

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería a paciente con laparotomía exploratoria
más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado de**

Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018

Autora:

Gloria Ruth Ruiz Ramirez

Asesora

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

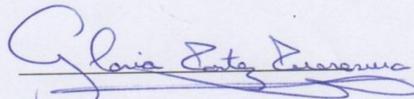
Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería a paciente con laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado de Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018*”, constituye la memoria que presentan la licenciada: RUIZ RAMIREZ GLORIA RUTH, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



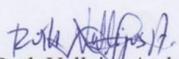
Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería a paciente con laparotomía exploratoria más rafia
intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado de Unidad de
Recuperación Posanestésica 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

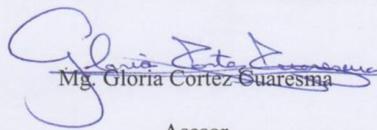
JURADO CALIFICADOR


Mg. Ruth Vallejos Atalaya

Presidente


Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario


Mg. Gloria Cortez-Suaresma

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A mi madre por estar siempre a mi lado y apoyarme en cada paso que doy, y apoyarme incondicionalmente.

A mi esposo, por su compañía e impulsarme cada día salir adelante y ser un mejor ser humano.

A mis hijos por ser unos niños maravillosos que me han enseñado a ser madre y amar la persona que te empuja a ser mejor en la vida.

Agradecimientos

A La Universidad Peruana Unión por albergarnos n este tiempo y permitir que podamos realizarnos como especialistas en enfermería.

A los docentes y asesores por sus valiosas orientaciones en la realización del presente trabajo.

Contenido

Resumen.....	xiii
Capítulo I.....	13
Proceso de atención de enfermería.....	13
Valoración	13
Resumen del motivo de ingreso	14
Situación problemática	14
Exámenes auxiliares	15
Tratamiento médico.....	17
Valoración según patrones funcionales de la salud.....	18
Hallazgos significativos de los patrones funcionales	20
Diagnósticos de enfermería	23
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	26
Planificación.....	28
Planes de cuidado	30
Ejecución	40
Evaluación	45
Capítulo II	49
Marco Teórico.....	49
Antecedente locales	49

Antecedente internacionales	50
Marco conceptual	52
Modelo teórico.....	58
Capítulo III.....	59
Materiales y Métodos.....	59
Tipo y diseño	59
Sujeto de estudio.....	59
Delimitación geográfica temporal	60
Consideraciones éticas.....	61
Capítulo IV.....	63
Resultados, análisis y discusión	63
Resultados.....	63
Análisis.....	65
Discusión	68
Capítulo V	70
Conclusiones y recomendaciones	70
Conclusiones.....	70
Recomendaciones	72
Referencias.....	73
Apéndice A.....	75

Guía de valoración	75
Apéndice B.....	79
Consentimiento informado.....	79
Apéndice C.....	81
Hoja de Kárdex	81
Apéndice D.....	82
Fichas farmacológicas	82
Apéndice F	85
Escalas de Evaluación	85
Apéndice G.....	88
Balance hidrico.....	88
Apéndice H.....	89
Otros.....	89

Índice de tablas

Cuadro N° 1: Análisis de gases Arteriales AGA	17
Cuadro N° 2: Hematología	18
Cuadro N° 3: Diagnóstico de enfermería 1°	31
Cuadro N° 4: Diagnóstico de enfermería 2°	33
Cuadro N° 5: Diagnóstico de enfermería 3°	35
Cuadro N° 6: Diagnóstico de enfermería 4°	37
Cuadro N° 7: Diagnóstico de enfermería 5°	38
Cuadro N° 8: SOAPIE 1°	41
Cuadro N° 9: SOAPIE 2°	42
Cuadro N° 10: SOAPIE 3°	43
Cuadro N° 11: SOAPIE 4°	45
Cuadro N° 12: SOAPIE 5°	46
Cuadro N° 13: Evaluación del 1°diagnóstico de enfermería	48
Cuadro N° 14: Evaluación del 2°diagnóstico de enfermería	48
Cuadro N° 15: Evaluación del 3°diagnóstico de enfermería	49
Cuadro N° 16: Evaluación del 4°diagnóstico de enfermería	49
Cuadro N° 17: Evaluación del 5°diagnóstico de enfermería	49
Cuadro N° 18: Resultados	65
Cuadro N° 19: Resultado final	71

Símbolos mas usados

AGA	Análisis de gases arteriales
BHE	Balance hídrico estricto
CO ₂	Dióxido de Carbono
CL NA	Cloruro de Sodio
HCO ₃ -	Bicarbonato
CVC	Catéter venoso central
IV	Intravenosa
mg/dl	Miligramos por decilitros
PAE	Proceso de atención de enfermería
PO ₂	Presión parcial de oxígeno
T°	Temperatura
UCI	Unidad de cuidados intensivos

Resumen

La laparotomía exploratoria es una operación en la que se realiza una incisión en el abdomen para averiguar la causa de ciertos problemas, como dolor o sangrado abdominal no precisable. La rafia intestinal es una fisura superficial del intestino delgado o grueso. El divertículo de intestino delgado son pequeños sacos o bolsas que se forman en la pared anterior del intestino y se vuelve diverticulitis cuando estas bolsas están inflamadas o infectadas. En el caso del paciente estas bolsas ya estaban infectadas.

El estudio que se presenta a continuación es un proceso de atención de enfermería en el paciente N.C.V con diagnóstico de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado en la Unidad de Recuperación Post Anestésica de un hospital de EsSalud de Lima, tuvo como objetivo contribuir a mejorar la salud del paciente aplicando el Proceso de atención de enfermería mediante la identificación de diagnósticos más relevantes. Metodología: El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico, como método se utilizó el proceso de atención de enfermería que consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; como técnica la observación y la entrevista; el instrumento utilizado fue la Guía de valoración de Marjory Gordon, adaptado por la investigadora. Resultados: El 40% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 60%, parcialmente. Conclusiones: Se logró aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, ejecutándose la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, laparotomía exploratoria, plan de cuidados

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales:

Nombre de usuario:	N.C.V.
Fecha de nacimiento:	07/05/1940
Edad:	77
Sexo:	Masculino
Hora de ingreso a URPA:	18:18
Historia clínica:	1249515
Cama REA:	08
Procedencia:	Hospitalización
Estado civil:	Casado
Intervención quirúrgica realizada:	Laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado.
Tiempo intraoperatorio:	2h 49 min
Tipo de anestesia:	General
Funciones vitales al ingreso:	FC: 86 x' - Sat. O2 96% P/A.134/76 mmHg FR 17 x'

Resumen del motivo de ingreso

Paciente varón de 77 años operado de colelap complicada, reingresa a los dos días de post operado, a sala de operaciones para ser reintervenido de laparotomía exploratoria. Ingresa a URPA el 26/01/18 a las 18:18hrs con diagnóstico de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado en las siguientes condiciones: ventilado con apoyo de máscara de reservorio a 8 litros FiO2 50% con sat 96%, tendencia al sueño por efectos de la anestesia general, respondiendo al llamado al momento de la entrevista, aldrete 6. El médico reporta medicación administrada y una unidad de paquete globular transfundido intrasop; comunica interconsulta con UCI para traslado a dicho servicio.

Situación problemática

El paciente es adulto mayor de 77 años, post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado. Se observa en posición decúbito dorsal con presencia de máscara de reservorio a 8 litros por minuto FiO2 50% y saturación 96%, SNG a gravedad colocada dentro de sala de operaciones en la cual se evidencia secreción biliosa 150cc, vía periférica en ambos miembros superiores colocada en hospitalización el día 26/01/18 en miembro superior izquierdo pasando cloruro de sodio sin agregados 120cc por hora y en miembro superior derecho vía salinizada, presencia de catéter porth sellado para quimioterapia. Presenta 4 puntos laparoscópicos por colecistectomía laparoscópica (primera intervención), realizada hace dos días la cual está cubierta con gasa limpia y seca; la herida de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado (segunda intervención) se evidencia un apósito limpio y seco en zona media del abdomen y en el cuadrante inferior izquierdo un dren pen rose a bolsa de

colostomía con secreción purulenta; vendaje compresivo en ambos miembros inferiores; presenta sonda foley a gravedad con diuresis colúrica volumen 100cc.

Exámenes auxiliares

Gasometría arterial AGA 26/01/2018 20:04HRS

	Resultado	Unidades	Valores Ref.
Ph	7.36		(7.38 – 7.43)
PCO2	40.4	mm hg	(35 – 45)
PO2	80.3	mm hg	(73 – 105)
Bicarbonato actual (HCO3-)	20	mEq/l	(22 – 26)
Bicarbonato standard (HCO3-)	24.8	mEq/l	(21 – 27)
CO2 total	22.3	mEq/l	(24 – 30)
Exceso de bases celulares	0.4	mEq/l	(-3 – 3)
Saturación de O2	95	%	(95 – 100)
Sodio en gasometría arterial	139.6	mEq/l	
Potasio en gasometría arterial	3.25	mEq/l	
Calcio iónico gasometría Arterial	1.18	mmo/L	(1.10 – 1.35)
Cloro en gasometría arterial	104	mEq/l	
Hematocrito arterial	31		
Ácido láctico (lactato) gases	14	mg/dl	(0 – 22.6)
Glucosa en gasometría arterial	98	mg/dl	
Bilirrubina en Gasometría arterial	<2	mg/dl	
Concentración de oxígeno, gasometría arterial.	21		

Cuadro n° 1

Gasometría arterial (AGA)

Es la prueba que se realiza extrayendo una cantidad de sangre de la arteria la cual conlleva a la medición de la cantidad de oxígeno y del dióxido de carbono en la sangre y determina la acidez del ph. También ayuda a determinar si existe algún problema pulmonar (Pérez, 2016)

Análisis

Los resultados del AGA del paciente presenta un ph 7.36, que indica ligeramente disminuido. Esta condición ha repercutido en la disminución de la concentración del bicarbonato (HCO_3^- 20 y CO_2 total 22.3), originando acidosis metabólica, situación por la cual los niveles de oxígeno en el cuerpo disminuye, pero se considera que en el caso del paciente puede ser pasajero por efectos de la anestesia general más entubación dentro de sala de operaciones.

Hematología 26/01/2018 11:21

	Resultado	Unidades	Valores Ref.
Número total de hematíes	3.3	$\times 10^4$	(4.6 – 6.2) (10^2)
Hemoglobina	9.4	g/dl	(14 – 18)
Hematocrito	29.0	%	(40 – 54)
Volumen corpuscular medio sangre	88.7	%	(80 - 100)
Hemoglobina corpuscular media	28.8	Pg	(27 - 31)
CHCM	32.5	g/dl	(31.5 - 37)
RDW	13.1	%	(11.2 – 15.2)
Número total de plaquetas	160.0	$\times 10^3$ cel/ul	(150 - 450) (10^2)
Volumen plaquetar medio	8.3	Fl	(27 - 31)
Número total leucocitos	2370.0	Cel/ mm^3	(4000 – 11500)
Tiempo de protrombina	12.4	Sg	(9.9 – 11.8)
INR	1.12		(0.85 – 1.15)
Tiempo de tromboplastina parcial activa	22.8	Sg	(20 – 40)
Glucosa	102	mg/dl	(74 – 106)
Úrea	28	mg/dl	(15 – 50)
Creatinina	0.82	mg/dl	(0.7 – 1.3)

Cuadro n° 2

La hemoglobina

Es una proteína que la encontramos en los glóbulos rojos y se encarga de transportar oxígenos a nuestros órganos, además le da el color rojo a la sangre.

Si está por debajo de los valores normales, puede ser que haya algún tipo de anemia. Para ello se necesita administración de hierro o transfusiones sanguíneas como se realizó en nuestro paciente.

Los leucocitos son conocidos como glóbulos blancos y ayudan a proteger nuestro cuerpo de agentes extraños a través de una respuesta inmune, por lo cual es muy necesario mantenerlo dentro de los niveles normales.

Análisis

El paciente en estudio presenta un nivel bajo de hemoglobina debido a las dos cirugías consecutivas en un espacio inter operatorio muy corto: colelap y a los dos días laparotomía exploratoria, por ello dentro de sala de operaciones le transfundieron un paquete globular. Se puede observar que el paciente presenta leucopenia causada por los antecedentes de cáncer y tratamiento de quimioterapia realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati.

Tratamiento médico

Cl Na 9% 1L I FRASCO 45 gotas por minuto

Glucosa (dextrosa) 5% 1L II – III FRASCO, 45 gotas por minuto

Sodio cloruro 20% 20ml 1 amp. Cada 8 horas

Potasio cloruro 20% 10ml 1 amp. Cada 8 horas

Metamizol 1gr ev amp cada 8 horas

Metoclopramida 10mg 1 amp ev, cada 8 horas

Tramadol 10mg 1 amp. Ev, cada 12 horas condicional a dolor

Vancomicina 500mg ev, 2 amp, cada 12 horas

Meropenem 500mg 1 amp ev, cada 6 horas

Omeprazol 40mg 1 frasco ev, cada 24 horas.

Valoración según patrones funcionales de la salud

Patrón 1: Percepción control de la salud

Paciente con antecedentes de cáncer de colon hace 14 años y metástasis pulmonar. Post operado de dos días de colecistectomía laparoscópica, por lo que evoluciona con dolor abdominal y distensión en la región de hipocondrio izquierdo. Niega hipertensión, diabetes mellitus, gastritis, tbc, asma y alergias. Niega consumo de alcohol y tabaco. Estado de higiene: buena

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Paciente con la piel seca, diaforesis, escalofríos, en NPO, presenta sonda nasogástrica a gravedad con secreción biliar 150cc, nauseoso, abdomen globuloso, herida operatoria en zona media del abdomen cubierta con apósito limpio y seco más dren pen rose en cuadrante inferior izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta 130cc.

Peso: 72 kg.

Talla: 1.71cm

IMC: 24.62

Recibió durante la intervención quirúrgica solución salina a 120cc/hr, coloides, analgésicos, antibióticos y, en el post anestésico, solución salina más analgésicos como: metamizol 1gr ev indicados por médico anesthesiologo de la unidad de URPA.

Patrón 3: Eliminación

Paciente se encuentra con sonda Foley permeable colocada en sala de operaciones 26/01/18, evidenciándose orina colúrica aproximadamente 100cc de volumen. Deposiciones según familiar no elimina hace 4 días. No presencia de irrigación vesical, no colostomía.

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Paciente presenta respiración superficial con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a 8 litros. Con una sat 96%, ruidos respiratorios disminuidos F.R = 17X', reflejo tusígeno ineficaz, presencia de SNG a gravedad, secreciones orofaríngeas escasas (blanquecinas) piel tibia, ruidos cardiacos rítmicos, F.C = 86X', P/A 134/76mmHg, vía periférica en ambos miembros superiores colocada en hospitalización el 26/01/18 más catéter porth para tratamiento de quimioterapia, que se realiza en Hospital Edgardo Rebagliati.

Miembros inferiores con vendaje compresivo sin edemas. Paciente con grado de dependencia III, movilidad de miembros inferiores disminuida, escala de morse o riesgo de caída con un puntaje de 65.

Patrón 5: Reposo-sueño

Paciente con tendencia al sueño por efectos de la anestesia general, pero responde al llamado y a la entrevista.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Paciente con un Glasgow de 13pts, apertura ocular, se encuentra orientado y responde al llamado; evaluación del dolor de 4/10, refiere dolor en la zona operatoria, escala de ramsay puntaje de 3, con respuesta a órdenes verbales, aldrete de 6ptos; mueve extremidades con una ligera disminución; no puede mantener una adecuada ventilación espontanea por lo que necesita oxígeno para mantener saturación adecuada.

Patrón 7: Autopercepción y Concepto

Paciente colabora. Refiere: “Estoy preocupado por mi estado de salud”.

Patrón 8: Función – Relación

Por la historia clínica se obtiene los siguientes datos: Paciente jubilado, casado, vive con su esposa e hijos; recibe apoyo de su familia. Familia se encuentra pendiente de su estado de salud, y muestran interés por su pronta recuperación.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Sexo masculino número de hijos 3.

Patrón 10: Afrontamiento y tolerancia

Refiere: “Estoy preocupado por las complicaciones que se están presentado”. Se evidencia ansiedad. Familia pregunta cómo se encuentra, se los observa preocupados por el estado de su familiar.

Patrón 11: Valores y creencias

En los datos de ingreso de la historia clínica paciente se registró que es de religión católica.

Hallazgos significativos de los patrones funcionales**Patrón 1: Percepción control de la salud**

Paciente con antecedentes de cáncer de colon hace 14 años y metástasis pulmonar. Post operado 2 de colecistectomía laparoscópica; por lo que evoluciona con dolor abdominal y distensión en la región de hipocondrio izquierdo, es evaluado y programado para nueva intervención quirúrgica de laparotomía exploratoria.

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Paciente con la piel seca, diaforesis, escalofríos, en NPO, presenta sonda nasogástrica a gravedad con secreción biliosa 150cc, nauseoso, abdomen globuloso, herida operatoria en zona

media del abdomen cubierta con apósito limpio y seco, dren pen rose en cuadrante inferior izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta 130cc. Recibió durante la intervención quirúrgica solución salina a 120cc/hr, coloides, analgésicos, antibióticos y, en el post anestésico, solución salina más analgésicos indicados por medico anesthesiólogo de la unidad de URPA.

Patrón 3: Eliminación

Paciente se encuentra con sonda Foley permeable colocada en sala de operaciones 26/01/18 evidenciándose orina colorica aproximadamente 100cc de volumen. Deposiciones según familiar no elimina hace 4 días.

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Paciente presenta respiración superficial con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a 8 litros. Con una sat 96%, ruidos respiratorios disminuidos F.R = 17X', reflejo tusígeno ineficaz, presencia de SNG a gravedad, secreciones orofaríngeas escasas (blanquecinas) piel tibia, ruidos cardiacos rítmicos, F.C = 86X', P/A 134/76mmHg, vía periférica en ambos miembros superiores colocada en hospitalización el 26/01/18 más catéter porth para tratamiento de quimioterapia, que se realiza en Hospital Edgardo Rebagliati.

Miembros inferiores con vendaje compresivo sin edemas. Paciente con grado de dependencia III, movilidad de miembros inferiores disminuida, escala de morse o riesgo de caída con un puntaje de 65.

Patrón 5: Reposo-sueño

Paciente con tendencia al sueño por efectos de la anestesia general, pero responde al llamado y a la entrevista.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Paciente con un Glasgow de 13pts, apertura ocular, se encuentra orientado y responde al llamado; evaluación del dolor de 4/10, refiere dolor en la zona operatoria, escala de Ramsay puntaje de 3, con respuesta a órdenes verbales, aldrete de 6ptos; mueve extremidades con una ligera disminución; no puede mantener una adecuada ventilación espontánea con apoyo de máscara necesita oxígeno para mantener saturación correcta.

Patrón 7: Autopercepción y concepto

Paciente colabora. Refiere: “Estoy preocupado por mi estado de salud”.

Patrón 8: Función – Relación

Por la historia clínica se obtiene los siguientes datos: Paciente jubilado, casado, vive con su esposa e hijos; recibe apoyo de su familiar. Familia se encuentra pendiente de su estado de salud, y muestran interés por su pronta recuperación.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Sexo masculino número de hijos 3.

Patrón 10: Afrontamiento y tolerancia

Refiere: “Estoy preocupado por las complicaciones que se están presentado”. Se evidencia ansiedad. Familia pregunta cómo se encuentra, se los observa preocupados por el estado de su familiar.

Patrón 11: Valores y creencias

En los datos de ingreso de la historia clínica se registró que paciente es de religión católica.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código : 00132

Dominio : 12 Confort

Clase : 1 Confort físico

Página : 439

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (international association for the study of pain) inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible. (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017, p. 439)

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos (procesos quirúrgicos).

Características definatorias: Cambio en los parámetros fisiológicos, saturación, frecuencia cardíaca, diaforesis, expresión facial de dolor, evaluación del dolor (EVA) 4/10.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial del dolor; evaluación del dolor (EVA) 4/10.

Etiqueta diagnostica: Deterioro del intercambio de gases

Código : 00030

Dominio : 3 Eliminación e intercambio

Clase : 4 Función respiratoria

Página : 204

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar. (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017, p. 204)

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilación perfusión y patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal

Características definatorias: Se encuentra ventilando con apoyo de máscara de reservorio a 8 litros por minuto con una saturación 96%.Ph 7.36, bicarbonato actual 20mEq/l CO2 total 22.3mEq/l

Enunciado de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal, evidenciado por máscara de reservorio, FR – 17XMIN gasometría arterial anormal ph 7.36, bicarbonato actual 20mEq/l CO2 total 22.3mEq/l y saturación de 96%.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos

Código : 00027

Dominio : 2 Nutrición

Clase : 5 Hidratación

Página : 177

Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio. (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017, p. 177)

Factor relacionado: Pérdida activa de volumen de líquidos., sonda nasogástrica a gravedad, dren pen rose con secreciones en regular cantidad y sonda Foley diuresis colúrica.

Características definatorias: Secreción biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose y disminución de la orina con característica colúrica.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreción biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose y disminución de la orina colúrica.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Código : 00146

Dominio : 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase : 2 Respuestas de afrontamiento.

Página : 331

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017, p. 331)

Factor relacionado: Crisis situacional y complicaciones post quirúrgicas.

Características definatorias: Conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.

Enunciado de enfermería: Ansiedad relacionado a crisis situacional y complicaciones post quirúrgicas evidenciado por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Código : 00004

Dominio : 11 Seguridad / protección

Clase : 1 Infección

Página : 379

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017, p. 379)

Factor relacionado: Procedimientos invasivos sonda nasogástrica, sonda foley y dren pen rose, disminución de la hemoglobina y leucopenia.

Enunciado de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda Foley, vías periféricas, dren pen rose evidenciado herida y eliminación del dren con secreción purulenta más disminución de la hemoglobina y leucopenia.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

1. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda Foley, vías periféricas, dren pen rose evidenciado herida y eliminación del dren con secreción purulenta más disminución de la hemoglobina y leucopenia.
2. Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal evidenciado por máscara de reservorio, FR – 17XMIN gasometría arterial anormal Ph 7.36, bicarbonato actual 20mEq/l CO2 total 22.3mEq/l y saturación de 96%.

3. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial de dolor, evaluación del dolor (EVA) 4/10.
4. Deterioro del autocuidado: baño relacionado a efectos post anestésicos y herida quirúrgica evidenciado por reposo en cama.
5. Ansiedad relacionada a crisis situacional y complicaciones post quirúrgica evidenciada por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.
6. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con volumen de líquidos insuficientes.
7. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreciones biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose, disminución de la orina colúrica.
8. Náuseas relacionado a régimen terapéutico evidenciado por sensación de náuseas.
9. Riesgo de sangrado relacionado régimen terapéutico evidenciado por herida operatoria y dren.
10. Riesgo de caídas relacionado a periodo de recuperación posoperatoria y al deterioro de la movilidad.
11. Riesgo de traumatismo vascular relacionado a presencia de vías periféricas evidenciado por diámetro de catéter, dificultad en la visualización de la vena y tiempo el catéter que estará insertado.

Planificación

Priorización de los diagnósticos de enfermería

1. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial de dolor, evaluación del dolor (EVA) 4/10.
2. Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación-perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal evidenciado por máscara de reservorio, FR = 17X´ gasometría arterial PH 7.36, bicarbonato 20mEq/l CO₂ 22.3mEq/l y saturación de 96%.
3. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreciones biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose, disminución de la orina colúrica.
4. Ansiedad relacionada a crisis situacional y complicaciones post quirúrgica evidenciada por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.
5. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda Foley, vías periféricas, dren pen rose evidenciado herida y eliminación del dren con secreción purulenta más disminución de la hemoglobina y leucopenia.
6. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado por volumen de líquidos insuficientes.
7. Náuseas relacionado a régimen terapéutico (tramal) evidenciado por sensación de nauseosa.
8. Riesgo de sangrado relacionado a procedimiento quirúrgico evidenciado por herida operatoria y dren.

9. Riesgo de caídas relacionado a periodo de recuperación post anestésica, al deterioro de la movilidad y edad 77 años.
10. Deterioro del autocuidado: baño relacionado a efectos post anestésicos y herida quirúrgica evidenciado por reposo en cama.
11. Riesgo de traumatismo vascular relacionado a presencia de vías periféricas evidenciado por diámetro de catéter, dificultad en la visualización de la vena y tiempo el catéter que estará insertado.

Planes de cuidado

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial de dolor; evaluación del dolor (EVA) 4/10.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>General</p> <p>Paciente manifestará ausencia del dolor de manera progresiva durante su recuperación.</p> <p>Resultado esperados:</p> <p>paciente presentara expresión facial de alivio.</p> <p>Paciente presentara un EVA 1/10.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar funciones vitales. 2. Tomar en cuenta alergias mediante el brazalete. 3. Evaluacion del dolor EVA. 4. Lavado de manos antes, durante y después del contacto con el paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediante la toma de las funciones vitales podemos determinar alguna alteración del paciente (Cortez, 2017) 2. Es una manera de brindar seguridad al paciente, nos permite verificar para poder prevenir eventos adversos. 3. Es una escala muy sencilla y fácil de aplicar que nos ayuda a determinar el grado de dolor del paciente (Cortez, 2017) 4. Elimina la flora microbiana transitoria, ayuda a reducir la propagación de enfermedades. (Clasificacion

	de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
5. Seguir los 10 correctos de la administración de medicamentos.	5. Es la forma más segura que tenemos que considerar antes de administrar algún tratamiento al paciente. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
6. Administrar analgésicos según prescripción médica.	6. Es un proceso utilizado para el alivio del dolor, el cual necesariamente tiene que ser prescrito por un médico. (Cortez, 2017)
7. Registrar en kárdex y notas de enfermería.	7. Documento legal elaborado por la enfermera en forma escrita que contiene información veraz del paciente (Tovar, 2013)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación-perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal evidenciado por mascarara de reservorio, FR = 17X´ gasometría arterial PH 7.36, bicarbonato 20mEq/l CO2 22.3mEq/l y saturación de 95%.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
General	1. Monitorizar la	1. El monitoreo de la saturación de
Paciente mantendrá	saturación de	oxígeno permite identificar la
un adecuado	oxígeno y demás	cantidad de oxígeno en la sangre
intercambio de	signos vitales.	detectando precozmente
gases.		complicaciones como hipoxemia
		(Cortez, 2017)
Resultados	2. Mantener con O2	2. Dentro de los sistemas de bajo flujo
esperados:	permanente	la máscara de reservorio es la que
Paciente tolerará el	máscara de	brinda mayor concentración de
destete	reservorio.	oxigeno que puede ir de 6-10 litros
progresivamente		y el FiO2 oscila entre 50-100%.
del oxígeno por	3. Posición	(López, 2016)
mascara de	semifowler de 30° a	3. Semifowler: posición elevada de la
reservorio.	45°. durante todo el	cama en forma de ángulo de
Paciente logrará	turno.	aproximadamente 30° a 45°, ésta
mantener		favorece a mejorar la ventilación y
saturación de O2		una mejor expansión del diafragma

de 96% ventilación espontánea.	4. Realizar examen de AGA y valorar los resultados.	para pacientes con problemas respiratorios (López, 2016)
	5. Auscultar ambos campos pulmonares.	4. Examen de AGA O gasometría arterial. Es la prueba que se realiza extrayendo una cantidad de sangre de la arteria que conlleva a la medición de la cantidad de oxígeno y del dióxido de carbono en la sangre y determina la acidez del ph (López, 2016)
	6. Observar llenado capilar.	5. La auscultación de los campos pulmonares permite valorar sonidos normales o patológicos como roncales, sibilantes (Tovar, 2013)
	7. Realizar aspiración si fuese necesario.	6. Llenado capilar: se utiliza para vigilar la deshidratación y la cantidad del flujo sanguíneo al tejido (Cortez, 2017)
		7. La aspiración de secreciones ya sea por tubo o boca permite permeabilizar vías aéreas y con ello obtener una buena saturación. (Tovar, 2013)

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreción biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose, disminución de la orina colúrica.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General		
Paciente logrará mantener un equilibrio entre ingresos y egresos.	1. Monitorizar las funciones vitales cada 15min.	1. Mediante la toma de las funciones vitales podemos determinar alguna alteración del paciente. (Cortez, 2017)
Resultados esperados:	2. Realizar un preciso registro de egresos e ingresos de líquidos BHE.	2. Es el equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo, en un intervalo de tiempo determinado. (Tovar, 2013)
Paciente presentará balance hídrico adecuado.	3. Observar mucosas y distribuir el volumen adecuado de líquidos en 24 horas.	3. La hidratación en el ser humano es sumamente importante. Es una necesidad vital para nuestro organismo (Tovar, 2013)
Paciente presentara una disminución de la eliminación de dren y SNG.	4. Observar signos y síntomas de alarma.	4. Vigilar signos de alarma para evitar complicaciones y prevenir un evento que puede ser irreversible (Cortez, 2017)

-
- | | |
|--|---|
| <p>5. Mantener acceso venoso para la administración de hidratación y tratamiento médico.</p> | <p>5. Vía periférica permite la administración de tratamiento endovenoso y/o hidratación (Tovar, 2013)</p> |
| <p>6. Administrar líquidos endovenosos cristaloides y coloides según corresponda.</p> | <p>6. Cristaloides: Son soluciones que contienen agua, electrolitos y/o azúcares en diferentes proporciones. Ayudan mantener un equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Coloides: Está compuesto de partículas de alto peso molecular dando efectos hemodinámicos más duraderos en comparación con las soluciones cristaloides.</p> |
| <p>7. Administrar hemoderivados si se solicita.</p> | <p>7. Hemoderivados: Es aquel tejido que se deriva o separa de la sangre. Los más utilizados son: paquete globular, plasma, concentrado de plaquetas.</p> |
-

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado a crisis situacional y complicaciones post quirúrgicas evidenciado por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General: Paciente mantendrá un estado emocional favorable.	1. Monitorizar las funciones vitales.	1. Mediante la toma de las funciones vitales se puede determinar alguna alteración del paciente (Cortez, 2017)
Resultados esperados: Paciente presentara un estado emocional adecuado a pesar de la situación de salud por la que atraviesa.	2. Educar al paciente sobre su estado de salud.	2. La educación al paciente permite que se sienta tranquilo, porque está informado de lo que le realizan. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
	3. Escucha activa.	3. Es una forma de comunicación que permite al paciente sentir que está siendo escuchado y saber que su estado de salud importa. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
	4. Vigilancia permanente.	4. En algunos casos necesitamos vigilar al paciente constantemente para evitar caídas, ya que por su ansiedad puede intentar hacer cosas que compliquen su estado. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
Paciente logrará afrontar las complicaciones	5. Expresarle confianza y seguridad.	5. Ayuda a que el paciente se sienta cómodo y seguro, a pesar de la situación que esté

con el apoyo de su familia.

cursando. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)

6. Cama con barandas.

6. Para evitar caídas y complicaciones que empeoren el estado de salud del paciente. (Tovar, 2013)

7. Observar signos de alarma.

7. Vigilar signos de alarma para evitar complicaciones y prevenir un evento que puede ser irreversible (Cortez, 2017)

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda Foley, vías periféricas, dren pen rose evidenciado en la eliminación del dren con secreción purulenta más disminución de la hemoglobina y leucopenia.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General: Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su hospitalización.	1. Monitorizar funciones vitales.	1. Mediante la toma de las funciones vitales podemos determinar alguna alteración del paciente (Cortez, 2017)
	2. Lavado de manos antes, durante y después de contacto con el paciente.	2. Elimina la flora microbiana transitoria y disminuye la flora microbiana que se encuentra en la piel (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)
	3. Observar las características y estado de la herida operatoria; cuantificar el volumen del dren pen rose.	3. Observar características permite verificar la evolución de la herida operatoria y controlar la cantidad de volumen del dren.
	4. Administrar antibióticos según prescripción médica.	4. Los antibióticos son medicamentos fuertes que ayudan a combatir infecciones bacterianas evitando que se reproduzcan (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, 2014)

-
- | | |
|--|--|
| 5. Limpieza eficaz de la herida operatoria, cambio adecuado de SNF, SF y vía periférica. | 5. Limpieza y cambio de los procedimientos invasivos ayuda a evitar infecciones por ende complicaciones.

SNG: Se utiliza para alimentación y también para eliminar residuos gástricos cuando se usa a gravedad.

SF: tubos flexibles generalmente de látex, su propósito es de drenar la orina y tener un mejor control de la diuresis.

Vía periférica: técnica de enfermería que se utiliza para la infundir medicamentos intravenosos. |
| 6. Observar signos de infección de la herida operatoria. | 6. Para evidenciar de manera eficaz si se presentara flogosis u otro tipo de alteraciones. |
-

Ejecución**SOAPIE**

Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18 18:18	S	Paciente bajo efectos de la anestesia general, respondiendo al llamado. Refiere "Me duele la herida, señorita"
26/01/18 18:30	O	Paciente ingresa al servicio de REA, post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, se evidencia 4 puntos laparoscópicos limpios y secos más herida operatoria en la línea media del abdomen en forma vertical cubierta con gasa, a la palpación con dolor eva 4/10 más dren pen rose en flanco izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta.
26/01/18 18:42	A	Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial de dolor; evaluación del dolor (EVA) 4/10.
26/01/18 19:02	P	Paciente manifestará ausencia del dolor de manera progresiva. Paciente se observará con facies de alivio Se monitorizó funciones vitales Se valoró eva.
26/01/18 19:10	I	Se verificó brazalete de alergias Se administró analgésicos de acuerdo a indicación médica. Escucha activa.
26/01/18 19:55	E	O.A (objetivo alcanzado) Paciente presenta una evaluación del dolor eva 1/10.

Fecha/hora	Intervenciones
26/01/8 18:18	S Paciente con tendencia al sueño por efecto de la anestesia general, responde al llamado.
26/01/8 18:30	O Paciente ingresa al servicio de REA, post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, ventilando con apoyo de máscara de reservorio a 8 litros con una saturación 96%, se intenta destete a los 40min presenta.
26/01/8 18:42	A Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación-perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal evidenciado por mascara de reservorio, FR = 17X´ gasometría arterial PH 7.36 bicarbonato 20mEq/l CO2 total 22.3mEq/l y saturación de 96%.
26/01/8 19:02	P Paciente mantendrá un adecuado intercambio de gases. Paciente lograra una ventilación espontanea. Se monitoriza funciones vitales, en especial saturación de o2. Se coloca posición semifowler.
26/01/8 19:10	I Se mantiene con mascara de reservorio. Se realiza examen de AGA. Se intenta de destete de oxigenoterapia.
26/01/8 19:55	O.P.A (objetivo parcialmente alcanzado) E Paciente logra mantenerse con una sat 96% con máscara de reservorio a 7 litros. Al destete presenta saturación de 90%

Fecha/hora	Intervenciones
26/01/18 18:18	S Paciente con tendencia al sueño por efecto de la anestesia general, responde al llamado.
26/01/18 18:30	Paciente ingresa al servicio de REA, post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, globuloso, en encuentra con SNG a gravedad con secreción biliosa, vía periférica en ambos miembros superiores, una vía periférica salinizada y en la otra, pasando clna al 9% sin agregados, se evidencia una herida operatoria en la línea media del abdomen en forma vertical más dren pen rose en flanco izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta aprox. 130cc; se encuentra con sonda Foley a gravedad diuresis colúrica aprox. 100cc. Déficit de volumen de líquidos relacionado a perdida activa de volumen de
26/01/18 18:42	A líquidos evidenciado por secreciones biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose, disminución de la orina colúrica.
26/01/18 19:02	P Paciente lograra mantener un equilibrio entre ingresos y egresos. Se realizó un preciso registro de egresos e ingresos de líquidos BHE.
26/01/18 19:10	Se vigila el estado de hidratación (mucosas húmedas) y distribuir el volumen adecuado de líquidos en 24 horas. Se observa signos y síntomas de alarma. Se mantiene acceso venoso para la administración de líquidos.

	Se administra líquidos endovenosos cristaloides y coloides según corresponda.
	O.P.A (objetivo parcialmente alcanzado)
26/01/18 19:55	E Paciente presenta un regular balance hídrico, debido a las pérdidas considerables por SNG y dren pen rose.

Cuadro n° 10

Fecha/hr	Intervenciones
26/01/18 18:18	S Paciente refiere estar preocupado por su estado de salud. Paciente ingresa al servicio de REA, post operado de Laparotomía Exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, ventilando con apoyo de mascara de reservorio a 8 litros con una saturación 95%, abdomen globuloso, en encuentra con SNG a gravedad con
26/01/18 18:30	O secreción biliosa, vía periférica en ambos miembros superiores, se evidencia 4 puntos laparoscópicos limpios y secos más herida operatoria en la línea media del abdomen más dren pen rose en flanco izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta en regular cantidad, se encuentra con sonda Foley a gravedad, se le observa preocupado, angustiado.
26/01/18 18:42	A Ansiedad relacionada a crisis situacional y complicaciones post quirúrgica evidenciado por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud.
26/01/18	P Paciente mantendrá un estado emocional favorable.

19:02		Se educa al paciente sobre su estado de salud.
		Escucha activa.
		Vigilancia permanente.
26/01/18	I	Se expresa confianza y seguridad.
19:10		Se mantiene cama con barandas.
		Se observa signos de alarma.
		Se mantiene informado de lo que se le realiza.
		O.A. (objetivo alcanzado)
26/01/18	E	Paciente logra presentar un estado emocional adecuado a pesar de su situación
19:55		de salud por la que atraviesa.

Cuadro n° 11

Fecha/hr		Intervenciones
26/01/8	S	Paciente con tendencia al sueño por efectos de la anestesia general, responde al llamado.
18:18		
		Paciente ingresa al servicio de REA, post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, ventilando con apoyo de máscara de reservorio a 8 litros con una saturación
26/01/8	O	95%, abdomen globuloso, en encuentra con SNG a gravedad con secreción
18:30		biliosa, vía periférica en ambos miembros superiores, una vía periférica salinizada y en la otra pasando clna al 9% sin agregados, se evidencia 4 puntos laparoscópicos limpios y secos más herida operatoria en la línea media del

		abdomen en forma vertical cubierta con gasa más dren pen rose en flanco izquierdo a bolsa de colostomía con secreción purulenta en regular cantidad, se encuentra con sonda Foley a gravedad diuresis colúrica.
		Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda
26/01/18	A	nasogástrica, sonda Foley, vías periféricas, dren pen rose evidenciado en la
18:42		eliminación del dren con secreción purulenta más disminución de la hemoglobina y leucopenia.
26/01/18	P	Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su hospitalización.
19:02		Lavado de manos antes, durante y después de contacto con el paciente. Se mantiene en observación y se cuantifica las características del estado de la herida operatoria y dren pen rose.
26/01/18	I	Le administran antibióticos en sala de operaciones.
19:10		Se mantiene la limpieza eficaz de la herida operatoria, cambio adecuado de SNG, SF, vía periférica. Se observa signos de alarma de la herida operatoria.
26/01/18		O.P.A (objetivo parcialmente alcanzado)
19:55	E	Paciente presenta regular estado de la piel, se evidencia complicaciones de herida operatoria. SNG y sonda Foley se encuentra en buen estado.

Cuadro n° 12

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
---------------	------------

Dolor agudo

Objetivo: Paciente manifestará

ausencia del dolor de manera

progresiva durante su recuperación.

RE Paciente presentará expresión

facial de alivio.

Paciente presentara EVA 1/10

O.A: Paciente mantuvo durante su estadía en

recuperación una evaluación del dolor EVA 1/10

Cuadro n° 13

Diagnóstico 2

Evaluación

Deterioro del intercambio gases

Objetivo: Paciente mantendrá un

adecuado intercambio de gases.

RE Paciente tolerará el destete

progresivamente del oxígeno por

mascará de reservorio.

Paciente logrará mantener una

saturación de O2 de 96% ventilación

espontanea.

OPA: Paciente logra mantenerse con una sat 96%

con mascará de reservorio a 7 litros. Al destete

presenta saturación de 90%.

Cuadro n° 14

Diagnóstico 3	Evaluación
Déficit de volumen de líquidos	
Objetivo: Paciente logrará mantener un equilibrio entre ingresos y egresos.	
RE Paciente presentará balance hídrico adecuado.	O.P.A: Paciente presentó un balance hídrico regular debido a las pérdidas considerables por SNG y dren pen rose.
Paciente presentará una disminución de la eliminación de dren y SNG.	

Cuadro n° 15

Diagnóstico 4	Evaluación
Ansiedad	
Objetivo: Paciente mantendrá un estado emocional favorable.	
RE Paciente presentará un estado emocional adecuado a pesar de su situación de salud por la que atraviesa.	O.A: Paciente logra presentar un estado emocional adecuado a pesar de su situación de salud por la que atraviesa.
Paciente lograra afrontar las complicaciones con el apoyo de su familia.	

Cuadro n° 16

Diagnóstico	Evaluación
Riesgo de infección	
Objetivo: Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su hospitalización.	O.P.A: Paciente presenta regular estado de la piel, se evidencia complicaciones de herida operatoria. SNG y sonda Foley se mantiene en buen estado.

Cuadro n° 17

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedente locales

Ledesma (2012) realizó el estudio aplicado a paciente con diagnóstico post operado de laparotomía exploratoria, en adulto mayor de 70 años, ventilando espontáneamente, abdomen blando distendido con dolor a la palpación. El paciente se encontró internado en el Hospital 2 de Mayo, servicio de cirugía. Obbjetivo: Mejorar el estado del paciente por medio de los diagnósticos de enfermería, reconociendo los factores de riesgo para la solución de los mismos en cada una de las intervenciones a realizar. Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo y analítico en cual se utilizó el proceso de atención de enfermería, incluyendo las cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Resultados: Al analizar los datos del paciente recolectados por medio de una guía de valoración se identificaron diferentes diagnósticos según la necesidad y patologías del paciente como dolor agudo, alteración del intercambio gaseoso, riesgo de infección, ansiedad. Conclusión: Se concluye que los diagnósticos identificados se logran resolver parcialmente.

Palabras clave: Laparotomía exploratoria.

Llacza (2017) realizó el estudio al paciente con diagnóstico trauma abdominal (arma blanca) intervención quirúrgica realizada: laparotomía exploratoria del Hospital Nacional San Juan de Lurigancho, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica por medio de los cuidados de enfermería brindando calidad de atención para satisfacer las necesidades y expectativas.

Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo y analítico, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, mediante dominios. Resultados: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios post operatorio: 1) riesgo de asfixia R/C reducción de la habilidad motora por efectos de la anestesia, 1) limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de las secreciones E/P roncus, 3) riesgo de sangrado R/C traumatismo de los tejidos y 4) dolor agudo R/C traumatismo de los tejidos secundarios a intervención quirúrgica. Conclusiones: Se concluye que el diagnóstico riesgo de asfixia, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de sangrado y dolor agudo los resultados esperados se lograron satisfactoriamente.

Palabras claves: Laparotomía exploratoria

Antecedente internacionales

Rodríguez (2014) realizó en Bolivia un estudio aplicado a un paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado, paciente de 59 años presenta sonda nasogástrica a gravedad con secreción biliosa más drenajes tubulares en ambos flancos derecho e izquierdo a guante. Se encuentra hospitalizado en el servicio de cirugía de varones. Objetivo: Mejorar el estado del paciente durante su estadía por el servicio de cirugía de varones, aplicando los diagnósticos de enfermería para lograr identificar las complicaciones y dolencias del paciente. Metodología: Es tipo descriptivo y analítico, se utilizó el proceso de atención de enfermería en el cual se incluyó las cinco fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En la valoración se aplicó según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para identificar los problemas del paciente. Resultados: Al analizar todos los datos

recolectados de la guía valoración se identificaron los diagnósticos a trabajar los cuales se priorizaron según la necesidad, para luego obtener mejores resultados. Conclusión: Se concluye que los diagnósticos de enfermería evidenciados se logran resolver parcialmente.

Palabras claves: trauma abdominal cerrado, laparotomía exploratoria.

Ruiz, (2017) realizó en España un estudio de un caso clínico a un paciente poli traumatizado, es intervenido de cirugía abdominal, ingresado en la unidad de cuidados críticos quirúrgicos de un hospital general. Objetivo: Lograr la efectividad del cuidado y producir salud y satisfacción. Metodología: En primer lugar, se realiza una primera valoración apoyándose en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y haciendo uso de diversas escalas como la Escala de Glasgow, siendo necesaria la vigilancia del estado de consciencia en pacientes poli traumatizados, así como el uso de la Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS) para evaluar el dolor en pacientes sedados, entre otras. Se aplican una serie de cuidados básicos de enfermería y se dirige en mayor profundidad en los cuidados centrados en las alteraciones del intercambio gaseoso y prevención de complicaciones derivadas de la ventilación mecánica como la neumonía, y en los cuidados derivados del traumatismo abdominal y del daño hepático. Resultados: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente fueron: 1) dolor abdominal agudo r/c traumatismo abdominal m/p inquietud y aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, 2) riesgo de deterioro de la función hepática r/c laceración hepática, 3) deterioro de la integridad cutánea r/c traumatismo abdominal y disminución el gasto cardíaco m/p sangrado de la herida quirúrgica, 4) deterioro de la movilidad física r/c proceso patológico m/p encamamiento, 5) riesgo de infección r/c catéter venoso central y por los drenajes, tubo endotraqueal, sonda vesical y sonda nasogástrica. Conclusiones: Tras la aplicación del plan de

cuidados integral se analizan los resultados evaluando la efectividad de los cuidados establecidos, en los cuales se confirma la importancia de la enfermería en la correcta puesta en práctica de un plan de cuidados integral aplicado a pacientes que sufren traumatismos múltiples y centrándose en la individualidad de cada uno de ellos.

Palabras clave: politraumatismo, traumatismo abdominal, laceración hepática, cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos, relación de ayuda, enfermería basada en la evidencia.

Marco conceptual

Laparotomía exploratoria

La laparotomía exploratoria es una intervención en la que se realiza una incisión grande en el abdomen para hallar la causa de posibles problemas como dolor o sangrado abdominal, que no logra ser detectado de otra manera. También permite al médico examinar todos los órganos y poder ver con exactitud la causa del problema (Fuller, 2007)

Entre las enfermedades que pueden diagnosticarse con mayor precisión por medio de la laparotomía exploratoria se encuentran las siguientes:

- Inflamación del apéndice (apendicitis aguda)
- Inflamación del páncreas (pancreatitis aguda o crónica)
- Inflamación de las trompas de falopio (salpingitis)
- Cáncer (de ovario, colon, páncreas, hígado)
- Inflamación del divertículo intestinal (diverticulitis)
- Agujero en el intestino (perforación intestinal)
- Embarazo en el abdomen fuera del útero (embarazo ectópico); etc. (Fuller, 2007)

Cuidados de enfermería:

- Control de funciones vitales.
- Mantener en NPO.
- Apoyo psicológico.
- Escucha activa.
- Brindar confort.
- Explicar los procedimientos a realizar.
- Observar signos y síntomas de alarma.
- Brindar apoyo emocional a paciente y familia.

Divertículo del intestino delgado

Los divertículos que están en la zona del intestino delgado suelen pasar desapercibidos, sin evidenciar síntoma alguno. Si estos divertículos son de gran cantidad, es decir, si en el intestino delgado existe una fuerte diverticulosis, pueden aparecer los siguientes síntomas como:

- Colonización errónea bacteriana con problemas digestivos.
- Dolor de estómago.
- Sensación de pesadez y diarreas ocasionales.

Una congestión diverticular de las heces que logra conducir a la acumulación de bacterias en el intestino delgado.

El intestino delgado cumple una función sumamente importante en la digestión. Al producirse una colonización bacteriana, el rendimiento digestivo del intestino delgado baja. Por ende pueden ocurrir diarreas y heces anormalmente grasas. Además, destruye los efectos de las vitaminas, especialmente de las solubles en grasa. La falta de estas vitaminas puede originar a largo plazo una anemia. En algunos casos la diverticulitis llega a la perforación por lo que el

paciente tiene que ser necesariamente intervenido quirúrgicamente. (Feldman, Friedman, & Brandt, 2017)

Cancer de colon

Definición: En la mayoría de los casos comienza como un conjunto de células pequeñas y no cancerígenas denominado «pólipo adenomatoso». Y con el tiempo pueden convertirse en cáncer (Abad, 2009)

Fisiopatología:

El cáncer del colon o del recto es la transformación de las células. Estas células forman tumores que pueden sangrar u obstruir el intestino o también destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Si penetran en el torrente sanguíneo o linfático, pueden comprometer cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos. A esto se le llama metástasis y se da con frecuencia al hígado, pulmones, cerebro, etc. (Abad, 2009)

Signos y Síntomas:

- Debilidad, cansancio y disminución del apetito.
- Dolor abdominal, sensación de llenura, a veces difusa y otras veces localizada.
- Dolor rectal: se ocasiona debido a las infiltraciones peri-rectales de las estructuras nerviosas.
- Cambio en los hábitos intestinales: diarrea o estreñimiento.
- Sangrado rectal o sangre en las heces.
- Malestar abdominal continuamente, como calambres, gases.
- Sensación de que no vaciaste por completo los intestinos.
- Adelgazamiento sin causa alguna. (Abad, 2009)

Diagnostico:

Los médicos recomiendan ciertos análisis en personas sanas que no presentan signos ni síntomas a fin de detectar el cáncer de colon en una etapa temprana. La detección del cáncer de colon en su estadio inicial brinda la mayor probabilidad de cura. Se ha demostrado que los análisis para la detección reducen el riesgo de muerte por cáncer de colon. (Abad, 2009)

Tratamiento:

El tipo de tratamiento dependerá de la etapa del cáncer. Las tres opciones de tratamiento principales son cirugía, quimioterapia y radiación.

Si el cáncer de colon es muy pequeño, el médico puede recomendarte un enfoque quirúrgico mínimamente invasiva (Abad, 2009)

Prevención

Se puede tomar varias medidas para disminuir el riesgo de cáncer de colon como por ejemplo cambios en hábitos de tu vida diaria: consumir diferentes frutas, vegetales y cereales integrales. Estos contienen vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, los que pueden tener influencia en la prevención del cáncer, si consumes alcohol, que sea con moderación, dejar de fumar determinadamente, hacer ejercicios de preferencia todos los días, además mantener un peso saludable o intentar mantenerlo. (Abad, 2009)

Cuidados de enfermería

- Control de funciones vitales.
- Apoyo psicológico.
- Escucha activa.
- Brindar confort.
- Brindar una dieta saludable

- Explicar los procedimientos a realizar.
- Observar signos y síntomas de alarma.
- Brindar apoyo emocional a paciente y familia.

Metástasis Pulmonar

Definición y etiología: Las metástasis pulmonares son tumores malignos que crecen en otros sitios y se desarrollan a través del torrente sanguíneo a los pulmones.

Los más comunes son: cáncer de colon, cáncer de mama, sarcomas óseos y de partes blandas, melanoma y tumores genitourinarios.

Sin embargo, casi cualquier tipo de cáncer tiene la capacidad de expandirse a los pulmones.

(García, 2000)

Fisiopatología:

La distribución de las metástasis depende de la histología y de la localización del tumor primario, existiendo una tendencia de muchos tumores malignos preferentemente en los pulmones. El camino más frecuente para la metástasis pulmonar es la diseminación hematológica y embolización tumoral (García, 2000)

Signos y Síntomas:

Los pacientes suelen manifestar:

- Tos.
- Expectorcación sanguinolenta.
- Dificultad respiratoria o dolor torácico.

Diagnóstico y tratamiento:

Estos pacientes permanecen asintomáticos durante mucho tiempo y en la mayoría de los casos. Para detectar las metástasis pulmonares se realizan estudios como radiografía de tórax, tomografía y resonancia magnética.

Complicaciones:

Algunas de las complicaciones que pueden incluir la metástasis pulmonar es líquido entre el pulmón y la pared torácica (derrame pleural) que puede causar dificultad respiratoria o dolor al tomar una respiración profunda. Propagación posterior del cáncer. Efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia (García, 2000).

Prevención:

Para poder prevenir es importante llevar una vida sana. Como: Comer sano, evitar el alcohol, no fumar, hacer ejercicios, evitando el sedentarismo, dormir bien, evitar el estrés, y hacerse un chequeo preventivo de manera regular (García, 2000).

Cuidados de enfermería:

- Control de funciones vitales.
- Apoyo psicológico.
- Recomendar una dieta sana.
- Fomentar el ejercicio.
- Atender sus inquietudes.
- Brindar confort.
- Explicar los procedimientos a realizar.
- Estar al tanto de signos y síntomas de alarma.
- Brindar apoyo emocional a paciente y familia.

Modelo teórico

La teórica que fundamenta el presente estudio es de Jean Watson porque enfoca el cuidado humano considerándolo transpersonal, donde se argumenta que la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, con la finalidad de promover la salud y el crecimiento de la persona, mostrando preocupación e interés hacia el significado subjetivo y más profundo de cada individuo en cuanto a su propia situación de salud. Esto ayuda a la salud, el cuidado individual y de la familia.

El cuidado humano involucra valores y compromiso para cuidar, es un proceso interpersonal entre dos personas. Este es importante para el cuidado transpersonal, implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico para resolver los problemas en el cuidado del enfermo. En su metaparadigma separa entre persona, salud, entorno y enfermería, considera a la persona como un ser en el mundo, con una unidad de mente, cuerpo y espíritu único y libre de tomar sus decisiones; también considera a la salud con una unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma, además el entorno es el espacio de la curación y la enfermería centrada en el cuidado de relaciones transpersonales.

En su teoría, Jean permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente, pide que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizadas, dejando de lado la imagen de la enfermera como ayudante del médico.

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo y analítico porque se analizaron las respuestas del paciente para identificar sus necesidades y problemas potenciales. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería, el mismo que consta de cinco fases: valoración donde se realizó la recolección de datos de forma sistemática y ordenada; luego de organizados los datos se pasó al diagnóstico donde se realizó el análisis de los datos, la identificación de necesidades y problemas de salud, así como los riesgos y fortalezas plasmadas en los diagnósticos de enfermería; una vez concluida esta fase se pasó a la planificación, en la cual se realizó la priorización de los diagnósticos enfermería, se elaboró los objetivos, resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar. Luego en la ejecución se administró, al paciente, las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-sico-socio-espiritual. Finalmente, se realizó la evaluación que determinó si el paciente mejoraba, permanecía estable o se deterioraba.

Sujeto de estudio

El sujeto de estudio es un paciente de sexo masculino, de 77 años de edad, con iniciales N. C. V del servicio de reanimación post anestésica del Hospital de EsSalud, paciente elegido por sus patologías y dolencias consideradas importantes.

Delimitación geográfica temporal

El Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente está ubicado en el Distrito de Villa María del Triunfo, Av. Defensores de Lima con la Av. 26 de Noviembre sin número. Fue fundado el 30 de abril del 2014, consta de las siguientes especialidades médicas como: medicina general, medicina interna, medicina física y rehabilitación, cardiología, dermatología, 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.

La unidad de reanimación post anestésica consta de 10 camas para la atención del paciente post operado inmediato, 10 profesionales de enfermería y 10 técnicos en turnos rotativos y medios turnos, 32 anestesiólogos, 2 en cada 12 horas cada uno. La proporción enfermera paciente es de 5 a 1.

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

La estructura física de la unidad de reanimación post anestésica (REA), cuenta con un monitor multiparametro, balastro que tiene luz, oxígeno empotrado, punto de aspiración, punto de entrada la electricidad; y la unidad en general con 10 ventiladores savina que se rotan semanalmente, un ventilador portátil oxilog, coche de paro, ropería, coche de unidosis para la preparación de medicamentos, cortina corrediza en U para la individualidad y privacidad del paciente, 9 mantas térmicas, un calentador de fluidos, un electrocardiograma, un ambiente limpio y sucio.

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación más aplicación de algunas preguntas y como instrumento se utilizó la Guía de Valoración de Marjory Gordon, que consta de once patrones funcionales de salud, consta patrón 1: percepción de la salud; patrón 2: nutricional-metabólico; patrón 3: eliminación; patrón 4: actividad y ejercicio; patrón 5: reposo-sueño; patrón 6: cognitivo-perceptivo; patrón 7: autopercepción y concepto; patrón 8: función-relación; patrón 9: sexualidad y reproducción; patrón 10: afrontamiento y tolerancia; patrón 11: valores y creencias. Para la organización de los cuidados, se utilizó el formato del plan de cuidados funcional que consta de: diagnóstico enfermero, objetivo general, resultados esperados, intervenciones de enfermería, fundamento de enfermería, ejecución y evaluación.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio y dando cumplimiento al plan de cuidados del paciente post operado de laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: autonomía, beneficencia, no maleficencia.

Beneficencia o no maleficencia, es un principio ético para hacer el bien y evitar el daño al paciente o a la sociedad. Actuar con benevolencia que es ayudar a los demás, evitando o reduciendo daños físicos o psicológicos.

Este estudio se realizó bajo una previa autorización del paciente, por medio de un consentimiento informado entregado por la licenciada de enfermería encargada a realizar dicho trabajo. Así mismo se respetó la confidencialidad de la información obtenida.

A través de este trabajo se pudo visualizar la ética que debe ejercer la enfermera en su ámbito laboral hacia el paciente, reflejando valores como: dignidad, seguridad, respeto, tolerancia, justicia, veracidad, confidencialidad y responsabilidad. El perfeccionamiento profesional, perfila al personal de salud como un ser virtuoso y en un profesional comprometido tanto como para sus pacientes y sus subordinados.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1:			
Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial del dolor; evaluación del dolor (EVA) 4/10.	O.A: Paciente mantuvo durante su estadía en recuperación una evaluación del dolor. EVA 1/10.		
Diagnóstico 2:			
Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal evidenciado por mascara de reservorio, FR –		OPA: Paciente se mantiene con una sat 96% con máscara de reservorio a 7 litros. Al destete presenta saturación de 90%.	

17XMIN gasometría arterial

anormal ph 7.36, bicarbonato

actual 20mEq/l CO2 total

22.3mEq/l y saturación de

96%.

Diagnóstico 3:

Déficit de volumen de líquidos

relacionado a pérdida activa de

volumen de líquidos,

evidenciado por secreción

biliosa por sonda nasogástrica

a gravedad 150cc, secreción

purulenta por dren pen rose y

disminución de la orina

colúrica.

O.P.A: Paciente

presento un

balance hídrico

regular debido a

las pérdidas

considerables por

SNG y dren pen

rose.

Diagnóstico 4:

Ansiedad relacionada a crisis

situacional y complicaciones

post quirúrgica evidenciada por

conciencia de los síntomas

fisiológicos, preocupación e

inquietud.

O.A: Paciente logra

presentar un estado

emocional adecuado

a pesar de su

situación de salud

por la que atraviesa.

Diagnóstico 5:

Riesgo de infección	O.P.A: Paciente
relacionado a procedimientos	presenta regular
invasivos como: sonda	estado de la piel, se
nasogástrica, sonda Foley, vías	evidencia
periféricas, dren pen rose	complicaciones de
evidenciado herida y	herida operatoria.
eliminación del dren con	SNG y sonda foley
secreción purulenta más	se mantiene en
disminución de la hemoglobina	buen estado.
y leucopenia.	

 Cuadro n° 18

Análisis
Diagnostico 1. Dolor agudo

Según la literatura el dolor es causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas, enfermedades o intervenciones quirúrgicas. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad física. Sin embargo, el dolor agudo persistente puede llevarnos a efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas (Navia, 2006).

En el estudio presentado el paciente presenta dolor y lo notamos por la facies de dolor, diaforesis e intranquilidad y, el más importante es el nivel de saturación. Por ello se evaluó la

escala numérica del dolor EVA. Y de acuerdo a su nivel realizaremos las intervenciones correspondientes.

Diagnostico 2. Deterioro del intercambio de gases

Según la bibliografía investigada para en presente diagnóstico de acuerdo a los factores relacionados. La ventilación es el flujo de gas adentro y afuera de los pulmones, y la perfusión es el llenado de los capilares pulmonares con sangre. El intercambio de gases depende del índice de ventilación-perfusión.

Las alteraciones de la perfusión pueden ocurrir con el cambio de la presión arterial pulmonar, presión alveolar y la gravedad.

El desequilibrio de la ventilación perfusión se da por inadecuada ventilación, inadecuada perfusión o ambas (NANDA diagnósticos de enfermería, 2015-2017).

En el caso clínico se trata de un paciente post operado inmediato bajo efectos de anestesia general, por lo que se encuentra con tendencia al sueño y con dificultad para poder respirar espontáneamente, por ello se coloca mascara de reservorio a 8 litros por minuto FIO2 a 50% y con ello de logra una sat 96% para poder manejar de mejor manera el patrón respiratorio disminuido.

Diagnostico 3. Déficit de volumen de líquidos

Según la literatura todas las partes de su cuerpo necesitan agua para funcionar. Cuando usted está saludable, su cuerpo es capaz de equilibrar la cantidad de agua que entra o sale del cuerpo.

Un desequilibrio de líquidos puede suceder cuando usted pierde más agua o líquido del que consume. También puede suceder cuando usted consume más agua o líquido del que su cuerpo es capaz de eliminar.

En nuestro paciente se evidencia una gran pérdida de volúmenes de líquidos, por el motivo de haber sido operado dos veces más el acumulo de secreciones en la cavidad abdominal que se encuentra eliminando por medio de la SNG y dren pen rose, además un volumen considerable de sangre por ello presenta una hemoglobina de 9.4g/dl.

Diagnostico 4. Ansiedad

Según la literatura, la ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo. Es un sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. Se da en todas las personas en algún momento de preocupación ya sea laboral, por enfermedad, etc. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o se minimicen sus consecuencias (Polaino, 2003).

En el paciente se produce la ansiedad por todo el proceso que pasa debido a su enfermedad, porque él se encuentra consciente de todo lo que sucede y de las complicaciones, por ello en las intervenciones se intenta que pueda sobrellevar este episodio. Y así se logre mejorar su estado de ánimo y preocupación.

Diagnostico 5. Riesgo de infección

Según la literatura la infección es la acción y efecto de infectar o infectarse. Este concepto clínico se refiere a la colonización de un organismo por parte de especies exteriores. Dichas especies colonizadoras resultan perjudiciales para el funcionamiento normal del organismo huésped.

Cuando la colonización genera anormalidades (como dolor, irritación, etc.), se produce una infección. La infección activa implica la lucha entre el huésped y el organismo infectante, que trata de multiplicarse.

Una infección se inicia con la entrada del patógeno al organismo y continúa con un periodo de incubación. A partir de entonces, el tipo de infección queda determinado por la cantidad de gérmenes, su capacidad de multiplicación y su toxicidad.

En nuestro paciente evidentemente está pasando por una etapa muy difícil, cirugías continuas complicadas, más procedimientos invasivos lo cual se encuentra vulnerable a adquirir alguna bacteria ya sea por los procedimientos invasivos o por las cirugías, y también por los resultados de laboratorio, donde se puede evidenciar que sus sistema inmune es bajo (leucopenia).

Discusión

Una cirugía como laparotomía exploratoria se realiza cuando se encuentra ciertos problemas que ponen en riesgo la vida del paciente y por medio de esta intervención podemos diagnosticar diferentes o posibles complicaciones, como en el caso de nuestro paciente que presentó una perforación por divertículo de intestino delgado, la cual representa entre un 38% a 42% de los casos de laparotomía por perforación de vísceras. Es una cirugía complicada, por ello cuando llega el paciente a la unidad de recuperación pos anestésica tenemos que realizar una valoración cautelosa para identificar signos y síntomas que ponen en riesgo al paciente. En este caso se evidenciaron desaturación del oxígeno, por ello se encuentra con máscara de reservorio, sonda nasogástrica a gravedad con secreción biliosa en regular cantidad, abdomen globuloso y dolor a la palpación dren pen rose a bolsa de colostomía, eliminando secreción purulenta, sonda Foley con orina colúrica en cantidades escasas y refiere preocupación por su estado de salud. Con todos los datos mencionados podemos definir los diagnósticos de enfermería como: deterioro del intercambio de gases, dolor agudo, déficit de volumen de líquidos, ansiedad y riesgo de infección. Nuestra finalidad es solucionar los problemas presentados por medio de las

intervenciones de enfermería logrando en su totalidad o parcialmente los objetivos propuestos. En los estudios de Ledesma (2012) y Rodríguez (2014) también se pueden ver algunos de estos diagnósticos en los pacientes post operados de laparotomía exploratoria.

El fin de los cuidados de enfermería es brindar una atención y cuidado integral que implica la curación del cuerpo, la mente y el alma; aplicando un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas.

Resultado final

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	Fi	%	Fi	%
	Diagnóstico 1	1	20			
Diagnóstico 2			1	20		
Diagnóstico 3			1	20		
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5			1	20		
Total	2	40	3	60		

Cuadro n° 19

Del total de los objetivos planteados en los diagnósticos de enfermería se obtuvo como resultado final: el 60% fueron objetivos parcialmente alcanzados, el 40% objetivo alcanzado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se identificaron 11 diagnósticos de enfermería, priorizando los cinco primeros aplicando el proceso de atención más investigación bibliográfica donde se llega a concluir:

El diagnóstico deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión, patrón respiratorio ineficaz y gasometría arterial anormal, evidenciado por uso máscara de reservorio, FR-17XMIN gasometría arterial anormal ph 7.36, bicarbonato actual 20mEq/l CO₂ total 22.3mEq/l y saturación de 96%, tuvo como objetivo principal mantener un adecuado intercambio de gases y una saturación mayor de 96%, no cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones de enfermería como: monitorizar saturación, oxígeno permanente, posición semifowler, examen de AGA, teniendo como resultado una saturación de oxígeno de 97% con uso máscara de reservorio, pero al destete consaturación de 90%

El diagnóstico de enfermería dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, saturación de oxígeno, diaforesis y expresión facial del dolor; evaluación del dolor (EVA) 4/10, tuvo como objetivo principal presentar una evaluación del dolor EVA 1/10, cumpliéndose en su totalidad luego de la intervenciones de enfermería como: administrar analgésicos, según prescripción médica, escucha activa, valorar EVA; y se tuvo como resultado una evaluación del dolor 1/10.

El diagnóstico de enfermería déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreción biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, secreción purulenta por dren pen rose y disminución de la diuresis colúrica, tuvo como objetivo principal presentar un balance hídrico adecuado, no cumpliéndose en su totalidad a

pesar de las intervenciones de enfermería las cuales fueron: realizar un preciso registro de egresos e ingresos de líquidos BHE, vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas) y distribuir el volumen adecuado de líquidos en 24 horas, observando signos y síntomas de alarma, mantener acceso venoso para la administración de líquidos, administrar líquidos endovenosos cristaloides y coloides según corresponda, teniendo como resultado un balance hídrico regular por las considerables pérdidas por SNG, dren pen rose

El diagnóstico de enfermería ansiedad relacionada a crisis situacional y complicaciones post quirúrgica evidenciada por conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación e inquietud, tuvo como objetivo principal mantener un estado emocional favorable, cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones como: educar al paciente sobre su estado de salud, escucha activa, vigilancia permanente, expresarle confianza y seguridad, cama con barandas, observar signos y síntomas de alarma, mantenerlo informado de lo que se le realiza. Se tuvo como resultado un estado emocional del paciente a pesar de su situación de salud.

El diagnóstico de enfermería riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda foley evidenciado por dren pen rose, herida con secreción purulenta disminución de la hemoglobina y leucopenia, tuvo como objetivo principal lograr un estado de la piel adecuado, evitando complicaciones posteriores; no llegando a cumplir en su totalidad luego de las intervenciones como: lavado de manos antes, durante y después de contacto con el paciente, observar y cuantificar las características del estado de la herida operatoria y dren pen rose, administrar antibióticos según prescripción médica, limpieza eficaz de la herida operatoria, cambio adecuado de SNG, SF, vía periférica, se observó signos y síntomas de alarma. Se tuvo como resultado paciente que presenta regular estado de la piel, se evidencia complicaciones de herida operatoria.

Los resultados de los cinco diagnósticos aplicados fueron en una 60% con objetivo parcialmente alcanzado y en 40% objetivo alcanzado.

Recomendaciones

Al concluir el estudio se cree necesario manejar una hoja de valoración inicial al paciente al momento de ingresar al servicio de recuperación post anestésica, ya que por medio de ella podemos lograr alcanzar un mejor cuidado al paciente evidenciando todos los posibles problemas que podrían presentarse. La hoja de valoración cuenta con once patrones funcionales de salud y al trabajar con cada uno de ellos, se llegó a priorizar de manera eficaz y oportuna los cuidados de enfermería, aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE), priorizando los diagnósticos más relevantes con sus intervenciones respectivas, obviamente antes de ello proponiendo un objetivo trazado con un resultado a esperar, así se pudo brindar calidad de atención y hacer sentir al paciente seguro, tranquilo y confiado durante su estadía en nuestro servicio.

Referencias

- Abad, A. (2009). *El cáncer de colon y recto*. España: Marge Médica Books.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. (2014). España: DRK.
- Cortez, G. (2017). *Guía para aplicar taxonomía II. NANDA I. NIC. NOC*. LIMA: RODHAS.
- Feldman, M., Friedman, L., & Brandt, L. (2017). *Enfermedades digestivas y hepáticas*. España: Elsevier.
- Fuller, J. (2007). *Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos*. Medicina Panamericana.
- García, J. (2000). *Oncología clínica básica*. España: Arán.
- López, S. (2016). *Manual de enfermería médico quirúrgico*. Lima.
- NANDA diagnósticos de enfermería*. (2015-2017). ESPAÑA: Elsevier.
- Navia, R. (2006). *Guía del dolor agudo postoperatorio*. Ergon.
- Pérez, G. (2016). *Gasometría arterial*. Obtenido de <https://www.gasometria.com/>
- Polaino, A. (2003). *Fundamentos de psicología y personalidad*. Rialp S.A.
- Tovar, J. (2013). *Planes de cuidado de enfermería por patología médica*. Huancayo.

Apéndices

Apéndice A

Guía de valoración

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

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: <u>Napuri Castillo Victor</u> Fecha de nacimiento: <u>03/04/1940</u> Edad: <u>77</u> Sexo: <u>Masculino</u>	
Fecha de ingreso al servicio: <u>26/01/18</u> Hora: 18:18 pm HC:1249515 Cama de URPA: <u>8</u>	
Procedencia: Ambulatorio _____ Hospitalización: _____ Emergencia: x Otro: _____	
Dx. Pre Operatorio: <u>Laparotomía exploratoria</u> Interv. Quirúrgica Realizada: <u>Laparotomía Exploratoria mas rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado.</u>	
Médico cirujano: <u>Dr. Abuhada – Dr. Málaga</u> Medico Anestesiólogo: <u>Dr. Mayuri</u>	
Tiempo Intraoperatorio: <u>2h 49min</u> Tipo de Anestesia: General	
Enfermera que recepciona: <u>Lic. Ruiz</u>	
Funciones Vitales: Fc: <u>86 x'</u> SatO2: <u>96%</u> P/A: <u>134/76</u> mmhg Tº: <u>35.5°c</u> Fr: <u>17 x'</u> Peso: <u>72 kg</u> Estatura: <u>1.71 mts</u>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">PATRÓN 1: PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD</div> Antecedentes de Enfermedad: NO () SI (x) HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Cáncer de colon hace 14 años y metástasis de pulmon Medicación habitual: Antecedente Quirúrgicos: NO () SI (x) Colelap hace 2 días Alergias: NO (x) SI () OTROS: _____ Brazaletes de RAM: NO (x) SI () en _____ Medicamentosa: _____ Alimentos: _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco: NO () Sí () Consumo de alcohol: NO () Sí () Consumo de drogas: NO () Sí () Estado de higiene Buena () Regular (x) Mala ()	<i>Parenteral: Ingresos</i> Solución Salina: NO () SI (x) Volumen: 1500 cc Solución Dextrosa: NO (x) SI () Volumen: _____ cc Coloides: SI (x) NO () Volumen: 1500 cc Tratamiento: Volumen: _____ cc Hemoderivados: NO () SI (x) Plasma Fresco: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc Paquete Globular: Paquetes: 1 Volumen: 280 cc BH: -111 <i>post operatorio (Recuperación)</i> Sangrado herida: Nulo (X) Escaso () Moderado () Severo () Cantidad: _____ cc Drenajes: NO () SI (X) Tipos: pen rose Especificar: flanco der. Volumen: 130 cc <i>Parenteral: Ingresos</i> Solución Salina: NO () SI (x) Volumen: 280 cc Solución Dextrosa: NO (x) Sí () Volumen: _____ cc Coloides: Sí () NO (x) Volumen: 0 cc Tratamiento: Volumen: 0 cc
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO</div> Tº: 35.5°C Hb: 9.4 mg/dl Hemoglucoest:	

<p><i>Estado de la piel:</i></p> <p>Húmedas: () Secas: (x) Otros: _____</p> <p>Pálidas () Ictéricas () Cianótica: ()</p> <p>Diaforesis: NO () SI (x)</p> <p>Termorregulación: Escalofríos () Piloerección ()</p> <p><i>Cavidad oral:</i></p> <p>Mucosa oral: Intacta () Lesiones ()</p> <p>Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta (x) Prótesis ()</p> <p>NPO: NO () SI (x) Tiempo: _____</p> <p>Nutrición Parenteral: NO (x) SÍ ()</p> <p>SNG: NO () SÍ (x) Alimentación ()</p> <p>Drenaje: NO () SÍ (x) Cantidad: 130 cc</p> <p>Características: Porráceo</p> <p>Vómitos: NO (x) SÍ ()</p> <p>Nauseas: NO (x) SÍ ()</p> <p>Regurgitaciones: NO (x) SI ()</p> <p>Abdomen: Blando () Depresible () Globuloso (x)</p> <p>Distendido () Timpánico () Doloroso ()</p> <p>RHA: Presentes (x) Disminuidos ()</p> <p>Ausentes () Aumentados ()</p> <p><u>Trans operatorio</u></p> <p>Herida operatoria: NO () SÍ (x)</p> <p>Sangrado herida: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()</p> <p>Drenajes: NO () SÍ (x) Tipos: pen rose</p> <p>Especificar: flanco izquierdo Volumen: 130 cc</p> <p>Reflejo de la tos: Presente () Disminuido (x) Ausente ()</p> <p>Secreciones: NO () SÍ (X)</p> <p>Características: densas en zona bucal.</p> <p>O2: NO () SÍ (x) Modo: reservorio 7l/min./FIO2: 96% _____</p> <p>TET: () Traqueotomía: () VM: () Sat.O2: 100%</p> <p>Drenaje torácico: D/I NO () SÍ ()</p>	<p>Hemoderivados: NO (x) SÍ ()</p> <p>Plasma Fresco: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc</p> <p>Paquete Globular: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc</p> <p>BH: + 615</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</p> <p>Presencia de líneas invasivas:</p> <p>Tipo: Sonda Foley NO () SÍ (X) Talla Vesical NO (X) SÍ ()</p> <p>Características de la orina: Clara () Coluria (X) Hematúrica ()</p> <p>Sedimentosa ()</p> <p>Irrigación vesical: NO (X) SÍ () Cuanto por pasar: _____ cc</p> <p>Características de la orina: Clara () Hematúrica: ___/+++</p> <p>Reflejo urinario: SÍ () NO () Vol: _____ cc</p> <p>Colostomía: NO (X) SÍ () Vol: _____ cc</p> <p>Características: _____</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO</p> <p><u>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</u></p> <p>Respiración: Superficial (x) Profunda ()</p> <p>Polipnea: NO (X) SÍ ()</p> <p>Otros: _____</p> <p>Bronco espasmo: NO (X) SÍ ()</p> <p>Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos (X) Ausentes ()</p> <p>Crepitantes () Roncantes (X) Sibilantes ()</p> <p>Tos ineficaz: NO () SÍ (X)</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">PATRÓN 6: PERCEPTIVO – COGNITIVO</p> <p>de coma de Glasgow</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Apertura ocular</th> <th style="width: 25%;">Respuesta Motora</th> <th style="width: 25%;">Respuesta Verbal</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Espontánea, normal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espontánea 4</td> <td>6</td> <td>Orientada</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>A la voz 3</td> <td>Localiza al tacto 5</td> <td>Confusa</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Al dolor 2</td> <td>Localiza al dolor 4</td> <td>Palabras</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Apertura ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal			Espontánea, normal			Espontánea 4	6	Orientada	5	A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa	4	Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras	
Apertura ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal																			
	Espontánea, normal																				
Espontánea 4	6	Orientada	5																		
A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa	4																		
Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras																			
<p><u>ACTIVIDAD CIRCULATORIA</u></p> <p>FC: 86x' P.A: 134/76 mmhg</p>	<p style="text-align: right;">Escala</p>																				

Ruidos cardíacos: Rítmicos (x) Arrítmicos ()

Pulso: _____ Regular (x) Irregular ()

Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()

Llenado capilar: <2"

Edema: NO (x) SI () Localización: _____

+ (0 - 0.65 cm) () ++ (0.65 - 1.25cm) () +++ (1.25 - 2.50cm) ()

Riego periférico

MII Tibia () Fría (x) Caliente ()

MID Tibia () Fría (x) Caliente ()

MSI Tibia () Fría (x) Caliente ()

MSD Tibia () Fría (x) Caliente ()

Marcapaso: NO () SI () Tipo: _____

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: 2

Catéter Central: sub clavia derecha _____

Línea arterial: _____

Catéter epidural: _____

Catéter porth (quimioterapia)

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1: Independiente () 3: Totalmente dependiente (x) 2: Parcialmente dependiente ()

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

Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)

ESCALA MORSE - RIESGO DE CAÍDA		
Antecedentes de caída	NO	0
	SÍ	25
Diagnóstico secundario	NO	0
	SÍ	15
Ayuda para deambular		0
		15
		30
Vía venosa	NO	0
	SÍ	20

		inapropiadas	3
		Sonidos	
Ninguna	1	Decorticación	3
		Descerebración	2
		Ninguna	1

Puntaje: 13 pts. Paciente bajo efectos de anestesia

Riesgo de autolesión SI () NO (x)

Escala de Valoración del dolor EVA:



LEVE

MODERADO

INTENSO

Puntaje 0 al 10: 4/10 pts. Paciente bajo efectos de anestesia

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

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	PA ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA ≥ 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
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

Puntaje: 6 Pts.

ESCALA DE SEDACIÓN – AGITACIÓN RASS:

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos

Marcha					
Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0		-2	Sedación leve
Débil		15			
Alterada requiere asistencia		30		-3	Sedación moderada
Conciencia / Estado mental					
Consciente de sus capacidades y limitaciones		0		-4	Sedación profunda
No consciente de sus limitaciones		15		-5	Sin respuesta
					Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
					Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
					Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
					Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

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

Riesgo: Alto

PATRÓN 7 Y 10: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO
TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Colabora: NO (X) Sí () No Colabora: NO () Sí ()
Tranquilo: NO () Sí () Ansioso: NO (x) Sí ()
Negativo: NO () Sí () Triste-lloroso: NO () Sí ()
Reservado: NO () Sí () Temeroso: NO () Sí ()
Irritable: NO () Sí () Indiferente: NO () Sí ()
Preocupaciones principales /comentarios: _____

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

Ocupación: jubilado

Estado civil: Soltero () Casado/a (x) _Conviviente () Divorciado/a

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (X) Otros: Esposa y 3 hijos

Fuentes de apoyo: Familiar (x) Social () Otros _____

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Genitales:

Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()

Cantidad: _____ cc

Tapón Vaginal: NO () SI ()

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Religión: Católica

Restricciones religiosas: _____

Otros: _____

Firma y 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 paciente con laparotomía exploratoria más rafia intestinal por perforación de divertículo de intestino delgado”. El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente en la unidad de recuperación post anestésica. Este trabajo académico fue realizado por la Lic. Gloria Ruth Ruiz Ramírez bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas. 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: Victor Napuri Castillo

DNI: Fecha: 26 de enero del 2018

Firma del paciente

Apéndice C.

Hoja de Kárdex

El cuadro a presentar es de acuerdo al que manejamos en el hospital Guillermo Kaelin, ya que ahí todo se maneja por sistema, por lo tanto la hoja de kárdex no es la convencional.

TRATAMIENTO	26/01/18	26/01/18	27/01/18	27/01/18	27/01/18
	17:00	22:00	00:00	06:00	12:00
Metamizol 1gr EV	17:30				
cada 8hrs.	2amp sop				
Metoclopramida	ONDASETRON				
10mg EV cada 8hrs.	8MG EV SOP 17:15				
Tramadol 100mg EV	17:30				
cada 12hrs. Cond. Dolor.	2amp sop				
Vancimicina 500mg	17:45				
EV 2frascos cada 12hrs.	1frasco sop				
Meropenem 500mg	17:30				
EV. 2amp. Cada 6hrs.	1frasco sop				
Omeprazol 40mg ev	RANITIDNA				
cada 24 hrs.	50MG EV SOP 17:15				
Clna 9% 1000cc I	16:20				
frasco a 45gts	Sop				
Dextrosa 5%					
AD1000cc II III +					
CLNA 20% 2amp +					
kalium 20% 1amp a					
45gts					

Apéndice D

Fichas farmacológicas

Metamizol

Nombre genérico: Metamizol Sódico

Nombre comercial: Antalgina, Repriman, Novalgina, Proalgen.

Clasificación: Analgésico, antipirético, antiespasmódico y antiinflamatorio.

Indicaciones: Dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior. Reducción de la fiebre refractaria a otras medidas.

Mecanismo de acción: actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina.

Reacciones adversa: náusea, vómito, irritación gástrica.

Poco frecuente: somnolencia, cefalea, broncoespasmo, rash cutáneo, urticaria, diaforesis.

Dosis:

Adultos: 0,5 a 1g IM.

Niños: 10 a 12mg/Kg. IM.

Cuidados de enfermería:

- Lavado de manos antes y después de la administración
- Verificar si el paciente antes de administrar el medicamento.
- Comprobar alergias.
- Verificar que este escrito en la terapéutica medica antes de la administración.
- Comprobar la escala del dolor antes de administrar el analgésico.
- Registrar en la hoja de kardex.

- Control de presión arterial ya que produce hipotensión.
- Control de EVA después de la administración.
- Observar signo y síntomas de alarma.

Suero fisiológico 0,9% 1000cc

Nombre genérico: Suero fisiológico 0.9% 1000cc

Clasificación: Solución cristaloiide.

Indicaciones: Regula al volumen plasmático, el equilibrio ácido básico, función nerviosa y muscular. Está indicado en todos los casos de deshidratación en general en todos aquellos estados en los que se requiera establecer el equilibrio electrolítico del sodio y del cloro.

Mecanismo de acción: El sodio es el principal catión del líquido extracelular y actúa en el control de distribución de agua, balance electrolítico, y presión osmótica de los fluidos corporales.

Reacciones adversas / efectos adversos:

Infección en el punto de inyección, dolor local o reacción (enrojecimiento o hinchazón en el sitio de administración), flebitis. Esto puede ocasionar enrojecimiento, dolor o quemazón e hinchazón, fiebre (pirexia), escalofríos.

Dosis:

max 1000 a 2000ml

Cuidados de enfermería:

- Monitorizar los signos vitales
- Valorar los signos y complicaciones
- Administrar por acceso venoso de buen calibre.

- Vigilar la función renal.
- Tener precaución si el paciente tiene problema renal, cardiaco, hipertensión, etc.
- Vigilar los volúmenes de administración, de preferencia por bomba de infusión.
- Tener más precaución en niños y ancianos.

Apéndice F

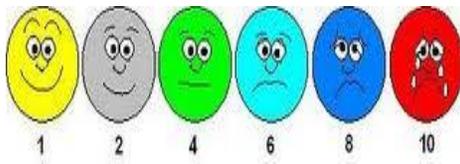
Escala de Evaluación

ESCALA MORSE - RIESGO DE CAÍDA		
Antecedentes de caída	NO	0
	SÍ	25
Diagnóstico secundario	NO	0
	SÍ	15
Ayuda para deambular		0
	-	15
		30
Vía venosa	NO	0
	SÍ	20
Marcha		
Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0
Débil	--	15
Alterada requiere asistencia		30
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

Escala de Glasgow

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 incomprensibles	2
		Descerebración 2	Ninguna	1
		Ninguna 1		

Escala del dolor EVA



LEVE

MODERADO

INTENSO

Escala de Ramsay

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

Escala de Aldrete

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

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	PA \leq 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
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 sedacion-agitacion.

+4	+3	+2	+1	0	-	-	-	-	-
					1	2	3	4	5
				X					

Apéndice G

Balance hidrico

GRUPO	CONSTANTE	TOMA 26/01/2018
NÚMERO DE HORAS	NÚMERO DE HORAS	1.5
	PESO (KG)	72
INGRESOS	OXIDACIÓN	43
	INGESTA	0
	PARENTERAL Y/O	280
	TTO	
	TRANSFUSIÓN	0
	PLASMA	0
EGRESOS	P. INSENSIBLES	54
	DIURESIS	100
	DEPOSICIÓN	0
	VÓMITOS	0
	DRENAJE SNG	150
	DRENAJES	130
	OTROS	0
	TOTAL ING. BHA	323
	TOTAL EGR. BHA	434
	TOTAL BHA	111

Apéndice H

Otros

Funciones vitales

Hora	18:25	18:40
T°	35.5°	35.5°
FC	86x´	81x´
FR	17x´	16x´
PA	$\frac{134}{76}$	$\frac{131}{70}$
SatO2	96%	97%

Funciones biológicas

Apetito: NPO

Sed: No valorable por analgesia

Sueño: tendencia al sueño por efectos de la anestesia general

Deposición: Ausente hace cinco días

Diuresis: 1 hora

Medidas antropométricas

Peso: 72 kg.

Talla: 1.71cm

IMC: 24.62

Interpretación: se encuentra dentro de los valores normales.