

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

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

Por:

Miriam Marleny Rosales Tello

Asesora:

Mg. María Guima Reinoso Huerta

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA GUIMA REINOSO HUERTA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperada de duodenopancreatectomía cefálica por neoplasia maligna de páncreas de la Unidad de Recuperación Post Anestésica de un hospital de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: ROSALES TELLO MIRIAM MARLENY, 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 diecisiete días del mes de setiembre de 2018.



Mg. María Guima Reinoso Huerta

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

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR


Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio
Presidente


Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales
Secretario


Mg. María Guina Reinoso Huerta
Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A mi esposo William Hilaes por su apoyo y comprensión.

A mí amado hijo Adriano por ser mi fuente de inspiración para poder superarme cada día más.

A mí amada madre quien me enseñó a ser ni más ni menos que nadie.

A mis hermanas por su colaboración en el cuidado de mi hijo.

Agradecimientos

A Dios por permitirme vivir y disfrutar de mi familia.

A mis profesores, personas de sabiduría por ayudarme a culminar este proceso.

A mi familia, por apoyarme en cada proyecto y confiar en mí, el proceso no ha sido sencillo, pero gracias a sus aportes, su gran amor he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi proceso de atención de enfermería.

Índice

Índice de tablas.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de Atención de Enfermería.....	12
Valoración.....	12
Datos Generales.....	12
Resumen del motivo de ingreso.....	12
Situación problemática.....	13
Exámenes auxiliares.....	15
Valoración según patrones funcionales de salud.....	19
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	21
Diagnósticos de enfermería.....	23
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	23
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	25
Planificación.....	27
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	27
Planes de cuidados.....	29
Ejecución.....	39
Evaluación.....	42

Capítulo II	45
Marco teórico	45
Antecedentes a nivel local.....	45
A nivel nacional.	46
A nivel internacional.	46
Marco conceptual	48
Cáncer de páncreas.....	48
Quimioterapia y radiación.....	53
Laparotomía exploratoria	53
Duodenopancreatectomía.....	53
Modelo teórico	56
Capítulo III.....	58
Material y método	58
Tipo y diseño.....	58
Sujeto de estudio.	58
Delimitación geográfica.	58
Técnica de recolección de datos.....	59
Consideraciones éticas.	59
Capítulo IV	60
Resultados y discusión	60

Resultados	60
Análisis de los diagnósticos.	60
Capítulo V	64
Conclusiones y recomendaciones	64
Conclusiones	64
Recomendaciones.....	64
Referencias	67
Apéndices	69
Apéndice A: Guía de valoración	69
Apéndice B: Consentimiento informado.....	73
Apéndice C: Kárdex.....	74
Apéndice D: Ficha farmacológicas	75
Apéndice E: Escalas de evaluación.....	79

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Control de Diuresis.</i>	14
Tabla 2. <i>Análisis de gases arteriales.</i>	15
Tabla 3. <i>Análisis de electrolitos.</i>	16
Tabla 4. <i>Hemograma completo.</i>	17
Tabla 5. <i>Tratamiento médico.</i>	18
Tabla 6. <i>Escala de Rass.</i>	20
Tabla 7. <i>Plan de cuidados diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas.</i>	29
Tabla 8. <i>Plan de cuidados diagnóstico déficit de volumen de líquidos.</i>	31
Tabla 9. <i>Plan de cuidados diagnóstico dolor agudo.</i>	33
Tabla 10. <i>Plan de cuidados diagnóstico riesgo de aspiración.</i>	35
Tabla 11. <i>Plan de cuidados diagnóstico desequilibrio nutricional.</i>	37
Tabla 12. <i>SOAPIE diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas.</i>	39
Tabla 13. <i>SOAPIE diagnóstico déficit de volumen de líquidos.</i>	40
Tabla 14. <i>SOAPIE diagnóstico dolor agudo.</i>	40
Tabla 15. <i>SOAPIE diagnóstico riesgo de aspiración.</i>	41
Tabla 16. <i>SOAPIE diagnóstico desequilibrio nutricional.</i>	41
Tabla 17. <i>Evaluación diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas.</i>	42
Tabla 18. <i>Evaluación diagnóstico déficit de volumen de líquidos.</i>	42
Tabla 19. <i>Evaluación diagnóstico dolor agudo.</i>	43
Tabla 20. <i>Evaluación diagnóstico riesgo de aspiración.</i>	43
Tabla 21. <i>Evaluación diagnóstico desequilibrio nutricional.</i>	44
Tabla 22. <i>Cumplimiento de los objetivos en los diagnósticos de enfermería.</i>	60

Índice de figuras

Figura 1. Páncreas.....	50
Figura 2. Duodenopancreatectomia.	54
Figura 3. Antes y después Duodenopancreatectomia.	55

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente post operada de Duodenopancreatectomía Cefálica, atendido en la unidad de Recuperación Post anestésica en un Hospital Nacional de Lima, brindándole los cuidados de enfermería correspondientes al periodo post operatorio inmediato con el fin de evitar posibles complicaciones. El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico; la técnica fue la recolección de datos y la observación y como instrumento la Guía de valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon, con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación. Se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados. Resultados: el 80% de los objetivos propuestos fueron alcanzados y un 20% fue parcialmente alcanzado. Se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo.

Palabras clave: Duodenopancreatectomía, Enfermería, post anestésica

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

- Nombre: J. B. C.
- Sexo: Femenina
- Edad: 67 años
- Lugar de Procedencia: Lima
- Servicio: Unidad de Recuperación Post Anestésica
- N° de cama: 06
- Fecha de ingreso al hospital: 24 - 11-2017
- Fecha de ingreso al servicio: 24-01-2018
- Días de hospitalización: 2 meses
- Fecha de valoración: 24-01-2018
- Hora: 08:00 pm
- Diagnóstico médico: Laparotomía Exploratoria Duodenopancreatectomía cefálica, Gastroyeyunoanastomosis, colecistectomía abierta.

Resumen del motivo de ingreso.

Adulta mayor de sexo femenino de 67 años de edad, ingresa al servicio de URPA procedente de sala de operaciones con diagnóstico médico post operatorio: Laparotomía exploratoria (LPE) Duodenopancreatectomía Cefálica, Gastroyeyunoanastomosis, colecistectomía abierta. Se encuentra bajo efectos de sedación con tubo endo traqueal conectado a ventilador mecánico modo volumen A/C.

Situación problemática.

La paciente adulta mayor de sexo femenino se encuentra en la Unidad de Recuperación central de un hospital nacional de Lima en segunda hora de post operada de laparotomía exploratoria (LPE): Duodenopancreatectomía cefálica, Colectomía abierta, en posición semifowler, con sedo analgesia RASS -4, piel y mucosas ictéricas, tubo oro traqueal n°:7.5 nivel 22 en comisura izquierda conectado a ventilador mecánico modo A/C, Peep 5, fio2 70%, con secreciones densas en boca y tubo en poca cantidad, mucosas orales secas, portador de sonda nasoyeyunal (SNY) clampada, catéter venosos central (CVC) en subclavia izquierda para nutrición parenteral (NPT) y catéter venosos central (CVC) de tres lúmenes en subclavia derecha para tratamiento intravenoso pasando dextrosa al 5% más hipersodio (2) y cloruro de potasio (2), sedo analgesia 5cc/hra, tórax simétrico, abdomen b/d herida operatoria con apósitos ligeramente húmedos con secreción sero hemática, dren Jackson pratt con contenido de +o-100cc, sonda Foley conectada a bolsa colectora con orina colúrica de, más o menos, 100cc, genitales en regular estado de higiene acorde a la edad, miembros inferiores con vendaje. Grado de dependencia IV.

Funciones vitales.

- Presión arterial: 149/66
- Frecuencia cardíaca: 52 x'
- Frecuencia respiratoria: 12 x'
- Temperatura: 38.1 °C
- Saturación de oxígeno: 95%

Funciones biológicas.

- Apetito: NPO

- Sed: No valorable por sedo analgesia
- Sueño: No valorable por sedo analgesia
- Deposición: Ausente
- Diuresis

Tabla 1*Control de diuresis*

Hora	Diuresis
20:00	100cc
21:-00	80cc
22:00	80cc
23:00	150cc
00:00	100cc
01:00	90cc
02:00	100cc
03:00	150cc
04:00	140cc
05:00	130cc
06:00	300cc
07:00	100cc

Medidas antropométricas.

- Peso: 66 kg aprox.
- Talla: 1.60 cm
- IMC: 25.78
- Interpretación: peso superior al normal

Exámenes auxiliares

Tabla 2

Análisis de gases arteriales

	Valores obtenidos	Valores normales
pH	7.32	7.35-7.45
pCO₂	31.6 mm Hg	35-45 mm Hg
pO₂	93 mm Hg	80-100 mm Hg
HCO₃	19.2 mEq/l	22-26 mEq/l
Sat.O₂	97%	95% - 100%

Pagana (2009) define cada uno de los resultados obtenidos en la muestra:

pH: es una medida de la alcalinidad ($\text{pH} > 7.4$) y de la acidez ($\text{pH} < 7.35$). En la alcalosis respiratoria o metabólica el pH es alto; en la acidosis respiratoria o metabólica el pH es bajo.

paCO₂: es una determinación de la capacidad de ventilación. Cuanto mayor es la rapidez y profundidad de la respiración, mayor cantidad de CO₂ se espira y los niveles de PCO₂ disminuyen. En la acidosis metabólica, los pulmones intentan compensar mediante la eliminación de CO₂ para aumentar el pH.

HCO₃: el ion bicarbonato es una medida del componente *metabólico* (*renal/riñones*) del equilibrio ácido-base. Los riñones regulan este contenido, a medida que el nivel de HCO₃ aumenta, el pH también lo hace, y esto sucede en la alcalosis metabólica y disminuye en la acidosis metabólica.

PaO₂: es una medida de la tensión (presión) del oxígeno disuelto en el plasma. Esta presión determina la fuerza del oxígeno para difundirse a través de las membranas de los alveolos y sus niveles disminuyen en anemias, insuficiencia de O₂, hipoventilación grave, broncoespasmos, entre otros; pero aumenta el policitemia, hiperventilación.

La acidosis metabólica es un PH bajo, junto con una disminución de la concentración de bicarbonato en la sangre. Las posibles causas incluyen una diabetes mellitus no regulada y problemas renales graves (Berman & Snyder, 2012).

Análisis

La paciente presenta un PH de 7.32 que nos indica una acidemia en sangre; así mismo, el HCO₃ es de 19.2 mEq/l y se encuentra disminuido; ello indica el componente metabólico del ácido-base por la patología de fondo, problemas endocrinos (diabetes mellitus). El PCO₂ está en 31.6mmhg; también se encuentra disminuido y es para compensar la pérdida de bicarbonato. La paciente se encuentra con una acidosis metabólica compensada, producto de una intervención quirúrgica prolongada con una duración de ocho horas. Presenta hipovolemia, hipoperfusión tisular, hipoxemia celular y desarrollo de acidosis láctica intra operatorio; además, presenta neoplasia de páncreas.

Tabla 3

Análisis de electrolitos

Electrolitos	Valores del paciente	Valores normales
Potasio	1.9mmol/L	3.5 – 5.5
Sodio	141mmol/L	135 – 145
Calcio	0.93mmol/L	0.90 – 1.30
Cloro	115mmol/L	98 - 108

Birman y Snyder (2013) definen estas alteraciones de la siguiente manera:

La hipokalemia: se caracteriza por el bajo nivel de potasio. Cuando sus valores descienden de forma gradual, el organismo lo compensa mediante el paso del potasio desde el interior de la célula hasta el suero.

La hipercloremia: se define como un nivel elevado de cloruro en sangre, la hipercloremia acompaña a un trastorno del equilibrio ácido-básico.

Análisis

Los electrolitos son minerales que normalmente están presentes en el cuerpo, la paciente presenta potasio de 1.9mmol/l que se encuentra disminuido debido a la intervención quirúrgica, porque se ha producido pérdidas en el jugo pancreático que está compuesto de electrolitos y el cloro está en 115mmol/l que se encuentra aumentado. Esto ocurre cuando la acidosis se debe a una disminución (19.2mmHg) o pérdida de bicarbonato que se da una ganancia de cloro para tratar de mantener la electroneutralidad.

Tabla 4

Hemograma completo

Hemograma	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	9.8mg/dl	12-16 mg/dl
Hematocrito	24.8%	42-52%
Leucocitos	10.150cel/mm ³	5000-10000cel/mm ³
Plaquetas	220 000cel/mm ³	150000a450000cel/mm ³
Neutrófilos	62.6%	50-60%
Linfocitos	45%	20-40%
Monocitos	4.2%	3-7%
Eosinófilos	1.2%	1-4%
Basófilos	0.1%	0-1%

La hemoglobina, si esta por los rangos inferiores a 12 -16 mg/dl, indica que la paciente está con anemia; el hematocrito indica el porcentaje de eritrocitos en las células de la sangre. El recuento de eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito suelen aumentar y disminuir como consecuencia de factores como pérdida moderada de sangre (Kotcher & Ness, 2009).

Análisis

La paciente presenta una leve leucocitosis y se puede asociar a la presencia de infecciones; en cuanto a la hemoglobina, se encuentra en de 9.8g/dl que es inferior al rango normal de 12- 16, significa que la paciente tiene anemia leve por la pérdida de sangre en el intra operatorio y cirugía prolongado, ya que duró ocho horas; además de la patología presente, los neutrófilos están en 62.6% y están ligeramente aumentados, que puede deberse a una inflamación que se da después de una intervención quirúrgica, por las condiciones autoinmunes de la patología de fondo que presenta la paciente. La linfocitosis se puede deber a un proceso infeccioso, patología de fondo.

Tabla 5

Tratamiento médico.

Indicaciones Terapéuticas	vía de administración	Dosis	Hora
DIETA: NPO + SNY			
Dextrosa 5% +H=2+K=2	EV	I – II	En 24 horas
Ceftriaxona 1gr.	EV	2 gramos	C/24 horas
Tramal 100mg.	EV	100mg.	C/8 horas
metoclopramida 10mg	EV	10 mg.	C/8horas
Reto de potasio	EV	1ampolla	Stat
Metamizol 1gr.	EV	2gramos	C/8 horas
Vitamina K	EV	10 mg.	C/12 horas
Gluconato de Ca.	EV	5 ampollas	Stat
Insulina R: escala móvil a180 – 200	SC	2UI	
221 – 260	SC	4UI	
261 – 300	SC	6UI	
>O = 301	SC	8UI	
Sedo analgesia			

Midazolan 50mg	Rass -4		
Fentanilo 0.5			
Cloruro de sodio 9% 30cc			
Cloruro de sodio 9%	EV	500cc	Statt
Omeprazol	EV	40 mg.	C/24h

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón percepción- control de la salud.

Paciente Post operado de LPE: Duodeno pancreatectomía, yeyuno anastomosis, colecistectomía abierta, según historia clínica con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, fue intervenida quirúrgicamente de ligadura de trompa a los 35 años de edad, sin antecedentes de TBC, Asma, problemas cardiovasculares, alergias, tampoco consume tabaco, alcohol, drogas.

Patrón relaciones – rol.

Ocupación su casa, vive con su familia, su esposo e hijo quien refiere que mantiene buena relación con la misma, recibe visitas de ellos mismos. Familia preocupada por el estado de salud y condiciones después de la operación.

Patrón valores y creencias.

Evangélica

Patrón autopercepción-auto concepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia.

Patrón descanso- sueño.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente se encuentra bajo efectos de sedo analgesia, con pupilas isocoras, hipo

Reactivas de Ojo Derecho: 2 mm Ojo Izquierdo: 2 mm, facie de dolor.

Con Escala de Rass: -4, Escala conductual BPS=6

Tabla 6

Escala de Rass

Escala de Rass	Puntuacion de la paciente
-4 Sedación profunda	No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física

Patrón actividad ejercicio.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia, con grado de dependencia IV, con movilidad de miembros conservada, fuerza muscular disminuida.

Actividad respiratoria.

El paciente se encuentra en posición semifowler, con tubo endotraqueal N° 7.5, nivel 22 en comisura izquierda conectado a ventilador mecánico modo volumen A/C con FIO₂ al 50%, PEEP en 5, FR: 12x', Sat O₂: 95%, a la auscultación pulmonar presencia de roncales y crepitantes en ambos campos pulmonares, presenta secreciones blanquecinas, densas en boca y tubo endotraqueal, reflejo de tos disminuido, no presencia de drenaje torácico, valores de AGA en: pH=7.32, pco₂= 31.6mmhg, po₂= 93mmhg, hco₃ = 19.2mEq/lt.

Como resultado de una acidosis metabólica compensada.

Actividad circulatoria

El paciente presenta ruidos cardiacos rítmicos, con frecuencia cardiaca de 52 x minuto, pulso regular, riego periférico normal, no presenta marcapasos, PA de 149/68mmHg, con catéter venoso central en subclavia derecha (24-1-18) y subclavia izquierdo (25-1-18), con catéter

periférico y línea arterial (25-1-18), recibió transfusiones de dos unidades de paquetes globulares en SOP, no edemas, con vendajes en miembros inferiores.

Patrón nutricional metabólico.

Paciente en NPO, presenta piel y mucosas ictéricas con pequeñas lesiones de urticaria a nivel de miembros superiores, sonda naso yeyunal clampada para nutrición enteral, T° de 38.1°c, mucosa oral semiseca no lesiones, piezas dentarias incompletas, no presencia de nauseas ni vómitos, abdomen blando depresible ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria con apósitos manchados de secreción sero hemática, dren Jackson pratt con contenido de secreción de más o menos 100cc. Hb de 9.8mg/dl. Hematocrito en 24.8% Resultado de electrolitos en: Na: 147 mEq/Lt, Potasio: 1.9mEq/Lt, Cloro: 115mEq/Lt, con hipokalemia e hipercloremia. Peso: 66Kg talla: 1.60 cm. IMC: 35.78.

Patrón eliminación.

Paciente bajo efectos de sedación con deposiciones ausentes, no elimina flatos, presencia de sonda Foley permeable conectada a bolsa colectora con orina de característica colúrica de más o menos 100cc, no tiene talla vesical tampoco colostomía. Diuresis de 1520 cc en 12 horas, Balance Hídrico negativo de 268.

Patrón sexualidad reproducción.

Paciente de sexo femenino, en regular estado de higiene, con pareja (esposo) y tres hijos.

Hallazgos significativos por patrones funcionales.

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Médico: Post operado de LPE: Duodenopancreatectomía, yeyunoanastomosis, colecistectomía abierta. Antecedente: DM2; HTA

Patrón autopercepción-auto concepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Familiares refieren preocupación por el estado de salud de paciente.

Patrón descanso- sueño.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia. Pupilas isocóricas, hipo reactivas de OD: 2 mm
OI: 2 mm, escala de RASS: -4, escala conductual BPS=6.

Patrón actividad ejercicio.

Con Grado de dependencia IV, fuerza muscular disminuida.

Actividad respiratoria.

Con roncales y crepitantes en ambos campos pulmonares, secreciones blanquecinas densas en boca y tubo endotraqueal, PH: 7.32, pCO₂: 31.6mmHg, PO₂:93mmhg, HCO₃: 19.2, acidosis metabólica compensada. TET N°7.5 nivel 22 en comisura izquierda conectado a Ventilador mecánico: modo volumen AC FiO₂ 50%, PEEP: 5, SatO₂ 95%.

Actividad circulatoria.

PA: 149/68mmHg, CVC en subclavia derecha (24-1-18) y subclavia izquierda (25-1-18), vía periférica (24-1-18) y línea arterial (25-1-18), recibió transfusiones de dos unidades de paquetes globulares en SOP. Vendajes en miembros inferiores.

Patrón nutricional metabólico.

Paciente en NPO, mucosa oral seca, Piezas dentarias incompletas, SNY clampada,

T°: 38.1°c, RHA disminuidos.

Herida operatoria con apósitos manchados con secreción sero hemática

Dren Jackson pratt con secreciones de más o menos 100cc. Resultado de Hb: 9.8mg/dl

Hcto: 24.8%, Potasio: 1.9mEq/l, Cloro: 115

Hipocalcemia e hipercloremia

Patrón eliminación.

Con sonda vesical (24-01-18), orina colúrica de 100cc, balance hídrico negativo de 268.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Código: 00031

Clase 2: lesión física

Dominio 11: seguridad/protección

Página: 395

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

Factor relacionado: retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial.

Características definitorias: Acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.

Código: 00027

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

Definición: disminución de líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua sin cambios en el sodio.

Factor relacionado: pérdida activa de volumen de líquidos.

Características definitorias: aumento en la concentración de la orina, piel y mucosas secas, balance hídrico negativo de 268

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos (dren jakson pratt, herida operatoria con apósitos manchados de secreción serohemática) evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas secas y balance hídrico negativo de 268.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código : 00132

Dominio : 12 confort

Clase : 1 confort físico

Página : 439

Definición: experiencia sensitiva y desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave.

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos.

Características definitorias: expresión facial, escala conductual BPS=6

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por Escala conductual (BPS) = 6.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de aspiración.

Código: 00039

Dominio 11: seguridad / protección

Clase 2: lesión física

Página: 381

Definición: vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeas, sólidos o líquidos, que puede comprometer la salud.

Factor de riesgo: secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.

Enunciado de enfermería: riesgo de aspiración con presencia secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Código: 00002

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: ingestión

Página: 163

Definición: es el consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Factor relacionado: incapacidad de ingerir alimentos por intervención quirúrgica, nada por oral (NPO) durante 5 días.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica, NPO durante 5 días.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por herida operatoria.

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundaria a herida operatoria evidenciado por Escala conductual (BPS) = 6.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposos prolongado en cama e incapacidad para movilizarse.

Hipertermia relacionada con aumento del metabolismo secundario a proceso infeccioso evidenciado por T: 38.1°C.

Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.

Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos catéter venoso central (CVC), sonda nasoyeyunal (SNY), sonda Foley (SF)

Riesgo de estreñimiento en relación con disminución del peristaltismo secundaria a efectos de la anestesia, inmovilidad.

Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos (dren jakson pratt, herida operatoria con apósitos manchados de secreción serohemática) evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas secas y balance hídrico negativo de 268.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica, nada por vía oral (NPO) durante 5 días.

Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con volumen de líquidos insuficiente.

Deterioro del intercambio de gases relacionados con cambios de la membrana alveolo capilar y desequilibrio ventilación perfusión, acumulo de secreciones E/P gasometría arterial anormal.

Riesgo de aspiración con presencia de secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.

CP Hipertensión.

Riesgo de sangrado relacionado a procedimiento quirúrgico inmediato.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.
2. Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos (dren jakson pratt, herida operatoria con apósitos manchados de secreción serohemática) evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas secas y balance hídrico negativo de 268 cc .
3. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por Escala conductual (BPS) = 6.
4. Riesgo de aspiración con presencia de secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.
5. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica, nada por vía oral (NPO) durante 5 días.
6. Deterioro del intercambio de gases relacionados con cambios de la membrana alveolo capilar y desequilibrio ventilación perfusión, acumulo de secreciones E/P gasometría arterial anormal.
7. Hipertermia relacionada con aumento del metabolismo secundario a proceso infeccioso evidenciado por T°38.1.
8. Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por herida operatoria.

9. Riesgo de sangrado relacionado a procedimiento quirúrgico inmediato
10. CP Hipertensión.
11. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con volumen de líquidos insuficiente.
12. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos (CVC, SNY, SF).
13. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposo prolongado en cama e incapacidad para moverse.
14. Riesgo de estreñimiento en relación con disminución del peristaltismo secundaria a efectos de la anestesia, inmovilidad.

Planes de cuidados

Dx. Enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.

Tabla 7

Plan de cuidados diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estadía en el servicio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar características de las secreciones (color, cantidad, olor, densidad). 2. Evaluar profundidad de las respiraciones y movimientos torácicos. 3. Realizar nebulizaciones con suero fisiológico cada 6 horas y/o según indicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es importante observar las secreciones eliminadas y de acuerdo con ello dar un tratamiento adecuado para evitar complicaciones (Morales, 2014). 2. La exploración física del tórax forma parte del proceso de razonamiento clínico, en una insuficiencia respiratoria se produce taquipnea, respiraciones poco profundas y movimientos torácicos asimétricos (Saldaña, 2016). 3. La nebulización es a través de la vía respiratorias con el fin de facilitar el manejo de las secreciones fluidificar las secreciones bronquiales secas difícil de expectorar (Astudillo, 2016).
<i>Resultados esperados</i> Paciente evidenciará ruidos	<ol style="list-style-type: none"> 4. Realizar fisioterapia respiratoria: drenaje postural, Vibrio terapia o percusión. 5. Monitorizar saturación de oxígeno cada hora. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. La fisioterapia respiratoria es un conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar (Lopez & Morant, 2004).

respiratorios normales. Paciente evidenciará eliminación de secreciones fluidas durante el turno. Paciente recuperará reflejo tusígeno progresivamente.	<ol style="list-style-type: none">6. Auscultar campos pulmonares, identificando presencia de ruidos respiratorios accesorios.7. Elevar la cabecera, cambiar frecuentemente de posición.8. Realizar aspiración de secreciones por TET y boca cada vez que sea necesario durante el turno.	<ol style="list-style-type: none">5. El controlar la saturación permite identificar signos de hipoxia causada por el acumulo de secreciones en las vías aéreas.6. En la auscultación se puede oír ruidos respiratorios bronquiales, crepitantes como respuesta a la acumulación de líquido y/o secreciones espesas (Saldaña, 2016).7. Las intervenciones no farmacológicas son propias del cuidado de enfermería y están constituidas por medida preventivas eficaces y sencillas y permiten disminuir la tasa de infección hospitalaria. Al mantener la cabeza elevada se baja el diafragma, lo que favorece la expansión del tórax, movilización y expectoración de las secreciones para mantener libre las vías aéreas (Achury, Betancourt, & Coral, 2012).8. La acumulación de secreciones en la vía aérea artificial puede causar insuficiencia respiratoria, estasis de secreciones, se realiza la aspiración manejando una técnica estéril.
---	--	---

Dx. enfermería: Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos (dren jakson pratt, herida operatoria con apósitos manchados de secreción serohemática) evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas secas y balance hídrico negativo de 268.

Tabla 8

Plan de cuidados diagnóstico déficit de volumen de líquidos

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i></p> <p>Paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante el turno.</p>	<p>1. Vigilar el estado de hidratación (piel turgente, mucosa húmeda, pulso adecuado)</p> <p>2. Administrar dextrosa al 5%. A 30gotas.</p>	<p>1. La deshidratación ocurre cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos como es necesario. Puede ser leve, moderada o grave, según la cantidad de líquido corporal que se haya perdido o que no se haya repuesto que se puede evidenciar por ausencia de orina u orina amarilla oscura o de color ámbar, piel y mucosas secas (MINSa, 2011).</p>
<p><i>Resultados esperados</i></p> <p>La paciente disminuirá la pérdida de</p>	<p>3. Administrar cloruro de sodio al 0.9%, 500cc Statt.</p>	<p>2. La dextrosa (glucosa) se metaboliza en la vía del ácido pirúvico o ácido láctico a dióxido de carbono y agua con la obtención de energía. Todas las células son capaces de oxidar la glucosa para utilizarla como fuente principal de energía en el metabolismo celular.</p> <p>3. El cloruro sódico es la sal principal entre las constituyentes de los líquidos del compartimiento extracelular del organismo. Desempeña un papel importante desde varios puntos de vista forma</p>

volumen de líquidos.
La paciente mantendrá un estado óptimo de hidratación.

- parte del equilibrio hídrico y contribuye de forma esencial para asegurar la isotonía. Es una sal evidentemente ionizable, por su anión Cl⁻, mantiene normalmente la cloremia por su catión Na⁺ y aporta uno de los elementos capitales de la reserva alcalina, por lo que es decisivo en el mantenimiento del equilibrio ácido-básico en los líquidos extracelulares (VADEMECUM, 2012).
- | | |
|--|--|
| <p>4. Realizar un balance hídrico estricto durante el turno.</p> | <p>4. Es la relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales para mantener el equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo, en un intervalo de tiempo determinado.</p> |
| <p>5. Controlar diuresis horaria durante el turno.</p> | <p>5. Es la cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un período de tiempo determinado, el cambio del volumen de la orina es un indicador significativo de alteraciones en el equilibrio de líquidos o de enfermedad renal (Manual De Enfermería , 2016).</p> |
| <p>6. Registrar el volumen y las características del drenaje y valorar los apósitos de la herida operatoria.</p> | <p>6. En el posoperatorio son frecuentes las pérdidas de líquidos y electrolitos por influjo de los métodos de drenaje, intestinal o biliar, herida operatoria (Rosales & Reyes 2004).</p> |
| <p>7. Auscultar ruidos cardiacos o pulmonares durante el turno.</p> | <p>7. Una sobrecarga de líquidos puede causar edema pulmonar, demostrada por manifestación de ruidos en accesorios respiratorios y cardiacos.</p> |
-

-
- | | |
|--|---|
| 8. Realizar las anotaciones de enfermería. | 8. Es el procedimiento para ver el seguimiento oportuno de atención al paciente, en el cual nos podremos percatar si el paciente está progresando o no. |
|--|---|
-

Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por Escala Conductual (BPS) =6.

Tabla 9

Plan de cuidados diagnóstico dolor agudo

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente disminuirá su dolor en 30 minutos.	1. Valorar la intensidad del dolor utilizando la Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS).	1. Según la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva dice: en el caso de los pacientes sedados, en los que especialmente se tiende a infrautilizar la analgesia, es importante evaluar los equivalentes somáticos y fisiológicos del dolor. Entre los primeros, la expresión facial, los movimientos y la postura pueden ser claros indicadores de dolor (SATI, 2015).
<i>Resultados esperados</i>	2. Administrar tramadol 100mg. ev c/ 8 horas.	La Escala conductual BPS se usa para evaluar el dolor del paciente sedado o en ventilación mecánica. La expresión facial es el ítem que más aporta para la evaluación del dolor, seguida de los movimientos de los miembros y de la aceptación de la ventilación (Payen & Col., 2001).

Se evidenciará expresión facial de confort.	3. Administrar metamizol 2g. EV. Cada 8 horas.	2. El tramadol es un analgésico opiáceo, inhibe la recaptación de la norepinefrina y de la serotonina en el sistema nervioso central y de esta manera impide la transmisión del dolor a través de la médula. (VADEMECUM, 2012).
Paciente presentará Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS =3)	4. Colocar a la paciente en posición antalgica y realizar cambios posturales cada dos horas	3. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatoria al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa (VADEMECUM, 2012). 4. Las intervenciones no farmacológicas es conseguir la máxima comodidad física y psíquica de la paciente durante su permanencia en la unidad (Achury, Betancourt, & Coral, 2012).
	5. Reevaluar la intensidad del dolor después de 30 minutos.	5. La intensidad del dolor depende de la constitución fisiológica (edad avanzada, 71 años) y psicológica del paciente (ansiosa), su nivel de tolerancia subsecuente, el sitio de incisión, tipo de operación y magnitud de traumatismo quirúrgico (Kidd, 2001). La reevaluación nos indicara la eficacia del tratamiento.
	6. Controlar las funciones vitales c/ hora durante el turno.	6. Los Signos Vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos, permitiendo detectar precozmente signos de alarma (Penagos, Salazar, & Vera, 2004).
	7. Proporcionar un ambiente favorable y un entorno adecuado.	7. Un ambiente agradable favorece la disminución del dolor. El entorno son factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la

-
8. Realizar las anotaciones de enfermería. persona, es de naturaleza dinámica e incluye relaciones con la propia familia (Henderson, 2005).
8. Las anotaciones de Enfermería son consideradas como registro legal en el cual se consignan las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad y cuidados continuos de enfermería.
-

Dx. Enfermería: Riesgo de aspiración con presencia de secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.

Tabla 10

Plan de cuidados diagnóstico riesgo de aspiración

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
La paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el turno.	1. Manejo de la vía aérea artificial (realizar aspiración de secreciones del tubo según necesidad).	1. Según González, M. (2003), la ventilación mecánica, puede producir complicaciones en el paciente siendo uno de ellos las complicaciones de la vía aérea artificial como el tapón de moco, por lo tanto, cuando las secreciones no pueden ser expulsadas de la vía aérea con la tos, la aspiración mecánica puede ser requerida.

-
- | | |
|--|--|
| 2. Mantener la cabecera de 30 a 45°c durante su permanencia hasta que recupere la ventilación espontanea | 2. Al mantener la cabeza elevada hace baja el diafragma, lo que favorece la expansión del tórax, movilización y expectoración de las secreciones para mantener libre las vías aéreas. |
| 3. Verificar la posición del tubo endotraqueal en cada turno. | 3. El objetivo es de mantener la correcta permanencia y posición adecuada del tubo endotraqueal (SATI, 2015). |
| 4. Monitorizar y mantener dispositivo traqueal inflado, cuidados del cuff. | 4. El objetivo del monitoreo del cuff es prevenir la injuria de la mucosa traqueal y evitar la aspiración de secreciones.(Sociedad Argentina de Terapia Intensiva , 2015). |
| 5. Auscultar sonidos respiratorios en cada turno. | 5. Al auscultar nos podemos dar cuenta de si las vías aéreas mayores están normales o reducidas de calibre, siendo el ruido cada vez más intenso conforme la vía se hace más estrecha (Ingianna & Suares, 1991). |
-

Dx. Enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica evidenciado por restricciones dietéticas (nada por vía oral).

Tabla 11*Plan de cuidados diagnóstico desequilibrio nutricional*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
objetivo: La paciente recuperará estado nutricional óptimo progresivamente	1. Administrar terapia intravenosa según indicación: dextrosa 5%.	1. La dextrosa (glucosa) se metaboliza en la vía del ácido pirúvico o ácido láctico a dióxido de carbono y agua con la obtención de energía.
Resultados: Paciente recuperara dieta por vía oral progresivamente.	2. Mantener el nivel del flujo intravenoso prescrito.	2. La administración de líquidos y electrolitos es de suma importancia para mantener las funciones vitales y la homeostasis. El paciente queda en ayuno y no puede utilizar la vía oral por la complejidad de la cirugía, requiriendo así un aporte suficiente de líquidos y electrolitos parenterales para satisfacer óptimamente sus demandas metabólicas (Bocangel Jerez & Salazar Fuentes, 2003).
Determinar un aporte calórico adecuado con ayuda de la nutricionista para	3. Monitorizar el estado nutricional.	3. Según la OMS Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.
	4. Iniciar NPT según indicación.	4. La alimentación parenteral es una técnica de soporte nutricional artificial cuyo objetivo es mantener el estado nutricional correcto del paciente cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente.

colaborar en las necesidades nutricionales que requiere la paciente.	5. Control de glucosa basal. 6. Iniciar nutrición enteral (NE) por sonda nasoyeyunal (SNY) según indicación. 7. Realizar balance hídrico estricto. 8. Realizar interconsulta con el nutricionista.	5. Como las soluciones de NPT contienen mucha glucosa, su infusión empieza gradualmente para evitar hiperglucemias. El paciente va adaptándose a la NPT al ir aumentando la producción de insulina desde el páncreas. 6. La nutrición enteral es una medida de soporte nutricional mediante la cual se introducen los nutrientes directamente en el tubo digestivo (Gonzales & Alarcon, 2002). 7. Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente (Rosales Barrera & Reyes Gómez, 2004). 8. Profesional capacitado para indicar la dieta adecuada y balanceada de la paciente.
--	---	--

Ejecución**Tabla 12***SOAPIE diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas*

Fecha/hora	Intervenciones	
24-1-18 8pm	S	Paciente bajo efectos de sedación RASS-4
	O	Se observa secreciones densas en boca y tubo endo traqueal, presencia de roncales en ambos campos pulmonares.
	A	Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.
	P	Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estadía en el servicio. Paciente evidenciará ruidos respiratorios normales.
	I	Valorar características de las secreciones (color, cantidad, olor, densidad). Evaluar profundidad de las respiraciones y movimientos torácicos. Realizar nebulizaciones con suero fisiológico cada 6 horas y/o según indicación.
	E	O A: paciente presenta limpieza eficaz de las vías aéreas, Se observa a la paciente libre de secreciones.

Tabla 13*SOAPIE diagnóstico déficit de volumen de líquidos*

Fecha/hora	Intervenciones	
24-1-18 8pm	S	Paciente bajo efectos de sedación RASS-4
	O	Se observa piel y mucosas semisecas, con sonda Foley contenido de orina colúrica, BH= -268
	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por aumento en la concentración de la orina balance hídrico negativo de 268.
	P	Paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante su estadía hospitalaria. La paciente mantendrá un estado óptimo de hidratación.
	I	Vigilar el estado de hidratación, piel turgente y mucosa húmeda. Realizar balance hídrico estricto. Controlar diuresis horaria durante el turno.
	E	OA: La paciente presenta adecuado volumen de líquidos, se observa mucosas húmedas, orina clara, electrolitos dentro de los valores normales.

Tabla 14*SOAPIE diagnóstico dolor agudo*

Fecha/hora	Intervenciones	
24-1-18 8pm	S	Paciente bajo efectos de sedación RASS-4
	O	Se observa con facie de expresión de dolor, BPS =6.
	A	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por Escala conductual BPS =6.
	P	Paciente disminuirá dolor en 30 minutos durante el turno.

		Paciente presentará Escala Conductual Behavioral Pain Scale en 3
I		Valorar la intensidad del dolor utilizando la escala conductual (BPS). Administrar tramadol 100mg. EV c/ 8 horas Administrar metamizol 2gr. c/8horas.
E		OA paciente logró disminuir el dolor BPS = 3 puntos, se observa facie de confort.

Tabla 15*SOAPIE diagnóstico riesgo de aspiración*

Fecha/hora		Intervenciones
24-1-18 8pm	S	Paciente bajo efectos de sedación RASS-4
	O	Paciente bajo efectos de sedación, presenta tubo oro traqueal conectado a ventilador mecánico, se observa secreciones densas en tubo.
	A	Riesgo de aspiración con presencia de secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.
	P	La paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el turno.
	I	Realizar aspiración de secreciones del tubo según necesidad). Mantener la cabecera de 30 a 45°c durante su permanencia hasta que recupere la ventilación espontanea. Verificar la posición del tubo endotraqueal en cada turno.
	E	OA: paciente con vía aérea artificial permeable, libre de secreciones.

Tabla 16*SOAPIE diagnóstico desequilibrio nutricional*

Fecha/hora		Intervenciones
24-1-18 8pm	S	Paciente bajo efectos de sedación RASS-4
	O	Paciente en NPO, portador de CVC en subclavia izquierda para nutrición parenteral (NPT).

- A Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica, nada por vía oral (NPO) durante 5 días.
- P La paciente recuperará estado nutricional óptimo progresivamente. Paciente recuperará dieta por vía oral progresivamente.
- I Administrar terapia intravenosa según indicación: dextrosa al 5%. Mantener el nivel del flujo intravenoso prescrito. Realizar balance hídrico estricto.
- E OPA: A la revaloración la paciente en NPO con nutrición parenteral total (NPT).

Evaluación

Tabla 17

Evaluación diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo: Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estadía en el servicio.	OA: paciente presenta limpieza eficaz de las vías aéreas. Se observa a la paciente libre de secreciones.
RE: Paciente evidenciará ruidos respiratorios normales.	
Paciente evidenciará eliminación de secreciones fluidas durante el turno.	

Tabla 18

Evaluación diagnóstico déficit de volumen de líquidos

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo Paciente presentará adecuado volumen de líquidos durante el turno.	OA: La paciente presenta adecuado volumen de líquidos, se observa mucosas hidratadas, flujo urinario

RE	adecuado y clara, balance hídrico positivo.
La paciente disminuirá la pérdida de volumen de líquidos.	
La paciente mantendrá un estado óptimo de hidratación.	

Tabla 19*Evaluación diagnóstico dolor agudo*

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo: Paciente disminuirá su dolor en 30 minutos.	OA: paciente logró disminuir su dolor Escala conductual BPS=3
RE: Se evidenciará expresión facial de confort.	puntos, se observa facie de confort.
Paciente presentará Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS =3).	

Tabla 20*Evaluación diagnóstico riesgo de aspiración*

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo La paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el turno.	OA: paciente con vía aérea artificial permeable, libre de secreciones.

Tabla 21*Evaluación diagnóstico desequilibrio nutricional*

Diagnóstico 5	Evaluación
Objetivo: La paciente mantendrá un estado nutricional óptimo.	OPA: A la revaloración la paciente en NPO con Nutrición Parenteral Total (NPT).
RE: Determinar un aporte calórico adecuado con ayuda de la nutricionista para colaborar en las necesidades nutricionales que requiere la paciente.	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes a nivel local.

Obregón Huaranga, en el 2017, realizó el estudio “Proceso de Atención de Enfermería en paciente post operado inmediato de Colectomía en el Hospital Sergio E. Bernales”. El objetivo fue aplicar el Proceso del Cuidado de Enfermería integrada por 5 etapas. Su metodología: la entrevista; sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Las conclusiones se presentan: los cuidados posoperatorios inmediatos de un paciente pos operado de colectomía laparoscópica convertida a la convencional por lesión de un vaso importante, donde la Enfermera especialista tiene que estar preparada para intervenir en toda complicación dentro de SOP que repercute en el posoperatorio inmediato. Las recomendaciones fueron: Incentivar a la enfermera especialistas en las capacitaciones, con respecto a los casos más frecuentes del servicio; actualizar los protocolos de atención de enfermería en paciente pos operados de colectomía de las técnicas más frecuentes; establecer coordinaciones permanentes con el servicio de cirugía y hacer seguimiento de los pacientes pos operado.

Jurado Garayar (2009) desarrolló la investigación “Proceso de Atención de Enfermería en paciente pos operado de colectomía laparoscópica”. Su objetivo fue aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente de 85 años de edad post operado de colectomía laparoscópica en el servicio de I-3 del Hospital Nacional dos de Mayo. La metodología para lograr obtener los datos más importantes fue mediante observación y entrevista al paciente. Las conclusiones fueron que mediante la investigación y la búsqueda de diferentes literaturas obtuvimos conocimientos de los diferentes cuidados de enfermería que se realiza a un paciente con Colectitis crónica calculosa, Mediante las acciones de enfermería se pudieron poner en

práctica y optimizar los conocimientos obtenidos en la investigación. Las recomendaciones fueron: Antes de realizar cualquier acción de enfermería debemos identificar y priorizar las necesidades del paciente; tratar de empatizar y entender al paciente para llegar a cumplir lo planteado en el Proceso de Atención de Enfermería.

A nivel nacional.

Zavaleta Gavidia (2012) Realizó el “Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con cirrosis hepática, en el Hospital de Belén – Trujillo”. El objetivo fue proporcionar y brindar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud. En cuanto a la metodología, se utilizó la observación científica, la entrevista, examen físico y la guía de valoración, se contó con la colaboración directa de la paciente y su nuera, otras fuentes de recolección de datos fueron la historia clínica y algunos análisis de laboratorio. Los resultados son: las acciones descritas en la fase de planificación pudieron ser ejecutadas el 24 de octubre del 2012a las 2.00 pm am a 5:20 pm en el servicio de Medicina B. del Hospital de Belén. Una de las conclusiones: Se priorizo los problemas reales y/o potenciales alterados de la paciente, luego se analizaron según referencias bibliográficas y se elaboraron los diagnósticos correspondientes.

A nivel internacional.

Morocho Cherrez realizó en el 2014 el estudio del “Proceso de Atención de Enfermería en el Paciente post Quirúrgico Inmediato en la sala de Recuperación del Hospital General de Macas”. Por lo tanto, el Proceso de Atención de Enfermería es importante porque permite una atención directa e individual según las necesidades y requerimientos de cada persona con el objetivo de mantener la salud en un nivel alto y mejorar la calidad de vida de las mismas, las funciones de la enfermera es participar en actividades que sirvan para mantener el bienestar de las pacientes en todo momento. La metodología utilizada para el proceso parte de la recolección

de datos mediante la técnica de la encuesta, luego de recopilar la información y realizar su respectivo análisis e interpretación se acepta la hipótesis planteada donde el Proceso de Atención de Enfermería influye en el paciente post quirúrgico inmediato en la sala de recuperación del centro quirúrgico del Hospital General Macas. En este PAE se concluye que el personal de enfermería debe capacitarse a profundidad en el tema Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además la atención a los pacientes en el área postquirúrgico debe ser más personal y eficiente de enfermería en el Hospital General Macas no ha recibido capacitación el proceso de atención de enfermería a fin de actualizar los conocimientos que le permitirán cumplir todas las etapas de este proceso.

Díaz Vázquez (2016) realizó la investigación del “Proceso de atención de enfermería en el postoperatorio inmediato de un paciente sometido a trasplante hepático”. El objetivo fue establecer un plan de cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato de un paciente trasplantado hepático ingresado en la unidad de Reanimación de la 5ª planta del HUAC; así como verificar su utilidad y eficacia. Metodología: Se realizó un plan de cuidados individualizado empleando las taxonomías enfermeras (NANDA-NOC-NIC) para identificar los diagnósticos y establecer los objetivos e intervenciones. Se llevó a cabo un seguimiento activo del paciente hasta el momento del alta. Discusión y conclusión: Los planes de cuidados son herramientas eficaces como se puede observar en la puntuación final de los indicadores de los NOC. Las actividades enfermeras reflejadas en las NIC han sido efectivas mejorando la puntuación en la escala Likert.

Camacho Rodríguez (2008) realizó la investigación del “Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes con Colectomía, en el Hospital de concentración Satélite, 2008”. El objetivo es para identificar las necesidades alteradas de la persona, corregir, mantener y

rehabilitar la salud, por medio de la aplicación de procedimientos, conocimientos y el registro sistemático de la evolución de la rehabilitación. La aplicación de Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) es de vital importancia para mantener el continuo de salud en las personas, familias y/o comunidades ya que este sistema metodológico de atención y asistencia enfermero permite identificar y tratar de forma integral y holística las necesidades de una persona, familia y/o comunidad, esto con el fin de mantener un continuo de salud y a sí mismo una cultura de autocuidado. Los resultados fueron que, al momento de efectuar las intervenciones, el paciente fue cooperativo, haciendo caso a las indicaciones de los enfermeros, el paciente egreso por mejoría después de 24 hrs. de la aparición de ruidos intestinales y fuese iniciada su dieta. No hubo ninguna complicación que impidiera la correcta mejoría del paciente. En cuanto a las conclusiones: Después de aplicar el proceso a un paciente hospitalario se ha comprobado la importancia de los enfermeros como parte indispensable del sistema de salud.

Se pudo comprobar y llevar a cabo la metodología planteada para la elaboración del proceso de enfermería.

Marco conceptual

Cáncer de páncreas.

El cáncer pancreático, actualmente, tiene un mal pronóstico. Esto se debe en parte a que las etapas tempranas relativamente no presentan síntomas. Muchos casos son; por lo tanto, diagnosticados en etapas más avanzadas. Sin un tratamiento activo la supervivencia esperada es de aproximadamente 3 a 5 meses, que se puede extender hasta un máximo de 11 a 15 meses con tratamiento adecuado. Debido al diagnóstico tardío, más del 80% de los cánceres no se pueden tratar con cirugía. Sin embargo, los métodos de diagnóstico se hacen más avanzados cada año. La Sociedad americana de cáncer estimo que para el 2016 habrá 53,070 nuevos casos de cáncer

pancreático y que 41,780 personas morirán a causa de ello en los Estados Unidos. Estas estadísticas hacen del cáncer pancreático el 4to mayor causal de muertes relacionadas con cáncer en los Estados Unidos (Sociedad Americana de Cancer).

Tipos de cáncer de páncreas.

El tipo de cáncer está basado en el tipo de célula y la ubicación del tumor en el páncreas. Más del 95% de los cánceres pancreáticos son adenocarcinomas del páncreas exocrino.

Adenocarcinoma: este cáncer en las células exocrinas que rodean los ductos pancreáticos. La mayoría de los cánceres pancreáticos son de este tipo.

Tumores quísticos: tumores que causan sacos llenos de fluido en el páncreas. La mayoría son benignos.

Cáncer de célula acinar: tumores que se forman al final de los ductos pancreáticos en las células que producen enzimas.

Sarcomas: tumores que se forman en los tejidos conectivos que mantienen unidas las células del páncreas. Es muy raro.

Cáncer ampular: cáncer que se desarrolla en la ampolla de Váter (donde se unen los ductos pancreáticos y los ductos biliares).

Páncreas.

El páncreas es una glándula lobulada color rosa grisáceo, de 12 a 15 cm de longitud, que se extiende en sentido casi transversal sobre la pared abdominal posterior, desde el duodeno hasta el bazo, por detrás del estómago. Su extremidad derecha amplia o cabeza se conecta con el cuerpo por un cuello algo constreñido; la extremidad izquierda estrecha se conoce como cola, asciende un poco hacia la izquierda en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo. El lado derecho del órgano (que se llama cabeza del páncreas) es la parte más ancha y se encuentra en la

curvatura del duodeno (la primera porción del intestino delgado). La parte cónica izquierda (se conoce como cuerpo del páncreas) se extiende un poco hacia arriba y su final (que se llama cola) termina cerca del bazo. Es una glándula voluminosa anexa al duodeno que se sitúa en el abdomen superior, detrás del estómago, entre el bazo y el duodeno. La cabeza está fija por el asa duodenal. Su dirección es horizontal, a la derecha, y oblicua hacia arriba en la mitad izquierda; su concavidad se apoya en la columna vertebral. Tiene un peso promedio de 70 g.

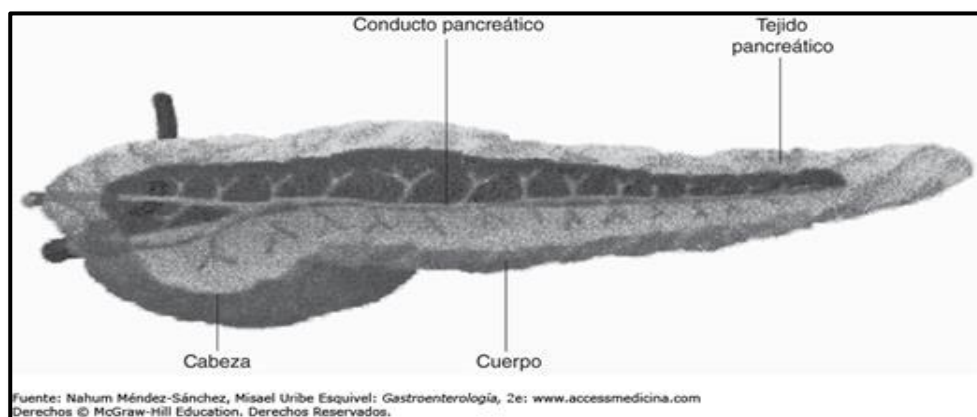


Figura 1. Páncreas

Fuente:

El páncreas es una glándula mixta compuesta por 2 tipos de tejido, endocrino y exocrino, que se agrupan formando lóbulos macroscópicamente visibles y separados entre sí por septos de tejido conjuntivo que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. En humanos, aproximadamente un 80-85% del volumen pancreático está compuesto por la porción principal de tejido que es de naturaleza exocrina, un 10-15% corresponde a la matriz extracelular y los vasos, mientras que la porción endocrina constituye alrededor del 2%. Las células endocrinas se sitúan en el espesor del tejido exocrino formando acumulaciones que se denominan islotes de Langerhans, de los que hay alrededor de un millón, distribuidos por toda la glándula y rodeados por una rica red capilar donde realizan su secreción. El páncreas exocrino está formado por los

ácinos y el sistema ductal. Cada unidad funcional básica está formada por células secretoras acinares, células centroacinares y células ductales, dispuestas en grupos redondeados o tubulares. Las células acinares tienen morfología poligonal o piramidal, con el vértice dirigido hacia la luz central del ácino. El núcleo se localiza en situación basal y el citoplasma contiene abundante retículo endoplásmico rugoso que le confiere una intensa basofilia. Las células acinares tienen, además, un aparato de Golgi grande, rodeado de numerosos gránulos acidófilos o gránulos de zimógeno, que están provistos de membrana y que contienen en su interior las enzimas constituyentes de la secreción pancreática. En la membrana basolateral de las células acinares, hay receptores para las hormonas y los neurotransmisores que regulan su secreción.

Neoplasia Maligna De Cabeza de Páncreas.

El cáncer de páncreas es una enfermedad en la cual aparecen células anómalas en los tejidos del páncreas, un órgano situado detrás del estómago en el abdomen, que produce enzimas digestivas e insulina. El páncreas se compone de dos tipos diferentes de tejido, con funciones diferentes:

El páncreas exocrino (que segrega enzimas al tubo digestivo que contribuyen a descomponer las grasas y proteínas).

El páncreas endocrino (que segrega glucagón e insulina al flujo sanguíneo para controlar las concentraciones de azúcar en la sangre).

En más del 80% de los casos, el cáncer de páncreas aparece en el páncreas exocrino. Alrededor del 75% de todos los cánceres del páncreas exocrino ocurren en la cabeza o el cuello del páncreas, 15 al 20% en el cuerpo y 5 al 10% en la cola del páncreas (Lahuerta & Villalta, 2006).

Signos y Síntomas.

Enfermedad temprana:

Disconformidad abdominal: Anorexia, baja de peso, dolor vago, enfermedad avanzada:

Dolor: invasión peri pancreática

Ictericia: invasión de la vía biliar, metástasis

Vómitos: invasión duodenal

Tumor: vesícula palpable, masa abdominal

Otros: ganglio supraclavicular, nódulo peri umbilical, ascitis, etc.

Pancreatitis, colecistitis, hemorragia digestiva, trastornos neuro siquiátricos, fiebre, poli
artritis, tromboflebitis migratoria, Diabetes Mellitus de reciente aparición.

Diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio son inespecíficas Marcadores tumorales: Ca 19.9

Estudios de Imágenes:

Ecografía: generalmente es la evaluación inicial.

Tomografía axial computarizada (TAC): Método de elección.

Evaluación de extensión de enfermedad.

Evaluación del tumor primario, invasión vascular, invasión de órganos adyacentes.

Compromiso ganglionar.

Metástasis hepática o pulmonar, metástasis peritoneal.

Biopsia percutánea.

RMN: no es mejor que TAC. Puede complementar la información de TAC
(colangiografía, angiografía).

PCRE: Diagnóstico diferencial y de tumores pequeños. Drenaje biliar.

Ultrasonografía endoscópica: Mayor sensibilidad y especificidad en tumores < 3 cm.

Toma de biopsias por punción con aguja.

Tratamiento.

El tratamiento se elige dependiendo del tamaño del tumor, su ubicación dentro del páncreas y la etapa del cáncer.

Tratamiento médico

Quimioterapia y radiación.

Tratamiento quirúrgico

La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo:

Duodenopancreatectomía proximal

Pancreatectomía distal

Pancreatectomía total (casos especiales)

Linfadenectomía regional

Resección de la vena mesentérica o de la vena porta.- Contraindicaciones de resección:

Enfermedad metastásica distante, metástasis en ganglios extra regionales, Compromiso de arteria mesentérica, hepática o tronco celiaco, Compromiso de vena porta o mesentérica > de 2 cm.

Laparotomía exploratoria

Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar, examinar y tratar los problemas que se presentan en el abdomen.

Duodenopancreatectomía

La duodenopancreatectomía, también llamada Procedimiento de Whipple o Cirugía con la Técnica de Whipple, es una operación quirúrgica que implica al páncreas, al duodeno y a otros

órganos. Esta operación se realiza para tratar tumores cancerosos en la cabeza del páncreas y tumores malignos que afecten al conducto biliar o al duodeno junto al páncreas.

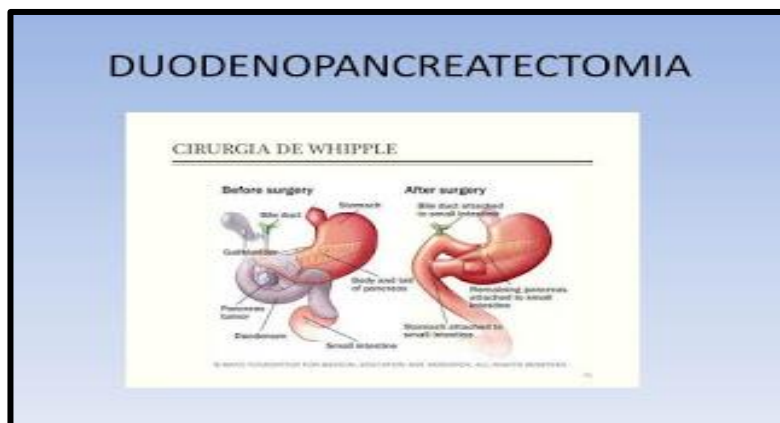


Figura 2. Duodenopancreatectomía

Fuente:

La Duodenopancreatectomía Consiste en extirpar parte del estómago, la vesícula biliar y su conducto cístico, el conducto biliar, la cabeza del páncreas, el duodeno, el yeyuno (parte del intestino delgado) y los ganglios linfáticos de la zona. La reconstrucción consiste en unir el páncreas al yeyuno y unir el conducto hepático al yeyuno para permitir que los jugos digestivos y la bilis, respectivamente, lleguen al tracto gastrointestinal; y unir el estómago al yeyuno para permitir el paso de la comida (Figueras, Codinas, & Lopez, 2008).



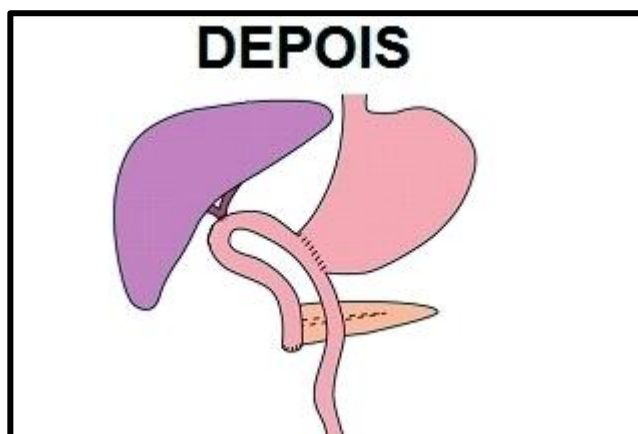


Figura 3. Antes y después Duodenopancreatectomía.

Fuente:

Gastroyeyunoanastomosis.

Es el procedimiento quirúrgico con el cual se confecciona un anastomosis entre el estómago y el yeyuno mediante la realización de una sutura digestiva. Se establece, así, una continuidad anatómica luminal y parietal entre ambas vísceras. Es un procedimiento excelente para evitar que el contenido duodenal entre al estómago y al esófago.

Colecistectomía.

Es una intervención quirúrgica que se lleva a cabo con la finalidad de extraer la vesícula biliar.

Cuidados de enfermería.

Realizar control de signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, temperatura.

Observar pérdida por herida operatoria y drenajes.

Administrar medicamentos indicados.

Realizar cambios posturales si lo requiere.

Control del dolor.

Vigilar signos de alarma a nivel respiratorio, cardiovascular, neurologico y gastrointestinal.

Vigilar signos de hemorragia.

Realizar balance hidrico estricto.

Realizar notas de Enfermeria.

Modelo teórico

Virginia Henderson.

La aplicación de un modelo de enfermería a la práctica del cuidado con la utilización del PAE en el cuidado del paciente quirúrgico durante el postoperatorio inmediato, se sustenta en la filosofía de cuidado de Virginia Henderson; permite reconocer la importancia como contribución al avance de la enfermería, enfoca las acciones, individualizando los cuidados hacia el paciente, partiendo del concepto de que el individuo tiene catorce necesidades básicas, las cuales debe tener satisfechas para estar sano. Es por eso que se debe establecer esquemas de valoración sistematizada con este enfoque teórico, que permitan al profesional de enfermería realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado del paciente sometido a cirugía de duodenopancreatectomía. Todo esto reúne los elementos fundamentales del modelo de atención de Virginia Henderson, aplicados a la valoración exhaustiva del paciente en el periodo postoperatorio mediato e inmediato de cirugía.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Enfermera (cuidado o rol profesional): está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia.

Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Virginia Henderson manifiesta que: “Se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.” (Henderson, 2005).

Este modelo ha permitido brindar cuidados básicos de enfermería a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas de la paciente. El modelo de Henderson ha servido como guía fundamental en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), valorar las necesidades de la paciente, orientar sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse, así identificar los datos de interés para conocer la dependencia que presenta la paciente en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.

Capítulo III

Material y método

Tipo y diseño

El estudio es de tipo analítico descriptivo, utilizando como metodología el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico que consta de cinco fases: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y la Evaluación que es comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Kozier, 2002). Este es un estudio de caso, en donde el plan de cuidados fue aplicado a una paciente en el periodo post operatorio inmediato.

Sujeto de estudio.

El sujeto de estudio es una paciente adulta mayor de 67 años de edad, post operada inmediata de duodenopancreatectomía cefálica, con las siglas CH. B. J.

Delimitación geográfica.

El proceso de atención de enfermería (PAE) se realizó en la Unidad de Recuperación Post Anestésica central de un hospital nacional que consta de 10 camas para la atención de pacientes post operados inmediatos programados. Cuenta con diez licenciados de enfermería que laboran en turnos rotativos durante las 24 horas del día, se encuentra ubicado en Lima – Perú.

Técnica de recolección de datos.

La técnica utilizada para la recolección de datos es la observación y entrevista. El instrumento es la guía de valoración agrupados en once patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon (Gordon, 2006). Así mismo, se utilizó el análisis documental para la recolección de datos de la historia clínica.

Consideraciones éticas.

Para la realización del presente trabajo de estudio se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería: así mismo, se cumplieron con los siguientes principios éticos:

No maleficencia. Se aplica en este proceso de atención de enfermería, evitando hacer daño a la paciente en estudio, ya que su protección es más importante que la búsqueda de la información. Por lo tanto, se asegura la protección, seguridad y bienestar de la paciente.

Beneficencia. Este principio se aplica en el proceso de atención de enfermería, ya que no se acciona ningún daño a la paciente, realizándose la observación y una guía de valoración de enfermería que fue aplicada en un solo momento.

Autonomía. Este principio se aplica respetando la decisión y confidencialidad de la información que brinda la familia de la paciente en estudio; por ello, se le entregó una ficha de consentimiento que fue llenado por la paciente, aceptando voluntariamente su participación.

Justicia. La paciente en estudio será tratada con mucha consideración y respeto, sin causarles ningún prejuicio, respetando en todo momento su privacidad.

Para la atención directa a la paciente los principios considerados fueron: consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados

Tabla 22

Cumplimiento de los objetivos en los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1	x		
Diagnóstico 2	x		
Diagnóstico 3	x		
Diagnóstico 4	x		
Diagnóstico 5		x	

Análisis de los diagnósticos.

Diagnóstico 1: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, sedo analgesia, vía aérea artificial e/p acumulo de secreciones, tos ineficaz, crepitantes en ACP.

Análisis: Los sonidos respiratorios anormales pueden tener carácter continuo o discontinuo: las sibilancias son sonidos adventicios continuos que se asocian a la obstrucción bronquial, los roncus son sibilancias de más baja frecuencia y se asocian a la bronquitis crónica y la bronquiectasia (Antonio Fiz, 2015). Cuando la tos es ineficaz, por debilidad muscular o por alteración del normal funcionamiento del sistema mucociliar, se puede dar lugar a situaciones que pongan en riesgo la vida. Cuando un paciente no es capaz de producir tos eficaz es cuando está indicada la aplicación de técnicas que, o bien potencien la tos del paciente, o bien la sustituyan (Fernandez Carmona, 2018). La limpieza ineficaz de vías aéreas, es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas

permeables, el acumulo de secreciones en las vías respiratorias es un riesgo para la vida de la paciente más aun cuando este está bajo los efectos de sedación, la importancia del rol de la enfermera para el cuidado, con el fin de evitar complicaciones recuperar el estado de salud de la paciente.

Diagnostico 2: Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos (dren jakson pratt, herida operatoria con apósitos manchados de secreción serohemática) evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas secas y balance hídrico negativo de 268.

Análisis: El volumen de líquidos y los niveles electrolíticos de las células, espacio intersticiales y vasos sanguíneos permanecen relativamente constantes si existe homeostasis (Roxanne, 2014). El drenaje puede ser espontáneo, pero generalmente requiere de una intervención planeada ya sea quirúrgica o percutáneo en la paciente sometido a una duodenopancreatectomía tener cuidado para evitar hipovolemias. Según Montoro refiere que el aumento de la concentración de orina puede deberse a pérdida de líquidos corporales. Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2004). El déficit de volumen de líquidos está presente en la paciente por las ocho horas que duró la cirugía por ello la importancia de las intervenciones de enfermería.

Diagnostico 3: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por Escala conductual (BPS) = 6.

Análisis: según La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y

unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nocicepción puede estar influida por otros factores (p.ej. psicológicos). En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad. El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S. El dolor agudo, es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptores por una noxa. Aparece por estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos; tiene una función de protección biológica. Los síntomas psicológicos son escasos. (Zegarra, 2007). En pacientes sedados, en los que especialmente se tiende a infrautilizar la analgesia, es importante evaluar los equivalentes somáticos y fisiológicos del dolor. Entre los primeros, la expresión facial, los movimientos y la postura pueden ser claros indicadores de dolor. (SATI, 2015). La aplicación de los cuidados de enfermería en la paciente mejoro su salud de manera que el dolor disminuyó y las intervenciones cumplieron con los objetivos planteados.

Diagnostico 4: Riesgo de aspiración con presencia de secreción traqueo bronquial, tubo endotraqueal, disminución del nivel de conciencia.

Análisis: Según la NANDA International, el diagnóstico de enfermería riesgo de aspiración es definido como “riesgo de entrada de secreciones gastrointestinales, secreciones oro faríngeas, sólidos o fluidos en las vías traqueo bronquiales. La presencia de un tubo endotraqueal (TOT) aumenta la producción de secreciones, por impedir que el paciente haga el mecanismo normal de limpieza de las vías aéreas superiores al toser. (Barbosa, 2011). La aspiración endotraqueal es un procedimiento cuyo objetivo es mantener las vías aéreas permeables para que dan pasaje, removiendo, de forma mecánica, secreciones pulmonares acumuladas, especialmente

en pacientes con vía aérea artificial. (Favretto, 2012). La paciente disminuyó riesgo de infección por los cuidados realizados y el objetivo fue alcanzado.

Diagnostico 5: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica, nada por vía oral (NPO) durante 5 días.

Análisis: La desnutrición continúa siendo la patología principalmente implicada en el aumento de la morbi-mortalidad y uno de los principales problemas de salud a nivel mundial afectando al 30-50% de los pacientes hospitalizados sin importar el ciclo de la vida ni la nosología, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. (Ravasco, 2010). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) reconocen a la población anciana como uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables. En pacientes con cirugía digestiva por cáncer, frente a la rutina tradicional postoperatoria de nada por vía oral (NPO), fluido terapia intravenosa, con una lenta progresión a la tolerancia oral. La nutrición enteral precoz (NEP) ha demostrado reducir significativamente el riesgo de dehiscencia de la anastomosis (Delgado, 2011). En la paciente en estudio, de acuerdo a la complejidad de la cirugía el objetivo, fue parcialmente alcanzado. La paciente en su tercer día posoperatorio se encuentra recibiendo Nutrición Parenteral (NPT).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que: los problemas que se encontraron en la paciente post operada inmediata de Duodenopancreatectomía cefálica fue resuelto, priorizando sus diagnósticos encontrados.

Se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo.

Se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Se logra alcanzar los objetivos propuestos en su mayoría, el 80% alcanzado y el 20% parcialmente alcanzado gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Recomendaciones

En base a las conclusiones obtenidas se hace las siguientes recomendaciones:

Se tuvo limitaciones para la atención integral de la paciente como la sobrecarga de trabajo, la falta de insumos para la atención inmediata, hacer más efectiva la información a los familiares sobre el estado de la paciente, ya que ellos se encuentran angustiados a la espera de alguna información. Como profesional de enfermería se ha puesto en práctica nuestras habilidades y destrezas en el cuidado de los pacientes pos operado.

En el diagnóstico dolor agudo, relacionado con agentes lesivos físicos secundarios a herida operatoria evidenciado por expresión facial de dolor, Escala conductual (BPS)= 6, cuyo objetivo principal consideró disminuir el dolor donde se cumplió en su totalidad. Se recomienda las intervenciones de enfermería como administrar analgésico (tramadol 100mg ev), colocar a la

paciente en posición antálgica, realizar cambios posturales para tener como resultado facie de confort, escala BPS de 6 en 3 puntos.

En el diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por aumento en la concentración de la orina, mucosas semi secas, balance hídrico negativo de 268, cuyo objetivo principal consideró presentar un adecuado volumen de líquidos donde se cumplió en su totalidad; se recomienda las siguientes intervenciones de enfermería: administrar dextrosa al 5%, Cloruro de sodio al 0.9%, realizar balance hídrico estricto, para tener como resultado un adecuado balance hídrico, mucosas hidratadas.

En el diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con secreción en bronquios EV por acumulo de secreciones, roncales en ACP, cuyo objetivo principal se consideró mantener las vías aéreas permeables el cual se cumplió en su totalidad. Se recomienda las intervenciones de enfermería como nebulización con suero fisiológico, teniendo como resultado secreciones fluidas en menor cantidad, disminución de ruidos respiratorios roncales.

En el diagnóstico: Riesgo de aspiración de secreciones relacionado con presencia de tubo endotraqueal/ sedo analgesia. Su objetivo principal consideró mantener vía aérea artificial permeable, cumpliéndose en su totalidad, se recomienda las intervenciones de enfermería como aspiración de secreciones por tubo endotraqueal teniendo como resultado vía aérea artificial permeable, libre de secreciones.

En el diagnóstico: Desequilibrio nutricional, inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir y digerir alimentos m/p restricciones dietéticas, procedimiento quirúrgico. Su objetivo principal consideró mantener un estado nutricional óptimo, cumpliéndose

parcialmente por lo complejo de la intervención quirúrgica la paciente tenía que mantenerse en nada por vía oral (NPO), se encuentra con nutrición parenteral.

Referencias

- Achury, D., Betancourt, Y., & Coral, D. (2012). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* (Vol. 14). Colombia: Pontificia Universidad Javeriana .
- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al día*, 163-180.
- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). México: Interamericana.
- Bello Fernández, N. (2006). *Fundamentos de Enfermería* . La Habana: Editorial Ciencias Medicas.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Figueras, J., Codinas, A., & Lopez, A. (2008). *Las Hepatectomías Mayores con Colangiocarcinoma*. México: Elsevier.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnósticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Carpenito, I. J. (2003). *Diagnósticos de Enfermería Aplicación a la práctica Clínica* (5ta ed.). España.
- Cabedo, N. V. (2017). Estudio de la prevalencia y la caracterización del dolor postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación posanestésica. *Revista Española de Anestesiología Y Reanimación*.

Esteve, N. R. (2011). [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70084-6](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70084-6).

Henderson, V. (2005). *De la teoría a la Práctica*. España: Elsevier Masson

Kozier, B. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. México.

Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.

Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería* (Tercera edición). México: Mc Hill Interamericana.

Pagana, K. (2008). *Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.

Intensiva, S. A. (2015). *Medicina Intensiva*. Argentina.

Kozier, B. (2002). *Fundamentos de enfermería* (9ª edición ed.). Madrid.

Lopez, M. (2012). *Vademecum Farmacológico de Guinea Ecuatorial* (1ª edición ed.). (F. d. Salud, Ed.) Ecuador.

Payen, & Col. (2012). *Escala de Evaluación del Dolor*. Argentina.

Penagos, S., Salazar, L., & Vera, F. (2004). *Semilogía de los Signos Vitales*. México: Manual Moderno.

Rosales, S., & Eva, R. (2004). *Fundamentos de enfermería* (3ª edición ed.). México: el Manual Moderno.

Swearingen, P. L. (2016). *Manual de Enfermería Médico Quirúrgico* (6ª Edición ed.). (P. L. Swearingen, Ed.) España.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

Instrumento: guía de valoración

Patrón I: Percepción- Control de la Salud

Antecedentes Patológicos:

HTA(+) DM(+) Gastritis/úlceras(-) TBC (-) Asma(-) Cardiovascular.(-) Negativo ()

Otros _____ Sin problemas importantes

Indiferente ()

Intervenciones quirúrgicas: NO () SI (+)

Ligadura de trompas a los 35 años de edad

Alergias y otras reacciones: _____

Fármacos: _____

Alimentos: _____

Otros: _____

Factores de riesgo:

Consumo de tabaco NO (+) SI ()

Consumo de alcohol NO (+) SI ()

Consumo de drogas NO (+) SI ()

Medicamentos (indicación médica)

Estado de higiene: Buena () Regular (+) Mala ()

Patrón II: Nutricional-Metabólico

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica (+)

Integridad: Intacta () Lesiones (+)

Especificar: paciente con lesiones de urticaria en la piel, con SNY, presenta T° DE 38.2°C

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa () Incompleta (+) Ausente () Prótesis ()

Mucosa oral: Intacta (+) Lesiones ()

Hidratación: No (+) SI ()

Náuseas () Vómitos () Hematemesis () Pirosis ()

Abdomen: B/D (+) Globuloso () Distendido () Timpánico () Doloroso (+)

RHA: Presentes () Disminuidos (+) Ausentes () Aumentados ()

Sangrado de herida operatoria: Nulo () Escaso () Moderado (+) Severo ()

Características: secreciones serohemicas Cantidad: apósitos manchados

Drenaje: NO () SI (+)

Cantidad: +o - 100cm

Especificar: drenaje jakson pratt contenido serohemático.

Comentarios adicionales: electrolitos en k= 1.9mmol/l, Na= 147mmol/l, Ca = 0.52mmol/l

Glucosa = 135mg/dl

Patrón III: De Eliminación

Presencia de líneas invasivas:

Tipo:

Sonda Foley: NO () SI (+) Talla vesical. NO (+) SI ()

Irrigación vesical: NO (+) SI ()

Características de la orina: Clara () Colúrica (+) Hematúrica () Sedimentos ()

Cantidad: 100cc Colostomía: No (+) SI () características: ----- Comentarios: -----

Patrón IV: De Actividad-Ejercicio
--

1= Independiente ()

2=Parcialmente dependiente ()

3= Totalmente dependiente (+)

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

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Comentarios adicionales: paciente con sedación.

ACTIVIDAD RESPIRATORIA:

Respiración: Superficial (+) Profunda ()

Disnea: NO () SI ()

Polipnea: NO () SI ()

Otros: paciente con ventilador mecánico.

Broncoespasmo: NO (+) SI ()

Especificar: _____

Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos () Ausentes () Crepitantes (+) Roncantes (+) Sibilantes ()

Otros: control de gases arteriales en PH = 7.37, PCO₂ = 31.5mmhg, PO₂ = 76.4mmhg

Tos ineficaz: NO () SI (+)

Reflejo de la tos. Presente () Disminuido (+) Ausente ()

Secreciones: NO () SI (+)

Características: densas

O₂: NO () SI (+) Modo: volumen A/C l/min./fiO₂: 50%

TET (+) Traqueotomía () VM (+) SatO₂: 94.8%

Drenaje torácico: D/I NO (+) SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardiacos: Rítmicos (+) arrítmicos ()

Pulso: 46 Regular (+) Irregular ()

Llenado capilar: _____

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

+ (0-0.65 cm) ++ (0.66-1.25 cm) +++ (1.26-2.50 cm)

Riego periférico

MII: Tibia (+) Fría () Caliente ()

MID: Tibia (+) Fría () Caliente ()

MSI: Tibia (+) Fría () Caliente ()

MSD: Tibia (+) Fría () Caliente ()

Marcapaso: NO (+) SI ()

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico (+) 24-1-18 Catéter central (+) 24-1-18 subc. D. 25-1-18 subc. I.

CAF: () _____ Línea arterial () _____ Catéter epidural: () _____

Transfusiones: SI (+) NO () en SOP

Vendajes: SI (+) NO ()

Patrón V: Sueño-Descanso

Problemas para dormir: NO (+) SI ()

Especificar: paciente con sedación.

Patrón VI: Cognitivo-Perceptivo
--

ESCALA DE ALDRETE	0	1	2
Actividad Muscular			
Respiración			
Circulación			
Estado de conciencia			
Saturación de O ₂			
TOTAL			

Escala de Sedación y Agitación									
+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4	-5
								+	

Escala de Glasgow:

AO () RV () AM ()

Puntaje: _____

Puntaje: 4 puntos

Escala BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	
Parcialmente flexionados	1
Totalmente flexionados	2
Totalmente contraído	3
	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Graduación de dolor
Presencia de dolor ≥ 6
Dolor inaceptable > 7
Objetivo menor 6

BPS= 6

Descripción: facie de dolor.

Pupilas: Isocóricas (+) Anisocóricas () Reactivas (+) No reactivas ()

Tamaño: Ojo derecho (2) Ojo izquierdo (2) Ictéricas

Patrón VII: Auto percepción-Autoconcepto

Estado emocional: Colabora () No colabora () Tranquilo () Ansioso ()

Triste-lloroso () Reservado () Temeroso () Irritable ()

Preocupaciones principales/comentarios: paciente con sedación.

Patrón VIII: De Relaciones-Rol (Aspecto Social)

Ocupación: su casa

Estado civil: Soltero () Casado/a (+) Conviviente () Divorciado/a ()

Otro _____

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (+) Otros vive con su esposo e hijo

Fuentes de apoyo: Familia (+) Amigos () Otros _____

Comentarios adicionales: paciente sedada.

Patrón IX: Sexualidad/Reproducción

Genitales:

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

Características: _____

Patrón XI: Valores-Creencias

Religión: evangélica

Restricciones religiosas: ninguno

Comentarios adicionales. _____

Otro: _____

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.....”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Miriam Marleny Rosales Tello bajo la asesoría de la Mg. Juana Cuba Sancho. 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: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del paciente

Apéndice C: Kárdex.

Diagnostico:		Edad: 66	# de C: 2	Servicio: URPA C	H.C.:	
Nombre:	B.CH. J.					
Fecha	24-01-18					
Dieta	NPO + SNYclampada					
Terapéutica						
CFV + BHE	-----					
Dextrosa 5% 100 + H (2) + K (2) Cloruro de sodio 500cc	I – II I					
Tramal100mg. + metoclopramida 10mg.EV c/8horas	7 – 3					
Metamizol 2gr. ev c/8horas	2-10-6					
Vitamina k 10 mg. c/12 horas EV	9 - 9					
Gluconato de calcio 5 ampollas EV Stat Omeprazol 40mg ev c/24h	6 pm 22h					
Insulina R escala móvil						
180 a 200 – 2 UI s/c						
221 a 260 – 4 UI s/c						
261 a 300 – 6 UI s/c						
>301- 8 UI s/c						

Apéndice D: Ficha farmacológicas

Ceftriaxona.

Nombre Genérico: Ceftriaxona

Nombre comercial: Rocephin; Ceftriaxone, Cefazona.

Presentación: F.A.: 500 - 1000 mg

Indicaciones: Es un antibiótico bactericida, de acción prolongada para uso parenteral, y que posee un amplio espectro de actividad contra organismos Gram positivos y gramnegativos.

Mecanismo de acción: Bactericida de amplio espectro y acción prolongada. Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.

Efectos adversos: Dentro de estas reacciones se pueden observar efectos sistémicos como: molestias gastrointestinales en 2% de los casos; deposiciones blandas o diarrea; náusea; vómito; estomatitis y glositis. Los cambios hematológicos se observan en 2% de los casos y consisten en eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia.

Dosis.

Infecciones severas, sepsis, meningitis, neutropenia: 100 mg/kg/día cada 24 hs.

Infecciones leves y moderadas: 50-75 mg/kg/día cada 24 hs. Dosis máxima: 2 g (S.N.C.: 4g en 2 dosis). Adultos: 1 g a 2 g cada 24 hs. Dosis pre quirúrgica adultos: 1 g.

Cuidados de Enfermería.

Lavado de manos.

Tener en cuenta los diez correctos.

Verificar si el paciente es alérgico a las cefalosporinas y penicilinas.

Control de signos vitales y B.H.

La función renal deberá ser monitoreada cuidadosamente en pacientes que reciben cefalosporinas.

Observar reacciones de hipersensibilidad. hipoprotrombinemia.

En niños R.N.se debe usar el medicamento con precaución en neonato con hiperbilirrubinemia.

Administrar líquidos y electrolitos en caso de colitis pseudomenbranosa moderada.

Observar cavidad oral y realizar higiene oral en caso de presentar candidiasis.

Mantener informado al paciente sobre las reacciones secundarias del medicamento como nauseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea.

Registrar en las notas de enfermería y kardex.

Metamizol.

Nombre Genérico: Metamizol sodico

Nombre comercial: antalgina, repriman, Metamizol Normon,

Presentación: Ampollas: ampollas de 5 ml conteniendo 2 g de metamizol.

Indicaciones: Dolor (posoperatorio o postraumático, tipo cólico o de origen tumoral) y fiebre graves y resistentes.

Mecanismo de acción: Pirazolona con efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos.

Efectos Adversos: Reacciones anafilácticas leves: síntomas cutáneos y mucosas, disnea, síntomas gastrointestinales; y severas: urticaria, angioedema, broncoespasmo, arritmias cardiacas, hipotensión, shock circulatorio. Leucopenia, agranulocitosis o trombocitopenia. Color rojo en orina.

Dosis.

Adultos

IM profunda, IV (disuelto, a pasar en unos 3 min): 1-2 g/ 6-8 h

VO: 575 mg/ 6-8 h

Rectal: 1 g/ 6-8 h

Niños

VO, IM, Rectal: 10-40 mg/Kg/6-8 h (máx 2 g/dosis y 6 g/día)

IV: 40 mg/kg/ 6-8 h (máx 6 g/día)

Cuidados de Enfermería.

Lavado de manos

Tener en cuenta los diez correctos.

Control de la presión arterial antes de administrar metamizol.

Administrar lentamente, pues puede causar hipotensión.

No mezclar con otros fármacos.

Registrar en las notas de enfermería y kardex.

Tramadol.

Nombre Genérico: Tramadol

Nombre comercial: Adolonta, Ceparidin, Tioner, Tradonal, Tralgiol, Zytram

Presentación: Ampollas de 2 ml conteniendo 100 mg.

Cápsulas de 50 mg.

Comprimidos de liberación controlada de 150 mg, 200 mg, 300 mg y 400 mg.

Comprimidos retar de 75 mg, 100 mg, 150 mg y 200 mg.

Cápsulas retar de 50 mg, 100 mg, 150 mg y 200 mg.

Solución conteniendo 100 mg/ml.

Supositorios de 100 mg.

Indicaciones. Dolor de moderado a severo.

Mecanismo de acción: Analgésico de acción central, agonista puro no selectivo de los receptores opioides μ , delta y kappa, con mayor afinidad por los μ .

Efectos adversos: Mareos, cefaleas, confusión, somnolencia, náuseas, vómitos, estreñimiento, sequedad bucal, sudoración, fatiga.

Dosis: IV (infundir en 1 min). IM, VO, rectal: 50-100 mg/6-8 h. (máx. 400 mg/día)

Cuidados de Enfermería:

Lavado de mano.

Tener en cuenta los diez correctos.

evaluar cuidadosamente el dolor del paciente antes y después de administrar el analgésico.

Valorar los signos vitales.

Administrar tramal lento y diluido.

Vigilar eliminación fecal (estreñimiento)

Utilizar un antiemético para evitar náuseas.

Registrar en el kardex la administración del medicamento.

Registrar en las notas de enfermería.

Apéndice E: Escalas de evaluación



ESCALAS

ESCALA RASS

4	Combativo	Ansioso violento
3	Muy agitado	Agresivo, se retira tubos y catéteres
2	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
1	Ansioso	Inquieto, sin conducta violenta ni movimientos excesivos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Adormilado	Despierta con la voz, mantiene contacto visual más de 10 sg
-2	Sedación ligera	Despierta con la voz, mantiene contacto visual menos de 10 sg
-3	Sedación moderada	Se mueve y abre ojos a la llamada, no dirige mirada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, abre ojos a la estimulación física
-5	Sedación muy profunda	No responde a la voz ni a la estimulación física

Puntuación del paciente: - 4

ESCALA CONDUCTUAL BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Escala BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Graduación de dolor
Presencia de dolor ≥ 6
Dolor inaceptable > 7
Objetivo menor 6