido-base, los riñones regulan este contenido, disminuye en la acidosis metabólica y en presencia de insuficiencia renal, diarreas. Cuando la filtración glomerular es inferior a 25 ml/min, normalmente se requiere aporte exógeno de bicarbonato, aunque hay variación según la función renal residual y las características de cada paciente, el tratamiento de la acidosis metabólica en insuficiencia renal es de origen etiológico, por ello la paciente requiere hemodiálisis.

Hemograma 20/01/18

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	7.4 mg/dl	12-16 mg/dl
Hematocrito	24.7%	42-52%
CHCM (Concentración de hemoglobina corpuscular) medio	31.4 gr/dl	31.5gr/dl -37gr/dl
RDW (Amplitud de distribución eritrocitaria)	15.7%	11.2% – 15.2%
Número total de plaquetas	565.0 x 10 elevado al cubo Cel/ul	150-450 (por 10 al cubo)
Número total de leucocitos	19450.0cel/mm ³	4000 – 11500 cel / mm ³
Linfocitos	505.7 cel /mm ³	1000 -5000 cel/mm ³
Segmentados	18264 cel/mm ³	1500 – 8000 cel /mm ³
Basófilos	19.4cel/mm ³	20 a 100cel/mm ³

Análisis

Los valores normales de la hemoglobina de (12 a 16 gr/dl), en el paciente es 7.4 gr/dl por debajo de los valores normales, un descenso en esta proteína se refleja en ineficacia de la

función de los hematíes, lo que viene a corroborar que es una anemia. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan anemia normocítica normocrómica producida fundamentalmente por el déficit de eritropoyetina, una administración exógena de eritropoyetina mejora la supervivencia disminuyendo la morbimortalidad, fundamentalmente por disminución de los eventos cardiovasculares. Se debe descartar otras causas frecuentes de anemia. como aumento del riesgo de sangrado.

El valor de hematocrito: 24.7 % y sus valores normales de (37% a 47%), este parámetro indica el número de hematíes, la causa principal de su descenso es la anemia y pérdida de sangre que en este caso es por el hemoperitoneo.

La concentración de hemoglobina corpuscular medio (CHCM), de 31,4 gr por decilitro, bajo por un 0.1 mg/dl, con relación a 31.5gr/dl a 37 gr/dl, que mide la concentración de hemoglobina en un volumen determinado de glóbulos rojos y disminuye en las anemias microcíticas.

La amplitud de distribución eritrocitaria (RDW) mide la variación del volumen y el tamaño de glóbulos rojos (eritrocitos), con un valor de 15.7% elevado en relación con el valor de referencia 15.2% como valor normal, ligeramente alto nos indica infección y presencia de anemia.

El número total de plaquetas 565×10 elevado al cubo, teniendo como valores normales ($150 - 450 \times 10$ elevado al cubo), una alteración por encima de los valores normales es conocida como trombocitosis, las plaquetas son diminutos glóbulos citoplasmáticos que se encuentran en la sangre y cuya función principal consiste en la formación de coágulos para evitar hemorragias. Diversas afecciones a los riñones también pueden ser las causas que provoquen las plaquetas altas, en pacientes con insuficiencia renal, también cuando hay una cirugía mayor que ha provocado una lesión tisular.

Número total de leucocitos 19450.0 cel/milímetro al cubo teniendo valores referenciales (4000cel/ ml³ a 11500cel/ml³), el incremento puede estar causada por enfermedades infecciosas e inflamatorias, estado de estrés metabólico acidosis, sangramientos agudos y enfermedades hematológicas.

Linfocitos 505,7 células mm³, teniendo como parámetros normales (1000cel/ml³ a 5000cel/ml³) donde también se puede corroborar que la paciente está cursando con un proceso infeccioso. La linfopenia del adulto se ha observado en la insuficiencia renal terminal y en la insuficiencia cardiaca (Guyton y Hall, 2011; Urden, L., y Lounch, S, 1998)

Los segmentados en el hemograma con valores 18264 cel/mm³, teniendo como valores referenciales normales de 1500cel/mm³-8000 cel/mm³. Estas se encuentran en plena madurez, viajan a través de los tejidos para combatir virus, bacterias. Constituyen entre 40% y 75% de glóbulos blancos producida por infección y altos niveles de estrés, lo que indica que el organismo ha producido una respuesta inmune ante alguna sustancia extraña.

Basófilos 19,4 cel/mm³ en relación con parámetros normales de (20 cel/mm³ a 100cel/mm³), los basófilos son un tipo glóbulo blanco que se produce en la medula ósea y que habita en el sistema sanguíneo, la basopenia puede ser resultado de infecciones, alergia severa y estrés.

	Valores obtenidos	Valores normales
Sodio	139 mEq/l.	135-145 mEq/l.
Potasio	4.31 mEq/l.	3.5-5.5 mEq/l.
Cloro	113 mEq/l.	100-106 mEq/l.

Análisis

El paciente presenta cloro de 113 mEq/l. hipercloremia causada en el caso por la

insuficiencia renal y la acidosis metabólica, lo cual produce debilidad, letargia causado por el estado de inconsciencia en el que se encuentra,

La acidosis con anión Gap disminuido o acidosis hiperclorémica, se produce por la pérdida de bicarbonato, bien extrarrenal o renal, la anamnesis y exploración física son básicas para diagnóstico diferencial. En la exploración física hay que prestar atención a la existencia o no de hipoperfusión tisular acidosis láctica y a la volemia. En insuficiencia renal el tratamiento de elección será la diálisis que permitirá el equilibrio ácido base, hiperventilación. (Urden , L.Lounch, M.Stacy, 1998)

Balance hídrico:

Intraoperatorio + 126.36

Recuperación: + 275.9.

Tratamiento médico.

CL Na 0,9%,1000cc 24hr.

Tramadol 100mg/2ml inyectable, frecuencia 1 ampolla, cada 8 horas,

Metoclopramida 10mg /2ml inyectable, frecuencia 1 ampolla cada 8 horas

Nifedipino 10mg SL stat

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón percepción- control de la salud.

Paciente con diagnóstico médico de Laparotomía exploratoria por hemoperitoneo, lavado y retiro de catéter peritoneal, con antecedentes patológicos múltiples; hipertensión con tratamiento de losartan, diabetes mellitus, hipotiroidismo toma levotiroxina, insuficiencia renal crónica V estadio y obesidad mórbida con un índice de masa corporal 38.59 II grado de obesidad. Además, presenta antecedentes quirúrgicos de colocación de catéter peritoneal

(2017), cesárea (1979), colecistectomía (1982). No refiere historial de alergias, no hay presencia de factores de riesgo relacionado a consumo de alcohol, tabaco, drogas, estado de higiene regular.

Patrón relaciones-rol.

Adulta mayor, ama de casa, viuda que vive con su hija manifiesta buena relación, datos que se encuentran consignados en la historia clínica

Patrón valores y creencias.

Católica.

Patrón autopercepción-autoconcepto. Tolerancia afrontamiento al estrés

Familiares manifiestan preocupación por el estado de salud de paciente, consignado en la historia clínica.

Patrón descanso-sueño.

No valorable

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente somnolienta, Pupilas isocóricas, OD:2 mm OI: 2 mm, reactivas, con resultado de escala de RASS: -3, movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual), evaluación al ingreso escala de Aldrete 5 puntos y con evaluación del dolor con escala analógica visual 1.

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente ingresa bolseada con resucitador manual, que se coloca en ventilador mecánico a modo volumen control con parámetros FiO2 100%, volumen corriente 450 ml/kg, presión positiva al final de la espiración (PEEP) 5cm de H2O, frecuencia respiratoria 17 por minuto. En posición semifowler, con tórax simétrico, con murmullo respiratorios disminuido, presencia de roncales, con ausencia del reflejo de tos (sedación moderada), con

presencia de tubo endotraqueal número 7 a 22cm de comisura labial y cánula de güedel con presencia de abundantes secreciones blanquecinas.

Actividad circulatoria.

Hay presencia de ruidos cardiacos rítmicos, pulso regular, con pulso periférico disminuido, con llenado capilar > 2 segundos , taquicardia 128 latidos por minuto, con P.A 205/ 92 mm/Hg, y PAM 128.94 mm/Hg, edema de miembros inferiores (+), riego periférico distal tanto en miembros superiores e inferiores disminuidos, con presencia de doble vía periférica en miembro superior izquierdo catéter 20 (20/01/18) en vena radial y en cefálica catéter 18 cefálico(20/01/18) por donde se perfunde CINA 0,9% en bomba infusora a 40cc/hr, vendaje en miembros inferiores, fuerza muscular disminuida y movimiento conservados . IV grado de dependencia.

Patrón nutricional metabólico.

Presenta mucosas orales y lechos ungueales pálidas, cavidad oral con dentadura incompleta, hidratada, con nada por vía oral por más de 6 horas, no se evidencia sonda nasogástrica, náuseas ni vómitos, con anemia por valores de hemoglobina de 7.4 mg/dl y hematocrito de 24.7 en análisis de sangre, no se evidencia diaforesis, pero si piel fría a la palpación, temperatura corporal 35°C, con una índice masa corporal: 38. 59 que indica obesidad tipo II, abdómenes globulosos blando depresible. La herida operatoria a nivel de la mediana cubierta con gasa limpia y seca, otra a nivel del flanco izquierdo ligeramente manchada seca, sin drenajes, con presencia de ruidos hidroaéreos a la auscultación, balance hídrico en el intraoperatorio positivo 126.36, glicemia digital al ingreso se toma glicemia digital 245 mg / dl y en resultado de AGA 173 mg/dl.

Patrón eliminación.

Con presencia de sonda Foley (20/1/18) 14 french, orina escasa de características ámbar clara, diuresis de 3cc en 3 horas.

Patrón sexualidad reproducción.

Genitales acordes a su edad en regular estado de higiene

Hallazgos significativos por patrones funcionales.***Patrón percepción- control de la salud.***

Paciente con insuficiencia renal grado V, posoperada de Laparotomía exploratoria por hemoperitoneo + lavado y retiro de catéter peritoneal, con múltiples antecedentes, hipertensión, hipotiroidismo, diabetes, lo cual han contribuido al resquebrajamiento de su salud con complicaciones por mal manejo y cuidado de su salud, sin prácticas preventivas (hábitos higiénicos, alimenticios).

La obesidad mórbida con un índice de masa corporal 38.59 II grado. Y los antecedentes quirúrgicos de colocación de catéter peritoneal (2017), cesárea, (1979), colecistectomía (1982). Nos indican descuido por conocimientos deficientes y una actitud deficiente sobre sí misma.

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente con sedación moderada, con resultado escala RASS: -3, movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual) , de acuerdo a la evaluación al ingreso escala de Aldrete 5 puntos.

Patrón actividad ejercicio.***Actividad respiratoria.***

En ventilador mecánico a modo volumen control con parámetros oxígeno, FiO2 100%, volumen corriente 450 ml, PEEP 5cm de H2O, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, con ruidos respiratorios normales, presencia de sibilantes, con ausencia del reflejo de tos, con presencia de tubo endotraqueal a 22cm en comisura labial y cánula de güelde con presencia de abundantes secreciones blanquecinas

Actividad circulatoria.

Taquicardia 128 latidos por minuto, con P.A 205/ 92 mm/Hg, y PAM 128.94 mm/Hg, edema de miembros inferiores (+), riego periférico distal tanto en miembros superiores e inferiores disminuidos, IV grado de dependencia.

Patrón nutricional metabólico.

Presenta mucosas orales y lechos ungueales pálidas, cavidad oral con dentadura incompleta, con nada por vía oral por más de 6 horas, con anemia por valores de hemoglobina de 7.4 mg/dl y hematocrito de 24.7% en análisis de sangre, piel fría a la palpación, temperatura corporal 35.5°C, con un índice masa corporal: 38. 59 que indica obesidad tipo II, abdomen globuloso blando depresible. La herida operatoria a nivel de la mediana cubierta con gasa limpia y seca, otra a nivel del flanco izquierdo ligeramente manchada seca, sin drenajes, balance hídrico en el intraoperatorio positivo 126.36, glicemia digital al ingreso se toma glicemia digital 245 mg / dl y en resultado de gasometría arterial (AGA) 173 mg/dl.

Patrón eliminación.

Con presencia de sonda foley (20/1/18) 14 french, con presencia de orina escasa de características clara, diuresis de 3cc en 2 horas.

Diagnósticos de Enfermería.**Análisis de las etiquetas diagnósticas.**

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontanea.

Código : 00033

Dominio : 4 Actividad y reposo.

Clase : Respuestas cardiovasculares pulmonares.

Página : 240.

Definición: Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida

Factor relacionado: Alteración del metabolismo y fatiga de los músculos respiratorios.

Características definitorias: Aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la saturación.

Enunciado de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno y fatiga de los músculos respiratorios.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Código : 00031.

Dominio : 11 Seguridad / Protección.

Clase : 2 Lesión física.

Página : 395.

Definición: Incapacidad para limpiar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Factor relacionado: Retención de secreciones.

Características definitorias: sonidos respiratorios anormales.

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo de tos (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada).

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración

Código : 00039.

Dominio : II Seguridad y protección.

Clase : 2 lesión física.

Página : 381.

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial, las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.

Factor relacionado: Disminución del nivel de conciencia.

Características definitorias:

Enunciado de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal.

Etiqueta diagnóstica: Hipotermia.

Código : 00006.

Dominio: 11 Seguridad y Protección.

Clase : 6. Termorregulación.

Página : 427.

Definición: Temperatura corporal por debajo de la normalidad.

Factor relacionado: Exposición al medio ambiente frío, envejecimiento, evaporación la sudoración de la piel en un entorno frío.

Características definitorias: palidez, taquicardia, hipertensión y frialdad de la pile

Enunciado de enfermería: Hipotermia relacionado a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema (69 años) evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura de 35°C.

Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardiaco.

Código : 00004 Dominio actividad reposo.

Clase : 4 Respuestas cardiovasculares y pulmonares.

Página : 226.

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón, es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

Factor relacionado:

Características definitorias: Alteración de la contractilidad: Disminución de la fracción de eyección, disminución del índice cardiaco, disminución del índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo (ITSVI), Disminución de índice del volumen sistólico (IVS), disnea paroxística nocturna, ortopnea, presencia de ruido cardiaco S3, presencia de ruido cardiaco S4, sonidos respiratorios anormales, tos.

Enunciado de enfermería Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

1. Gestión ineficaz de la salud.
2. Riesgo de infección.
3. Deterioro de la ventilación espontanea.
4. Limpieza ineficaz de vías aéreas.
5. Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
6. Riesgo de caídas.
7. Deterioro de la integridad cutánea riesgo de perfusión renal ineficaz.
8. Riesgo de aspiración

9. Disminución del gasto cardiaco
10. Riesgo de caídas.
11. Hipotermia.
12. Riesgo de glicemia inestable.
13. Riesgo de desequilibrio electrolítico.
14. Complicaciones potenciales hipertensión arterial.
15. Complicaciones potenciales anemia.
16. Complicaciones potenciales diabetes mellitus.

Planificación.

Priorización de los diagnósticos enfermeros.

- Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno y fatiga de los músculos respiratorios.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo tusígeno (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada)
- Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal.
- Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema (68 años) evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura de 35°C.

- Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.
- Riesgo de infección relacionado con herida operatoria, vía endovenosa, portadora de sonda vesical y presencia de enfermedades crónicas.
- Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c enfermedad renal terminal con diálisis peritoneal retirado por complicaciones.
- Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c disfunción renal y disfunción endocrina.
- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c diabetes mellitus, hipertensión arterial evidenciado por edema de miembros inferiores y disminución de pulso periférico.
- Riesgo de caídas relacionado con alteración de la función cognitiva.
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimientos quirúrgicos evidenciado por lesión tisular.
- Riesgo de glicemia inestable relacionado con trastornos metabólicos
- Gestión ineficaz de la salud relacionado con conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- Complicaciones potenciales anemia
- Complicaciones potenciales de hipertensión.
- Complicaciones potenciales de diabetes mellitus.

Planes de cuidados

Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno y fatiga de los músculos respiratorios.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo:</p> <p>Paciente presentará Ventilación espontanea normal durante el turno.</p> <p>Resultados</p> <p>Paciente presentará una saturación mayor a 94%.</p> <p>Paciente recuperará vitalidad de los músculos respiratorios.</p>	<p>1. Monitorizar las funciones vitales al ingreso cada 5 minutos, luego cada 15 minutos y luego cada 30 minutos.</p> <p>2. Verificar que los parámetros del ventilador se encuentren de acuerdo con las indicaciones terapéuticas y vigilar la adaptación del paciente.</p> <p>3.Mantener estrictas normas de bioseguridad: lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos y utilizar equipo de protección personal (EPP), en todo momento de la atención al paciente.</p>	<p>1.La monitorización de funciones vitales nos informa del funcionamiento global de órganos y sistemas realizado por el monitor multiparámetros. (Tamames, 1997), permitiendo detectar precozmente signos de alarma.</p> <p>2. Los circuitos en el ventilador deben estar correctamente armados y testeados, programados de acuerdo con indicaciones para evitar complicaciones y daños siendo fundamental la observación cuidadosa, valoración y evaluación constante de la enfermera. (Gutierrez 2011),</p> <p>3.El lavado de manos reduce los microorganismos transitorios y residentes de la mano, lo cual evitará infecciones cruzadas. El equipo de protección personal disminuye riesgo de contagio de enfermedades infectocontagiosas teniendo como principio que</p>

	<p>4. Vigilar y cuidar del tubo endotraqueal: verificar la posición correcta, sujeción correcta, auscultación de ambos campos pulmonares,</p> <p>5. Colocar al paciente en posición que facilite la concordancia ventilación y perfusión, en posición semi fowler a 30 grados.</p> <p>6. Monitorizar los efectos de la ventilación evaluando resultados gases arteriales oxigenación, y la respuesta subjetiva del paciente</p> <p>7. Manejar líquidos y Ajustar el nivel del flujo de perfusión intravenosa adecuado, Administrar CINA 0,9% a 40cc /hr y balance hídrico estricto a horario.</p> <p>8. Controlar los valores de laboratorio relevantes. Gasometría arterial.</p>	<p>toda secreción biológica sea considerada contaminada. (guía OMS 2009).</p> <p>4. Permitirá evitar extubación accidental, daño a la piel peribucal. (Martínez 2015). La auscultación torácica bilateral nos ayudara a verificar posición correcta del tubo endotraqueal y detectar intubación endobronquial. (Sitzwohi 2010)</p> <p>5. La posición semi fowler ayuda a mejorar la expansión pulmonar porque permite que el diafragma se desplace incrementado o aumentado en volumen torácico. (Kozier 2012)</p> <p>6. La ventilación eficaz asegura a los diferentes tejidos una adecuada oxigenación y la eliminación rápida de dióxido de carbono lo cual mejora el estado fisiológico y psicológico al no tener sensaciones de falta de aire y detectar lucha del paciente con (Torres, 2015)</p> <p>7. Los líquidos y electrolitos en su conjunto ayudan a mantener el estado de homeostasia corporal, El dosaje nos indicarán un déficit u excesiva oferta de agua lo que ayudara a la correcta</p>
--	---	---

	9. Realizar anotaciones de enfermería con SOAPIE.	<p>administración de fluidos. (Perry y Potter, 2010)</p> <p>8. las interpretaciones de los exámenes de laboratorio suelen siempre relacionarse a la condición del paciente. (Kozier, 2012)</p> <p>9. Las anotaciones de enfermería constituyen un respaldo legal de la enfermera y permite dar continuidad al cuidado.</p>
--	---	--

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo de tos (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada).

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo: Paciente presentara limpieza eficaz de la vía aérea. durante el turno.</p> <p>Resultados: Paciente presentara movilización de secreciones. Paciente presentara reflejo de la tos. Paciente recupera el estado de conciencia.</p>	<p>1.monitorizar, vigilar y valorar la función respiratoria. En forma constante, cada 10 minutos.</p> <p>2. Evaluar estado de sedo analgesia en el paciente valorando estado perceptivo cognitivo y movilización de esputo hacia afuera de la vía respiratoria.</p> <p>3.Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal.</p>	<p>1.La variación de la frecuencia respiratoria y saturación son signos de obstrucción de vías aéreas. (Under, 1998).</p> <p>2. La sedación moderada y el relajamiento muscular impide que el paciente realice la movilización de secreciones por lo cual existe un alto riesgo de aspirarse por obstrucción de vías aéreas. (Tamames, 1997).</p> <p>3. La presencia de tubo endotraqueal, genera la producción de secreciones cánula de Guedel y a la</p>

	<p>4. Monitorizar lecturas del ventilador mecánico anotando el aumento de la presión inspiratoria y la disminución del volumen corriente según corresponda.</p> <p>5. Aspirar las vías aéreas a cuatro manos según protocolo. teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad: como lavado de manos y uso de equipo de protección personal (gafas por salpicaduras).</p> <p>6. Monitorizar y auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, detener si presenta bradicardia, extrasístole ventricular, disminución la saturación</p> <p>7. Hiperoxigenar al paciente con oxígeno al 100% durante al menos 30</p>	<p>auscultación sibilantes y disminución de la saturación corroboran la necesidad de aspiración (Kozier, 2012)</p> <p>4.El análisis de la curva de flujo volumen en paciente en ventilador mecánico, la enfermera lo usa para valorar la presencia de secreciones en la vía aérea, adelantando a la presencia de secreciones visibles. (Viejo 2009)</p> <p>5.Reduce la transmisión de microorganismos y permite mantener la esterilidad del catéter y garantiza la efectividad de la técnica. (Torres, 2015)</p> <p>6.Observar signos clínicos que pueden indicarnos que debemos suspender por un tiempo la aspiración hasta que la sangre arterial se oxigene, siempre en cuando continúa con la presencia de secreciones. (Perry y Potters, 2012)</p> <p>7.La hiperoxigenarían reduce el riesgo de atelectasia ocasionada por la</p>
--	--	--

	<p>segundos mediante la utilización del ventilador</p> <p>8. Utilizar la mínima cantidad de aspiración hasta que la faringe y la tráquea están suficientemente limpias y luego continuar con orofaringe.</p> <p>9. Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma en las anotaciones de enfermería.</p> <p>10. Monitorizar la presencia de dolor monitorear el estado de oxígeno (niveles de saturación) estado neurológico.</p>	<p>presión negativa de la aspiración (Demir y Dramali, 2005)</p> <p>8. Observar el estado del paciente puede conllevar a un estado de hipoxemia arritmias, laringoespasma y broncoespasmo. La orofaringe contiene microorganismo por lo que se tiene que aspirar al final. para evitar contaminación y complicación.</p> <p>9. Documentar el estado cardiopulmonar, el cuidado enfermero y la evolución, además de proporcionar valores basales para las futuras valoraciones (Perry Potter, 2012)</p> <p>10. Estimulo que causan dolor son susceptibles de dañar el tejido, así el dolor es una experiencia que asociamos con daño real que la enfermera tiene que valorar y sobre todo en pacientes con dificultad de comunicación como los pacientes con ventilador mecánico (Cárdenas, 2015).</p>
--	--	---

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo: Paciente presentara movilización de secreciones durante el turno.</p> <p>Resultados: Paciente presentara disminución de secreción a la orofaringe. Paciente presentara tubo endotraqueal libre de secreciones.</p>	<p>1 manejo adecuado de vía aérea artificiales Verificar y el tubo endotraqueal y su adecuado cuff.</p> <p>2. Valorar estado de conciencia (disminución del estado de conciencia) Controlar el retorno de la función sensorial y motora</p> <p>3. Colocar al paciente con la cabecera elevada a 30 grados.</p>	<p>1. La presencia de tubo endotraqueal genera la producción de más secreciones y la dificultad para la deglución favorecerá una acumulación de secreciones a nivel tráquea y orofaringe. Alteración del cierre o elevación de laringe por vía aérea artificial. . (Perry Potter 2012) (Under 1998)</p> <p>2. En estado de sedación el paciente donde solo responde al estado a estados dolorosos, donde los reflejos de deglución se encuentran anulados. La cirugía general y la relajación muscular son causales de obstrucción de las vías aéreas, se evalúa a través de la escala de Aldrete. (Kozier 2013) Alteración y de la sensibilidad del reflejo laríngeo (Under 1998)</p> <p>3. Evitar el reflujo gástrico por gravedad Under 1998</p>

	4. Tratar las náuseas con rapidez.	4. Prevenir el vómito y la aspiración resultante
--	------------------------------------	--

Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivos: Paciente presentara temperatura corporal dentro de los parámetros normales durante el turno.	1.Realizar monitorización de la temperatura cada 15 minutos.	1. Los trastornos térmicos son frecuentes en los pacientes quirúrgicos debido a la alteración de la termorregulación, exposición de la temperatura ambiente de quirófano y variaciones en el calor metabólico
Resultados: Paciente presentara piel tibia. Paciente presentara temperatura mayor a 36 °C	2.Observar color y temperatura de la piel. 3.Utilizar manta térmica de acuerdo con normas y e instrucción del fabricante mantas calientes para ajustar	Aumentando la incidencia de efectos adversos. aumenta (Baptista 2010). (Pacheco y Vicuña 2016). 2.Es importante valorar las manos y los pies en cuanto a temperatura y coloración lo cual indicara el nivel de circulación sanguínea (Under 1998) 3.La manta térmica son aparatos eléctricos que proporciona calor para que el paciente a través de la

	la temperatura corporal alterada.	transferencia pueda tener una temperatura corporal normal.
	4. Comprobar y vigilar que los límites de la temperatura seleccionados estén dentro de los intervalos de seguridad. Vigila signos vitales, coloración de la piel,	4. Tener en cuenta valores basales de funciones vitales, comprobar el correcto funcionamiento para evitar enfriamiento o calor excesivo que puede generar iatrogenia. (Perry y Potters 2012),

Cuadro 4

Elaboración: propia

Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo: Paciente presentara gasto cardiaco normal durante el turno.	1. Continuar controlando los parámetros de valoración, taquicardia, piel pálida y fría.	1. La taquicardia es un signo que nos indica que en el corazón no hay un adecuado llenado o volumen de eyección lo cual ocasiona hipoperfusión, que conlleva que se sentirá más en zonas distales.
Resultado: Paciente presentara ritmo cardiaco dentro de los valores normales	2. Colocar al paciente en posición supina con las piernas elevadas para aumentar la precarga y el gasto cardiaco.	2. La enfermera favorecerá el buen retorno venoso elevando las piernas, lo cual ayuda a la descongestión de fluidos y un correcto retorno venoso. Para aumentar la precarga y el gasto cardiaco. (Kozier 2012)
Paciente presentara niveles	3. Observar constantemente presencia de sangrado a través de cambios en los	3. La valoración es una actuación expresamente enfocada hacia el ámbito del cuidado, dando paso al

<p>normales de hemoglobina.</p>	<p>signos vitales, observación constante de herida operatoria.</p> <p>5.Realizar un balance hídrico estricto con control de flujo urinario a horario.</p> <p>6.Evaluar los signos y síntomas de sobrecarga hídrica.</p> <p>7.Administrar líquidos antes de considerar los vasopresores</p> <p>8. Administrar sangre si está indicada</p>	<p>reconocimiento de problemas, lo cual efectivizara su cuidado en plan siguiendo una metodología.</p> <p>5. El balance hídrico será un indicador de ingresos y perdidas corporales en un tiempo determinado, este aspecto también nos indicará que el balance sea positivo o negativo. Por lo cual la enfermera valorara y priorizara buscando un equilibrio razonando e interpretando teniendo sobre las patologías asociados a su paciente (Guyton, 2001).</p> <p>6.La sobrecarga de fluidos en un paciente con IRC, es un precipitante de mecanismo de descompensación asociada a agravamiento de síntomas, hospitalización y muerte.</p> <p>7. Los vasopresores aumentan considerablemente del consumo de oxígeno del miocardio en relación con la perfusión coronaria en las fases iniciales de tratamiento.</p> <p>8. En IRC hay una anemia asociada a la disminución producción de eritropoyetina y con un valor de hemoglobina de 7.4 mg/dl, que ya es un indicador de transfusión sanguínea. Pero ante una investigación exhaustiva buscando alternativas. (Monk 2004)</p>
---------------------------------	--	--

Ejecución.

Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciado por disminución de la saturación de oxígeno.

Fecha/hora		Intervenciones
20/1/18	S	no aplica paciente en sedoanalgesia
14 horas.	O	Paciente ingresa a la unidad de recuperación, bolseando con resucitador manual, somnolienta con tubo endotraqueal # 7 a 22 cm en comisura labial y cánula de Guedel con presencia de abundantes secreciones blanquecinas, se conecta ventilador mecánico en modo volumen control VC-AC con oxígeno al 100%, volumen total 450cc, volumen tidal 1,5, presión positiva al final de la espiración (PEEP) 5 cm de agua, piel y mucosa, Aldrete de 5, EVA 1.
	A	Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno.
	P	Paciente presentara ventilación espontanea normal.
	I	<p>Monitorizar funciones vitales.</p> <p>Verificar los parámetros del ventilador sea de indicación correcta.</p> <p>Mantener estrictas normas de bioseguridad como lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos y uso de equipos de protección personal.</p> <p>Vigilar y cuidar el tubo endotraqueal.</p> <p>Colocar en posición semi fowler a 30 grados.</p> <p>Monitorizar los efectos de la ventilación evaluando resultados de gases arteriales, oxigenación, y respuesta subjetiva del paciente.</p> <p>Manejar líquidos ajustando el nivel del flujo de perfusión intravenosa adecuado.</p>

		Controlar los valores de laboratorio relevantes. Realizar anotaciones de enfermería con SOAPIE.
	E	Paciente presento saturación mayor del 96% durante el turno

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo de tos (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada).

Fecha/hora		Intervenciones
20/0/18	S	No aplica paciente en sedoanalgesia
14.00 pm	O	Paciente ingresa a la unidad de recuperación, bolseando con resucitador manual, somnolienta con tubo endotraqueal # 7 a 22 cm en comisura labial y cánula de Guedel con presencia de abundantes secreciones blanquecinas, se conecta ventilador mecánico en modo volumen control VC-AC con oxígeno al 100%, volumen total 450cc, volumen tidal 1,5, presión positiva al final de la espiración (PEEP) 5 cm de agua, piel y mucosa, Aldrete de 5, EVA 1 y taquicardia.
	A	Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno.
	P	Paciente presentara vía aérea limpia durante el turno
	I	Monitorizar función respiratoria, vigilancia y valoración de la función respiratoria. En forma constante, cada 10 minutos. Valorar el estado perceptivo cognitivo Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. Monitorizar lecturas del ventilador mecánico anotando el aumento de la presión inspiratoria y la disminución del volumen corriente según corresponda. Aspirar vías aéreas a cuatro manos según protocolo

		<p>Realizar aspiración evaluando signos y síntomas.</p> <p>Hiperoxigenar al paciente con oxígeno al 100%</p> <p>Utilizar la mínima cantidad de aspiración</p> <p>Detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia extrasístole ventricular o desaturación,</p> <p>Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</p> <p>Enviar muestra de secreciones para su cultivo y antibiograma.</p> <p>Realizar anotaciones de enfermería</p>
	E	<p>Paciente presenta disminución de secreciones a nivel de vía aérea.</p> <p>Paciente presenta disminución de secreciones.</p> <p>Paciente presenta reflejo de la tos.</p> <p>Paciente recupera el estado de conciencia.</p>

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal.

Fecha/hora		Intervenciones
120/01/18	S	No aplica paciente en sedoanalgesia.
14.00 pm	O	Paciente ingresa a la unidad de recuperación, acompañado por anestesiólogo y técnico somnolienta bolseando con resucitador manual, con doble vía periférica en miembro superior izquierdo, con tubo endotraqueal # 7 a 22 cm comisura bucal, con presencia de abundante secreción a nivel de la orofaringe de color blanquecina.
	A	Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal
	P	Paciente presentara control de riesgo de aspiración.

	I	Mantener un adecuado de vía aérea artificiales Verificar y el tubo endotraqueal y su adecuado cuff Valorar estado de conciencia. Colocar al paciente con la cabecera elevada a 30 °. Tratar las náuseas con rapidez.
	E	Paciente presenta vía aérea permeable. Paciente presenta disminución de secreción a la orofaringe.

Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura.

Fecha/hora		Intervenciones
20/01/18	S	No aplica paciente en sedo analgesia
14.00 horas	O	Paciente ingresa a la unidad de recuperación, somnolienta, con tiempo operatorio de operación de 2 horas y 20 minutos, con mucosas pálidas, con piel fría al tacto, temperatura corporal 35 °C.
	A	Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación
	P	Paciente mantendrá temperatura corporal dentro de los parámetros normales
	I	Realizar monitorización de la temperatura cada 15 minutos. Observar color y temperatura de la piel. Utilizar manta térmica. Comprobar y vigilar temperatura. corporal.
	E	Paciente presenta piel tibia. Paciente presenta temperatura mayor a 36 °C

Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.

Fecha/hora		Intervenciones
20/01/19	S	No evaluable
14 horas	O	Paciente ingresa a la unidad de recuperación con taquicardia (frecuencia cardiaca 128 por minuto), presión arterial 205/92 mm/Hg, presión arterial media 128mm/hg, con valor de Hb 7. 4 mg/dl
	A	Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.
	P	Paciente presento gasto cardiaco dentro de los niveles normales.
	I	<p>Controlar los parámetros de valoración, taquicardia, piel pálida y fría.</p> <p>Colocar al paciente en posición supina con las piernas elevadas para aumentar la precarga y el gasto cardiaco</p> <p>Observar constantemente presencia de sangrado a través de cambios en los signos vitales, observación constante de herida operatoria.</p> <p>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>Realizar un balance hídrico estricto con control de flujo urinario a horario.</p> <p>Evaluar los signos y síntomas de sobrecarga hídrica.</p> <p>Administrar líquidos antes de considerar los vasopresores.</p> <p>Administrar sangre si está indicada.</p>
	E	<p>Paciente presenta ritmo cardiaco dentro de los valores normales</p> <p>Paciente presenta niveles normales de hemoglobina.</p>

Evaluación.

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno.

Diagnóstico1	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentara ventilación espontanea. normal</p> <p>Resultados Esperados:</p> <p>Paciente presentará saturación. O₂ > 94%</p> <p>Paciente recuperar vitalidad de los músculos respiratorios.</p>	<p>OPA objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Paciente continua en ventilador mecánico</p> <p>Paciente presenta saturación 98%.</p>

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo tusígeno (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada)

Diagnóstico2	Evaluación
<p>Objetivo Paciente presentara limpieza eficaz de vía aérea.</p> <p>RE</p> <p>Paciente presentará secreciones fluidas en vía aérea.</p> <p>Paciente recuperará reflejo tusígeno</p> <p>Paciente recuperará el estado de conciencia</p>	<p>OPA:</p> <p>Paciente presento disminución de secreciones blanquecinas con buen pasaje de aire en ambos campos pulmonares.</p> <p>Paciente no recupero reflejo tusígeno.</p> <p>Paciente no recupero estado de conciencia</p>

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal.

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentará control de factores que generan aspiración.</p> <p>RE</p> <p>Paciente presentará disminución de secreciones a nivel de la orofaringe.</p> <p>Paciente presentará tubo endotraqueal con neumotaponamiento con adecuada presión.</p>	<p>OPA:</p> <p>Paciente se encuentra con saturación 98% en monitor, con buen murmullo pulmonar</p> <p>Paciente presenta disminución de secreciones en orofaringe fluidas.</p> <p>Paciente durante el turno presento adecuado neumotaponamiento a nivel de 25 mmHg. .</p>

Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. Temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentara temperatura corporal dentro de los parámetros normales mayor de 36 °C</p> <p>RE</p> <p>Paciente presentara piel tibia.</p> <p>Paciente presentara temperatura corporal dentro de los rangos normales</p>	<p>OA</p> <p>Piel tibia en zona central abdomen.</p> <p>Temperatura corporal 36°C.</p>

5. Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo.

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentara gasto cardiaco dentro de los niveles normales.</p> <p>RE</p> <p>Paciente presentara frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.</p> <p>Paciente con niveles normales de hemoglobina.</p> <p>Paciente presento control de la hemorragia</p>	<p>OPA:</p> <p>Paciente presento reducción significativa de Frecuencia cardiaca, llegando hasta 116 lat/ min, con una disminución de 128 lat/min.</p> <p>Continua con valores de Hb: 7.4 gr /dl.</p> <p>Control de hemorragia a nivel de herida operatoria.</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Gallego, y Gómez, (2012), realizaron el trabajo titulado “Plan de cuidado de enfermería estandarizado, para el manejo integral de la vida aérea en pacientes con soporte mecánico ventilatorio”, en el Hospital de Colombia, cuyo objetivo fue la elaboración del plan de cuidados de enfermería, basándose en el proceso de enfermería y la evidencia actual, cuyas conclusiones son: la función del profesional es propender la integralidad, pensando en todo momento en disminuir las complicaciones derivadas de cuidado de la salud, por esta razón era indispensable que el personal de enfermería este en constante actualización para ofrecer cuidados basados en evidencia científica. Los planes de cuidado estandarizados son una herramienta útil para establecer los protocolos de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, los pacientes críticamente enfermos y sometidos a ventilación mecánica en evidencia científica buscando la prevención, el cuidado de las vía aérea demanda una serie de intervenciones de enfermería encaminadas a disminuir la morbimortalidad de los pacientes sometidos a ventilación mecánica, en su mayoría relacionados con la colonización de agentes patógenos, la neumonía asociada a ventilación constituye un grave problema debido al aumento de morbimortalidad de paciente sometidos a ventilación mecánica, por lo tanto, en la práctica numerosas intervenciones influyen directamente en el aumento o disminución de la incidencia. Y por último la enfermera debe tener conocimiento de todas las estrategias de prevención, difundirlas y llevarlas a cabo juntamente con el equipo de salud.

Blasco, C. y otros, (2006), desarrollaron la tesis “Hemoperitoneo como complicación de la diálisis peritoneal, experiencia de un centro y revisión de la literatura”, realizada en el Hospital Consorcio Corporación Sanitaria Parc Tauli en la ciudad de Barcelona, cuyo

objetivo fue estudiar la frecuencia, etiología, gravedad, tratamiento y evolución de los hemoperitoneos, así como analizar la influencia de los hemoperitoneos recurrentes en la función peritoneal y en la supervivencia de la técnica. En su programa se realizó una revisión retrospectiva de 132 enfermos con diálisis peritoneal cirugías abdominales en un programa de diálisis peritoneal desde setiembre de 1991 hasta febrero del 2006; los datos fueron recolectados de las historias clínicas y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS for windows 11.5. Llegando a la conclusión que el hemoperitoneo en diálisis peritoneal es un problema muy frecuente y de buen pronóstico. En ningún caso ha sido necesario retirada de catéter, ni de la técnica debido al hemoperitoneo, suele ser más frecuente en mujeres y estar relacionado con la menstruación no se observa un aumento de probabilidad de padecer peritonitis causada por el hemoperitoneo. No se ha observado el 20% de hemoperitoneos muy graves descritos en la literatura

Ruiz (2017), en el trabajo “Cuidado de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal”, caso clínico desarrollado en Alicante, desarrollado en el Hospital General, en la unidad de cuidados críticos, tuvo el el objetivo de determinar riesgos asociados a pacientes con cánula orotraqueal y neumonía. Se realiza la primera valoración aplicando las necesidades de Virginia Henderson, portador de tubo orotraqueal, lo que aporta riesgo a neumonía asociado a ventilación mecánica, concluyendo que es fundamental el papel de enfermería en los cuidados brindados a los pacientes críticos y en este caso con traumatismos múltiples, clave para supervivencia del paciente por disminución de secuelas futuras y mejorar su calidad de vida.

Pinar (2014) realizó la investigación denominada “Cuidados de enfermería en paciente con enfermedad renal crónica en fase aguda”, tuvo como el objetivo estudiar más profundamente la enfermedad renal en todos sus aspectos y conocer el papel de enfermería

en cuanto al manejo y cuidado. La metodología en la investigación fue cualitativa, tipo estudio de caso, se utilizó el plan de cuidados basado en la clasificación NANDA, y taxonomía NOC y NIC, el cual ha resultado muy favorable para el paciente, donde el diagnóstico principal es “(00026) exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de mecanismos reguladores manifestado por aumento de peso en un corto espacio de tiempo, edemas y anuria” siendo la complicación potencial principal “Hipotensión Arterial”. Concluyendo, que es fundamental el abordaje precoz en pacientes con enfermedad renal crónica; en estadios iniciales, centrado la atención en la promoción y prevención de la salud, así como, el manejo de las terapias sustitutivas en los estadios avanzados. para mejorar la calidad de vida. La contribución de este trabajo está relacionada con abordaje enfermero del paciente con enfermedad renal crónica, desde sus estadios iniciales hasta los avanzados.

Ortega, Luis y Swati, Aurora .(2012), realizaron el trabajo de investigación “Acidosis metabólica y avance de la enfermedad renal crónica: Incidencia, patogénesis y opciones terapéuticas”, desarrollado Pennsylvania (USA), en el Hospital Allegheny General. Se encuentra que existe una prevalencia importante de acidosis metabólica en pacientes con enfermedad renal crónica presentando en niveles tempranos de pérdida de filtrado glomerular, la patogenia se basa en la falta de síntesis de bicarbonato séricos con acumulación de ácidos de naturaleza orgánica e inorgánica ocasionando daño al túbulo intersticial a través de la retención de amonio y depósito de complementos en la población general. La acidosis metabólica se presenta al inicio de la enfermedad renal y podría asociarse con un empeoramiento de la función renal debido a un proceso inmunológico y a una mayor mortalidad debido al catabolismo proteico. La administración de suplementos de bicarbonato representa una opción terapéutica fácil de aplicar, económica y casi

desprovista de efectos secundarios. El objetivo terapéutico óptimo, así como su eficacia y seguridad deben determinarse. La situación actual nos obliga a utilizar los recursos más prácticos en nuestro arsenal para intentar retrasar, y no desafortunadamente, la progresión de la enfermedad renal. se concluye que el uso empírico del bicarbonato de sodio oral representa una opción terapéutica interesante que se ha documentado en algunos ensayos clínicos en sujetos humanos. La disponibilidad de sodio oral, en sus diversas formas, representa una forma económica y sencilla de tratar una entidad que podría acelerar la progresión de la enfermedad renal, así como el catabolismo proteico, la enfermedad ósea y la mortalidad.

Quiñones, Lazarte y Otros (2015), estudio realizado en Colombia, en su descripción de caso, el hemoperitoneo, es una complicación común en los pacientes en diálisis peritoneal, es más frecuente en mujeres y atribuible a causas ginecológicas. El caso que se presentó a un paciente masculino de 55 años, con enfermedad poliquística renal, en diálisis peritoneal durante 18 años con antecedente de enfermedad coronaria e hiperparatiroidismo, El paciente persistía con anemia y líquido peritoneal hemático, le realizan laparoscopia abdominal que evidencia toma contenido (2 litros) sobre el epiplón, se evidencia sangrado activo de la rama arterial frénica inferior. Lo relevante del caso clínico corresponde a los hallazgos de calcificaciones extensas en mesenterio y peritoneo. En este caso, se realizó cambio de modalidad a hemodiálisis. El hemoperitoneo fue el síntoma principal que puede ser considerado un signo de alarma de peritonitis calcificante, ya que su estudio nos permitió documentar los hallazgos concernientes a esta patología. Existen causas de hemoperitoneo que amenazan la vida y que requieren intervención inmediata como las lesiones vasculares, de órganos intraabdominales, entre otros. Por esto, es importante realizar el abordaje diagnóstico basado en la persistencia y severidad de este. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el hemoperitoneo puede ser un síntoma de una condición

subyacente, como la peritonitis calcificante, que empeora el pronóstico de los pacientes en diálisis peritoneal, en cuanto a calidad de vida, morbilidad y mortalidad. En pacientes en diálisis peritoneal por períodos prolongados, hay que estar vigilantes ante la presencia de hemoperitoneo y cambio en el comportamiento de la membrana peritoneal, dado que podrían ser considerados marcadores tempranos de PEE. Se concluye que el hemoperitoneo es una complicación de los pacientes con diálisis peritoneal. Sin embargo, puede ser el síntoma de una condición subyacente como la peritonitis calcificante.

Maldonado et. al (2009) en su trabajo “Aplicación del proceso de enfermería en la atención de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital José Carrasco Arteaga ”, realizado en Cuenca, Ecuador, cuyo objetivo determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes posoperados. El método de la investigación fue cualitativo y cuantitativo, las técnicas: entrevista y observación, a la muestra de 10 enfermeras profesionales de cuarto nivel y 2 internas de enfermería. Los resultados indican que las enfermeras conocen las cinco etapas, pero la aplicación en el cuidado directo es de forma parcial, situación que repercute en la atención del paciente porque es importante mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Amorín (2017) en la universidad de Federal do Rio Grande Do sul (Brasil), realizó una investigación titulada “Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia”, con el propósito de analizar cómo se manifiestan las características definidoras de los diagnósticos de enfermería “patrón respiratorio ineficaz” y “ventilación espontánea perjudicada”, de la NANDA Internacional; además de las características definidoras identificadas en la literatura para el concepto “ventilación”, en pacientes adultos hospitalizados en unidad de terapia intensiva con uso de oxigenoterapia. Los resultados obtenidos por en el análisis de correspondencia múltiple, se demostró que la mayoría de las características definidoras presentó baja capacidad

discriminadora y bajo porcentaje de variancia explicada para dos dimensiones (diagnósticos). Los modelos de clase latente, ajustados para los dos diagnósticos, separadamente, presentaron peor ajuste en el caso de compartir algunas características definidoras. Modelos ajustados por el nivel de gravedad (modo de ventilación) presentaron mejor ajuste y estructura de las características definidoras componentes. Como conclusión, las evidencias clínicas obtenidas en el presente estudio parecen demostrar que el conjunto de características definidoras de los dos diagnósticos de enfermería estudiados se ajusta mejor en un único constructo.

Pacheco y Vicuña, E. (2016) en su estudio titulada “Prevalencia de hipotermia y factores asociados en el post operatorio inmediato en cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2016”, realizado en Cuenca Ecuador, con el objetivo de determinar la prevalencia de hipotermia en el periodo post operatorio inmediato y su relación con factores asociados. Los resultados de la investigación es que la prevalencia de hipotermia en la sala de recuperación post anestésica fue de 68.53%, estos valores son similares a los encontrados en la literatura internacional, pero a pesar de encontrarse una mayor prevalencia de hipotermia post quirúrgica relacionado con todos los factores de riesgo no se encontraron diferencias significativas entre las categorías estudiadas. Se concluye que la prevalencia de hipotermia post operatoria inadvertida es un problema frecuente en nuestro servicio. Dado que es difícil predecir qué pacientes desarrollarán hipotermia y en qué magnitud, se hace imprescindible la monitorización de la temperatura corporal durante el período perioperatorio en todos los pacientes post quirúrgicos y la adopción de medidas de calentamiento.

Zavaleta (2012) en su trabajo “Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con cirrosis hepática, en el Hospital de Belén”, desarrollado en la ciudad de Trujillo, tuvo como objetivo proporcionar y brindar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud. La metodología consistió

en la observación científica mediante la entrevista, examen físico y la guía de valoración, se contó con la colaboración directa de la paciente y su nuera, otras fuentes de la recolección de datos fueron la historia clínica y algunos análisis de laboratorio. Los resultados mencionados son: las acciones descritas en la fase de planificación pudo ser ejecutada en día 24 de octubre del 2012 a las 2.00 pm am a 5:20 pm en el servicio de Medicina B. del Hospital de belén. Se concluyó con la priorización de los problemas reales y/o potenciales alterados de la paciente, luego se analizaron según referencias bibliográficas y se elaboraron los diagnósticos correspondientes.

Hein y Martins (2012) en su investigación titulado “Análisis del patrón respiratorio ineficaz y ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia en la unidad de cuidados intensivos”, desarrollado en Porto Alegre, Brasil, en el Hospital General, tuvo el objetivo de analizar cómo se manifiestan las características definitorias de los diagnósticos patrón respiratorio ineficaz y deterioro de la ventilación espontánea en adultos hospitalizados en cuidados intensivos, en uso de oxigenoterapia. Se realizó un estudio con corte transversal, la validación clínica, fue empleada con la finalidad de que si los datos clínicos (características definitorias) soportaban la existencia de dos diagnósticos distintos patrón respiratorio ineficaz y deterioro de la ventilación espontánea o apenas un diagnóstico enfermero con el concepto clave “ventilación”, constituido de diferentes niveles de gravedad. La variable “modo ventilatorio” fue utilizada para la determinación de los niveles de gravedad del supuesto diagnóstico de enfermería. De esa forma, los pacientes en uso de oxigenoterapia por gafas o catéter nasal, o sea, ventilación espontánea, fueron considerados como el nivel de menor gravedad; los pacientes sometidos a la oxigenoterapia por medio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), sería el nivel de gravedad intermedia; y, los pacientes sometidos a la ventilación mecánica, sería el nivel de mayor gravedad, el tamaño de la muestra mínima presentado es de, por lo menos, 20 observaciones, a la muestra que estuvo

constituida por 626 individuos. Se utilizó cuestionario que contenía las características definitorias 25 después de una prueba piloto, concluyendo e indicando que las evidencias clínicas, obtenidas en el presente estudio, parecen demostrar que el conjunto de características estudiados se ajusta mejor en un único constructo. Una de las posibilidades sería la incorporación de características definitorias deterioro de la ventilación espontánea al de patrón respiratorio ineficaz, las cuales constituirán parte del modelo de clase latente con mejor ajuste, o sea, “inquietud aumentada”, “alteraciones en el volumen corriente”, “saturación disminuida”, “cooperación disminuida”, “gases sanguíneos arteriales alterados”, “aprehensión” e “hipoxia”. Se necesitan de nuevos estudios con la finalidad de verificar su adecuación. Finalmente, se refuerza la necesidad de desarrollar investigaciones semejantes a la del presente estudio en poblaciones distintas, con la finalidad de establecer comparaciones entre las medidas de precisión diagnóstica. A partir de datos de diferentes estudios será posible generar mayores niveles de evidencia para los diagnósticos enfermeros basado en la NANDA.

Moreno (2010), en su investigación, realizado en México, titulado “Evaluación de cuidado de enfermería a la vía aérea artificial de pacientes en ventilación mecánica”, realizado en 2 hospitales: en un hospital de segundo nivel y Hospital de Aguas Calientes, tuvo el objetivo de evaluar el cuidado de enfermería a la vía aérea de pacientes en ventilación mecánica. La metodología empleada fue la de un estudio descriptivo, se efectuó en dos instituciones de salud, uno de seguridad social y uno de la secretaría de salud de Aguascalientes. La muestra fue de 38 pacientes seleccionada por muestreo no probabilístico, se utilizó un instrumento para la evaluación de la vía aérea artificial dividido en traqueostomía e intubación endotraqueal, con cuatro indicadores: permeabilidad, higiene, presencia de lesiones y fijación, con un total de catorce ítems, medidos de manera nominal dicotómica., los resultados son : 71 % se encontró en hospitalización y 29 % en terapia intermedia,

predominaron los pacientes mayores de 65 años de edad en el servicio de hospitalización y en terapia intermedia menores de 40 años. La población era principalmente masculina con problemas neurológicos y respiratorios, en la evaluación del cuidado fueron evaluados como regulares los indicadores de permeabilidad, prevención; en la higiene, la fijación y deficiencia. La calificación global por servicios se identificó diferencias en el cuidado de la vía aérea artificial. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, prueba exacta de Fisher $p = 0.031$. Concluyendo la evidencia que la evaluación del cuidado de la vía aérea es diferente entre los servicios de hospitalización y terapia intermedia, probablemente sea porque el sistema de trabajo en hospitalización es por funciones debido a que el personal de enfermería no es suficiente, esto significa que las actividades rutinarias, se distribuyen en forma equitativa entre las enfermeras del servicio.

Trojano (2015), en España realizó su tesis “Trasplante pulmonar: limpieza ineficaz de las vías aéreas en una unidad de reanimación postquirúrgica”, con los objetivos de establecer un plan de cuidados estándar para el diagnóstico de enfermería en limpieza ineficaz de las vías aéreas en el trasplantado pulmonar; comprobar la aplicabilidad del plan de cuidados en un paciente trasplantado pulmonar ingresado en la unidad, y comprobar la aplicabilidad del plan de cuidados en este tipo de paciente. Se concluyó que el uso de la taxonomía enfermera nos sirve para registrar y evaluar nuestras acciones de forma ordenada, justifica el trabajo de enfermería y nos permite una mayor autonomía. En general se cumplieron los resultados esperados gracias a las actividades realizadas.

Zavaleta (2012) en su trabajo “Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con cirrosis hepática, en el Hospital de Belén”, desarrollado en la ciudad de Trujillo, tuvo como objetivo proporcionar y brindar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud. La metodología que se utilizó fue la observación científica, la entrevista, examen físico y la guía de valoración, se

contó con la colaboración directa de la paciente y su nuera, otras fuentes de la recolección de datos fueron la historia clínica y algunos análisis de laboratorio. Los resultados evidencian las acciones descritas en la fase de planificación, ejecutadas el día 24 de octubre del 2012 a las 2.00 pm am a 5:20 pm en el servicio de Medicina B. del Hospital de belén. Las conclusiones: se priorizo los problemas reales y/o potenciales alterados de la paciente, luego se analizaron según referencias bibliográficas y se elaboraron los diagnosticas correspondientes.

Marco conceptual

La insuficiencia renal crónica:

Es la pérdida progresiva permanente, se caracteriza por daño renal grave e irreversible (según lo medido por el nivel de proteinuria) y la reducción de la tasa de filtración glomerular de menos de 15 ml por expresada por una reducción de aclaramiento de creatinina estimado en <60 ml/min/1.73 m². (Gómez, Arias y Jiménez, 2012).

Epidemiología:

Principal causa de insuficiencia renal en fase terminal: Diabetes mellitus 2.y la Federación Internacional de diabetes: aumentara de 189 millones a 224 millones en el año 2025 (aumento de 72%). Indica que 170 millones de pacientes con diabetes mellitus, el 30% progresan a insuficiencia renal terminal y el resto suelen morir por enfermedades cardiovasculares antes de llegar a la etapa final, Solo alrededor de 5% de todos los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tiene un trasplante (Clarence, 2017).

Etiología:

Es conveniente distinguir entre los procesos capaces de causar lesión renal: como enfermedades renales primarias y secundarios, procesos capaces de hacer progresar la enfermedad entre ellas hipertensión arterial, ICC y otros. Las causas más comunes de enfermedad renal crónica son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y

glomerulonefritis, juntas causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos. (Lorenzo, 2015).

Fisiopatología:

En el riñón, la causa de lesiones se basa en: reacciones inmunológicas, privación de oxígeno (hipoxia local o isquemia), agentes químicos (drogas, sustancias endógenas en alta concentraciones como la glucosa), defectos genéticos.

La enfermedad renal crónica progresiva se caracteriza por: Glomerulonefritis, infiltración intersticial de leucocitosis, atrofia tubular y fibrosis tubulointersticial, la pérdida de masa renal desencadena cambios adaptativos en las nefronas restantes: vasodilatación de la arteriola aferente, aumento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtración. Todo ello, aunque inicialmente es un mecanismo de compensación va seguido de proteinuria, hipertensión e insuficiencia renal progresiva.

En conjunto estas acciones tienen la intención de corregir y reparar el daño en los tejidos locales, sin embargo, también dan lugar a la activación de las células profibroticas (miofibroblastos), y se produce formación de cicatrices locales o fibrosis.

La hipertensión intracapilar, causan hipertrofia de células mesangiales expansión de la matriz, hipertrofia de podocitos que causa apoptosis de podocitos y glomeruloesclerosis. Pérdida de podocitos que produjo reducción del factor de crecimiento endotelial vascular y luego apoptosis de células endoteliales glomerulares que causan: deformidad o incluso pérdida total de las asas capilares glomerulares, disminución del flujo sanguíneo postglomerular, isquemia e hipoxia tubular.

Se sabe que los ligandos endógenos implicados están incrementados en la fibrosis renal progresiva, por lo que podrían activar a los TLP y liberar mediadores de inflamación y fibrosis, lo que perpetua la progresión. DAMP pueden ser excretada activamente o liberadas pasivamente por células dañadas o matriz que está siendo remodelada.

El reclutamiento y la activación de leucocitos tubulointersticiales dependerá de procesos mediados por quimiocinas. Fibroblastos renales activados pueden secretar quimiocinas que a su vez pueden atraer más macrófagos, fibroblastos renales producen componentes de matriz intersticial como colágeno por estimulación de los macrófagos activados, lo que indica que las quimiocinas contribuyen al depósito de colágeno intersticial y la fibrosis.

Toxicidad urémica, alteraciones hidroelectrolíticas y equilibrio ácido base, nutrición, anemia, osteodistocia renal, alteraciones cardiovasculares. Las enfermedades o afecciones que reducen el flujo normal de circulación de sangre hacia los riñones y que provocan insuficiencia renal incluyen: pérdida de sangre o de líquido, medicamentos para la presión arterial, ataque cardíaco, enfermedad cardíaca, infección, insuficiencia hepática, Uso de aspirina, ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros), naxopreno (Aleve y otras) o medicamentos similares., Reacción alérgica severa (anafilaxia), quemaduras graves, deshidratación severa. (Andrés, 2004).

Clínica: La enfermedad renal crónica, cursa con manifestaciones clínicas muy variadas, afectando a la mayor parte de los órganos y sistemas, lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas.

Sistema nervioso: Encefalopatía, polineuropatía periférica, disfunción del sistema autónomo;

Sistema hematológico: Anemia, disfunción plaquetar, hipercoagulabilidad, inmunodeficiencia humoral y celular, infecciones y neoplasias

Sistema cardiovascular; HTA, miocardiopatías, cardiopatía isquémica, pericarditis, vasculopatía periférica, accidentes cerebrovasculares.

Aparato osteoarticular: Enfermedad ósea de remodelado alto, bajo, artritis gotosa.

Sistema respiratorio: Derrame pleural, edema pulmonar, calcificaciones pulmonares.

Sistema digestivo: Anorexia, náuseas, vómitos, ascitis, ulcus gastrointestinal, diverticulitis.

Estado nutricional: Desnutrición.

Sistema endocrino y metabólicos: Hiperinsulinemia, resistencia periférica a la insulina. tasas alteradas de glucagón, TSH, T3, T4, cortisol, LH, FSH, prolactina, GH y peptina.

Psicológica: Depresión

Bioquímicas: Retención nitrogenada (urea y creatinina), hiperuricemia, hiponatremia, hipernatremia, hiperpotasemia, hipopotasemia, acidosis metabólica, alcalosis metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia, tasas alteradas de enzimas cardiacas, hepáticos, pancreáticos y tumorales.

Diagnóstico:

La insuficiencia renal crónica se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar en los análisis de sangre. En la ecografía se aprecia que el riñón ha disminuido de tamaño y presenta una alteración en su estructura habitual. Entre las técnicas de terapia renal sustitutiva, es decir las que van a suplir la función del riñón, cuando éstos presenten un deterioro importante de entre el 5-15% de su capacidad, es necesario elegir la técnica dependiendo de las características del paciente y las recomendaciones de su nefrólogo.

En ambos casos una vez iniciado el tratamiento, tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal hacen que se recupere la sensación de bienestar y mejore el funcionamiento de los sistemas corporales.

Hemodiálisis:

Técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que se utiliza en la insuficiencia renal aguda o crónica terminal y que suple las siguientes funciones: excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-base y electrolitos. Este procedimiento no suple las funciones endócrinas ni metabólicas del riñón. Consiste en el contacto, a través de una membrana semipermeable, instalada en el dializador o filtro de hemodiálisis de la sangre del paciente, con un líquido de diálisis (dializado) de características predeterminadas. La membrana permite que circulen a través de ella el agua y los solutos de pequeño y mediano peso molecular, y no otros, como las proteínas y las células sanguíneas. Los mecanismos físicos en que se basa esta técnica son los de difusión o transporte por conducción y la ultrafiltración o transporte por convección. (Gavilánez, B, 2012).

Diálisis peritoneal:

Es un procedimiento que permite depurar toxinas, electrolitos y eliminar líquido en pacientes (adultos y pediátricos) que sufren enfermedad renal crónica terminal de distintas etiologías. Utilizan el peritoneo como membrana dialítica, ésta es una membrana biológica semipermeable a líquidos y solutos. Basándose en este hecho fisiológico la diálisis peritoneal consigue eliminar sustancias tóxicas y agua del organismo. Por medio de un catéter que se inserta en la cavidad peritoneal, se infunde una solución de diálisis que es mantenida en el peritoneo por un tiempo predeterminado, durante el cual, mediante mecanismos de transporte de difusión y osmosis, se produce el intercambio de sustancias. Siguiendo el gradiente osmótico, se produce la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido infundido. Posteriormente éstos serán eliminados al exterior a través del mismo catéter. (Gavilánez, 2012)

Hemoperitoneo:

Según el diccionario médico es la Presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal, que casi siempre requiere una intervención quirúrgica, para reparar la lesión sangrante. Las causas más frecuentes son el postoperatorio de intervenciones abdominales (porque no se hizo una adecuada hemostasia y se dejó algún punto sangrando), los traumatismos abdominales con rotura de una víscera hueca o maciza (hígado, bazo) o de sus mesos, y la rotura espontánea de lesiones previas (aneurismas, bazos patológicos, rotura de tumores, sobre todo hepáticos, etc.). Como se sabe diferentes órganos están contenidos dentro de la cavidad peritoneal. incluyen partes del tracto gastrointestinal como: el estómago, los intestinos, el hígado, el bazo y el páncreas, del aparato reproductor, como el útero, los ovarios y las trompas de Falopio. los vasos sanguíneos como: arteria celiaca, la arteria mesentérica superior, y la arteria mesentérica inferior, proporcionan suministro de sangre.

Causas:

Hemoperitoneo ocurre cuando cualquiera de los órganos o vasos sanguíneos perfora, rupturas mencionan, o se encontrara sometido a trauma. Por ejemplo, con un penetrante o traumatismo directo en el abdomen, el bazo o el hígado pueden lesionarse. Cuando se produce el daño mecánico a estos órganos, la filtración de la sangre se vuelve inevitable, lo que lleva a hemoperitoneo, una causa común en las mujeres es el embarazo ectópico. En el embarazo ectópico, el embrión se implanta en las partes del aparato reproductor femenino, que no son ideales para el crecimiento y el desarrollo. Los sitios más comunes de un embarazo ectópico son las trompas de Falopio y los ovarios. A medida que el embrión aumenta su suministro de sangre y aumenta de tamaño, la ruptura es inminente. Tras la ruptura, la sangre se derrama en la cavidad y resultados en hemoperitoneo, otro órgano reproductor que podría verse afectada es el útero, un órgano muscular fuerte que tiene un rico suministro de sangre. Cuando se rompe, una gran cantidad de sangre que se derrama en la cavidad peritoneal. Una cesárea previa es el factor predisponente más común de ruptura uterina y el posterior hemoperitoneo.

Perforación de úlcera gástrica es una de las causas de gastroenterología de hemoperitoneo, aunque es menos común. Las causas más comunes de las úlceras gástricas son persistentemente altos niveles de ácido gástrico y la colonización de la mucosa gástrica por la bacteria helicobacter pylori, con una úlcera, hay una erosión de la mucosa. Si este proceso no es detenido o curado, la erosión llega a las partes más externas de la sonda gástrica y se crea un agujero. Los vasos sanguíneos también se rompen durante la perforación ocasionando salida de sangre al peritoneo. (Rodríguez y Vázquez, 2001)

Se debe dar tratamiento quirúrgico, ya sea mediante laparoscopia o laparotomía, en primer lugar, con la finalidad de controlar el sangrado activo en caso de que se presente o se encuentre al momento de la intervención quirúrgica (Prieto, García y Rendón, 2014).

El tratamiento del hemoperitoneo es la cirugía inmediata y de emergencia se realiza la Laparotomía exploratoria que puede ser a cierta o laparoscópica dependiendo de la situación del paciente. (Rodríguez, y Vázquez, 2001)

Laparotomía exploradora:

La laparotomía se utiliza para describirla incisión que se realiza a través de la pared abdominal para efectuar una operación sobre el contenido abdominal. Si el cirujano realiza una laparotomía como procedimiento diagnóstico sin conocer la naturaleza exacta de la enfermedad se denomina exploradora. Una vez abierto el abdomen y según los hallazgos intraoperatorios (Fuller, 1998).

Se define laparotomía como la sección o incisión del flanco, vacío o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas. Se llama exploratoria pura y simple de las paredes del abdomen con el objetivo de llegar a formular un diagnóstico. A finales del siglo XIX el trauma abdominal se manejaba en Europa de manera conservadora. Esta conducta se

apoyaba entre otras cosas en los pésimos resultados de la laparotomía durante la Guerra Boer (1881), según informaron los cirujanos ingleses. Por esta razón, durante la Guerra Ruso-Japonesa de 1905, los cirujanos rusos solo cerraban la herida externa con la consecuencia alta de mortalidad. El primero en pensar en la laparotomía con reparación de intestino y lavado “a grande agua” de la cavidad abdominal fue Maximiliano Galán (1873), desde entonces se aceptó como excelente arma diagnóstica y terapéutica. En la actualidad con todos los avances diagnósticos con los que se cuentan no es muy común que se efectúe una laparotomía meramente diagnóstica. (Rodríguez y Carreón, 2005, p. 10-13).

Laparotomía exploradora es una operación en la que se abre el abdomen para averiguar la causa de ciertos problemas, como dolor o sangrado abdominal, que no puede detectarse con otras pruebas. Si se encuentra la causa del problema, el tratamiento suele hacerse al mismo tiempo. Para realizar la cirugía se practica una incisión grande que permite al médico ver y examinar directamente los órganos en el interior del abdomen.

Las indicaciones para realizar la laparotomía de manera urgente en trauma abdominal son las siguientes: hipotensión o pérdida de sangre inexplicable en paciente que no puede estabilizarse y en el que se ha descartado foco extra abdominal, paciente inestable y traumatismo penetrante, evisceración, sangrado gastrointestinal (boca o ano) persistente, clara de irritación peritoneal, neumoperitoneo, rotura diafragmática, rotura vesical intraperitoneal. Eco Fast Lavado de líquido peritoneal o TAC positivos.

La cirugía debe ser rápida y precisa, la incisión debe ser amplia y fácil de efectuar. En la mayoría de los casos se prefiere la laparotomía media, supra o infraumbilical. En casos de traumatismo toracoabdominal se elige la toracolaparotomía. El cirujano debe elegir la mejor vía de acceso y prolongarla en caso de ser necesario a tórax o mediastino. Las vías de acceso pueden ser: laparotomía media supra e infraumbilical; prolongada a esternotomía media;

prolongada a toracotomía izquierda o derecha; y prolongada a muslos para exploración vascular.

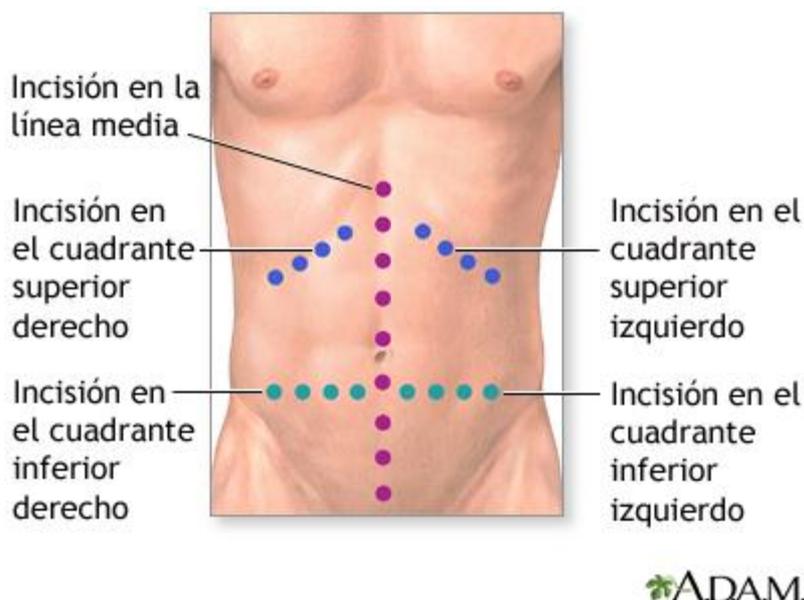


Figura 1. Exploración quirúrgica del abdomen laparotomía exploratoria, serie, procedimiento
 Tomado: Tango. (2018). Exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria, serie, procedimiento.
 Recuperado en https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100049_3.htm.

Una vez que se abre el abdomen, el proceso de exploración y reparación se dirige primero a las lesiones sangrantes de vísceras o grandes vasos y después de todas las demás: se empieza por las contaminantes, las cuales deben identificarse y marcarse sin omisión. Los órganos se investigan en el siguiente orden: estómago y duodeno; hígado, vesícula biliar y vías biliares; páncreas y bazo; ángulo duodeno yeyunal e intestino delgado; apéndice y ciego; y colon, epiplón, órganos pelvianos y retroperitoneo. El hiato diafragmático se explora en busca de evidencias de hernia.

La localización de otras lesiones sangrantes de gran riesgo incluye la identificación de hematomas retroperitoneales, a partir del siguiente principio de exploración: si el hematoma se produce por heridas todas deben abrirse y explorarse, si son por contusión o hematoma cerrado deben dividirse en inframesocólicas: sobre todo los pélvicos deben manejarse con cautela, ya que antes de abrirlos, deben recurrirse a métodos de hemostasia.

Supramesocólicos: siempre se exploran ante la posibilidad de lesión del páncreas, duodeno, riñón o vena cava.

Por último, el manejo de la herida de laparotomía es fundamental. Ante heridas contaminadas deben dejarse puntos de sostén y preferir una herida abierta para cierre diferido, con lo que se evitan complicaciones, según Starnes B. et. Al, citado por Aguirre y Santana (2013).

El procedimiento consiste en hacer una incisión en el abdomen y examina los órganos abdominales, mientras el paciente se encuentra profundamente dormido y sin sentir dolor (bajo anestesia general). Se emplean diferentes tipos de incisiones dependiendo de la condición del paciente. Las incisiones más comunes son la incisión vertical en la línea media, las incisiones transversas de los cuadrantes inferior y superior derechos o los cuadrantes inferior y superior izquierdos. Se toman muestras de tejido (biopsia) para permitir que se analice el área afectada. Cuando el tratamiento está terminado, se cierra la incisión, ya sea con sutura o grapas de piel. (Tango, 2018).

Hipotiroidismo

Se define como hipotiroidismo al estado clínico y bioquímico resultante de las múltiples anormalidades estructurales y funcionales que conducen a una deficiente producción de hormonas tiroideas y por consiguiente de una concentración sérica y tisular subnormal de ellas, que se corrigen con el tratamiento de hormonas tiroideas. (Rocca, 2014)

Etiología:

Una gran variedad de desórdenes funcionales o estructurales pueden ser causales de hipotiroidismo, la severidad de este dependerá del grado y la duración del déficit tiroideo, tiroiditis autoinmune crónica, iatrogénico, déficit o exceso de yodo, enfermedades infiltradas, tumores, hipotiroidismo congénito, enfermedades congénitas. Ante esta situación debemos

iniciar un tratamiento de sustitución con hormona tiroidea, levotiroxina en el momento actual. Los mejores resultados se logran utilizando preparados sintéticos de L-tiroxina sódica. Desde que se documentó la conversión periférica de T4 a T3 biológicamente activa, L-tiroxina sustituyó a los anteriores tratamientos empleados, llámense tiroides desecada y combinación de T4/T3 (Rocca, 2014).

Fisiopatología:

Cuando los requerimientos de yodo no son satisfechos, la consecuente deficiencia de hormonas tiroideas que caracteriza al hipotiroidismo resulta en una serie de anormalidades funcionales y del desarrollo, conocidas conjuntamente como desórdenes por deficiencia de yodo (DDI) (Hetzel, 1987). Las diferentes etapas del estado nutricional del yodo y su correlación con la función tiroidea son ilustradas de manera simplificada. En adultos saludables, el promedio diario de captación y liberación de yodo por la tiroides para mantener un balance y eutiroidismo es aproximadamente 95 µg. Un déficit en la ingesta de yodo por corto tiempo puede ser compensado por las reservas intratiroides y un incremento del aclaramiento de una fracción del yodo circulante. Sin embargo, si la ingesta de yodo es crónicamente baja, las reservas intratiroides se agotarán gradualmente y el “turno ver” del yodo necesitará ser cubierto por un incrementado suplemento dietético de yodo. Eventualmente, la baja ingesta de yodo limitará la síntesis de hormonas tiroideas. Entonces, la deficiencia de yodo puede ser ampliamente definida en dos fases: ingesta inadecuada de yodo que, cuando es crónica, conduce a disfunción tiroidea (evaluada por biomarcadores funcionales, como volumen tiroideo y hormonas tiroideas). Una inadecuada ingesta de yodo individual es definida como aquella que está por debajo de los niveles recomendados por la OMS.

Signos y síntomas:

Los síntomas y signos más comunes o frecuentes del hipotiroidismo son: síntomas leves o mínimos, o ser francos o severos. La mayoría de las veces estos síntomas son de por vida, aunque en un diez por ciento de los casos pueden ser transitorios y son usualmente asociados a diversos cuadros de tiroiditis.

Síntomas:

Intolerancia al frío, astenia, estreñimiento, disminución de la concentración, caída de cabellos, hipersomnias, artralgias, mialgias, hipoactividad, labilidad emocional, depresión, ganancia de peso.

Signos:

Piel seca, fría, uñas quebradizas, cabello seco, sin brillo, voz ronca, hipertensión, caída de hipersomnias, galactorrea hipermenorrea, poli menorrea, anemia, hipercolesterolemia, madarosis (caída de las cejas), tinte carotínico de la piel

Diagnóstico:

El hipotiroidismo primario clínico se define por un tsh superior a 10 mui/l, independiente de los valores de t4 libre (t4l).

Analítica general: Hemoglobina (Hb), hematocrito (Hto), glucemia, transaminasas glutámico oxalacética (TGO) y glutámico pirúvica (TGP), fosfatasa alcalina (FAL) y ganmaglutaril transferasa (ggt)

Estudios hormonales: Determinación de T3 total, T3 libre, T4 total, T4 libre y TSH.

Índice T3 total-T4 total: útil para evaluar la causa del hipertiroidismo cuando la gammagrafía está contraindicada. Como la T3 es una glándula hiperactiva, será mayor la síntesis de T3. Será > 20 en la enfermedad de Graves y < 20 en la tiroiditis y en el bocio nodular tóxico.

Estudios inmunológicos:

Tratamiento: Ante esta situación debemos iniciar un tratamiento de sustitución con hormona tiroidea, levotiroxina en el momento actual.

Tratamiento con yodo radiactivo: Se indica como primera línea de tratamiento cuando existe contraindicación al tratamiento médico o la cirugía, o sea, por fracaso del tratamiento médico, o por recidiva de la cirugía.

Complicaciones:

Bocio, problemas del corazón, problemas de salud mental, neuropatía periférica, mixedema, infertilidad, defectos del nacimiento.

Hipertensión arterial

La hipertensión, también conocida como presión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la presión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

Se considera normal en adultos una presión menor de 120 mm Hg cuando el corazón late (presión sistólica) y menor de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (presión diastólica). Cuando la presión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la presión arterial se considera alta o elevada. (Ministerio de salud del Perú, 2017)

La hipertensión arterial es definida cuando encuentra valores para la presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg y diastólica arriba de 90mmHg. La presión arterial limítrofe es aquella con valores sistólicos entre 130-139mm Hg y diastólicos entre 85-89mm Hg, mientras que consideramos la presión arterial normal sistólica < 130mm Hg y diastólica <

85mm Hg. La presión arterial es óptima si la presión arterial sistólica es <120mmHg y diastólica <80mmHg. (Ministerio de salud del Perú, 2017)

Etiología:

Antecedentes familiares, así como antecedentes genéticos y raza: las personas afroamericanas son más propensas.

Fisiopatología:

El conocimiento de naturaleza etiológica de la HTA se basa fundamentalmente en los fenómenos fisiológicos, que explican la regulación de la presión arterial, lo cual a su vez puede considerarse como el producto de volumen sistólico por la resistencia periférica, a esto se puede añadir la elasticidad de la pared arterial, todo ello condicionado por influencias múltiples y exquisitas de regulación. El volumen sistólico, es decir, la cantidad de sangre que el corazón puede lanzar cada sístole está influenciado por 3 factores: El retorno venoso, Fuerza de contracción cardíaca, La frecuencia (ritmo).

Pero es la resistencia periférica a la que estamos obligados a prestar atención preferente. Esta resistencia está determinada por el tono arterial, el cual desde el punto de vista de la luz arterial, nos obliga a considerar varias causas: La calidad de la sangre(viscosidad), el calibre de la luz y la velocidad de la sangre circulando.

El principal factor etiológico radica en el tono de la pared. Se conocen importantes factores que influyen en dicho tema, en el sentido de aumentarlo, originando una vasodilatación. Se señala la inervación vasomotora, es decir, el simpático y el parasimpático (sistemas adrenérgicos y colinérgicos) como efecto la vasoconstricción, la noradrenalina y la vasodilatación de la acetilcolina. Toda esta inervación vasomotora se supervisa fundamentalmente a la acción del centro vasomotor (en el bulbo), el cual, al mismo tiempo recibe influencias diversas: la del centro respiratorio, la del seno carotideo, la

de los nervios aórticos y otros estímulos quimio y preso receptores arteriales y venosos.

Asimismo, influye la tensión de anhídrido carbónico circulante. También se le da importancia a la acción de centros corticales superiores y del diencéfalo para una buena regulación del centro vasomotor. El papel del riñón es sin dudas el factor de mayor importancia para la valoración etiológica de la HTA.

Signos y síntomas.

Dolor de cabeza, mareas, rubor, desmayos, sagrado nasal, náuseas, zumbido de oídos, cansancio, sudoración extrema, dificultad para respirar, manos y pies que se duermen.

Diagnóstico:

Deben realizarse en todos los pacientes con hipertensión comprobada: creatinina sérica, BUN y análisis de orina (enfermedad parenquimatosa renal); K sérico medido sin diuréticos (la hipopotasemia sugiere un estudio diagnóstico en busca de hiperaldosteronismo o de estenosis de la arteria renal); RX Tórax (escotaduras costales o indentación del arco aórtico distal en la coartación aórtica); ECG (una hipertrofia ventricular izquierda sugiere hipertensión crónica), otras pruebas sanguíneas de despistaje útiles comprenden: recuento hemático completo, glucosa, colesterol, triglicéridos, calcio y ácido úrico. (Can, A. y Sarabia, B., 2016).

Tratamiento:

El objetivo es controlar la hipertensión con los mínimos efectos secundarios, empleando un solo fármaco si es posible. Los agentes de primera línea son los inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (ECA), los antagonistas del calcio, los betabloqueantes y los diuréticos.

Betabloqueantes (tabla 69 - 1): Particularmente eficaces en los pacientes jóvenes con circulación hipercinética. Comenzar con dosis bajas (p. ej., atenolol, 25

mg/d). Contraindicaciones relativas: broncoespasmo, ICC, bloqueo AV, bradicardia y diabetes «lábil» insulino dependiente. (Can, A. y Sarabia, B., 2016).

Complicaciones:

Se pueden presentar en cualquier momento de la enfermedad y no siempre guardan relación con el tiempo de evolución y el tipo de HTA. Estas complicaciones dependen de alteraciones anatómicas patológicas en el corazón, los vasos, el encéfalo y los riñones.

Complicaciones cardíacas.

Cardiopatía hipertensiva: Pueden darse por cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo.

Complicaciones vasculares.

Arteriosclerosis: Pueden darse por eventos cerebrovasculares y coronarios, aneurisma disecante de aorta o nefroangioesclerosis.

Arteriopatía periférica: Pueden darse por úlceras isquémicas, arteriosclerosis ocluyente o úlceras hipertensivas.

Complicaciones encefálicas.

Trombosis.

Hemorragia cerebral.

Accidentes hemorrágicos subaracnoideos.

Complicaciones renales.

Esclerosis arterial y arteriola del riñón.

Insuficiencia renal terminal. (Can, A. y Sarabia, B., 2016).

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples

procesos fisiopatológicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina. La diabetes mellitus se puede clasificar en cuatro categorías clínicas: a) diabetes mellitus tipo 1 (DM1), que a su vez se divide en: autoinmune (DM1A), Idiopática (DM1B). b) DM tipo 2 (DM2). c) Otros tipos específicos de DM. Se incluyen aquí, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos. d) diabetes mellitus gestacional. Se inicia o se reconoce durante el embarazo. La DM1 afecta al 5-10 % de la población diabética. Se caracteriza por una destrucción de las células β del páncreas, que da lugar a un déficit absoluto de insulina. Esta destrucción suele deberse a un mecanismo autoinmune, aunque en un reducido número de casos no existe evidencia de autoinmunidad ni de otra causa conocida que destruya a las células. Es la DM1 idiopática, en la que se observa un fuerte componente hereditario. La DM2 supone el 85-95 % de los casos de diabetes mellitus y se caracteriza por una resistencia a la insulina combinada con un déficit progresivo de producción de esta. (Alonso et al., 2016).

Etiología:

Generalmente, la causa de la diabetes es que el organismo no produce nada de insulina o no la suficiente, o no puede usarla debidamente. Esto se denomina resistencia a la insulina. En casos poco frecuentes, la causa de la diabetes puede ser una enfermedad del páncreas denominada pancreatitis. En la diabetes tipo 1, el organismo no puede producir insulina o no la suficiente. Con frecuencia la diabetes tipo 1 se denomina enfermedad autoinmunitaria porque el sistema inmunitario ataca las células del páncreas, destruyéndolas o dañándolas. En algunos casos, una infección vírica puede desencadenar la diabetes tipo 1. Asimismo, hay mayor riesgo de tener diabetes tipo 1 si existen antecedentes familiares de la enfermedad. En la diabetes tipo 2, el organismo no produce bastante insulina, o las células del organismo no reaccionan debidamente a la insulina. Existe una relación estrecha entre la diabetes tipo 2 y la

obesidad. Si es obeso, adelgazar, tener una alimentación sana y equilibrada y hacer ejercicio físico regularmente reducirán notablemente el riesgo de tener diabetes.

Fisiopatología:

La diabetes tipo 1, también conocida como diabetes insulino dependiente, inicia comúnmente desde la infancia y se considera una enfermedad inflamatoria crónica causada por la destrucción específica de las células β en los islotes de Langerhans del páncreas. Como se mencionó anteriormente, estas células tienen como función primordial la secreción de insulina en respuesta al incremento en la glucemia

Existen distintas causas por las cuales puede ocurrir la destrucción de los islotes: virus, agentes químicos, autoinmunidad cruzada o, incluso, una predisposición génica. Durante la etapa previa al inicio de la diabetes tipo 1, en el 80% de los individuos se detectan anticuerpos contra antígenos citoplasmáticos o membranales de las células β pancreáticas como la descarboxilasa del ácido glutámico 65 y 67. La proteína de choque térmico 65 y contra insulina. Sin embargo, la mayor susceptibilidad para desarrollar diabetes tipo 1 se encuentra en los genes del antígeno leucocitario humano (HLA clase II) del cromosoma 6, que contribuyen con el 50% del riesgo, y son asociados algunos polimorfismos genéticos en los sitios de unión del péptido.^{22,24} Mediante la identificación de estos anticuerpos en personas sanas, se establece el riesgo de desarrollar la enfermedad; por ejemplo, la presencia de anticuerpos contra insulina confiere un riesgo pequeño, mientras que la combinación de anticuerpos contra células de los islotes y contra insulina representa un riesgo alto para desarrollar diabetes tipo

Fisiopatología de la diabetes tipo 2 La obesidad mórbida se asocia con el desarrollo de diferentes enfermedades, entre las que destacan la diabetes y la hipertensión. La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimento rico en contenido energético que no es aprovechado como consecuencia de una baja actividad metabólica y/o

sedentarismo, por lo tanto, se almacena y acumula en tejido graso. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales. Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores como la herencia poligénica

Signos y síntomas:

Si tiene diabetes tipo 1, deberá controlarse el nivel de glucosa. Esto puede hacerse en casa usando una sencilla prueba de sangre u orina. Deberá tomar insulina regularmente el resto de su vida para mantener el nivel normal de glucosa. La insulina puede administrarse por medio de inyecciones, de un inyector de insulina (que la administra a través de la piel sin usar una aguja) o de una bomba de insulina. También deberá tener una alimentación sana y hacer ejercicio físico regularmente; esto contribuirá a disminuir el nivel de glucosa en sangre.

Diagnostico:

Para poder diagnosticar la diabetes, el médico de familia le pedirá una muestra de orina. Esta muestra se analizará para ver si contiene glucosa. Y luego, un análisis de sangre confirmará el diagnóstico y si la causa de la diabetes es algo subyacente como el colesterol alto. Si los niveles de glucosa no son lo suficientemente altos como para que el médico diagnostique diabetes, puede ser necesaria una prueba de sobrecarga oral de glucosa. A veces, esto se denomina prueba de tolerancia a la glucosa. El médico le dará una bebida con glucosa y analizará la sangre cada media hora, durante dos horas, para comprobar cómo reacciona el organismo ante la glucosa.

Se deberá controlarse el nivel de glucosa. Esto puede hacerse en casa usando una sencilla prueba de sangre u orina. Deberá tomar insulina regularmente el resto de su vida para mantener el nivel normal de glucosa. La insulina puede administrarse por medio de inyecciones, de un inyector de insulina (que la administra a través de la piel sin usar una

aguja) o de una bomba de insulina. También deberá tener una alimentación sana y hacer ejercicio físico regularmente; esto contribuirá a disminuir el nivel de glucosa en la sangre.

Complicaciones:

La diabetes, si no se trata no se deben consumir cantidades elevadas de glucosa pueden dañar los vasos sanguíneos, nervios y órganos. Si es diabético, es cinco veces más probable que tenga una cardiopatía o un accidente cerebrovascular que una persona sin diabetes. Los problemas de flujo sanguíneo pueden causar ceguera, cataratas y retinopatía (daños en el fondo del ojo). Su médico de familia debe examinarle los ojos regularmente. Aproximadamente 1 de cada 10 personas con diabetes tienen ulceraciones en los pies, que pueden causar infecciones graves. Debe tener las uñas cortas y los pies limpios. Con el paso del tiempo, orinar en exceso y tener vasos sanguíneos dañados pueden hacer que los riñones no funcionen eficazmente. (World Health Organization, sf).

Modelo teórico.

La teoría de Dorotea Orem es una teoría general de enfermería cuyo eje principal es el autocuidado, que a su vez se divide en tres teorías que se relacionan entre sí, se integran o articulan: del autocuidado, del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería. Sustentada en seis ejes conceptuales (autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado; agencia de autocuidado; déficit de autocuidado; agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y en un concepto periférico de los factores condicionantes básicos (López y Guerrero, 2006). Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

La persona

Concebida como ser humano, un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que afectan a el mismo, a otro y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

La paciente es una persona de tercera edad, parte del ciclo vital que hay limitación para el autocuidado de su salud, viuda, ama de casa, tiene dos hijos, vive actualmente con su hija, católica.

Relacionado con el paciente, una adulta mayor que presenta muchas comorbilidades relacionado a un mal manejo de su autocuidado, relacionado con la insuficiencia renal aguda, que conlleva a estar constantemente dentro del ámbito hospitalario y requiere tiempo de parte de sus familiares.

La salud

Como un estado de la persona que se caracteriza por su firmeza o totalidad de desarrollo, de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable de los factores físicos, psicológicos e interpersonales y sociales. Incluye por lo tanto la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La paciente se encuentra con diagnóstico de insuficiencia renal grave, con diálisis peritoneal cuya complicación conlleva a la cirugía por hemoperitoneo, padece además diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e hipotiroidismo y ha pasado por diferentes intervenciones quirúrgicas, como colecistectomía, colocación de catéter intraperitoneal, quien actualmente como se le retiro catéter, con necesidad de hemodiálisis para salvar su vida.

El entorno

Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

La edad cronológica paciente de tercera edad con una mala combinación de alimentos y una vida sedentaria, y cuyas comorbilidades generan ciertas exigencias de los hijos a que se

encuentren pendientes de ella, lo que exige tiempo. Se observa gran preocupación de sus familiares.

La enfermería

Los cuidados de la enfermería deben centrarse en “ayudar al individuo a mantenerse por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

El paciente no refiere alergias medicamentos ni alimenticias, pero si revela alteraciones en el peso relacionado con su edad que revela obesidad , con una glucosa elevada 235 mg/dl , presión arterial elevada 205/92 mm/Hg, con una temperatura de 35°C, saturando 99%, donde se ve que hay una alteración multisistémica , lo cual conllevado a la insuficiencia renal cursa con anemia , lo cual genera disminución de oxigenación a nivel tisular, sumado a esto la edad mayor conllevan a una situación crítica donde su autocuidado tiene que estar completamente suplementado por la enfermera .

El análisis detallado de los cuidados enfermeros nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde en menor o mayor grado tiene capacidad de su autocuidado y, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición), teniendo como premisa que la persona adulta tiene derecho a cuidarse a sí misma, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades.

La teoría general de Orem expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar; por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales

(satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano; requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o a aprender a vivir con la patología.

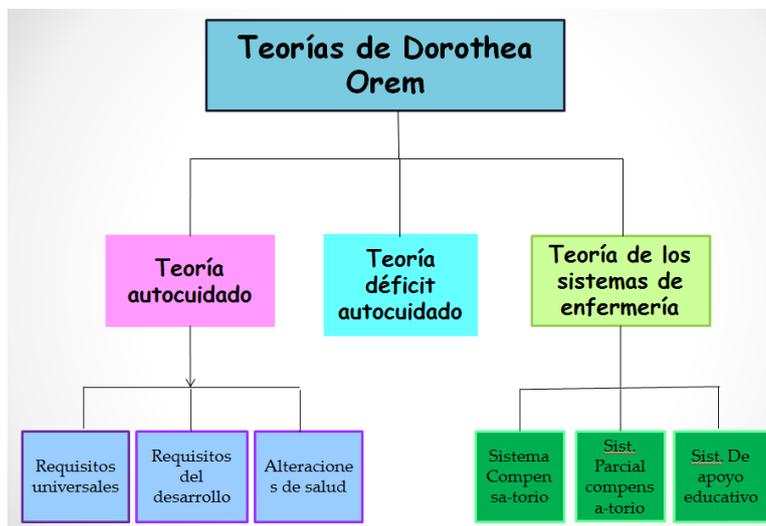


Figura 2

Fuente: Cavanagh, S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería.

La teoría de autocuidado se basa en: la Teoría de los Sistemas de Enfermería, la que se divide en:

Sistema compensatorio

Realiza el cuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado apoya y protege al paciente.

Sistema parcialmente compensatorio

Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente, compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado, ayuda al paciente en lo que necesite, regula la acción de autocuidado y realiza algunas de las medidas de autocuidado, regula la acción del autocuidado. acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.

Sistema de apoyo educativo

Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado. Realiza el autocuidado, área del cuidado cobertura de los RAC, Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales, prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones, prevención de la incapacidad o su compensación, promoción del bienestar. apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales, mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano, desarrollo pleno del potencial humano, prevención de lesiones o enfermedades, curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada), curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

En su teoría aborda al individuo de manera integral en función de citar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano, a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida, De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada. Diversos autores como Benavente Ferrer plantean que la teoría de Orem es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por su amplia visión de la asistencia en salud en los diferentes contextos que labora, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El estudio es de tipo analítico descriptivo, como metodología se utilizó el proceso de atención de enfermería que ese el método científico, aplicado al cuidado del paciente, utilizando las cinco etapas. Para la valoración se realizó la recolección exhaustiva de datos subjetivo y objetivos del paciente de manera sistemática y ordenada. En la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos significativos concluyendo en el enunciado de los diagnósticos y complicaciones potenciales, luego en la planificación se priorizaron los diagnósticos de enfermería, se formularon los objetivos, resultados e intervenciones de enfermería que fueron administrados en la ejecución, donde se aplicaron las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta prioritaria el beneficio del paciente en forma holística biopsico espiritual. Finalmente se evaluaron los resultados donde se pudo determinar si el paciente mejoraba, empeoraba o permanecía estable .

Sujeto de estudio

Paciente adulta mayor de 69 años, posoperada inmediata de iniciales P.L.G., de Laparotomía exploratoria.

Delimitación geográfica temporal

La investigación se realizó en la unidad de recuperación posanestésica del Hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, ubicado en avenida 26 de noviembre, distrito de Villa María del Triunfo. Fue fundado el 30 de abril del 2014, consta de las siguientes especialidades médicas como medicina general, medicina interna, medicina física y rehabilitación, cardiología, endocrinología, emergencias, gastroenterología, geriatría, nefrología, neumología, neurología, pediatría, neonatología, reumatología, anestesiología, cirugía general gineco- obstetricia, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología, neurocirugía, centro quirúrgico donde se encuentra la unidad de reanimación post anestésica.

El ingreso de pacientes es de 25 pacientes por día, las afecciones más frecuentes son: traumatismos por arma de fuego, arma blanca, cirugías generales, ginecológicas, otorrinolaringológicas, odontopediatría, traumatología, urología, nefrología y neurocirugía.

La estructura física de la unidad de reanimación post anestésica (REA), se encuentra en la sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos, en el cuarto piso, cada unidad tiene un monitor multiparámetro, balastos que tiene luz, empotrado, puntos de aspiración punto de entrada para electricidad; y la unidad en general cuenta con 10 ventiladores Savina Dragger que se rota semanalmente, 1 ventilador portátil oxilog, coche de paro, desfibrilador, coche de unidosis para la preparación de medicamentos, cortinas corredizas para la individualidad del paciente, ambiente limpio y sucio.

Técnica de recolección de datos

La técnica usada para la recolección de datos fue: la observación y el examen físico, la historia clínica como resultado de laboratorio, antecedente, como instrumento se utilizó la

guía de valoración que fue adecuada para pacientes posoperados que consta de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Cozier 2012).

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio y, dando cumplimiento al plan de cuidados del paciente post operado de laparotomía exploratoria, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: autonomía, la beneficencia, benevolencia o no-maleficencia, principios éticos de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

En el cuidado del paciente se han tenido presente los principios de responsabilidad, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, confianza y dignidad. Al respecto White (1995), referido por Paredes, manifiesta que los profesionales de enfermería son los responsables del cuidado que brindan 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 y el entorno que rodea a quienes los tratan debe ser puro y fragante (Paredes, 2017).

Capítulo IV

Resultados

Cuadro de diagnóstico

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1		Objetivo parcialmente alcanzado.	
Diagnóstico 2		Objetivo parcialmente alcanzado.	.
Diagnóstico 3		Objetivo parcialmente alcanzado	
Diagnóstico 4	Objetivo alcanzado		
Diagnóstico 5		Objetivo parcialmente alcanzado	
Total	20%	80%	0%

Cuadro N° 19

Fuente: Propia

En el presente trabajo se llegaron a los siguientes resultados: de acuerdo con los diagnósticos priorizados considerando que el tiempo en la unidad es corto, con indicación traslado a la unidad de cuidados intensivos para que sea tratada en forma conjunta con nefrología:

- Con respecto al primer diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno. cuyo objetivo, es recuperar la ventilación espontánea el resultado obtenido fue parcialmente alcanzado, porque aún se encuentra

asistido por ventilador mecánico, presentando una saturación de 98%., es decir mayor que 94%.

- El segundo diagnóstico: Limpieza eficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, e inhibición del reflejo tusígeno (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada), con el objetivo paciente presentara vía aérea permeable, el resultado obtenido objetivo parcialmente alcanzado porque se observa disminución de secreciones en vía aérea , pero aún no presenta reflejo tusígeno y continua con sedación moderada de acuerdo a la escala de Richmond RASS -2, Aldrete de 5.
- El tercer diagnóstico: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal con el objetivo de control de factores que generan aspiración, objetivo alcanzado por disminución de secreciones en orofaringe fluidas se encuentra con saturación 98% en monitor, con buen murmullo pulmonar, y con tubo endotraqueal libre de secreciones.
- El cuarto diagnóstico: Hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. Temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación con objetivo presentara temperatura corporal dentro de los parámetros normales mayor a 36°C, con objetivo alcanzado porque se siente piel tibia a nivel central de su cuerpo y con temperatura corporal al alta de recuperación 36°C con tendencia a subir.
- El quinto diagnóstico: Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo con su objetivo paciente presentará gasto cardiaco dentro de los niveles normales cuyo resultado fue objetivo parcialmente alcanzado, los niveles

de taquicardia descendieron significativamente, continua con niveles de hemoglobina de 7.4 gr /dl, control de la hemorragia a nivel de la herida operatoria.

Discusión

En esta oportunidad se presenta el plan de atención de enfermería, de un paciente operado inmediato con insuficiencia renal crónica en estadio. Pinar (2014) en su investigación denominada “Cuidados de enfermería en paciente con enfermedad renal crónica en fase aguda, estudió profundamente esta enfermedad y la importancia de papel de enfermería en cuanto al manejo y el cuidado, basado en la clasificación NANDA y taxonomía NIC y NOC, el cual resultó favorable el abordaje precoz en sus estadios iniciales centrado en la promoción y prevención para mejorar la calidad de vida.

Por otro lado, Quiñones y otros (2015), en su descripción de un estudio de caso, el hemoperitoneo es una complicación común en diálisis peritoneal, atribuible a las mujeres, cuyo paciente persistía con anemia, con 18 años de quiste peritoneal concluyendo que el hemoperitoneo es una complicación de los pacientes con diálisis peritoneal. Sin embargo, puede ser el síntoma de una condición subyacente como la peritonitis calcificante.

De acuerdo a Ortega y otros (2012), en su trabajo sobre acidosis metabólica y avances de la enfermedad renal crónica, manifiesta que en la enfermedad renal crónica la acidosis es prevalente y se presenta en la primeras etapas de la disfunción renal. La patogénesis se asocia a la falla de producción de bicarbonato con la acumulación de ácidos orgánicos e inorgánicos, por lo tanto se requiere determinar forma urgente si es necesario una diálisis renal para poder corregir la acidosis .

- Primer diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica evidenciada por disminución de la saturación de oxígeno, es un problema prioritario para la vida del paciente, que tiene que ser

abordado con conocimiento y rapidez por la enfermera sobre un conjunto de cuidados basados en la valoración y la interpretación de resultado y cambios en los parámetros de las funciones vitales para identificar complicaciones, evitando en su corta estancia en la unidad de recuperación, influenciado por la edad cronológica y los cambios generados en etapa. Posoperada de laparotomía exploratoria por hemoperitoneo, adulta mayor que no logra mantener la ventilación, produciéndose desaturación al momento de la extubación en intrasop, influenciado además por las comorbilidades como: hipotiroidismo lo cual produce fatiga y la diabetes mellitus que genera estrés con liberación de glucosa. La insuficiencia renal crónica con catéter peritoneal que no logra dializarse y con desequilibrio hidro electrolítico lo cual conlleva a una falla multiorgánica que contribuye negativamente con el buen proceso de ventilación perfusión, indispensable para mantener el metabolismo celular, por lo que el ventilador mecánico puede substituir completamente el trabajo de la musculatura ventilatoria, puede aumentar la supervivencia y proporcionar el soporte necesario para la oxigenación, repercutiendo en los valores de gasometría arterial que se ven alterados tal como lo menciona Hein (2017) en el trabajo “Análisis del patrón respiratorio ineficaz y ventilación espontanea perjudicada de adultos con oxigenoterapia”, que los pacientes con ventilación mecánica invasiva pueden aumentar la supervivencia y proporcionar el soporte necesario para la oxigenación en cuanto el organismo se recupera de un problema llegando a la conclusión que la evidencias demuestran que el conjunto de características de mejor ajuste, como inquietud aumentada, alteraciones en el volumen corriente, saturación disminuida, cooperación disminuida, gases sanguíneos alterados, aprehensión e hipoxia.

- El segundo diagnóstico. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo tusígeno (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada) con el objetivo Paciente mantendrá vías respiratorias libres de secreciones, es notable manifestar que ante el envejecimiento y la disminución asociada con la edad de la eficacia del reflejo tusígeno, sumado a esto la presencia de secreciones por lo cual hay que verificar en forma constante y valorar en relación con la monitorización. la saturación del paciente, Maldonado (2010) en su trabajo manifiesta que el resultado de enfermeras conocen de las cinco etapas, pero la aplicación del cuidado directo es de forma parcial, situación que repercute en la atención del paciente. Ana (2015) en su trabajo “Trasplante pulmonar, limpieza ineficaz de las vías aéreas en una unidad de reanimación”, cuyo objetivo establecer un plan de cuidados estándar para el diagnóstico, teniendo como actividades monitorización respiratoria, manejo de ventilación mecánica y aspiración de secreciones, limpieza ineficaz de vías aéreas, en el trasplantado, teniendo en cuenta NANDA, NIV y NOC y se aplica el estándar, las actividades sirvieron para mejorar la limpieza de vías aéreas y evitar complicaciones, concluyendo que el uso de las taxonomías, sirve para registrar y evaluar acciones en forma ordenada justifica el trabajo de enfermería y nos permite una mayor autonomía.
- En el tercer diagnóstico: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, capacidad de deglución que se ve limitada por la presencia de tubo endotraqueal, los cuales la enfermera tiene que mantener el tubo endotraqueal Kuff a 25 mm/Hg, no menos porque se convertirá un riesgo para aspiración los cuales la enfermera tiene que estar monitorizando y cuidando. El otro aspecto es que la edad que produce una disminución de la sensibilidad laríngea. Y en la obesidad se asocia varios factores de riesgo de regurgitar

y o vomitar y producir broncoaspiración“, evidenciado por una respuesta laríngea por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal. Es menester que durante la somnolencia, como enfermeras que suple las necesidades básica del cuidado de la salud, la valoración de la vía aérea, cambios de posición, valoración de náuseas, la monitorización y la respuesta del paciente ante el tratamiento, el adecuado manejo del tubo endotraqueal sobre todo el neumotaponamiento con revisión adecuada que no genere inflamaciones sobre todo obstrucción. Según el protocolo de cuidados del departamento de anestesia y reanimación respiratorios y terapéutica del dolor una administración de analgésicos hace que se maneje mejor el dolor. Según Moreno (2010) en su tesis “Evaluación del cuidado de Enfermería a la vía aérea artificial en pacientes con ventilación mecánica”, se utilizó un instrumento para la evaluación de vía aérea artificial dividido en traqueostomía e intubación endotraqueal , los cuidados de enfermería cumple un papel muy importante, sin embargo cuando una persona tiene dificultad para satisfacer las necesidades de oxígeno es importante para mantener bajo situación, los cuidados dirigidos en vía aérea artificial se dividen en 2, uno dirigido al ventilador, específicamente a los circuitos, dispositivos de monitorización, las válvulas de espiración, los reservorios para el agua y los sistemas de humidificación. Otro para el cuidado de la vía aérea ya sea por tubo endotraqueal o bien por traqueostomía en lo referente a la higiene de la vía, evitar traumatismo bucal, orofaríngeo o traqueal con una adecuada fijación del tubo para evitar el desplazamiento.

- El cuarto diagnóstico: La hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. Temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación con el objetivo, está relacionado con pérdida de calor por evaporación convección radiación , por el

tiempo de duración de cirugía de 2 horas y 20 minutos, llega a unidad de recuperación donde se planifica una serie de mecanismo para iniciar a calentar al paciente, con una manta térmica verificando la efectividad a través de la monitorización y el control de la temperatura, así como a través del tacto, debido a la taquicardia a la presión sanguínea elevada lo cual disminuirá el riesgo sanguíneo a nivel distal, donde sus manos y sus pies están fríos al tacto. Además, se brinda humidificación en ventilación mecánica a temperatura adecuada lo cual además le proporcionara calor, el otro aspecto es que la enfermera puede ocasionar iatrogenia por lo cual se tiene que apersonar para verificar coloración de la piel. Como lo menciona Pacheco (2016) en el trabajo de prevalencia de factores asociados en el posoperado inmediato en cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso que tuvo el objetivo de determina la prevalencia de hipotermia y posoperados inmediatos y sus factores asociados, donde de 267 posoperados se encontraron una prevalencia de 68.5%. El 58.1 % fueron pacientes de sexo femenino, con el 21% más de probabilidades de presentar hipotermia en relación que los hombres; en un 20% se eleva la posibilidad de que el individuo descienda su temperatura hasta llegar hasta hipotermia al usar líquidos intravenosos fríos en el periodo perioperatorio.

- El quinto diagnóstico: Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo. Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo con el objetivo de gasto paciente presentara gasto cardiaco dentro de los niveles normales. El descuido es un indicador de dificultad y sobrecarga al funcionamiento de la bomba, por el aspecto que se está enviando sangre en poca cantidad lo que no va a suplir las necesidades para el metabolismo celular,

sino que sumado a esto, es la pérdida sanguínea generado en la unidad de nefrología 400cc y luego 200cc, los cuales conjugados y analizando el valor de bioquímica sanguínea podemos apreciar alteración sobre todo por la situación de anemia crónica por la insuficiencia cardiaca que ha generado disminución de la eritropoyetina, con resultados de 7,4 mg /dl. El otro aspecto imperante es asegurar un riesgo adecuado de la irrigación sanguínea y cardiaca, por lo cual se tiene que realizar un exhaustivo balance hídrico estricto, teniendo en cuenta que no se debe sobrecargar de volumen porque el paciente no logra dializarse, los cuales se observa edema en miembros inferiores, como lo menciona Blasco y otros, (2006), en su tesis “Hemoperitoneo como complicación de la diálisis peritoneal, experiencia de un centro y revisión de la literatura” que tuvo el objetivo de estudiar la frecuencia, etiología, gravedad, tratamiento y evolución de los hemoperitoneos en su programa, se realizó una revisión retrospectiva de 132 enfermos la conclusión que hemoperitoneo en diálisis peritoneal es un problema muy frecuente y de buen pronóstico.

:

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se identificaron 16 diagnósticos de enfermería, de los cuales se trabajaron cinco. En la administración del cuidado de enfermería se aplica el proceso de atención de enfermería y se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Se logra alcanzar los objetivos en un 80% y, parcialmente alcanzados 20% como no alcanzados y 0%, como no alcanzados

En el diagnóstico de enfermería deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo y falla multisistémica, evidenciado por disminución de la saturación de oxígeno, con el objetivo paciente presentara ventilación espontánea, se logró mantener una saturación de 98% a través de las intervenciones monitorización del paciente, verificar parámetros del ventilador de acuerdo con indicaciones terapéuticas, vigilar adaptación del paciente, observar tubo endotraqueal, posición adecuada lectura de gasometría arterial.

En el diagnóstico, limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones, inhibición del reflejo tusígeno (sedo analgesia) y alteración del estado de conciencia (sedación moderada) con el objetivo paciente presentara limpieza eficaz de la vía aérea. Se logró parcialmente gracias a cuidados de monitorización respiratoria, evaluando el estado de sedación, aspiración de secreciones, hiperoxigenar y aspirar las secreciones a cuatro manos.

En el diagnóstico riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia evidenciado por abundante secreción orofaríngea y presencia de tubo endotraqueal. Con el objetivo de paciente presentar control de factores que generan

aspiración se logró parcialmente por la intervención de enfermería como manejo adecuado de vía aérea artificiales, posición 30 grados, tratar nauseas con rapidez.

En el diagnóstico hipotermia relacionada a exposición al entorno frío y transferencia de calor, edad extrema evidenciado por palidez, taquicardia, frialdad de la piel. temperatura corporal 35°C, piel fría a la palpación, con el objetivo de paciente presentará temperatura corporal dentro de los parámetros normales mayor de 36 °C, se logró gracias a las siguientes intervenciones, valorar la temperatura corporal, uso de manta térmica comprobando funcionalidad.

Disminución de gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección evidenciado por taquicardia, anemia severa hemoglobina 7,4 mg/dl y hemoperitoneo, con el objetivo paciente presentará gasto cardiaco dentro de los niveles normales. Se logró parcialmente por las siguientes intervenciones monitorización, colocar en posición adecuada, vigilar si hay sangrado y realizar balance hídrico.

Recomendaciones

Realizar un proceso de atención de enfermería, en todos los niveles de atención que contribuirá a fortalecer la profesión que brindará cuidados efectivos basado en evidencias científicas, que tenga una secuencia lógica y después sea evaluado lo cual contribuirá para buscar a través de la investigación soluciones ante interrogantes que hasta ahora no han sido resueltos.

Realizar una guía en el servicio donde trabajamos para actualizar y buscar estandarizar los cuidados enfermeros, .de modo que se pueda asegurar la calidad de atención siguiendo los pasos en forma sistemática, incentivando la investigación, buscando la autonomía.

La monitorización, la verificación del parámetro del ventilador mecánico y cambios en la respuesta del paciente evitará complicaciones.

La valoración de signos vitales, observando ondas en el ventilador, así como la presencia de cianosis en una etapa tardía nos darán indicios de obstrucción y también nos indicarán si es necesario aspiración de secreciones.

En los pacientes sedados y con reflejo tusígenos es imprescindible el manejo correcto de la vía aérea y observación de cambios en los signos vitales.

Indispensable un buen manejo desde el preoperatorio la temperatura corporal, aun presentando mayor cuidado de los pacientes de la tercera edad,

Es importante vigilar en forma permanente las funciones vitales, valorar si hay sangrado e importante un balance hídrico estricto a horario lo cual impedirá una sobrecarga hídrica, así como se tiene que evaluar antecedentes.

Referencias bibliográficas

Aguirre, A., y Santana, E. (2013). Hallazgos en laparotomía exploratoria en pacientes adultos de trauma abdominal en el Hospital General Dr.5 Nicolás San Juan 2007 a

2012. Universidad Autónoma del Estado de México. México. Recuperado a partir de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.111799/14362/407429.pdf?sequence=>.

Alonso, M., Santiago, A., Moreno, A., Carramiñana, C., López, F., Miravet, S., y Huidobro, C. (2016). Guías clínicas. Diabetes mellitus. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Recuperado de http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf

Álvarez, M., Herazo, C., Mora, G., y Mora, G. (2014). Enfoque semiológico de las palpitaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 119-130. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43779>.

Andrés, E. (2004). Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. *Revistas anales de Cirugía Cardíaca y Vascul*, 10(1), 8-76. Recuperado en <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/fetch/28241671/FISIOPATO%252520RENAL%252520CRONICA.pdf>.

Ardila, F., Larrarte, C., y Quiñones, S. (2015). ¿Hemoperitoneo en diálisis peritoneal, un signo de alarma? *Revista Colombiana de Nefrología*, 2(1), 71-76. doi: 10.22265/acnef.2.1.200.

Arrieta, J., Bajo, A., Caravaca, F., Coronel, F., García, H., Gonzales, E., y Vega, N. (2005). Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal. Sociedad Española de Nefrología. Recuperado a partir de http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173

- Berman, A., y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (9^a. ed.). Madrid, España: Pearson educación.
- Blasco, C., García, M., Marquina, D., Martínez, J., Mañe, N., Ponz, E., y Valenzuela, M. (2006). Hemoperitoneo como complicación de la diálisis peritoneal. experiencia de un centro y revisión de la literatura, 98-106. Recuperado a partir de <http://revistaseden.org/files/98.pdf>.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., y Wagner, C. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (6^a. ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Can, A. y Sarabia, B. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *Revista iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 10(5). Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5771287.pdf>.
- Cortez, G. (2017). *Guía para aplicar. Taxonomía II, NANDA I, NIC, NOC. Diagnóstico de Enfermería Normado por Estándares ISO*. Lima, Perú: Rodhas SAC.
- Cervantes, R. D., y Presno, J. M. (2013). Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 21(3). Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>.
- Cavanagh, S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 90-100. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/1052/105215402009/>.
- Clarence, S. (2017). Enfermedad renal crónica. Scribd. Tomado de <https://es.scribd.com/presentation/355558984/irc>

- Ernesto, H. D., & Galdames, T. (2015). Protocolo de Manejo de Enfermería de Pacientes en Ventilador Mecánica. Recuperado a partir de <http://www.hospitaliquique.cl/images/PCI/GCL-1.2.2-V.M.pdf>.
- Franco, P. (2013). Dorothea Elizabeth Orem. Recuperado 10 de abril de 2018, a partir de <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.pe/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html>
- Fuller, J. (1998), *Instrumentación quirúrgica* (3^a. ed.). Buenos Aries, Argentina: Médica Panamericana.
- Gamboa, R. (2006). Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Acta Medica peruana*, 23(2), pp. 76-82. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/966/96623206.pdf>.
- Gallegos, S., y Gómez, L. (2012). Plan de cuidados de enfermería estandarizado, para el manejo integral de la vía aérea en pacientes con soporte mecánico ventilatorio. Universidad nacional de Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/11400/1/539802.2012.pdf>.
- Gallegos, V., y Pecina, R. (2011). Resolución de situaciones clínicas para enfermería desde el enfoque del ABP. San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Recuperado a partir de <https://books.google.com.pe/books?id=BCCRVArVEYIC&pg=PA94&dq=secreciones+humedificado&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjmjKeUh4vaAhVJ7VMKHZJHAb0Q6AEIMDAB#v=onepage&q=secreciones humedificado&f=false>.

Gavilánez, B. (2012). Eficacia de la diálisis peritoneal vs hemodiálisis en el tratamiento de insuficiencia renal crónica terminal en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato en el periodo octubre 2011 – enero 2012. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Recuperado en <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3157/1/Gavil%C3%A1nez%20Azogue%2C%20B%C3%A9lgica%20Margo.pdf>.

Gómez A., Arias E. y Jiménez C. (2012). Insuficiencia renal crónica. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. España. Tomado de https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf.

Gómez Grande, M. L., González Bellido, V., Olguin, G., & Rodríguez, H. (s. f.). Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.10.003>

Gutiérrez, L, P. (2010). *Protocolos y procedimientos en el paciente crítico*. México D.F, México: El Manual Moderno. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=BOv6CAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Guyton, & Hall. (2011). *Cuidados intensivos en enfermería* (2ª. Ed). Madrid, España: Harcourt Brace Recuperado de <https://doi.org/10.1093/jhered/est132>.

Guyton, & Hall. (2011). *Tratado de fisiología médica* (12ª. Ed). Barcelona, España: Elsevier. Recuperado en <https://doi.org/10.1093/jhered/est132>

Hein, S. D., Amorim, B. B., Martins da Silva, V., Venicios de Olivera, M., Maris de Jesus, S., y Almeida, M. (2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación

espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia, *Revista latinoamericana de enfermage*, 25: e2954. doi: 10.1590/1518-8345.1950.2954.

Hernández, F. (s. f.). Importancia de la monitorización de la temperatura y las complicaciones asociadas a ésta. Recuperado a partir de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/05/monitorizacion-de-la-temperatura-importancia.pdf>.

Infante, A. y Turcios, S. (2012). Hipertiroidismo. *Revista cubana de endocrinología. Revista Cubana de Endocrinología*, 23(3). Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000300005.

López, A. L., y Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia*, 24(2), 90-100. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>

Lorenzo, V. (2015). Enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Nefrología. España. Recuperado en <http://revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.

Maldonado, Z. A., Naula, M. N., y Suquinagua, B. M. (2010). Aplicación del proceso de enfermería en la atención de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2009. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3591>.

María, I., Illera, U., y Cristancho Gómez, W. (s. f.). Ventilación mecánica. Recuperado a partir de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/ventilacion-mecanica.pdf>

Mayo Clinic. (s. f.). Taquicardia, Síntomas y causas. Recuperado 16 de febrero de 2018, a partir de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tachycardia/symptoms-causes/syc-20355127>

Mayoral, C., Florez, T., Clara, A., Romero, I., y Ángela, B. (2010). Aspiración de secreciones orofaríngeas y traqueales D-3. España - Córdoba. Recuperado a partir de https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d3_aspiracion_secreciones.pdf.

Ministerio de salud del Perú. (2017). ¿Qué es la Hipertensión Arterial? Recuperado en <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/hipertension/index.asp?op=3>.

Moorheat, S. Jhonson ,M. Maas, M. Swanson, E. (2013). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (5^a. ed.). Madrid, España: DRK edición.

Moreno, R. (2010). Evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial de pacientes en ventilación mecánica. Universidad autónoma de San Luis Potosí. México. Recuperado a partir de <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3052/4/MAE1ECE01001.pdf>.

NANDA International. (2008). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid, España: Elsevier.

Ortega, L. y Arora, S. (2012). Metabolic acidosis and progression of chronic kidney disease: incidence, pathogenesis, and therapeutic options. *Revista de Nefrología*, 32(6), 724-30.doi:10.3265/Nefrologia.pre2012. Jul.11515.

- Pacheco, P. L., y Vicuña, E. Y. (2017). Prevalencia de hipotermia y factores asociados en el post operatorio inmediato en cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2016. Universidad de Cuenca., Ecuador. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26399>.
- Paredes, A. (2017). *Ética cristiana en la enfermería*. Lima: Editorial Imprenta Unión.
- Perry, A. y Potter, P. (2012). *Técnicas y procedimiento en enfermería (7^a ed.)*. Barcelona, España: Elsevier.
- Pinar, E. (2014). Cuidados de enfermería en paciente con enfermedad renal crónica en fase aguda. Recuperado en <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1277/TFG%20Pinar%20Mart%C3%ADnez%2C%20Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Prado, L. A., Gonzales, M., Gómez, N., y Romero, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6). Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Prieto R., García V. y Rendón J. (2014). Hermoperitoneo espontáneo idiopático. *Revista Colombiana de Cirugía*. 29, 243-47. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n3/v29n3a9.pdf>.
- Rebollo, C. (2017). Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva. Universidad de la Laguna, España. Recuperado a partir de [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5519/Plan de cuidados](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5519/Plan%20de%20cuidados)

estandarizado para pacientes en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva. pdf?sequence=1Content/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf

Ruiz, S. (2017). Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal.

Recuperado a partir de

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67230/1/Cuidados_de_enfermeria_de_un_paciente_con_traumatismo_abdomi_RUIZ_DIAZ_SARA.pdf

Rocca, Jesús. (2014). Manual de diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo. Lima, Perú.

Recuperado en

<http://www.endocrinoperu.org/pdf/MANUAL%20DIAGNOSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%20%20DEL%20HIPOTIROIDISMO.pdf>

Rodríguez, C., y Vázquez, R. (2001). El inicio de la laparotomía en el trauma abdominal en

México. *Revista Cirujano General, México*, 23(4), 278-282. Recuperado en

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2001/cg014k.pdf>

Rodríguez, C. A., y Carreón, R. M. (2005). Cronología del manejo quirúrgico del trauma en

México (900 a.C.-1917), Resumen histórico del trauma. *TRAUMA*, 8(1), 10-13.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm051c.pdf>.

Solano, M. González, C. Álvarez, M., & Llorente, B. E. M. (2004). Anales de medicina

interna. *Anales de Medicina Interna* (Vol. 21). Madrid: Arán Ediciones, S.A.

Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004000600008&script=sci_arttext&tlng=en)

[71992004000600008&script=sci_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004000600008&script=sci_arttext&tlng=en)

- Tango. (2018). Exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria, serie, procedimiento. Recuperado en https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100049_3.htm.
- Thyroid Association, A. (s. f.). ¿qué es la glándula tiroides? Recuperado a partir de https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/ata_hipotiroidismo_bw.pdf
- Ticona, F. (s. f.). PAE de Enfermería. Recuperado 22 de abril de 2018, a partir de <https://es.calameo.com/read/00323207102981ea04bed>
- Tratamiento de la, D. (s. f.). guía de práctica clínica gpc. Recuperado a partir de www.cenetec.salud.gob.mx.
- Trobajo, A. (2015). Trasplante pulmonar, Limpieza ineficaz de las vías aéreas en una unidad de reanimación postquirúrgica. Universidad de la Coruña, España. Recuperado a partir de <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15335?locale-attribute=en>.
- Urden, L., Louch, M. y Stacy, K. (1998). *Cuidados intensivos en enfermería* (2^a ed.). Madrid, España: Harcourt Brace.
- World Health Organization. (S.f). Diabetes. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
- World Health Organization. (2009). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Recuperado de

http://emas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf

Zachary, M. A., Vance, Y. S., y Benjamin, W. S. (2007). Vascular Trauma: Endovascular Management and Techniques. *Surgical Clinics of North America*, 87(5), 1179-1192. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.07.006>.

Apéndices

Apéndice A: Instrumento Guía de Valoración

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

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: <u>L.G.P</u>	Fecha de nacimiento: <u>3/11/49</u> Edad: <u>69</u> Sexo: <u>F</u>
Fecha de Ingreso al servicio: <u>20/01/18</u> Hora: <u>14:00</u> HC: <u>1309681</u> Cama de REA: <u>5</u>	
Procedencia: Ambulatorio Hospitalización Emergencia <u>X</u> Otro	
Dx. PRE Operativo: <u>Hemoperitoneo</u> Interv. Quirúrgica Realizada: <u>L.E + Laparatomía + lavado + retiro de cateter peritoneal</u>	
Médico cirujano: <u>Dr. Marrero Campo Felix</u> Médico Anestesiólogo: <u>Dra. Angulo Flores Tania</u>	
Tiempo Intraoperatorio: <u>2 h y 20 m</u> Tiempo de Anestesia: <u>General</u>	
Enfermera que recepciona: <u>Lic. María Tinoco Yurivilca</u>	
Funciones vitales: Fc: <u>128</u> SatO2: <u>99%</u> P/A: <u>205/92</u> T°: <u>35 °C</u> Fr: <u>17</u> Peso: <u>87</u> Estatura: <u>1.51 cm.</u>	

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PATRÓN 1: RECEPCION DE CONTROL DE SALUD </div> <p>Antecedentes de Enfermedad: NO () SI (X) HTA(X) DM(X) Gastritis/ulcera () TBC () Asma () <u>hipotiroidismo, IRC con diálisis peritoneal, Hipertencion arterial</u> Medicación Habitual: <u>Losartan- levotiroxina- insulina dependiente</u></p> <p>Antecedente Quirúrgicos: NO () SI (X) <u>Cesarea (1979), Colectectomia (1982),</u> <u>colocacion de cateter peritoneal (2017)</u></p> <p>Alergias: NO (X) SI () OTROS: _____ Brazalete de RAM: NO (X) SI () en _____ Medicamentosa: _____ Alimentos: _____</p> <p>Factores de riesgo: Consumo de tabaco: NO (X) SI () Consumo de alcohol: NO (X) SI () Consumo de drogas: NO (X) SI ()</p> <p>Estado de higiene Buena () Regular (X) Mala ()</p>	<p>PARENTERAL INTRAOPERATORIO: Ingresos Solución: NO () SI (X) Volumen: <u>500</u> cc. Solución Dextrosa: NO (X) SI () Volumen: _____ cc Coloides: SI () NO (X) Vol: _____ Tratamiento: Volumen: _____ cc Hemoderivados: NO (X) SI () Plasma Fresco: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc Paquete Globular: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc</p> <p>PARENTERAL POST ANESTESICO – RECUPERACION: ingresos Solución Salina: NO () SI (X) Volumen: <u>148</u> cc Solución Dextrosa: NO () SI () Volumen: _____ cc Hemoderivados: NO () SI () Plasma Fresco: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc Paquete Globular: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO </div> <p>Estado de la piel: Húmedas: (X) Secas: () Otros: _____ Pálidas (X) ictericas () Cianótica: () Hb = <u>74 gr/dl</u> Diaforesis: NO (X) SI () Termorregulación: Escalofríos () Piloerección () Piel fría Cavidad oral: Mucosa oral: Intacta (X) Lesiones () Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta (X) Prótesis()</p> <p>NPO: NO () SI (X) Tiempo: <u>+6h</u> Nutrición Parenteral: NO (X) SI () SNG: NO (X) SI () Alimentación () Drenaje: NO (X) SI () Características: _____ Vómitos: NO (X) SI () Nauseas: NO (X) SI () Regurgitaciones: NO (X) SI ()</p> <p>Abdomen: Blando (X) Depresible (X) Globuloso (X) Distendido () Timpánico () Doloroso () RHA: presentes (X) Disminuidos () Ausentes () Aumentados ()</p> <p>Herida operatoria: Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso (X) Moderado () Severo () Cantidad: _____ cc</p> <p>Drenajes: NO (X) SI () Tipos _____ Especificar: _____ Volumen: _____ cc</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PATRÓN 3: ELIMINACIÓN </div> <p>Presencia de líneas invasivas: Tipo: Sonda Foley NO () SI (X) Talla Vesical NO () SI () 20/1 Características de la orina: Clara (X) Coluria () Hematúrica () Sedimentosa () Irrigación vesical: NO (X) SI () Cuanto por pasar: _____ cc Características de la orina: Clara () Hematúrica: ____/+++ Reflejo urinario: SI () NO (X) Vol: _____ cc Colostomía: NO (X) SI () Vol: _____ cc Características: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO </div> <p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA Respiración: Superficial (X) Profunda () Polipnea: NO () SI (X) Otros: <u>V.M: Modo NC(AC)</u> Bronco espasmo: NO (X) SI () Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos (X) Ausentes () Crepitantes () Roncantes(X) Sibilantes (X) Tos ineficaz: NO () SI () Reflejo de la tos: Presente Disminuido Ausente X Secreciones: NO () SI (X) Características: <u>blanquecinas</u> O2: NO () SI () Modo: <u>VC-AC</u> l/min./FIO2: <u>100%</u> TET: (X) Traqueotomía: () VM: (X) Sat. O2: _____ Drenaje Torácico: D/I NO (X) SI ()</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA Ruidos cardíacos: Rítmicos (X) Arrítmicos () Pulso: <u>128</u> Regular (X) Irregular () Pulso periférico: Normal () Disminuido (X) Ausente () Llenado capilar: <u>menor a 2"</u> Edema: NO () SI (X) Localización: <u>Zona distal MMII,MMSS</u> + (0-0.65 cm) (X) ++ (0.65 – 1.25cm) () +++(1.25 – 2.5 cm) ()</p> <p>Riego periférico MII Tibia Fría (X) Caliente MIID Tibia Fría (X) Caliente</p>	

MSI Tibia Fría Caliente
 MSD Tibia Fría Caliente

Marcapaso: NO SI () Tipo: _____

Presencia de líneas invasivas:
 Catéter periférico: 2 MSI radial 20, cefalica 18
 Catéter Central: _____
 Línea arterial: _____
 Catéter epidural: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DEL AUTOCIUDADO
 1: Independientes () 3: Totalmente dependiente
 2: Parcialmente dependiente ()

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada Disminuida ()

Comentarios adicionales: _____

ESCALA MORSE – RIESGO DE CAIDA

Antecedentes de caída	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	0 25
Diagnóstico secundario	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	0 15
Ayuda para deambular		0 15 30
Vía venenosa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	0 20
Marcha		0 15 30
Normal/ Inmovilizado/ Reposo en cama		
Débil		
Alterada requiere asistencia		
Conciencia/ Estado mental		
Consciente de sus capacidades y limitaciones		0
No consciente de sus limitaciones		15

Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Hasta 24	25-44	45 y mas

Riesgo: Alto

PATRÓN 6: PERCEPTIVO - CONGNITIVO

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal
Espontánea 4	Espontánea normal 6	Orientada 5
A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa 4
Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras inapropiadas 3
Ninguna 1	Decorticación 3	Sonidos incompresibles 2
	Descerebración 2	Ninguna 1
	Ninguna 1	

Puntaje: 11 pts.
 Riesgo de autolesión SI _____ NO

Escala de Valoración del Dolor EVA:

0 2 4 6 8 10
 LEVE MODERADO INTENSO

Puntaje 0 al 10: 1 pts.

ESCALA DE SEDACION DE RAMSAY

Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características	Puntos
Actividad	2
Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	<input type="checkbox"/>
Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	<input type="checkbox"/> 1
Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	2
Capaz de respirar profundamente y toser libremente	<input type="checkbox"/>
Disnea o limitación a la respiración	<input type="checkbox"/> 1
Apnea	0
Circulación	2
PA ≤ 20% del nivel preanestésico	<input type="checkbox"/>
PA 20-49% del nivel preanestésico	<input type="checkbox"/> 1
PA ≥ 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	2
Completamente despierto	<input type="checkbox"/>
Responde a la llamada	<input type="checkbox"/> 1
No responde	0
SaO ₂	2
Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente	<input type="checkbox"/>
Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90%	<input type="checkbox"/> 1
SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

Puntaje: 5 pts.

ESCALA DE SEDACION – AGITACION RASS:

+4	+3	-2	-1	0	1	2	3	2	4	5
		<input checked="" type="checkbox"/>								

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Colabora: NO () SI () No Colabora: NO () SI ()
 Tranquilo: NO () SI ()
 Ansioso: NO () SI ()
 Negativo: NO () SI ()
 Triste - lloroso: NO () SI ()
 Reservado: NO () SI () Temeroso: NO () SI ()
 Irritable: NO () SI () Indiferente: NO () SI ()

Preocupaciones principales / comentarios: _____

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Ocupación: Ama de casa
 Estado civil: Soltera/ o () Casada/ o ()
 Conviviente () Divorciada/ o () Otros: Viuda
 ¿Con quién vive?
 Solo () Con su familia Otros: _____
 Fuentes de apoyo: Familiar () Social () Otros: Hijos
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo Escaso () Moderado () Severo ()
 Cantidad: _____ cc
 Características: _____
 Tapón Vaginal: NO SI ()

PATRÓN 10: VALORES - CREENCIAS

Religión: Católica
 Restricciones religiosas: _____
 Otros: _____

Firma o Sello de la Enfermera: _____

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a Lina Gotea Patrocinia, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: Unidad de Recuperación Anestésica. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. María Tinoco Yamko bajo la asesoría de la La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del paciente: Lina Gotea Patrocinia / Delia Inga Lina
DNI: 10029604 Fecha: 20/enero/2018.



Firma del paciente

Apéndice C: Kardex

Situación		Diario clínico	Registro de constantes	Kardex de enfermería	Historial clínico										
Actualizar		Confirmar	Confirmación rápida	Confirmar no administradas	Imprimir	-fojas Registro									
		Día anterior		Desde 28/01/2018 03:13:01	Hasta 29/01/2018 03:13:01	Día siguiente									
													28/01/2018		
			3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	:
ETAMBUTOL 400 mg Tableta ORAL 3 TAB CADA 24 HORAS F.Ini: 26/01/2018 23:49 Administración: CADA TODOS LOS DÍAS Obs Med: 3															
INSULINA CRISTALINA HUMANA 100 UI/ml, 10 ml Inyectable SUBCUTANEA 1 AMP CADA 24 HORAS CONDICIONAL F.Ini: 26/01/2018 23:49 Administración: CADA TODOS LOS DÍAS Obs Med: escala movil															
ISONIAZIDA 100 mg Tableta ORAL 3 TAB CADA 24 HORAS F.Ini: 26/01/2018 23:49 Administración: CADA TODOS LOS DÍAS Obs Med: 3															
LEVOTIROXINA 100 mcg (0.1mg) Tableta SONDA NASOGASTRICA 1 TAB a las 9 H. F.Ini: 26/01/2018 23:49 Administración: CADA TODOS LOS DÍAS Obs Med: 1									← 1 TAB						
LINEZOLID 600 mg/300 ml Inyectable INTRAVENOSA 1 AMP a las 11 H. 1 AMP a las 23 H. F.Ini: 26/01/2018 08:23 Administración: CADA TODOS LOS DÍAS Obs Med: 2											12:00 1 AMP				
MEROPENEM 500 mg Inyectable															

Hosix.NET Nursing Edition - TINOCO VIBATICA, MARIA ANTONIA

Apéndice D: Fichas farmacológicas

NIFEDIPINO

Nombre genérico: nifedipino.

Nombre comercial: nifedipino

Clasificación: antihipertensivo anti anginoso

Indicaciones:

En angina vasoespástica cuando se ha confirmado por ergonovina o demostrada angiográficamente con espasmo de la arteria coronaria. angina estable crónica: efectiva en controlar o reducir la angina y aumentar la tolerancia al ejercicio, es eficaz en combinación de beta bloqueador, Hipertensión. Puede usarse sola o en combinación de otros agentes antihipertensivos

Mecanismo de acción: Es un calcio antagonista del grupo de la 1.4 dihidropiridinas que inhibe el flujo de iones de calcio al tejido miocárdico y el tejido muscular liso de las arterias coronarias que mejora el suministro de oxígeno al miocardio y aumenta el flujo sanguíneo coronario, reducción poscarga y de los vasos periféricos reduciendo la resistencia y disminuyendo la presión arterial elevada. Se metaboliza en la pared intestinal y el hígado.

Reacción adversa / efectos adversos:

Se han observado dolor de cabeza, fatiga, malestar general, constipación, náusea. En menos de 3%: astenia, adinamia, dolor, palpitaciones, insomnio, nerviosismo, parestesia, somnolencia, prurito, rash, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, artralgias, dolor en el pecho, disnea, impotencia, poliuria.

En menos de 1%: edema facial, fiebre, edema peri orbitario, arritmias, hipotensión, aumento en la presentación de angina, taquicardia, síncope, ansiedad, ataxia, disminución de la libido, depresión, hipertonía, hipoestesia, migraña, paranoia, vértigo, alopecia, aumento en la sudo-

ración, urticaria, púrpura, reflujo gastroesofágico, melena, vómito, aumento de peso, dolor de espalda, mialgias, lagrimeo anormal, visión anormal y tinnitus.: Insuficiencia. Coronaria leve, con HTA, enfermedad. Cerebrovascular grave edad avanzada, se recomienda iniciar con dosis bajas. Además: antecedentes o historia de estenosis gastrointestinal. Insuficiencia hepática

Dosis

Capsulas regulares de 10 a 40 mg por vía oral tres veces al día.

Capsulas de acción prolongada 30 a 90 mg vía oral.

Para personas ancianas comenzar el tratamiento en capsulas regulares dando una dosis de prueba inicial de 5 mg por preferencia en la noche.

Cuidados de enfermería

Observar cuidadosamente en busca de signos y síntomas de alarma.

Tener en cuenta que aumenta los niveles de digoxina en 45 a 50 %

Observar signos de toxicidad digitálico.

Puede causar nicturia, también inflamación de las encías

No usar sublingual.

Realizar control de la presión arterial

TRAMAL

Nombre genérico: tramal

Nombre comercial: tramadol.

Clasificación: analgésico opiáceo

Indicaciones:

Tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa

Mecanismo de acción:

Posee un mecanismo de acción dual, de acción farmacológica. Posee una acción agonista sobre receptores opiáceos centrales. Los receptores opiáceos se encuentran acoplados a los receptores de proteína G, funcionando como moduladores positivos y o negativos de la transmisión sináptica a través de las proteínas G, que activan proteínas afectoras. El resultado final es la inhibición del estímulo nociceptivo.

Impide la transmisión del dolor a través de la medula

Reacción adversa / efectos adversos:

La incidencia y la intensidad dependen de la dosis, de la vía de administración y de la duración del tratamiento. La incidencia de reacciones adversas es mayor cuando las dosis usadas son mayores de 200mg al día en comparación con la dosis de 50 o 100mg,

El tramal debe administrarse am;

Tramadol inyectable 100mg. IV, q ampolla inyectada lentamente o diluido en infusión
IM

1 ampolla Sc.

Las reacciones adversas más comunes son

Mareos o vértigos. Náuseas y vómitos, constipación, las cefaleas, la letargia, el prurito, la astenia, la diaforesis, la dispepsia, la xerostomía y la diarrea.

La naloxona puede revertir algunos de estos síntomas causados por sobredosis de tramadol.

Dosis y cuidados de enfermería

Administración oral: Dosis de 50 a 150 mg/día

Administración intravenosa: 1 a 2 mg/kg intravenoso que han erradicado los temblores en 5 minutos

Pacientes con insuficiencia renal se recomienda una dosis de 50 mg cada 12 horas.

No administrar en pacientes con función renal y hepática alterada

Administrar con sumo cuidado en pacientes de edad avanzada

Verificar si el paciente tiene sensibilidad al tramadol

tramadol no debe ser administrado en síndrome de abstinencia

El tramadol puede provocar convulsiones e incrementar el potencial de originarlo

La enfermera de reconocer los efectos adversos y tratarlos inmediatamente se presente.

METOCLOPRAMIDA

Nombre genérico: metoclopramida

Nombre comercial: primperan.

Clasificación: antiemético

Indicaciones:

Indicado ante náuseas y vómitos.

Está indicada a corto plazo prevención y tratamiento de la náuseas y vómitos, posoperatorios, inducidos por radioterapia, retardados inducidos por quimioterapia, incluyendo náuseas y vómitos relacionados con migraña en niños y adolescentes de 1 – 18 años.

Mecanismo de acción:

Incrementa la motilidad gástrica, sin aumentar las secreciones gástricas, aumenta la actividad colinérgica periférica, bien liberando acetilcolina en las terminaciones nerviosas post ganglionicas, bien aumentando la sensibilidad de los receptores muscarínicos sobre el musculo liso.

La vagotomía no inhibe los efectos de la metoclopramida sobre el tracto digestivo, y paradójicamente que dosis bajas el fármaco estimulan la actividad mecánica del tracto digestivo, las dosis elevadas las inhiben. Los efectos sobre el tono del esfínter esofágico

inferior, unidos a la mayor velocidad de vaciado gástrico, reducen el reflujo gastroesofágico.

Como resultado hay una coordinación de la motilidad gástrica.

Es menos sedante que otros antagonistas de la dopamina, también posee efectos antagonistas implicados de la náusea y el vómito, estimula la acción de la prolactina, y también incrementa la secreción de aldosterona.

Reacción adversa / efectos adversos:

En general, la incidencia de reacciones adversas se correlaciona con la dosis y la duración de la administración del clorhidrato de metoclopramida.

Efectos sobre SNC: Cansancio, decaimiento, fatiga y lasitud; insomnio, cefalea, confusión, mareos, con menos frecuencia se le asocia con depresión mental con tendencias suicidas.

Reacciones extrapiramidales: Las más comunes son reacciones distónicas agudas, incluyendo movimiento involuntario de piernas, gesticulación, tortícolis, crisis oculogíricas, protrusión rítmica de la lengua, habla de tipo bulbar, trismus, opistótonos y, raramente, estridor o apnea. En general, estos síntomas se contrarrestan en forma rápida con difenhidramina.

Síntomas semejantes a Parkinson: Bradicinesia, tremor, facies semejantes a máscara, discinesia tardía que por lo general se caracteriza por movimientos involuntarios de la lengua, cara, boca o mandíbula, y algunas veces, movimientos involuntarios del tronco y/o extremidades; los movimientos pueden ser en apariencia coreoatetósicos.

Síntomas motores: Ansiedad, agitación, insomnio, así como también incapacidad para permanecer sentado, estos síntomas pueden desaparecer de manera espontánea, o responder a la reducción de la dosis.

Reacciones endocrinas: Galactorrea, amenorrea, ginecomastia, impotencia secundaria a hiperprolactinemia, retención de líquidos secundaria a la elevación transitoria de aldosterona.

Reacciones cardiovasculares: Hipotensión, hipertensión supraventricular, taquicardia, bradicardia.

Reacciones gastrointestinales: Náusea, diarrea primaria.

Reacciones renales: Frecuencia urinaria e incontinencia.

Reacciones hematológicas: Metahemoglobinemia en especial con sobredosis en los neonatos.

Existen algunos casos reportados de neutropenia, leucopenia y agranulocitosis sin relación clara con la administración de metoclopramida.

Reacciones alérgicas: En pocas ocasiones edema angioneurótico, incluyendo edema laríngeo o glótico.

Diversos: Trastornos visuales, porfiria, se ha reportado una rara ocurrencia de síndrome neuroléptico maligno.

Eritema transitorio de la cara y parte superior del cuerpo, sin alteraciones en signos vitales después de la administración de dosis altas por vía I.V.

Dosis y cuidados de enfermería

Dosis 10 mg /2 ml.

En adultos alternativamente 10 mg EV repetir de acuerdo a necesidad. En adultos 1 -2 mg/kg en infusión EV y repetir según necesidad clínica

Monitoreo constante de las constantes vitales

Administrar en forma lenta durante 1 a 2 minutos por una dosis de 10 mg, ya que la administración rápida genera ansiedad e intranquilidad, seguido de mareo.

La administración EV intermitente son solución al 0,9% o Dextrosa al 5% en 15 minutos.

La administración IM debe ser profunda.

Debe administrarse antes de las comidas y al acostarse.

Evitar administrarse conjuntamente con sedantes, hipnóticos, narcóticos o tranquilizantes porque incrementar efecto sedativo

Aplicar cinco correctos y proteger de la luz

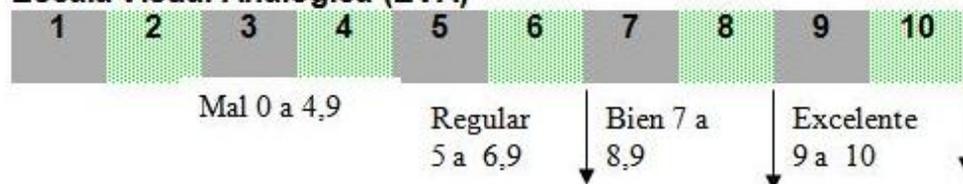
Apéndice F: Escalas de evaluación

Escala de Aldrete

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial \leq 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20 – 49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO ₂)	Mantiene SaO ₂ > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ > 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

Escala de EVA

Escala Visual Analógica (EVA)



Escala RASS

**ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND
RASS
(RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)**

puntos	Término	Descripción	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

Escala de RAMSAY

<https://es.slideshare.net/enfermerita85eli/39-la-insuficiencia-renal-fase-terminal>

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6