

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post anestésica de un hospital nacional de Lima, 2018

Por:

Edith Viviana De La Cruz Palomino

Asesora:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma.

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post anestésica de un hospital nacional de Lima, 2018”***, constituye la memoria que presentan la licenciada: DE LA CRUZ PALOMINO EDITH VIVIANA, 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. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía
exploratoria por trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post
anestésica de un hospital nacional 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



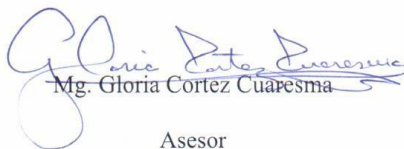
Mg. Delia Luz León Castro

Presidente



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Secretario



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

ANEXO - 07

Dedicatoria

A mis maestros que en esta etapa de mi vida
influyeron con sus lecciones y experiencias en
formarme como una persona de bien y
reparada para los retos de la vida.

Agradecimientos

A Dios, por cada día en el que me permitió despertar no solo con vida, sino que también me permitió continuar con salud, fuerzas y empeño para la culminación con éxito de la especialidad.

Índice

Dedicatoria.....	vi
Agradecimientos.....	vii
Resumen.....	xi
Capítulo I.....	13
Proceso de atención de enfermería.....	13
Valoración.....	13
Datos generales.....	13
Resumen de motivo de ingreso.....	13
Situación problemática.....	14
Exámenes auxiliares.....	16
Tratamiento médico.....	20
Valoración según patrones funcionales de salud.....	21
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	24
Diagnósticos de enfermería.....	26
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	26
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	29
Planificación.....	30
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	30
Planes de cuidado.....	11
Ejecución.....	25
SOAPIE.....	25
Evaluación.....	30

Capítulo II.....	33
Marco teórico.....	33
Antecedentes	33
Nacional.....	33
Internacional	35
Marco conceptual	36
Traumatismo abdominal cerrado	36
Laparotomía exploratoria	36
Cuidados de enfermería en pacientes post operados de laparotomía	40
Modelo teórico	41
Capítulo III	45
Materiales y métodos.....	45
Tipo y diseño.....	45
Sujeto de estudio	45
Delimitación geográfica temporal.....	45
Técnica de recolección de datos.....	46
Consideraciones éticas	47
Capítulo IV	51
Resultados, análisis y discusión	51
Resultados	51
Análisis de los diagnósticos	51
Discusión.....	56
Capítulo V	60

Conclusiones y recomendaciones.....	60
Conclusión	60
Recomendaciones.....	61
Referencias.....	62
Apéndice.....	65
Apéndice A: Guía de Valoración	65
Apéndice B: Consentimiento informado.....	67
Apéndice C: Kardex de enfermería.....	68
Apéndice D: Fichas farmacológica	69
Apéndice E: Escalas de evaluaciones	91

Resumen

El presente proceso de atención de enfermería a paciente post operado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado. Unidad de Recuperación Post anestésica fue elaborado con el objetivo de: Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) a un paciente con diagnóstico post operatorio: Laparotomía exploratoria: sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje pen rose, atendido en el servicio de recuperación post anestésica en el Hospital Nacional Dos de Mayo para brindar cuidados de enfermería oportunos evitando posibles complicaciones. *Metodología:* El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico. Se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon adaptado por la investigadora, con la que se realizó la valoración; seguidamente, se realizaron 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, mientras que el 20% de ellos fue parcialmente alcanzado. *Conclusiones:* Se concluye que el cuidado de enfermería ejecutada en el paciente coincide con los cuidados realizados en otras realidades con casos similares.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, pos operado, trauma abdominal

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: M. Ñ.J.

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Lugar de Procedencia: Lima

Servicio: Unidad de recuperación post anestésica (URPA)

Nº de cama: 03

Fecha de ingreso al hospital: 26 - 01 - 2018

Fecha de ingreso al servicio: 26-01 - 2018

Días de hospitalización: 1 día.

Fecha de valoración: 26 – 01-2018

Hora: 9:15 pm

Diagnóstico post operatorio: Laparotomía exploratoria

Sutura De Ciego + Resección Ileal + de

Cavidad + Ileostomía + Drenaje pen rose.

Tipo de anestesia: General.

Resumen de motivo de ingreso

Paciente adulto joven ingresa a la unidad de recuperación post anestésica URPA, procedente de sala de operaciones por ser intervenido de laparotomía exploratoria: Sutura de

ciego / resección ileal / lavado de cavidad/ Ileostomía//Drenaje Pen rose con antecedentes de haber sufrido accidente de tránsito en motocicleta, presentó trauma abdominal cerrado, fractura de fémur izquierdo, equimosis en muslo izquierdo, aliento a alcohol.

Situación problemática

Paciente adulto joven de 28 años de edad, sexo masculino, en posición decúbito dorsal somnoliento, irritable, ventilación espontánea, Sat O₂ 90%, presenta disnea, frecuencia respiratoria 28 x', eliminando secreción traqueobronquiales blanquecina con dificultad, para lo cual fue necesario administrar oxígeno por máscara de reservorio a 15 litros x minuto, piel pálida, mucosas secas, con expresión de dolor, refiere: "tengo mucho dolor", escala visual analógica (E.V.A) 8 puntos, sonda nasogástrica número 16 colocado el día 26/01/18 a gravedad drenando secreción bilioso a bolsa colectora 200 cc, catéter venoso central de tres lúmenes en vena subclavia izquierda salinizado cubierto con apósito transparente, a la auscultación ambos campos pulmonares con murmullo vesicular normal, ruidos respiratorios roncales, vía periférica en miembro superior izquierdo colocado en sala de operaciones el día 26/01/18 catéter número 16, pasando cloruro de sodio al 0.9% sin agregados a 120cc/h, abdomen distendido con herida operatoria en zona mesogástrica cubierto con apósito limpio y sellado, ileostomía en flanco izquierdo conectada a bolsa colectora conteniendo heces verdosas líquidas 200cc, dren Pen Rose con bolsa colectora contenido serohemático 80cc, se observa escoriaciones en brazo derecho y equimosis, sonda Foley número 16 conectada a bolsa colectora, flujo urinario de 200cc colúrica, vendajes elásticos en miembros inferiores y edema en miembro inferior izquierdo con férula de yeso y vendaje.

Funciones vitales

PA: 89/50 mmHg

FR: 28 x´

FC: 104x

T: 36 ° C.

Funciones biológicas

Apetito: Post operatorio inmediato

Sed : Nada por vía oral (NPO)

Sueño: Alterado por dolor.

Deposición: Ausente hace dos días

Diuresis:

HORA	9 pm	10pm	11pm	12pm	1am	2am	3am	4am	5am	6am
Diuresis	200cc	-	30	30	80	80	80	100	200	100

Medidas antropométricas

Peso: 70 kg aprox.

Talla: 1.60cm

IMC: 27

Interpretación: Pre-obesidad.

Exámenes auxiliares

<i>Valores de gases en sangre (AGA)</i>	<i>Valores Normales</i>
PH 7.353	7.350 – 7.450
PCO ₂ 35.5 mmHg	35.0 – 45.0 mmHg
PO ₂ 46.6 mmHg	78.0 – 108 mmHg
HCO ₃ 19.9mmol/L	22.0 – 26.0 mmol/L

Según los resultados obtenidos en el examen de gases arteriales se puede observar que el paciente cursa con una acidosis metabólica, descompensada; a la vez, se evidencia una hipoxemia marcada ya que tiene un resultado de 46.6 mmHg, siendo PO₂ una medida de la presión parcial de oxígeno disuelto en el plasma de sangre arterial; analiza la cantidad de oxígeno que hay disuelto en la sangre. Con cada respiración que tomamos, el oxígeno llega a los pulmones y se envía a los alveolos, donde ocurre la transferencia de oxígeno y dióxido de carbono. En el paciente se pudo observar que las respiraciones eran superficiales debido al trauma abdominal y las lesiones ocasionando dolor al paciente que le dificulta expandir en su totalidad el diafragma, lo que dificultaba la llegada de oxígeno a los pulmones y, por consiguiente, se explica el resultado obtenido en el examen de AGA, es por ello que luego de la evaluación se indicó la administración de oxígeno por máscara de reservorio al 100% a 15 litros por minuto, mejorando la saturación de oxígeno no invasiva a un 100%. (Fernández, Olivencia, Yuste, Peñas, 2018, p. 50-59).

Valores de oximetría

Hb	8.9 g/dl	12.0 – 16.0 g/dl
SO ₂	80.0%	95.0 – 99.0 %

En la lectura de los resultados de AGA, se evidencia el nivel de saturación de oxígeno en sangre bajo (80%), siendo esto una hipoxemia moderada la saturación de oxígeno en sangre arterial es la medida de la cantidad de oxígeno unida a la hemoglobina en comparación con la máxima capacidad de la hemoglobina para unirse con el oxígeno, en personas adultas jóvenes como el paciente en estudio que tienen 26 años una saturación de 90 a 95% son los parámetros normales que debe de tener el paciente esto puede valorarse como un componente de los gases en la sangre arterial o bien medirse de forma no invasiva con un pulsioxímetro (PO₂). Se expresa como un porcentaje o como un decimal siendo lo normal una saturación superior al 95% al respirar aire ambiental (Fernández, et al. 2018).

Valores de electrolitos

CK ⁺	3.1 mmol/L	3.5 - 4.5 mmol/l
CNa ⁺	130 mmol/L	135 - 145mmol/l
Cl	106 mmol/L	98 - 108mmol/l
Anión Gap	7.0 mmol/L	

Un análisis de electrolitos es una prueba de sangre que mide los niveles de electrolitos en el paciente en estudio se encontraron los electrolitos disminuidos debido a la pérdida de líquidos en el momento de la intervención quirúrgica ya que el paciente presentó lesiones de órganos vitales como intestino delgado, y el acto operatorio que duró 2 horas 40 minutos,

teniendo una pérdida de los electrolitos esenciales, como sodio y potasio, que se encuentran en el cuerpo. Mantienen los líquidos de su cuerpo en equilibrio y ayudan a mantener su cuerpo funcionando normalmente, incluyendo su ritmo cardíaco, contracción muscular y función cerebral (Thompson, Husney, Gabica, 2017).

<i>Valores metabólicos</i>		<i>Valores normales</i>
Glucosa	139 mg/dl	65 – 105mg/dl
Lac	3.4mmol/L	0.5 – 20mmol/l

La liberación de la glucosa del hígado depende en gran medida de la presencia de ciertas hormonas, entre ellas la insulina el cual hace que el hígado tome el azúcar de la sangre y la almacene en forma de glucógeno. Todas las otras hormonas, incluyendo las hormonas del estrés causan que el hígado segregue la glucosa en el torrente sanguíneo, podemos observar que en el paciente del caso clínico tenía una glucosa de 139 mg/dl que sobrepasa los valores normales, debido a la situación de estrés que el paciente experimenta. El estrés emocional (enfermedad, dolor, lesión) hace que el cuerpo segregue las hormonas del estrés en el torrente sanguíneo, para las personas sin diagnóstico de diabetes, el aumento de glucosa en la sangre inducida por el estrés es seguido por un aumento en la secreción de insulina, por lo que el aumento de glucosa en la sangre es modesto y temporal (Manzanares, Aramendi, 2010).

<i>Estado de oxigenación</i>	<i>valores normales</i>
PO ₂ (a.t) /fiO ₂ (1) c	222 mmHg
	>350-400mmHg

La relación PaO₂ /Fio₂ es la fórmula más sencilla para el cálculo porque no requiere establecer la PO₂ alveolar normalmente la relación PaO₂/ Fio₂ es superior a 286, se evidencia según los resultados que la ventilación perfusión del paciente esta disminuido (222 mmHg) esto debido a la inadecuada expansión pulmonar, a la hemoglobina baja que hace que el transporte de oxígeno sea inadecuado, cuanto más bajo sea la cifra, será peor la función pulmonar. (Fernández, et al. 2018).

<i>Hemograma</i>	<i>Valores encontrado</i>	<i>Valores normales</i>
Leucocitos	6,300 mm ³	4230 – 9070mm ³
Hematíes	4.85 10.6mm ³	3.93 – 5.22mm ³
Plaquetas	327 000 mm ³	163 000 – 33 7000mm ³
Hemoglobina	8.9 mg/dl	13.70 – 17.50mg/dl
Hematocrito	26.7 %	40.10 - 51.00 %

El paciente en estudio presenta hemoglobina baja (8.9mg/dl), hematocrito (26.6 %) considerada como anemia moderada a consecuencia de la pérdida de sangre durante la intervención quirúrgica y las lesiones sufridas; así mismo, a la fractura de fémur aun no resuelta, la pérdida sanguínea es la causa más frecuente de anemia en el cual la concentración de hemoglobina es menor a la establecida como normal para la edad y sexo, ya que cuando se pierde sangre el cuerpo absorbe agua rápidamente de los tejidos al torrente sanguíneo con el fin de mantener los vasos llenos. Como resultado, la sangre se diluye y el hematocrito se reduce (Torrens, 2015).

Tratamiento médico

CI Na 9% 1 Lt	}	I
Dextrosa 5% 1000	}	II III
CINa 20% (2) – ClK 20% (1)		
Ceftriaxona	2g E.V c/24h	
Omeprazol	40 mg. E.V c/24h	
Metronidazol	500 mg E.V c/8h	
Tramadol 100 mg.	}	C/8h.
Metoclopramida 10 mg.		
CINa 9% 100cc		
Ácido Tranexamico	1 g E.V c/8 h.	
Metamizol	1.5 g. E. V c/8 h	
Hidrocortisona	100 mg E.V c/8 h	
Nebulización	SF5cc + 5 gts. F. 3 veces	
Stat (1 vez con fenoterol – 2 veces c/SF) luego c/4h.		
Poligelina 3.5%	}	I
Paquete globular	}	I
Reto de potasio: 1amp potasio +100cc cloruro de sódio 0.9%		} I II

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón percepción - control de la salud

Paciente adulto joven Post. Operado de Laparotomía exploratoria: Sutura de ciego + Resección Ileal, Lavado de cavidad, Ileostomía, Drenaje pen rosé, con antecedentes de enfermedad gastritis, fue intervenido quirúrgicamente en el año 2015 de laparotomía exploratoria, rafia gástrica debido a trauma abdominal por arma de fuego, Familiar refiere: que paciente es “consumidor frecuente de alcohol”.

Patrón de relaciones – rol (Aspecto social)

Paciente cuenta con trabajos esporádicos en construcción, estado civil conviviente, actualmente vive con su familia quienes son su fuente de apoyo, teniendo como familiar responsable a su pareja.

Patrón autopercepción – Auto concepto tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente se muestra emocionalmente irritable, refiere: “Me preocupa cuándo me operarán de la pierna”.

Patrón nutrición – metabólico

Paciente presenta piel pálida deshidratada, piel y mucosas secas, dentadura incompleta, nauseoso, con sonda nasogástrica a gravedad eliminando secreción biliosa 200cc, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria en mesogastrio de aproximadamente 12 cm de longitud, no se observa sangrado, con apósitos limpios y sellados, presenta dren pen rose en flanco derecho conectado a bolsa colectora eliminando secreción serohemática, ileostomía en flanco izquierdo con bolsa colectora, no presenta rash, con escoriaciones en brazd zx o derecho y equimosis en muslo izquierdo. En reporte operatorio

manifiestan un Sangrado de 400 cc., en acto quirúrgico, encontrando en cavidad abdominal una cantidad de 600 cc de coágulos sanguíneos, presenta un resultado de glucosa de 121mg/dl, Hemoglobina: 8.9mg/dl, hematocrito:26.7 %, Sodio:130mmol/L, potasio:3.1mmol/L, HCO₃ 19.9mmol/L.

Balance hídrico de unidad de recuperación post anestésica (urpa)

INGRESOS	ML	EGRESOS	ML
Cloruro de Sodio 0.9%	2000 ml	Pérdidas insensibles a) Sala Operaciones (peso x 5 x horas operatorias) b) Recuperación (Peso x 0.5 x horas restantes)	210
Dextrosa 5%	500 ml	Diuresis	900
Sangre/ Plasma	350 ml	Drenajes	
Manitol		Sonda nasogástrica a gravedad	200
Electrolitos	50 ml	Vómitos	
Medicina	600 ml	Ileostomía	200
Agua Endógena	125 ml	Temperatura (>1`C 150ml)	
Otros		Hiperventilación (>20 cada 5 100 ml)	100
Poligelina 3.5%	500 ml		
TOTAL	5625	TOTAL	4610

BALANCE HÍDRICO: +1015

Patrón de eliminación

Vesical: Paciente con sonda Foley No 16 freish, de fecha 26/01/18, permeable, conectada a bolsa colectora, orina colúrica 200cc.

Intestinal: paciente con ileostomía en flanco izquierdo, conectado a bolsa colectora eliminando deposiciones líquidas, verdoso en escasa cantidad, zona de ostomía sin signos de inflamación.

Patrón de actividad – ejercicio***Actividad respiratoria:***

Paciente presenta respiración superficial, disnea, con frecuencia respiratoria de 28 x minuto, reflejo de tos presente, eliminando escasa secreción traqueobronquiales blanquecina con dificultad, a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares normales ruidos respiratorios roncales, no broncoespasmo, saturación de oxígeno 90%, se coloca máscara de reservorio recibiendo oxígeno a 15 litros por minuto, saturando 100%, no drenaje torácico presenta resultados de AGA (PH: 7.353, PCO2:35.5mmhg, PO2:46.6mmhg).

Actividad circulatoria:

Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, frecuencia cardiaca 104 por minuto, llenado capilar lento, con catéter venoso central de tres lúmenes 7 freisch salinizado en subclavia izquierda, vía periférica en miembro superior izquierdo pasando cloruro de sodio 0.9% 500cc por pasar, presenta edema en muslo izquierdo, miembros inferiores con adecuado llenado capilar y tibios, se transfunde 01 unidad de paquete globular.

Ejercicio capacidad de autocuidado:

Moviliza extremidades, fuerza muscular disminuida en miembro inferior izquierdo, paciente parcialmente dependiente para su autocuidado, grado de dependencia III.

Patrón descanso – sueño

Paciente duerme por momentos a intervalos de 2 horas.

Patrón perceptivo – cognitivo

Paciente refiere “tengo mucho dolor”, califica su intensidad en 8/10 puntos de la escala visual analógica del dolor (EVA). Se observa fascie de expresión de dolor, Aldrete 5/10 puntos (Actividad 1pto, respiración 1pto, circulación 1pto, estado de conciencia 1pto, saturación de oxígeno 1pto).

Hallazgos significativos por patrones funcionales

Patrón percepción – control de la salud

Paciente adulto joven post operado de laparotomía exploratoria: Sutura de ciego + Resección Ileal, Lavado de cavidad, Ileostomía, Drenaje pen rosé, con antecedentes de enfermedad gastritis, fue intervenido quirúrgicamente por laparotomía exploratoria, rafia gástrica debido a trauma abdominal por arma de fuego, en el año 2015. Familiar refiere que paciente es “consumidor frecuente de alcohol”.

Patrón de relaciones-rol

Paciente cuenta con trabajos esporádicos en construcción, estado civil conviviente.

Patrón autopercepción – auto concepto tolerancia a la situación y al Estrés

Paciente irritable, refiere “Me preocupa cuándo me operarán de la pierna” (Fractura de fémur izquierdo).

Patrón nutricional – metabólico

Paciente presenta piel pálida deshidratada, piel y mucosas secas, piezas dentarias incompleta, nauseoso, con sonda nasogástrica a gravedad eliminando secreción biliosa 200cc, abdomen distendido. Se ausculta abdomen ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria en mesogastrio de aproximadamente 12 cm de longitud. Presenta dren pen rose en flanco derecho a bolsa de colostomía eliminando secreción serohemática, con escoriaciones en brazo derecho y equimosis en muslo izquierdo. El reporte operatorio señala sangrado de 400 CC. en cavidad abdominal durante el acto quirúrgico se contabilizó aproximadamente una pérdida de 600 cc de coágulos sanguíneos, presenta un resultado de Glucosa:

121mg/dl, Hemoglobina:8.9mg/dl, Hematocrito:26,7%, Sodio:130mmol/L,
Potasio:3.1mmol/L.

Patrón eliminación

Vesical: Paciente con sonda Foley No 16 freish, de fecha 26/01/18, permeable, conectada a bolsa colectora, orina colurica 200cc.

Intestinal: paciente con ileostomía en flanco izquierdo conectado a bolsa colectora, eliminando deposiciones liquidas 200cc. verdosas, zona de ostomía sin signos de inflamación.

Patrón actividad ejercicios***Actividad respiratoria***

Paciente presenta respiración Superficial, disnea, con frecuencia respiratoria de 28 x minuto, eliminando escasa secreción traqueo bronquiales blanquecina con dificultad, saturación de oxígeno 90%, se coloca máscara de reservorio recibiendo oxígeno a 15 litros por minuto, saturando 100%.

Actividad circulatoria

Frecuencia cardiaca 104 por minuto, llenado capilar lento, con catéter venoso central de tres lúmenes 7 freisch salinizado en subclavia izquierda, vía periférica en miembro superior izquierdo pasando cloruro de sodio 0.9%, presenta edema en muslo izquierdo, miembros inferiores con adecuado llenado capilar y tibios.

Ejercicio capacidad de autocuidado

Grado de dependencia III. Fuerza muscular disminuida en miembro inferior izquierdo, paciente parcialmente dependiente para su autocuidado.

Patrón descanso - sueño

Paciente con sueño irregular.

Patrón perceptivo cognitivo

Paciente refiere: “tengo mucho dolor”, califica su intensidad 8/10 puntos de la escala visual analógica del dolor EVA, se observa facie de expresión de dolor, Aldrete 5/10 puntos: actividades: 1 pto, respiración: 1pto, circulación: 1pto, estado de conciencia: 1pto, saturación de oxígeno: 1pto.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta Diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Código: 00031

Dominio: 11 Seguridad / Protección

Página: 395

Clase: 2 Lesión física

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

Características definatorias: Secreciones traqueobronquiales blanquecinas, FR =28, disnea, roncantes.

Factor relacionado: Retención de secreciones.

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Retención de secreciones E/P Secreciones traqueobronquiales blanquecinas, FR =28, disnea, roncantes.

Etiqueta diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases.

Código: 00030

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Página: 204

Clase: 4 función respiratoria

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

Características definatorias: Valores de AGA (SatO₂ 80% PO₂ 46.6) Sat O₂ paciente 90%, FR = 28x min.

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilo perfusión.

Enunciado de enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilo perfusión E/P valores de AGA (SatO₂ 80% PO₂ 46.6) Sat O₂ paciente 90%, FR = 28x min.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Código: 0013

Dominio: 12 confort

Página: 439

Clase: 1 Confort físico

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionado por una lesión tisular real o potencial, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible.

Características definatorias: EVA = 8 puntos, FC = 104 x ´, facie de dolor.

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos, herida operatoria, fractura de fémur izquierdo.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, herida operatoria, fractura de fémur izquierdo E/P EVA = 8, FC = 104 x ´, facies de dolor.

Complicación potencial: Desequilibrio Hidroelectrolítico.

Características: Sodio: 130mmol/L, Potasio: 3.1mmol/L, disminución de diuresis, orina colúrica, sequedad de la piel, FC =104 x ´.

Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz.

Código: 00043

Dominio: 1 promoción de la salud

Página: 148

Clase: 2 gestión de la salud

Definición: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas como enfermedades o lesiones.

Características definatorias: Hemograma (Hb = 8.9 mm/dl– Hto. = 26.7%), palidez.

Factor relacionado: Perfil hematológico anormal.

Enunciado de enfermería: Protección ineficaz R/C. perfil hematológico anormal E/P

Hemograma (Hb = 8,9 – Hto: 26.7), palidez.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Gestión ineficaz de la salud R/C conflictos de decisiones E/P consumo de alcohol.

Ansiedad R/C crisis situacional E/P FC: 104 –FR: 28, irritabilidad, preocupación: “me preocupa cuándo me operarán de la pierna”.

Déficit de volúmenes de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos por ileostomía, dren pen rose, pérdidas insensibles en acto quirúrgico E/P disminución de diuresis, orina colúrica, sequedad de la piel, FC: 104 x´

Deterioro de la integridad tisular R/C fractura de fémur izquierdo, E/P edema ++, equimosis en muslo izquierdo.

Náuseas R/C régimen terapéutico E/P aumento de salivación distensión abdominal, sensación de náuseas.

Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C retención de secreciones, E/P secreciones traqueobronquiales blanquecinas, F/R 28 x´, disnea, roncales.

Trastorno del patrón del sueño R/C dolor agudo, E/P EVA = 8 puntos.

Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, herida operatoria, fractura de fémur izquierdo
E/P EVA = 8, FC = 104 x´, facies de dolor.

Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular E/P dificultad
para moverse, dolor.

Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación E/P valores
de AGA (SA_t O₂ = 80%, PO₂: 46.6), Sat. O₂ paciente: 90%, FR = 28x´.

Protección ineficaz R/C perfil hematológico anormal E/P hemograma (Hb = 89mg/dl,
Hto: 26.7%), palidez.

Complicación potencial: Desequilibrio Hidroelectrolítico (sodio: 130mmol/L, potasio:
3.1mmol/L, disminución de diuresis, orina colúrica, sequedad de la piel, FC=104 x´).

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones e/p secreciones
blanquecinas, FR 28x´, disnea y roncos.

Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación e/p valores
de AGA: sat O₂ 80%, PO₂ 46.6, sat del paciente 90 % y frecuencia respiratoria 28x´.

Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, herida operatoria, fractura de fémur izquierdo
E/P EVA = 8, FC = 104 x´, expresión de dolor.

Riesgo Potencial: Desequilibrio hidroelectrolítico (sodio: 130mmol/L, potasio: 3.1mmol/L disminución de diuresis, orina colurica, sequedad de la piel, FC=104X´).

Protección ineficaz r/c perfil hematológico anormal e/p hemograma: hb: 8.9 mg/dl, hematocito 26.7%, palidez.

Deterioro de la integridad tisular r/c fractura de fémur izquierdo e/p edema++, equimosis en muslo izquierdo.

Nauseas r/c régimen terapéutico e/p distención abdominal, sensación nauseosa.

Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/p dificultad para moverse y dolor.

Ansiedad r/c crisis situacional e/p FC: 104x´, FR: 28x´, irritabilidad y preocupación: “cuando me operarán de la pierna”.

Trastorno del patrón del sueño r/c dolor agudo e/p EVA: 8ptos.

Gestión ineficaz de la salud r/c conflicto de decisiones e/p consumo de alcohol.

Planes de cuidado

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Retención de secreciones E/P Secreciones blanquecinas, FR =28, disnea, roncales.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>General</p> <p>Paciente presentara limpieza eficaz de las vías aéreas al finalizar el turno.</p> <p>Resultados:</p> <p>Paciente logrará movilizar las secreciones.</p> <p>Paciente presentara frecuencia respiratoria menor de 24 x´.</p> <p>Paciente presentara disminución de roncales.</p>	<p>1. Colocar al paciente en posición Semifowler.</p> <p>2. Control de funciones vitales: FR, FC, SatO2.</p>	<p>1. la posición semifowler favorecer el descenso diafragmático permitiendo la expansión pulmonar para lograr la máxima inspiración y adecuada expiración (Urden et al., 2001).</p> <p>2. Los signos vitales son útiles para detectar o monitorizar problemas de salud (Urden et al., 2001).</p>

	<p>3.-Auscultar ambos campos pulmonares en busca de sonidos respiratorios anormales.</p> <p>4.Administrar: Hidrocortisona 100 mg E.Vstat y luego c/8 h.</p> <p>5. Nebulizar con SF 5cc + 5gts de fenoterol 3 veces Stat luego c/4 h.</p>	<p>3. la auscultación de los campos pulmonares permite identificar los ruidos respiratorios para valorar la calidad de movimiento de aire a través del sistema pulmonar e identificar ruidos anormales. (Urden et al., 2001).</p> <p>4. la hidrocortisona Es un medicamento de acción rápida, corticoide que disminuye y previene las respuestas a los procesos inflamatorios, reduciendo los síntomas de la inflamación (EcuRed,2018).</p> <p>5. La administración de fenoterol con cloruro de sodio 0.9% mediante la vaporización. Humidifica los bronquios, fluidificando las secreciones logrando así su expulsión (Doenges, Moorhuose y Murr,2010).</p>
--	--	--

	<p>6. Enseñar al paciente ejercicios respiratorios.</p> <p>7. Aplicar Fisioterapia respiratoria.</p> <p>8. Registrar todos los procedimientos.</p>	<p>Berotec; Agonista b2 que actúa relajando los músculos lisos del árbol bronquial, con efectos broncodilatadores (Vademécum, 2016).</p> <p>6. Los ejercicios respiratorios facilitan la expansión pulmonar mejorando la respiración (Urden et al., 2001).</p> <p>7. La fisioterapia respiratoria ayuda a Re expandir las regiones pulmonares colapsadas. (Urden et al.,2001)</p> <p>8. Documentar los procedimientos de enfermería respalda las decisiones y acciones emprendidas por el enfermero(a) en su desempeño diario, facilitando su continuidad (Gutiérrez, 2004).</p>
--	--	--

Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilo perfusión E/P valores de AGA (SatO₂ 80% PO₂ 46.6) Sat O₂ paciente 90%,
FR = 28x´.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>General</p> <p>El paciente presentará un adecuado intercambio gaseoso mostrando una gasometría normal en el transcurso del turno.</p> <p>Resultados</p> <p>Paciente mejorara valores de AGA: SatO₂ a 94%.PO₂ a 85mmhg, PCO₂: 35-45mm/Hg</p> <p>Paciente mejorara valores de Sat O₂ no invasivo a 94%.</p>	<p>1. Monitorizar FR, SatO₂.</p> <p>2. Administrar oxigenoterapia con máscara de reservorio al 100%.</p> <p>3. Colocar en posición Semifowler</p>	<p>1. La monitorización de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno permite detectar signos de hipoxemia, acidosis respiratoria. (Urden et al.,2001).</p> <p>2. Oxigenoterapia con mascara de reservorio mejora la presión de oxígeno en los alveolos, facilitando un adecuado intercambio gases (Urden et al., 2001).</p> <p>3. La posición semifowler ayuda a la expansión pulmonar mejorando el ciclo respiratorio y por consiguiente el intercambio gaseoso (Urden et al., 2001).</p>

<p>Paciente lograra mantener</p> <p>FR = 12 – 20 x´.</p>	<p>4. Valorar cianosis distal.</p> <p>5. Tomar muestra y valorar resultados de sangre arterial.</p> <p>6. Valorar signos de hipoxia cerebral</p> <p>7. Registrar las actividades realizadas.</p>	<p>4. Cianosis distal es un signo de hipoxia tisular. (Doenges et al. ,2010).</p> <p>5. El dosaje sangre arterial a pacientes en URPA, identifica precozmente una anomalía de la función respiratoria determinando cual es la cantidad de dióxido de carbono y la oxigenación en la sangre (Medline Plus ,2018).</p> <p>6. Es importante reconocer los síntomas de los pacientes hospitalizados para así administrar la oxigenoterapia indicada. (Medline Plus, 2018).</p> <p>7. El registro de actividades realizadas en el paciente es la evidencia del cuidado que la enfermera ha brindado (Gutiérrez ,2004)</p>
--	--	--

	<p>4. Evaluar eficacia del analgésico.</p> <p>5. Brindar comodidad y confort al paciente, posición antalgica.</p> <p>6. Brindar un ambiente tranquilo.</p> <p>7. Realizar las anotaciones de enfermería.</p>	<p>4. La evaluación de la eficacia del analgésico se realiza usando la escala visual analógica (EVA), el cual nos permite medir el nivel del dolor que manifiesta el paciente reproduciéndola a los observadores (Urden et al., 2001).</p> <p>5. El confort y la comodidad permite reducir la tensión muscular y reducir el dolor. (Doenges et al.,2010).</p> <p>6. El ambiente tranquilo en URPA favorece un adecuado descanso que contribuirá el descenso del dolor (Doenges et al.,2010).</p> <p>7. Las notas de enfermería en el servicio de recuperación posanestésica (URPA) es</p>
--	--	---

		documento donde se anota los cuidados brindados por la enfermera (Gutiérrez, 2004).
--	--	---

Complicación Potencial: Desequilibrio electrolítico (sodio: 130 mmol/L, potasio: 3.1mmol/).

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>General</p> <p>Revertir desequilibrio electrolítico.</p>	<p>1. Valorar el estado de hidratación: (mucosas, FC, PA).</p> <p>2. Administrar líquidos intravenosos: ClNa 0.9% x 1000 } 60 gts x´ Poligelina 3.5% } I</p> <p>3. Administrar retos de: sodio: dextrosa 5% 1000cc+clna 20%(2 amp) cl k 20%(1amp) I-II frascos.</p>	<p>1. Valorar el estado de hidratación nos permite identificar signos de deshidratación y así actuar oportunamente (Urden et al.,2001).</p> <p>2. Los líquidos administrados permiten mantener la piel hidratada y sin resequead, reponiendo las perdidas (Doenges et al.,2010).</p> <p>3. El reto de sodio y potasio nos lleva a restablecer los niveles normales de electrolitos (Doenges et al.,2010).</p>

	<p>Reto de potasio 20% (1)+clna 0.9% 100ml (I-II).</p> <p>4. Realizar control de eletrólitos séricos.</p> <p>5. Cuantificar cantidad y características de diuresis c/hora.</p> <p>6. Cuantificar contenido de ileostomía. Cuantificar contenido de sonda nasogástrica a gravedad, drenaje pen rose.</p>	<p>4. El control de electrolitos permite evaluar y administrar retos que conlleven a restablecer electrolitos (Urden et al.,2001).</p> <p>5. Cuantificar la orina nos permite identificar el funcionamiento renal ya que la diuresis es la primera señal alarmante que se presenta en el enfermo (Doenges et al., 2010).</p> <p>6. El contenido de la ileostomía permite vigilar las pérdidas y tomar acciones que permitan la reposición de líquidos (Doenges et al., 2010).</p> <p>7. La reposición de líquidos permite mantener un estado de hidratación óptimo (Doenges et al., 2010).</p>
--	---	--

	<p>7. Reponer líquidos perdidos por ileostomía, sonda nasogástrica, drenaje peritoneo.</p> <p>8. Realizar balance hídrico estricto.</p> <p>9. Registrar todo lo realizado.</p>	<p>8. El balance hídrico permite valorar volumen de ingreso y egreso de líquidos del paciente y luego determinar acciones (Urden et al., 2001).</p> <p>9. El registro de enfermería es un documento legal evitar omisión en el tratamiento. (Gutiérrez, 2004).</p>
--	--	--

Protección ineficaz R/C perfil hematológico anormal E/P Hemograma (Hb = 8.9 – Hto. = 26.7), palidez de piel, PA: 90/50mmhg, FC: 104X’.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>General</p> <p>El paciente se mantendrá protegido de amenazas internas y externas durante su estancia en la URPA.</p> <p>Resultados</p> <p>Paciente mejorara los resultados de Hemograma.</p> <p>Hb = 9.5 mg/dl.</p> <p>Hto = 28.5%</p> <p>Paciente presentara FC. 85x’</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar funciones vitales: FC, PA, SatO2. 2. Realizar un adecuado lavado de manos. 3. Administrar indicación prescrita: Transfundir Paquete Globular: I 4. Comprobar compatibilidad del paquete globular con el paciente. 5. Descongelar el paquete globular que viene de laboratorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las funciones vitales permite identificar signos de alarma en el paciente para poder actuar con rapidez. (Doenges et al., 2010). 2. El lavado de manos evita la contaminación cruzada y colonización bacteriana. (Doenges et al. ,2010). 3. La administración de un paquete globular permitirá que el paciente mejore la hemoglobina (OMS ,2018). 4. El grupo sanguíneo y el nombre deben de estar de acuerdo al paciente y evitar iatrogenias (Doenges et al.,2010).

	<p>6. Iniciar transfusión de sangre lentamente, controlar goteo de la sangre y velocidad en que se va a transfundir.</p> <p>Anotar las características de la transfusión practicada.</p> <p>7. Observar presencia de reacciones adversas a la transfusión. Controlar al paciente y ver si presenta algún cambio en sus signos vitales o neurológicos.</p>	<p>5. La temperatura de la sangre no debe superar los 37° grados porque provocaremos hemolisis (Torrens ,2015).</p> <p>6. La transfusión sanguínea se debe de realizar en dos horas por cada paquete globular (Urden et al. ,2001).</p> <p>7. La observación directa al paciente nos permite evidenciar signos de alarma o reacción alérgica precozmente y así actuar oportunamente se deberá suspender la transfusión sanguínea (Mecchia, Cometo y Gómez ,2018).</p>
--	---	---

Ejecución

SOAPIE

Primer diagnóstico de enfermería:

Fecha/hora		Intervenciones
26-1-18 9:35 pm	S	Paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje Penrose. Somnoliento.
9:40 pm	O	Paciente con disnea, Secreciones traqueobronquiales, blanquecinas, FR =28 x', roncantes.
9:45 pm	A	Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C retención de secreciones E/P Secreciones blanquecinas, FR: 28x', disnea y roncantes.
9:45 pm	P	Paciente presentará limpieza eficaz de las vías aéreas al finalizar el turno.
9:45 pm	I	Colocar en posición semifowler: Control de funciones vitales: FR, FC, Sat de oxígeno 10 pm. Se ausculta ambos campos pulmonares: sonidos respiratorios.9 30pm. Se administra: hidrocortisona 100mg E.V stat y luego cada 8 horas, 10pm y 6am. Se nebuliza con SF 5 cc + 5 gotas de fenoterol, 3 veces stat, luego cada 4 horas 10pm – 2am – 6am.
7 y 30 am	E	OA: Paciente logrará movilizar las secreciones, presentará frecuencia respiratoria menor de 24 x' y disminución de roncantes

Segundo diagnóstico de enfermería:

Fecha/hora		Intervenciones
26-1-18 9:35 pm	S	Paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje Penrose. Somnoliento.
9:40 pm	O	Paciente presenta valores de AGA (SatO ₂ 80% PO ₂ :46.6) SatO ₂ 90% y FR: 28x', PCO ₂ 35 – 45 mmHg
9:45 pm	A	Deterioro del intercambio de gases r/desequilibrio en la ventilo perfusión E/P valores de AGA: SatO ₂ (80%, PO ₂ :46.6). SatO ₂ :90%, FR: 28x'.
9:45 pm	P	El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso mostrando una gasometría normal en el transcurso del turno.
9:45 pm	I	Se monitoriza FR, SatO ₂ . Se administrar oxigenoterapia con máscara de reservorio al 100%. Se coloca en posición Semifowler. Se valora cianosis distal. Se toma muestra de sangre arterial para: AGÁ.
7 y 30 am	E	OPA: Paciente mejora el intercambio de gases: FR: 24, SatO ₂ :94%, valores de AGA: PO ₂ :75, SatO: 94%, PCO ₂ . 35 – 45 mmHg.

Tercer diagnóstico de enfermería:

Fecha/hora		Intervenciones
26-1-18 9:35 pm	S	Paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje Penrose. “Tengo mucho dolor”.
9:40 pm	O	Se observa: irritable, facie de dolor, herida operatoria, ileostomía, DPR, equimosis y edema en muslo izquierdo, fractura fémur izquierdo.FC:104x´.
9:45 pm	A	Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, herida operatoria, fractura de fémur izquierdo E/P EVA = 8ptos , FC = 104 x ´, facie de dolor.
9:45pm	P	Paciente manifestara la disminución de la intensidad del dolor progresivamente durante el turno.
9:45 pm	I	Se monitoriza frecuencia cardiaca. Se valora escala del dolor EVA Se administra analgésicos prescritos Tramadol 100 mg-E. V 9:30pm, 3am, 7am., Metamizol 1g. 9:30pm, 3am, 7am. y Ketoprofeno 100 mg. E.V c/8h 10pm, 6am. Se evalúa eficacia del analgésico. Se brinda comodidad, confort y un ambiente tranquilo al paciente.
7 y 30 am	E	OA: Paciente refiere “disminución del dolor” EVA: 4ptos, FC: 85x´, expresión facial relajada.

Cuarto diagnóstico de enfermería:

Fecha/hora		Intervenciones
26-1-18 9:35 pm	S	Paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje Penrose. Somnoliento.
9:40 pm	O	Paciente presenta disminución de diuresis, orina coluria, sequedad de la piel, FC: 104x', sodio 130mmol/L, potasio :3.1mmol/L
9:45 pm	A	Riesgo Potencial: Desequilibrio hidroelectrolítico (disminución de diuresis, orina colurica, sequedad de la piel, FC:104x', sodio:130mmol/L, potasio:3.1mmol/L).
9:45 pm	P	Revertir el desequilibrio electrolítico.
9:45 pm	I	Se valora estado de hidratación: Piel y mucosas-FC-PA, cantidad y color de diuresis. Se administra líquidos intravenosos: Cloruro de sodio 9% AD 1000cc } 60gts x'. Poligelina 3.5% } I Se cuantifica contenido de ileostomía, DPR, SNG, diuresis. Se realiza balance hídrico. Se administra retos de potasio I - II , dextrosa 5% AD 1000 + cloruro de sodio al 20% 2 ampollas I – II.
7y30am	E	OA: Se corrige el desequilibrio hidroelectrolítico. Diuresis: 50m/h orina clara, piel y mucosas hidratada, FC: 85x'. sodio 138mmol/l, potasio 3.8mmol/l.

Quinto diagnóstico de enfermería:

Fecha/hora		Intervenciones
26-1-18 9:35pm	S	Paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje Penrose. Somnoliento
9:40pm	O	Paciente presenta PA: 90/50mmhg, FC: 104x´, palidez de piel. Hemograma: Hb:8.9mg/dl. Hto:26.7%.
9:45pm	A	Protección ineficaz r/c perfil hematológico anormal e/p Hemograma (HB: 8.9%, HTO: 26.7%), palidez de piel, PA: 90/50mmhg, FC: 104x´.
9:45pm	P	El paciente se mantendrá protegido de amenazas internas y externas durante el turno.
9:45pm	I	Se valora funciones vitales (PA-FC) Se realiza un adecuado lavado de manos. Se administra indicación prescrita: Transfundir Paquete Globular I Se comprueba compatibilidad de paquete globular Se registra las características de la transfusión realizada. Se observar presencia de reacciones adversas a la transfusión (no se observa ninguna reacción adversa a la transfusión).
7y30am	E	OA: Paciente presentará mejora en los resultados de hemograma: hb: 9.5mg/dl, hto: 28.5%, PA: 90/50mmhg, FC: 85x´, leve palidez.

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentará limpieza eficaz de las vías aéreas.</p> <p>Resultado</p> <p>Paciente logrará movilizar las secreciones.</p> <p>Paciente presentará frecuencia respiratoria menor de 24 x´.</p> <p>Paciente presentará disminución de roncantes.</p>	<p>OA: Paciente presenta secreciones fluidas y en menor cantidad, moviliza secreciones</p> <p>FR = 24x´, disminución de roncantes.</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso mostrando una gasometría normal en el transcurso del turno.</p> <p>Resultados</p> <p>Paciente mejorara valores de AGA: SatO₂ a 94%. PO₂ a 85mmhg, PCO₂ = 36 mmHg</p> <p>Paciente mejorará valores de SatO₂ no invasivo a 94%.</p> <p>Paciente lograra mantener FR = 24x´.</p>	<p>OPA: Paciente mejorará el intercambio de gases FR = 24 x´, Sat O₂ = 94%, Valores de AGA =PO₂ = 75, Sat O₂ = 94%, PCO₂ 36mmHg.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente manifestará disminución de la intensidad del dolor progresivamente hasta el final del turno.</p> <p>Resultado</p> <p>El paciente presentará:</p> <p>EVA = 4</p> <p>FC = 85x´</p> <p>El paciente presentará expresión facial relajada.</p>	<p>OA: El Paciente presenta disminución del dolor, EVA = 4, FC =85 x´, expresión facial relajada después del alivio del dolor.</p>

Complicación Potencial	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Revertir el desequilibrio electrolítico.</p>	<p>OA: Se revierte el desequilibrio electrolítico diuresis 50 ml/ h. orina clara, sodio 138 y potasio 3.8 mmol/l, piel y mucosas hidratadas,</p> <p>FC = 85x´</p>

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo:</p> <p>El paciente se mantendrá protegido de amenazas internas y externas.</p> <p>Resultados</p> <p>Paciente presentará mejora en los resultados de hemograma.</p> <p>Hb = 9.5 mg/dl.</p> <p>Hto = 28.5%</p> <p>FC. 85x'</p>	<p>OA: El paciente se mantuvo protegido de amenazas internas y externas, Resultados de Hemograma: Hb = 9.5 mg/dl, Hto = 28.5%, presenta FC = 85x'</p> <p>Piel con llenado capilar <3''</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Nacional

Galarza (2013), realizó el estudio titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería a pacientes con diagnóstico médico laparotomía exploradora sigmoidectomía + colostomía a lo hardman”. Objetivo: identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afectan al ser humano en un contexto holístico.

Metodología: Descriptivo y analítico, con la atención de un paciente que se encuentra en el área de cirugía de un hospital nacional cuya edad es de 75 años, género femenino, con un nivel de educación medio y estatus económico medio. Los instrumentos que se utilizaron para la obtención de datos, se usó la entrevista estructurada según patrones funcionales, valoración física (céfalo –caudal), historia clínica del paciente, familiares y reportes de enfermería. Los datos significativos obtenidos fueron clasificados según los patrones funcionales de Gordon. Se analizaron los datos significativos, los factores relacionados y las características definitorias, se plantearon los siguientes diagnósticos de enfermería siendo priorizados por riesgo de vida CP: hipertensión arterial, CP: infección, riesgo de aspiración, riesgo de glucemia inestable, dolor agudo, entre otros. Posteriormente, se planifica los cuidados con objetivos y resultados esperados los cuales fueron aplicados al paciente. Finalmente, se realizó la evaluación de los logros y por ende los resultados esperados de acuerdo al plan de cuidados. Resultados: De acuerdo al tiempo de rotación se realizó intervenciones durante 5 días; por lo tanto, se desarrolló de manera responsable y eficaz. Se efectuó el plan de atención de enfermería en sus etapas. Sin embargo, los diagnósticos planteados de 7 objetivos se alcanzaron en su totalidad 4 parcialmente lo cual

contribuyó en restablecer la salud del enfermo. Conclusión: el enfermero es miembro primordial del equipo multidisciplinario de salud, pues interviene en la salud de la persona a través de cuidados específicos y prioritarios utilizando la herramienta clave que es el proceso de enfermería al haber concluido con nuestra labor en el área de cirugía. Me ayudó a priorizar mejor mis intervenciones de enfermería con respecto a cada paciente que encontramos en el área como también a enriquecer mis conocimientos.

Gutiérrez (2017), en su investigación: Efectos que tiene ser portador de una colostomía en la vida de los pacientes en un hospital nacional, Lima 2016, tuvo el objetivo de identificar los efectos en la vida de los pacientes con colostomía. Metodología: aplicativo, descriptivo-explicativo, transversal. Participaron 32 con colostomía de un hospital nacional de Lima. Se identificaron las repercusiones en la vida de los pacientes según las áreas: física, social psico-emocional y espiritual. Se usó la escala de Likert para identificar que produce ser portador de una colostomía. El instrumento fue validado por juicio de expertos, en el área física, el 53,1% presenta efectos negativos que produce ser portador de una colostomía, así como en el área social con el 56.2%. Área psicoemocional y espiritual, son las menos afectadas al ser portador de una colostomía, con el 75% y 53.1%, respectivamente. Conclusiones: que los efectos que produce ser portador de una colostomía según sus áreas están presentes en lo físico y lo social, siendo las áreas menos afectadas y con mejor respuesta, la dimensión psicoemocional y la espiritual ya que se evidencia en los colostomizados un gran soporte emocional brindado por la familia del paciente; además, de contar con la presencia de Dios en cada aspecto de sus vidas.

Internacional

García (2017) realizó la investigación titulada “Proceso de atención de enfermería en paciente portadora de fistula entero cutánea”, crónica a modo de ileostomía que presenta baja autoestima y deterioro de la integridad cutánea. Objetivo: describir un caso clínico de fistula entero cutánea compleja, con presentación de plan de cuidados, utilizando el lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC (NNN), para identificar los problemas y mejorar la calidad de vida. Metodología: Los autocuidados y la autoestima de una mujer de 72 años, diagnosticada de neoplasia de sigma abscesificada, la cual tras un periodo de dos años es reintervenida en varias ocasiones para mejorar su patología y que presentaba en el momento del estudio una mala evolución de su estoma, con recurrentes dermatitis por fugas de fluidos, una mala gestión de su régimen terapéutico y una alteración severa de su imagen corporal. El control y evolución del caso clínico se llevó a cabo desde la consulta de estoma terapia. Se realizó una valoración de las necesidades no cubiertas mediante los patrones de Majory Gordon. Resultados: se detectó alteración en 7 de los 11 patrones funcionales. Conclusiones: Tras la aplicación del plan de cuidados individualizado se logró mejorar la situación biopsicosocial de la paciente.

López (2014) hizo la investigación: Cuidados de ostomía y piel periestomal en él colostomizado. Objetivo: Describir los cuidados del estoma y piel. Metodología: narrativa-descriptiva sobre el tema. Resultados: cuidados más frecuentes y de cómo llevarlos a cabo. Conclusión: son necesarios más artículos con evidencia científica para actuar en base a la evidencia. Palabras clave: Colostomía, ostomía, colostomizado adulto, cuidado higiene.

Marco conceptual

Traumatismo abdominal cerrado

Concepto

Se denomina así cuando este comportamiento anatómico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad en los elementos orgánicos que lo constituyen, sean estos de pared (contenido), del contenido (vísceras) o de ambos. El trauma abdominal provoca grandes dilemas diagnósticos y terapéuticos; el problema principal es determinar si se lesionó alguna víscera y si es necesario operar o no. (Pérez y González, 2015).

Signos y síntomas

Dolor abdominal

Distensión o rigidez abdominal

Hematoma de la pared externa abdominal

Taquicardia

Diaforesis

Hipotensión

Tratamiento

Laparotomía exploratoria

Laparotomía es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria. Algunos problemas del interior del abdomen se pueden diagnosticar con exámenes no invasivos, como la radiografía o la tomografía axial computarizada, pero muchos requieren cirugía para "explorar" el abdomen y obtener un diagnóstico preciso. Mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general o anestesia regional, el cirujano realiza una incisión en el abdomen y examina los órganos

abdominales. El tamaño y localización de la incisión depende de la situación clínica. Se pueden tratar a las áreas afectadas y tomar muestras de tejido. (Adrianzen y Marcia, 2017).

Incisiones quirúrgicas de la pared abdominal anterior

Supra umbilical.

Pararectal superior derecha e izquierda.

Subcostal.

Infra umbilical.

Pararectal inferior derecha e izquierda.

McBurney.

Pfannenstiel.

Las enfermedades que se pueden descubrir por una laparotomía exploratoria son, entre otras:

Inflamación del apéndice (apendicitis aguda).

Inflamación del páncreas (pancreatitis aguda o crónica).

Sacos de infección (absceso retroperitoneal, absceso abdominal, absceso pélvico).

Presencia de tejido uterino (endometrio) en el abdomen (endometriosis).

Inflamación de las trompas de Falopio (salpingitis).

Tratamiento de la perforación esofágica tras ingestión de cáusticos.

Tejido cicatricial en el abdomen (adherencias).

Cáncer (de ovario, colon, páncreas, hígado).

Inflamación de un saco intestinal (diverticulitis).

Orificio en el intestino (perforación intestinal).

Embarazo en el abdomen en vez del útero (embarazo ectópico).

Colecistitis (inflamación de la vesícula biliar).

Esta cirugía también se puede utilizar para determinar la extensión de algunos cánceres (linfoma de Hodgkin). El pronóstico varía según el diagnóstico al momento de la Laparotomía. Al terminar en caso de Laparotomía exploratoria se decide si se cierra o se deja abierto (Bolsa de Bogotá) y si se emerge a paciente de la Anestesia General o no. (Armentia, 2015).

Ileostomía

Ileostomía es un procedimiento quirúrgico en el cual, una porción del íleon se expone a través de una abertura en la pared abdominal, para permitir el paso de heces.

Proviene de íleon y estoma. Estoma se denomina a la abertura quirúrgica que permite el paso de orina o heces al exterior. Proviene de íleon y estoma. Estoma se denomina a la abertura quirúrgica que permite el paso de orina o heces al exterior. (Armentia, 2015).

El íleon es la tercera y final porción del intestino delgado, en el aparato digestivo. Finaliza en la unión ileocecal, donde se une el íleon con el ciego. En su mayoría, se localiza en el cuadrante inferior derecho (Armentia, 2015).

El íleon es irrigado por la arteria mesentérica inferior y su drenaje corresponde a la vena mesentérica superior, la cual se fusiona con la vena esplénica para formar la vena porta

Cuando el colon y el recto son extirpados es necesario drenar los materiales de desecho, por este motivo se realiza la ileostomía por la cual saldrá el material fecal al exterior que se recolecta en una bolsa que se adhiere a la piel circundante a la estoma. La bolsa se ajusta a la medida para portarla en todo momento y facilitar el vaciado las veces que sean necesarias.

Una ileostomía es requerida cuando existen problemas en el intestino grueso que no pueden ser tratados con medicamentos. La razón más frecuente es el cáncer colorrectal y la enfermedad intestinal inflamatoria, entre las que se encuentran enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa (Armentia, 2015).

Otras indicaciones:

Enfermedad de Hirschprung

Poliposis Familiar

Accidentes que involucren el intestino

Complicaciones

Las principales complicaciones de este procedimiento son:

Necrosis isquémica

Obstrucción intestinal

Dermatitis

Prolapso del íleon

Formación de la fístula

Retracción del íleon

Tamaño del orificio inadecuado

Localización inadecuada

Pronóstico

Luego de una ileostomía se mantiene una buena calidad de vida, se pueden realizar la mayoría de las actividades que se realizaban antes del procedimiento. Si se padece una enfermedad crónica como la enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa, es necesario continuar con el tratamiento.

El paciente en estudio presentó un trauma abdominal cerrado por la cual fue intervenido quirúrgicamente de una Laparotomía exploratoria: Sutura de Ciego, resección ileal, lavado de cavidad, ileostomía, DPR.

Cuidados de enfermería en pacientes post operados de laparotomía

Se debe tener presente que esta técnica se lleva a cabo en pacientes muy graves, de modo que la evolución del paciente siempre se asocia a morbilidad médica, como distrés respiratorio, insuficiencia renal, sepsis, deficiencias de la coagulación y problemas cardiovasculares. Por lo tanto, se debe efectuar:

Evaluación continua de los parámetros hemodinámicos del paciente.

Control de signos vitales, para detectar aumento de frecuencia cardiaca o alzas de temperatura.

Medición de la presión venosa central, para controlar pérdidas de volumen.

Control y administración del soporte vasopresor, ya que generalmente se necesita apoyo de fármacos vasoactivos como dopamina o dobutamina.

Supervisión de aporte nutricional adecuado, mediante nutrición parenteral precoz y, si es posible y no hay mayores complicaciones, por vía enteral.

Detección de signos de disfunción hematológica, mediante controles hematológicos seriados que permitan detectar alteraciones de las plaquetas, disminución del hematocrito, como indicio de sangrado o leucocitosis, como indicio de infección.

Evaluación de pruebas de función renal y medición de diuresis horaria.

Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, con balance hídrico estricto cada 12 horas, ya que estos pacientes tienen pérdidas muy aumentadas.

Valoración respiratoria, aspiración de secreciones y cuidados del tubo endotraqueal, dado que la mayoría de estos pacientes están conectados a ventilación mecánica.

Manejo del dolor: si el paciente está en ventilación mecánica, debe recibir sedación con midazolam y morfina; si no está en ventilación mecánica, se debe valorar el dolor y manejar con Nefersil y Petidina en caso de necesidad.

Administración de los tratamientos indicados para las patologías anexas y las terapias antibióticas respectivas.

Evaluación del estado de conciencia del paciente y estimación de la gravedad de la intoxicación metabólica.

Cuidados del catéter venoso central y la línea arterial, con curaciones cada 24 horas en busca de signos de infección y de mal funcionamiento.

Prevención de escaras: es un paciente grave, inmóvil y generalmente muy edematoso, de manera que se debe movilizar cada 4 horas.

Cuidados de la sonda Foley: en los pacientes que están con laparotomía el exudado drena hacia abajo; hay que evitar que caiga sobre la salida de esta sonda.

Cuidados de la sonda nasogástrica o naso enteral, cuando corresponda (Vásquez, 2008).

Modelo teórico

El modelo teórico que se adapta a este proceso de investigación de enfermería es la teoría de Jean Watson “Teoría del cuidado humano”, tomando en cuenta que el cuidado es la esencia del quehacer de la enfermería. La teoría de Watson J. “Cuidado Humano”, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral y ético de

la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere que cada individuo sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Metaparadigmas de la teoría de Watson

La teoría de Watson define los siguientes metaparadigmas:

Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo,

creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

El paciente en estudio fue atendido como un ser único e integral, respetando sus creencias, costumbres y a la vez haciéndole que participe en su cuidado dentro de sus limitaciones, en un espacio o ambiente tranquilo para su debida recuperación, los cuidados de enfermería brindados fueron en forma holística, con un trato humano y con base científica que contribuyeron en la recuperación del paciente. (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Aspectos espirituales del cuidado enfermero

En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad,

respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Aspectos éticos del cuidado enfermero

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud, (Guerrero, Meneses y De la cruz, 2016).

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Estudio de caso descriptivo y analítico utilizando como metodología, el proceso de atención de enfermería, que es el método científico aplicado al cuidado del paciente siguiendo las cinco etapas: valoración donde se realizó una recolección exhaustiva de datos del paciente de manera sistemática y ordenada; en la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos significativos concluyendo en el enunciado del diagnóstico; luego, en la planificación, se realizó la priorización de los diagnósticos de enfermería; se formularon los objetivos, resultados e intervenciones de enfermería que fueron administrados en la ejecución donde se aplicaron las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta primordial el beneficio del paciente en las áreas bio psico socio espiritual; finalmente, se evaluaron los resultados donde se pudo determinar si el paciente mejoraba, empeoraba o permanecía estable.

Sujeto de estudio

Paciente adulto joven de 28 años de edad, post operado inmediato de iniciales: J.M.Ñ.

Delimitación geográfica temporal

El hospital nacional de Lima Metropolitana está ubicado en el mercado de Lima Parque Historia de la Medicina Peruana s/n fundado el 28 de febrero de 1875. Tiene un área geográfica de 29.094 metros cuadrados; consta de los siguientes servicios de consultorios externos hospitalización: medicina general, cirugía general, urología,

pediatría, neonatología, centro obstétrico, cuidados intensivos generales, cuidados intensivos cardiovasculares, cuidados intensivos neuroquirúrgicos, cuidados intensivos pediátricos, Centro quirúrgico, Unidad de Recuperación post anestésico (recuperación central, recuperación obstétrica, recuperación emergencia), servicio de emergencia donde se encuentra centro quirúrgico de emergencia con su respectiva unidad de recuperación post anestésica (URPA) consta de 6 camas para la atención del paciente post operado inmediato 10 profesionales de enfermería y 5 técnicos de enfermería en turnos rotativos diurno y nocturno, la proporción enfermera paciente es de tres a uno, 5 anestesiólogos .El ingreso de pacientes es de 16 pacientes por día, las afecciones más frecuentes: traumatismo por arma de fuego (30%), cirugías abdominales de (40%), cirugías traumatológicas (20%), y cirugías ginecológicas (10%).

La estructura física de URPA mide 16 metros por 5 metros cuadrados aproximadamente cada unidad mide 1.5 a 2 metros siendo lo ideal 3 metros, cada unidad del paciente tiene un monitor multiparámetro, oxígeno empotrado, punto de aspiración empotrado y la unidad en general cuenta con 2 ventiladores mecánicos marca Vela, coche de paro, desfibrilador, ropería, coche de preparación de medicamentos, fuera del ambiente físico hay un espacio para ropa sucia y material séptico, ambiente de ropa sucia.

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación y la entrevista como instrumento la Guía de valoración de patrones funcionales de salud creada por la teórica Marjory Gordon adaptados por la investigadora; agrupados de tal forma que permita valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo. Consta de 11 patrones funcionales: Patrón percepción-control de la salud, patrón de relaciones –rol

(aspecto social), patrón autopercepción –auto concepto tolerancia a la situación y al estrés, patrón nutricional metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad-ejercicio, patrón descanso-sueño, patrón perceptivo –cognitivo, patrón eliminación, patrón sexualidad-reproducción, patrón valores – creencias (Aguirre, 2011).

Para La revisión de la historia clínica, Kardex, registro de enfermería se utilizó la técnica de observación documentaria.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio y dando cumplimiento al plan de cuidados del paciente post operado de laparotomía exploratoria se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

Beneficencia:

La beneficencia implica dos conceptos: el de procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la Medicina, así como la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir el mal innecesario porque lo principal es el bien del paciente, de la humanidad. Se expresa esencialmente en el respeto al paciente, reflejado en los siguientes modos de actuación:

Ser competente para atenderlo.

Establecer comunicación intelectual y afectiva con sus pacientes y familiares y con el entorno social.

Autonomía:

Significa tener la libertad de elegir, tener la capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinado hecho, poder asumir la responsabilidad de sus propios actos.

Por lo tanto, es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención a su salud. Se expresa en el hecho de respetar los puntos de vista y

decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se le puedan presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con los procedimientos riesgosos, diagnósticos o terapéuticos, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tengan. A diferencia del modelo de beneficencia este principio entiende los valores y creencias del paciente como la principal consideración en la determinación de la responsabilidad del médico.

Este principio no es aplicable a todos los enfermos, pues como ocurre en Terapia Intensiva, algunos pueden estar incapacitados o incompetentes, en cuyo caso será representado por un tutor o familiar. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones.

Para efecto de la toma de decisiones no todos los pacientes hacen uso de su derecho de autonomía: unos por incapacidad absoluta (neonatos, ancianos incompetentes mentalmente, pacientes en estado comatoso), otros por incapacidad relativa (pacientes sin confianza en su propia determinación pese a la información suministrada por su médico). Tanto en una como en otra circunstancia la autonomía puede ser delegada en el médico: en la primera situación por los familiares, en la segunda por el mismo paciente.

Justicia:

Igualdad en las prestaciones asistenciales. Este principio es el que debe servir de guía para valorar éticamente la interrelación y conflictos entre los dos principios anteriores, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana. Es decir, la atención a la salud de todas las personas debe ser igual, sin distinguir ya sea por barreras económicas o sociales de ningún tipo.

En las unidades críticas todos los pacientes deben tener iguales oportunidades, tratando de conseguir el mejor resultado con el menor costo económico, humano y social.

No Maleficencia:

Es el principio moral que obliga a no dañar a los demás y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica. Sólo se debe tratar con aquello que este indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causarán daño físico ni psíquico.

Es prácticamente imposible que los 4 principios coincidan en una situación, por lo cual se debe definir una ética “mínima” que siempre debe incluir los principios de justicia y no maleficencia de forma obligatoria.

El análisis de estos principios a la luz de las normas que rigen nuestra sociedad da una idea de la magnitud de la base social de nuestro sistema, que va dirigida a la defensa del principal tesoro del ser humano: la vida y la dignidad plena del hombre.

Los valores y las interpretaciones de los principios, así como las reglas y las políticas institucionales y procedimientos son extensiones más estructuradas de principios morales. Como, por ejemplo:

Valores: confidencialidad, dignidad humana, calidad de vida.

Reglas: políticas y procedimientos para declaración de muerte cerebral, donación de órganos, fin de la ventilación mecánica y órdenes de no resucitación (ONR).

El presente estudio se llevó acabo en el establecimiento de salud hospital Dos de mayo, en el servicio de recuperación post anestésica en donde se solicitó la autorización respectiva, asimismo se solicitó la autorización del familiar ya que el paciente se encontraba bajo los efectos post anestésicos, con el transcurso de las horas el paciente en estudio también otorgo la autorización respectiva mediante un consentimiento informado,

respetando sus principios éticos como la beneficencia ya que se brindó cuidados de enfermería basados en conocimientos científicos contribuyendo al proceso de su recuperación, también se consideró la autonomía, este principio fue asumido por el familiar en las primeras horas ya que el paciente se encontraba bajo efectos post anestésicos, la justicia se vio reflejada en la atención con equidad con respecto al resto de los pacientes, el principio de la no maleficencia se evidencio mediante los cuidados de enfermería oportunos , de calidad, respetando los protocolos establecidos en el servicio, también se respetó sus derechos, valores, costumbres, creencias espirituales, se mantuvo en todo momento su privacidad evitando la divulgación de datos relativos a su salud.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería

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

Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería basados en los cinco Diagnósticos planteados se logró cumplir el 80% de los objetivos planteados y el 20% se alcanzó parcialmente.

Análisis de los diagnósticos

Limpieza Ineficaz de las vías aéreas R/C Retención de secreciones E/P Secreciones blanquecinas, disnea, FR = 28 x', roncales.

La tos es un mecanismo de defensa que tiene dos funciones básicas mantener las vías respiratorias libres de elementos extraños y expulsar las secreciones producidas en

exceso o en condiciones patológicas. Cuando la tos no es capaz de realizar dicha función se considera ineficaz (Fernández et al. 2018, p. 51).

Cuando existe una cantidad significativa de secreciones en las vías respiratorias altas y no son expulsadas correctamente los pacientes experimentan un sobre esfuerzo muscular, con riesgo de fatiga muscular. (Fernández et al. 2018, p. 51) En el ámbito de los pacientes críticos, el mal manejo de las secreciones es un determinante de insuficiencia respiratoria, fracaso de retirada de ventilación mecánica invasiva, así como fracaso de la ventilación mecánica no invasiva (Fernández et al. 2018, p. 51).

El paciente en estudio presenta secreciones blanquecinas, la cual le es difícil eliminar provocándole disnea polipnea $FR = 28 \times'$ ya que el reflejo tusígeno en él está disminuido por lo que provoca inadecuada limpieza de las vías respiratorias.

Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos E/P EVA = 8, FC = 104, facie de dolor.

Según la asociación de anestesia y dolor (ASA) el dolor post operatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones post quirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costos, aumentando el riesgo de desarrollar el dolor crónico persistente. (Pérez-Guerrero A Aragón M Torres I. 2017, p. 1) La escala visual analógica (EVA) se presenta como una línea recta horizontal de 10cm (100mm) delimitada en sus extremos por los siguientes descriptores orientados desde la izquierda "sin dolor " hacia la derecha" el peor dolor imaginable. Se instruye al paciente que marque una línea para indicar la intensidad del dolor en el

momento de la evaluación. La puntuación se mide desde el cero hasta la marca del paciente.

Se trata de una escala fácil de usar, con vocabulario y lenguaje simple. Diseñada para reflejar cambios en la intensidad, proporciona datos de forma continua. Dado que el dolor es subjetivo, la EVA permite una determinación consistente de esa subjetividad (Alonso, 2014, p. 6).

El paciente en estudio presenta dolor intenso a consecuencia de la intervención quirúrgica, la fractura de fémur que presenta, el cual lo manifiesta con facie de dolor, taquicardia, escala de Valoración EVA = 8 ptos.

Deterioro del Intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilo perfusión E/P valores de AGA: SatO₂ 80%, PO₂ 46.6, oximetría del paciente 90%, FR = 28 x´.

La adecuada relación entre la ventilación y la perfusión de las unidades alveolares de intercambio es necesaria para asegurar un correcto intercambio gaseoso; es decir, que los alveolos bien ventilados deben estar, además, bien perfundidos para que dicha ventilación sea útil. (Rodríguez et al. 2016, p. 86) Para que el aparato respiratorio realice de forma adecuada el intercambio gaseoso es necesaria la integridad de tres mecanismos que intervienen en dicho proceso: la ventilación adecuada de los espacios aéreos, la difusión de los gases a través de la membrana alveolocapilar, y la adecuada perfusión de las unidades alveolares de intercambio (Rodríguez et al. 2016, p. 85).

El paciente en estudio presenta secreciones, Sat. Oxígeno 90%, FR=28x´, valores de Aga (SatO₂ = 80% PO₂ = 46.6), lo cual limita un adecuado intercambio de gases lo cual se ve reflejado en sus valores anormales de Aga – y signos respiratorios alterados. (Foromed (2017).

Riesgo Potencial: Desequilibrio hidroelectrolítico (sodio 130mmol/L y potasio 3.1mmol/L disminución de diuresis, diuresis colúrica, sequedad de la piel, FC = 104).

La turgencia de la piel es la capacidad de este órgano para expandirse y regresar a su estado original lo que refleja su elasticidad, al analizar la turgencia se puede determinar si una persona está deshidratada (Foromed (2017)).

Aproximadamente, el 60% del peso corporal lo constituye los líquidos corporales compuestos de agua y electrolitos. Los electrolitos son minerales en el cuerpo que tienen una carga eléctrica. Se encuentran en la sangre, la orina, tejidos y otros líquidos del cuerpo. Los electrolitos son importantes porque ayudan a; equilibrar la cantidad de agua en el cuerpo, equilibrar el nivel de ácido/base (pH) del cuerpo, transportar nutrientes a las células, eliminar los desechos de las células, ayuda al funcionamiento a los nervios, músculos, corazón y cerebro de manera adecuada (Foromed, 2017).

El sodio, calcio, potasio, cloro, fosfato y magnesio son electrolitos. Los obtiene de los alimentos que ingiere y de los líquidos que bebe. Los niveles de electrolitos pueden estar demasiado elevados o demasiado bajos. Esto puede ocurrir cuando se altera la cantidad de agua del cuerpo. La cantidad de agua que ingiere debe ser igual a la cantidad que pierde. Si algo altera este equilibrio, es posible que tenga muy poca agua (deshidratación) o demasiada (hiperhidratación). Algunas medicinas, vómitos, diarrea, sudoración o problemas renales o del hígado pueden alterar su equilibrio hidroelectrolítico. (Foromed, 2017).

El aumento de la osmolaridad, densidad de la orina, está relacionada con las hormonas y su accionar sobre los riñones. Al disminuir el volumen de líquido, también disminuye el volumen de sangre que irriga los órganos blandos y los demás tejidos, es por

ello que el cuerpo compensa esta falta a través del aumento de la frecuencia cardiaca (Foromed, 2017).

La falta de volumen provoca la disminución del flujo renal y la consiguiente disminución de la producción de orina. La mucosa oral incluida la lengua es también evidencia de déficit de volumen asimismo la piel seca producto de la vasoconstricción periférica para evitar la pérdida de agua por la piel. El paciente en estudio presenta signos de falta de volumen de líquidos, para lo cual se deben planificar acciones inmediatas y restablecer el adecuado volumen de líquidos (Foromed, 2017).

Protección ineficaz R/C Perfil hematológico anormal E/P Hemograma (Hb = 8.9 mg/dl, Hto = 26.7%), palidez.

El resultado de una hemoglobina baja se denomina anemia, disminución de los glóbulos rojos que contiene la sangre, teniendo en cuenta que los valores normales: hombre, Hb: (14-18 mg/dl) Hto: (40-54%)

El tratamiento indicado en estos casos es la transfusión sanguínea que consiste en la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor), teniendo en cuenta que la hemoglobina se encarga del transporte de oxígeno a todas las células de nuestro organismo (Piñeiro, 2018).

Paciente en estudio presente un nivel de hemoglobina de 8.9 mg/dl, producto del trauma abdominal cerrado y las pérdidas durante el acto quirúrgico.

Discusión

La limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con la retención de secreciones se considera prioritario, el cual debe ser atendida inmediatamente, el paciente en estudio presento esta complicación en el post operatorio inmediato el cual se solucionó mediante la nebulizaciones, medicamentos prescritos, ejercicios respiratorios y fisioterapia respiratoria logrando de esta forma movilizar las secreciones, disminuir la frecuencia respiratoria, y los roncaste; Galarza (2013) en el estudio aplicación en el proceso de atención de enfermería a pacientes con diagnóstico médico laparotomía exploradora, identifica como dato significativo el riesgo de aspiración de secreciones ya que este se puede convertir en una complicación que pone en riesgo la vida del paciente.

Fernández et al. (2018) refiere que cuando existe una cantidad significativa de secreciones en las vías respiratorias altas y no son expulsadas correctamente los pacientes experimentan un sobre esfuerzo muscular, con riesgo de fatiga muscular, el mal manejo de las secreciones es un determinante de insuficiencia respiratoria, se logró alcanzar con el objetivo trazado en un 100%.

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilo perfusión, la presencia de secreciones en la vía aérea y su dificultad para eliminarlo lleva al paciente a un inadecuado intercambio de gases además el diafragma no se expande correctamente para cumplir un adecuado ciclo respiratorio, el paciente en estudio presento esta complicación post operatoria, el cual se recuperó mediante la administración de la oxigeno terapia, monitorización de frecuencia respiratoria constante, controles de Aga y administración de corticoides prescritos dando como resultado una mejora en el resultado de gasometría arterial. PO₂ 85, Sat O₂ 94%.

Según Rodríguez et al. (2016), para que el aparato respiratorio realice de forma adecuada el intercambio gaseoso es necesario la integridad de tres mecanismos que

intervienen en dicho proceso: la ventilación adecuada de los espacios aéreos, la difusión de los gases a través de la membrana alveolo capilar y la adecuada perfusión de las unidades alveolares, se logró alcanzar el objetivo parcialmente.

El dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos es uno de los problemas más frecuentes que identifica la enfermera, el paciente en estudio presentó dolor agudo durante su permanencia en la unidad de recuperación post anestésica (URPA) del hospital Dos de Mayo logrando mitigar o disminuir este dolor evaluado según la escala de valoración analógica (EVA) de 8 a 4 puntos con intervenciones de enfermería y administración de analgésicos prescritos, en el estudio que realizó Galarza (2013) considero como dato significativo el dolor agudo para luego plantear un plan de cuidados donde el dolor fue uno de los diagnósticos priorizados. Según la Asociación de anestesia y dolor (ASA 2015), el dolor agudo es un conjunto de diversas experiencias sensoriales, emocionales y mentales desagradables, asociadas con respuestas autonómicas, endocrino – metabólicas, fisiológicas y conductuales en mi experiencia he podido observar que el dolor agudo no solamente calma con analgésicos sino también con confort, ambiente tranquilo, cambios posturales, se logró alcanzar el objetivo en un 100%.

CP: Desequilibrio electrolítico, la pérdida activa del volumen de líquido por ileostomía, pérdidas insensibles en acto quirúrgico, pérdida de sangre lleva al paciente a un desequilibrio hidroelectrolítico esto puede crear muchos síntomas basado en el nivel de electrolito afectados si los resultados del análisis de sangre indican niveles alterados de potasio, magnesio, sodio o calcio, el paciente puede experimentar espasmos musculares, debilidad, espasmos o convulsiones, se logró alcanzar el objetivo en un 100%.

Los niveles bajos en los resultados de los análisis de sangre pueden provocar: latidos del corazón irregulares, confusión, cambios en la presión sanguínea, trastornos del sistema nervioso, es por ello que la intervención de enfermería debe ser oportuna para evitar complicaciones severas que se suma al estado de salud del paciente en estudio, en este caso se realizó restos de sodio y potasio que luego fueron evaluados con el examen de laboratorio indicado.

La pérdida de líquidos en un paciente quirúrgico es una complicación en el postoperatorio inmediato ya que estos no son cuantificados adecuadamente para su respectiva reposición. En el paciente en estudio, se pudo observar que el balance hídrico de sala de operaciones fue negativo, esto quiere decir que las pérdidas no fueron repuestas oportunamente ya que el paciente presentaba características de deshidratación como sequedad de la piel, taquicardia, disminución del volumen de orina por hora, orina colúrica, el cual fue solucionado con las intervenciones de enfermería: administración de líquidos intravenosos, cuantificación de contenido de ileostomía, balance hídrico estricto, valoración del estado de hidratación, logrando mejorar la cantidad y aspecto de la orina, piel y mucosa más hidratada, frecuencia cardíaca 85 x minuto.

Gutiérrez (2017) en sus estudios efectos que produce ser portador de una colostomía en la calidad de vida de los pacientes de lo unidad de curación de heridas, observo que los pacientes portadores de colostomía presentan efectos negativos en la dimensión física con un 53.1 %. Foromed (2017) refiere que la falta de volumen de líquidos provoca la disminución del flujo renal y la consiguiente disminución de la producción de orina, la mucosa oral incluida la lengua es también evidencia de déficit de

volumen así mismo la piel seca producto de la vasoconstricción periférica para evitar la pérdida de agua por la piel.

Protección ineficaz relacionado con perfil hematológico anormal, la pérdida de sangre del paciente causa una disminución en la hemoglobina que es el componente principal del sistema inmunológico, debido a esto el paciente tendrá una disminución de la capacidad para protegerse de las amenazas internas o externas como enfermedades o lesiones. El paciente en estudio presenta una hemoglobina baja (8.9 mg/dl) que se pudo recuperar gracias a las siguientes acciones de enfermería, transfusión de paquete 01 paquete globular, un adecuado lavado de manos, uso de medidas de bioseguridad con el cual se pudo asegurar que el paciente esté libre de infecciones y lesiones de agentes internos y externos, se logró alcanzar el objetivo trazado en un 110%.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusión

Luego de haber aplicado el proceso de atención de enfermería al paciente con diagnóstico de laparotomía exploratoria sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje penrose, se evidenció cambios en su estado de salud. Se logró permeabilizar las vías aéreas en su totalidad con las intervenciones de enfermería como colocar al paciente en posición semifowler, nebulizaciones, administración de medicamentos prescritos, ejercicios respiratorios y fisioterapia respiratoria, administración de oxígeno teniendo como resultado secreciones fluidas en menor cantidad, eliminación de secreciones con facilidad, disminución de ruidos respiratorios roncales, y así se mantuvo un adecuado intercambio gaseoso, viéndose reflejado en la mejora de los resultados de gasometría arterial.

Durante la estancia del paciente en la unidad de URPA refirió la disminución del dolor en 4 puntos según la escala de EVA, viéndose reflejado en su expresión facial relajada; esto se logró mediante la administración de analgésicos prescritos, valoración de la escala del dolor EVA, evaluación de la eficacia de los analgésicos, brindar comodidad y confort, también se logró corregir el equilibrio electrolítico, en su totalidad, con los cuidados de enfermería como, administración de líquidos intravenosos, dos retos de potasio, administración de dos sodios en la dextrosa 5%, cuantificación de contenido de ileostomía, balance hídrico estricto, lográndose una diuresis mayor de 50ml por hora, orina de aspecto claro, piel y mucosas claras, frecuencia cardíaca 85 x minuto, en el control de electrolitos en sangre se pudo observar un sodio de 138mmol/L, potasio 3.8mmol/L, se

logró llegar a los valores normales de electrolitos, el paciente se mantuvo protegido de amenazas internas y externas en su totalidad con intervenciones de enfermería realizadas como un adecuado lavado de manos, y medidas de bioseguridad, transfusión de paquete globular, lográndose mejorar los resultados de hemograma : hemoglobina 9,5 mg/dl; hematocrito 28.5%.

Recomendaciones

Se recomienda lo siguiente:

Realizar protocolos de atención de los pacientes según su diagnóstico post operatorio en la unidad de recuperación post anestésica.

Actualizar el formato de monitoreo y valoración de los pacientes en la unidad de recuperación post anestésica.

Realizar cambios en el formato de balance hídrico de la unidad de recuperación post anestésica para una monitorización con un intervalo de 6 horas.

Disponer de recursos físicos, humanos, equipos biomédicos en la unidad de recuperación post anestésica, necesarios para una atención de calidad en la atención de la paciente egresada de una cirugía.

Referencias

Pérez-Guerrero A Aragón M Torres, 2017. Dolor post operatorio: ¿Hacia dónde vamos?
Revista de la Sociedad Española del Dolor vol. 24 (1) pp: 1-3

Fernández-Carmona A Olivencia-Peña L Yuste-Ossorio M Peñas-Maldonado. 2018. Tos
ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar L Medicina Intensiva vol:
42 (1) pp: 50-59

Rodriguez-Buenahora R Ordoñez-Sánchez S Gómez-Olaya J Camargo-Lozada M. 2016.
Prone position in the Acute Respiratory Distress Syndrome, physiology to clinical
practice Medicas UIS vol: 29 (2) pp: 81-101

Enciso Olivera C Gómez Duque M Durante Flórez R Danetra Novoa C Buelvas Díaz J.
2016. Comportamiento de la hemoglobina en los pacientes críticos: Un análisis de la
práctica transfusional en una unidad de cuidados intensivos. Acta Colombiana de
Cuidado Intensivo vol: 16 (4) pp: 254-261

Doenges, M. , Moorhuose, M.F. y Muer, A. (2010), Planes de cuidados de Enfermería (7^{ma}
Edición) México: Mc Graw Hill.

Nanda Internacional (2015-2017). Diagnósticos Enfermeros Defunciones y Clasificación.
España: Elsevier.

Guerrero R, Meneses M. y De La Cruz M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015., Rev enferm Herediana, 9(2) ,131-32.

Torrens M. (14 – 9 – 2015). INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL HEMOGRAMA Rev. Med. Clin. CONDES 26 (6) p 713 – 725.

E. Gregory Thompson, MD - Medicina interna & Adam Husney, MD - Medicina familiar & Martin J. Gabica, MD - Medicina familiar

W. Manzanares e I. Aramendi. 2010 Hiperglucemia de stress y su control con insulina en el paciente crítico: evidencia actual Med Intensiva.2010;34(4):273–281 www.elsevier.es/medintensiva

Marjory Gordon. 2015 Vademécum Farmacológico Peruano. Nelara. www.vademecumvgm.com Manual de diagnósticos de enfermería 11ava. Editorial McGrawHill. 2007.

Pérez ZGA, Gonzales JLL. 2015. Caracterización del trauma abdominal cerrado Medicentro pagina 21 – 24 www.medigraphic.com vol. 1

Adrianzen Estrella, Marcia Modesta. 2016. Características clínicas y quirúrgicas de pacientes con trauma abdominal que fueron sometidos a laparotomía exploratoria en sala de operaciones de emergencia del servicio de cirugía general del hospital Daniel Alcides Carrión.

Manuel García Ávila – **Desequilibrio** Hidroeléctrico y Ácido-Base • El organismo dedica gran cantidad de energía en mantener el predominio en:
https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/03/mq_deseq... · Archivo
PDF

Apéndice

Apéndice A: Guía de Valoración

GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA URPA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: <u>JEFERSON MEDRANO NAUPA</u>	Fecha de nacimiento: <u>06-01-90</u> Edad: <u>28</u> Sexo: <u>M</u>
Fecha de ingreso al servicio: <u>26/01/18</u> Hora: <u>9^{pm}</u> Grupo Sanguíneo: <u>A1</u> RH: <u>+</u>	
Procedencia: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	N° H.CL.: <u>2462745</u>
Peso: <u>70kg</u> Estatura: <u>1.60</u> Condición: Particular () SIS (x) SOAT ()	
Dx. PRE Operatorio: <u>Trauma Abdominal cerrado - fémur</u> Intery. Quirúrgica Realizada: <u>LPE: Sutura de Ciego + Resección I. Calt J. Kosta</u>	
Dx. Post Ope: <u>Ruptura de Ciego + Peritonitis fecal Hematomas intraperitoneal - Necrosis Ileon</u>	
Médico cirujano: <u>Dr. Camero</u> Médico Anestesiólogo: <u>Dr. PUN</u>	
Tiempo Oper: <u>2h50'</u> Fecha de valoración: <u>26-01-2018</u> F. V.: PA: <u>90/50</u> FC: <u>104</u> FR: <u>28</u> T°: <u>36°C</u>	

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas:
 HTA () DM () Gastritis/ulcera (x) TBC () Asma () Cardio. ()
 VDRL () HIV () SIFILISIS () Anticonceptivos () Especificar: _____
 Otros _____ Sin problemas importantes _____

Intervenciones quirúrgicas NO () SI (x)
LPE: Por Arma de fuego Pafia Gotica 2015

Alergias y otras reacciones _____

Fármacos: _____
 Alimentos: _____
 Otros: _____

Factores de riesgo
 Consumo de tabaco NO () SI () Consumo de drogas NO () SI ()
 Consumo de alcohol NO () SI (x)

Medicamentos (indicación médica) _____

PATRON DE RELACIONES-ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Trabajos esporádicos en construcción
 Estado civil: Soltero () Casado/a ()
 Conviviente (x) Divorciado/a () Otro _____

¿Con quién vive?
 Solo () Con su familia (x) Otros _____
 Fuentes de apoyo: Familia (x) Amigos () Otros _____
 Fam. Responsable: Su pareja
 Dirección: _____ Fono: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRESS

Estado emocional:
 Colabora () No Colabora () Tranquilo () Ansioso (x)
 Negativo () Triste-lloroso () Reservado () Temeroso ()
 Irritable (x) Indiferente ()
 Preocupaciones principales /comentarios:
Me preocupa cuando me operaran de la pierna

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Piel: Fria () Caliente () Tibia () Turgente ()
 Coloración: Normal () Pálida (x) Cianótica () Ictérica ()
 Hidratación: SI () NO (x)
 Integridad de la piel: Intacta () Lesiones (x) UPP ()
 Especificar: Escoriaciones en brazo derecho
 Rash: NO (x) SI () Equimosis en muslo izquierdo
 Especificar: _____
 Descripción: _____
 Cavidad Bucal:
 Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta (x) Prótesis ()
 Mucosa oral: Seca (x) Hidratada () Intacta () Lesiones ()
 Tamaño: _____
 Nauseas (x) Vómitos () Hematemesis () Pirosis () Cantidad: _____
 SNG: NO () SI (x) Alimentación () Drenaje: A gravedad bilioso 200cc
 Abdomen: B/D () Globuloso () Distendido (x) Timpánico () Doloroso ()
 RHA: Presentes () Disminuidos (x) Ausentes () Aumentados ()
 Herida operatoria
 Sangrado herida operatoria: Nulo (x) Escaso () Moderado () Severo ()
 Cantidad: _____ Drenaje (x) Especifique: DPA 80cc Serohemático
 Características: Seroso () Serohemático (x) Hemático ()
 Oclusión herida operatoria: Apósito (x) Gasa () Steri Strip ()
 Venda elástica () otros: _____
 Comentarios adicionales: Sangrado sop 400cc - BHE (OP); -150 Coagulos en Cavidad Abdominal en SOP 60cc

PATRON DE ELIMINACION

Presencia de líneas invasivas:
 Tipo: Sonda Foley SI (x) NO () Talla Vesical SI () NO ()
 Irrigación vesical: SI () NO () Cant. por pasar: _____
 Características de la orina: Clara () Colúrica (x) Hematúrica () Sedimentosa ()
 Cantidad: 200cc
 Colostomía: SI () NO (x)
 Características: Ileostomía 200cc heces líquidas verdosas
 Comentarios adicionales: _____

PATRON DE ACTIVIDAD- EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Superficial (x) Profunda
 Disnea: NO () SI (x)
 Polipnea: NO () SI (x)
 Otros: FR=28 x'
 Bronco espasmo: NO (x) SI ()
 Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos () Ausentes ()
 Crepitantes () Roncantes (x) Sibilantes ()
 Tos ineficaz: NO () SI (x)
 Reflejo de la tos: Presente () Disminuido (x) Ausente ()
 Secreciones: NO () SI (x)
 Características: blanquesina
 O2: NO () SI (x) Modo: Mazara Resonancia /min FIO2: 100% 15lt x'
 TET () Traqueotomía () VM () TM) Sat O2: 96% e/oxigeno-90% sin oxigeno
 Drenaje torácico: D/I NO (x) SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardiacos: Rítmicos (X) Arrítmicos ()
 Pulso: 104 Regular (X) Irregular ()
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Llenado capilar: > 2"
 Edema: NO () SI (X) Localización: Muslo Izquierdo
 ++

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

Riego periférico

MII Tibia X Fría Caliente
 MID Tibia X Fría Caliente
 MSI Tibia X Fría Caliente
 MSD Tibia X Fría Caliente
 Marcapaso: NO (X) SI ()

Presencia de líneas invasivas:
 Catéter Venoso periférico: en Miembro Superior Izquierdo
 Catéter Central: Subclava Izquierdo
 Línea arterial: _____
 Catéter epidural: _____

Transfusiones SI (X) NO () VENDAJES SI () NO () Especifique: Papete Globalor

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente () 3= Totalmente dependiente ()
 2= Parcialmente dependiente (X)

Movilidad de miembros: Conservada (X) Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (X)
 Comentarios adicionales: en Miembro Inferior Izquierdo
fractura femur Izquierdo

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Problemas para dormir: NO () SI (X) Especificar: dolor

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor EVA:

Puntaje 0 al 10: 8ptos refiere: Tengo mucho dolor

ESCALA DE SEDACION - AGITACION RASS:

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

HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE

ESCALA DE ALDRETE:

Escala de Aldrete	0	1	2
Actividades		X	
Respiración		X	
Circulación		X	
Estado de conciencia		X	
Saturación De oxígeno		X	
TOTAL		5	

PATRON SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()
 Características: De acuerdo a su edad.
 Tapón Vaginal: NO () SI ()

PATRON VALORES - CREENCIA

Religión: católica
 Restricciones religión: _____
 Comentarios adicionales: _____

Tratamiento médico actual: CI Naloxona 1mg IV > I
Dextrosa 5% 100ml (KCI) > II III
Ceftriaxona 2g E.V q/24h. - Beto K (1amp) - I-II
Omeprazol 40mg E.V q/24h.
Metronidazol 500mg E.V q/8
Metronidazol 500mg E.V q/8
Tramadol 100mg + Metoprolol 10mg / 100mg / 100mg E.V q/8
Acido tranexámico 1g E.V q/8 - Metamizol 1.5g E.V q/8
Hydrocortisona 100mg E.V q/8 - Poligelina 3x5l - Papete Globalor I
Nebulizaciones con sal F (3v. skt) luego q/4h. - Bicarbonato Na 3amp IV q/8

Exámenes de laboratorio:
Hemoglobina 8.9 mg/dl - Glucosa 121 mg/dl
AGA Electrolytes
pH: 7.30 Na: 130 mmol/L
PCO2: 35.5 K: 3.1 mmol/L
PO2: 46.6 Cl: 106 mmol/L
SaO2: 80%

[Firma]

 Lic. en Enfermería
 CEP. 34236
 Firma y Sello de la Enfermera

Apéndice B: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROPOSITO Y PROCEDIMIENTOS

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico "Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria con sutura de ciego en la unidad de recuperación post anestésica del hospital nacional dos de mayo lima 2018, el objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente en el post operatorio inmediato, este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Edith De la Cruz Palomino bajo la asesoría de la la profesora María Teresa Cabanillas Chávez la información otorgada atreves de la guía de valoración entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizaran solo 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 información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomaran 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.

Jefferson Medrano Ñaupá.

DNI: 47576129


Fecha: 26-01-2018



Firma

Apéndice C: Kardex de enfermería

LPE: Sutura de Arco + Resección I local
 Lesiones de Cavidad + Infección + D.P.R. (1)


Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud **HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

DIAGNOSTICO:
FECHA Y OPERACIÓN: 26-1-2018 **CIRUJANO:** Camero **FECHA DE INGRESO:**

NOMBRE: Adriano Nampa Jefferson **EDAD:** 28 **CAMA:** 1 **SERVICIO:** Recup. E.M.G. **H. C.:** 2462745

TERAPÉUTICA	FECHA:	DIETA:	OBSERVACIONES
	26/1/18	NPO	
		SNG a gored	
CFV T RNR			
Cloruro de Sodio 9% 1lt			
Polipéptido 3.5% 500cc			
Papete Glabular			
Dextrosa 5% 1000cc			
Cl Na 20% (2) Cl K 20% (1)			
Ceftriaxona 2g E.V. q24h		10pm	
Dexametasona 4mg E.V. q24h		16pm	
Mefenidol 500mg E.V. q8h		28-6	
Tramadol 100mg			
Metoclopramida 10mg q8h		940-5	
Cl Na 9% 100ml			
Metamizol 1.5g E.V. q8h		940-5	
Hidrocortisona 100mg E.V. q8h			
Ketoprofeno 100mg E.V. q8h		10-6	
Nebulización Scc + Sef 3v		10-10-10	
Fenilol 5gt 1stat			
(3 v 2ca. fenilol, 2 v 10 Sef)			
luego q/4h.		2-6	

9^B

Apéndice D: Fichas farmacológica

Ceftriaxona

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre comercial: Cefalogen, Rocephin; Ceftriaxone, Cefazona.

Clasificación: Cefalosporina de cuarta generación.

Indicaciones: En tratamiento de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la Ceftriaxona, tales como: Septicemia, infecciones de huesos y articulaciones, infecciones pélvicas de la mujer, infecciones intra abdominales, neumonía, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones complicadas de las vías urinarias producidas por organismos sensibles, infecciones del tracto respiratorio bajo, tratamiento de la meningitis en niños y adultos, de la gonorrea endocervical y uretral no complicada y en profilaxis de infecciones peri operatorias. El uso de este medicamento exige diagnóstico y supervisión médica.

Mecanismo de Acción: El anillo betalactámico es parte de la estructura de las cefalosporinas, por lo tanto, la ceftriaxona es un antibiótico betalactámico. El modo de acción de estos antibióticos es la inhibición de la síntesis de la pared celular de las bacterias, específicamente por unión a unas proteínas bacterianas llamadas "proteínas ligados de la penicilina (PBPs).

Reacción adversa/efectos adversos: Frecuentes: diarrea, náusea, vómito, eosinofilia, trombocitosis, leucopenia, tromboflebitis por IV .Poco frecuente: Reacciones alérgicas, colelitiasis, hipoprotrombinemia, colitis pseudimembranosa. Raras: anemia hemolítica, problemas hepáticos y renales (nefritis intersticial), discrasia sanguínea, convulsiones, necrosis epidérmica, trombocitopenia, desorientación, confusión, alucinaciones, hipersensibilidad tipo anafilaxia, mucocutánea, fiebre, candidiasis oral y vaginal, reacciones tipo enfermedad del suero, síndrome de Stevens-Johnson.

Dosis: La clásica dosis de entrada es de 1 g vía intravenosa cada día, aunque la dosificación tiene que ser ajustada para pacientes de menos edad. Dependiendo del tipo y la severidad de la infección, la dosis varía entre 1-2 g cada 12-24 h vía intravenosa o intramuscular.

Cuidados de Enfermería:

Lavado de manos

Tener en cuenta los once correctos.

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

La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y la zona de inyección.

Durante la administración controlar los signos vitales. y B.H.

Al administrar por vía EV diluir con 80 cc de CLNa 0.9% y el tiempo de infusión tiene una duración de 30 minutos.

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 pseudomembranosa moderada.

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

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

Omeprazol

Nombre genérico: Omeprazol.

Nombre comercial: Omapren, Ulcesepr, Ulceral.

Clasificación: Inhibidores de la bomba de protones (IBPS)

Indicaciones: Se usa para tratar los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y otras afecciones causadas por el exceso de ácido en el estómago. También se usa para potenciar la curación de la esofagitis erosiva (daño en el esófago causado por ácido en el estómago). El omeprazol también puede administrarse junto con antibióticos para tratar la úlcera gástrica debida a una infección por helicobacter pilori (H.pylori).

Mecanismo de Acción: El omeprazol pertenece a un grupo de fármacos llamados inhibidores de la bomba de protones (IBPS). Estos fármacos disminuyen la producción de ácido mediante el bloqueo de una enzima de la pared del estómago encargada de producir ácido. Esta reducción de la acidez con IBPs previene las úlceras y tiene un efecto curativo sobre las úlceras existentes en el esófago, estómago y duodeno.

Reacciones adversas/efectos adversos: En ocasiones, durante el tratamiento con omeprazol pueden ocurrir molestias tales como dolores de cabeza, dolor abdominal, náuseas, diarreas, vómitos o flatulencia. Si cualquiera de estos efectos persiste por más de unos pocos días o empeora, consulte con su médico. Informe a su médico de forma inmediata si usted experimenta cualquier reacción grave o inusual durante el tratamiento con este producto.

Dosis: Su médico debe indicar la dosis y el tiempo de tratamiento adecuado para su caso. En general, las indicaciones recomendadas y las dosis usuales para estas indicaciones en pacientes adultos son las siguientes:

Tratamiento de corto plazo de la úlcera duodenal activa: 20 mg una vez al día por 4 a 8 semanas.

Erradicación de la infección por H pylori: 20 mg una vez al día, en conjunto con 500 mg de claritromicina y 1000 mg de amoxicilina dos veces al día por 10 días. Luego de finalizado este esquema, continuar omeprazol por 2 semanas más.

Úlcera gástrica: 40 mg una vez al día por 4 a 8 semanas.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico: 20 mg una vez al día por 4 semanas. En pacientes con esofagitis erosiva la dosis recomendada es de 20 mg al día por 4 a 8 semanas.

Terapia de mantenimiento en pacientes con esofagitis erosiva: 20 mg una vez al día.

Condiciones de hipersecreción patológica de ácido: La dosis varía de acuerdo a cada paciente. La dosis de inicio recomendada es de 60 mg una vez al día.

Cuidados de Enfermería

Lavado de manos

Tener en cuenta los once correctos.

La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y la zona de inyección.

Tomar el medicamento en ayunas (1 hora antes o 2 horas después de las comidas), se administra una vez al día hacerlo por las mañanas, no se puede triturar (cápsulas de micro esferas entéricas). Abrir la cápsula e ingerir su contenido.

Observar si hay signos y síntomas de diarrea, náuseas o vómitos

Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, náuseas, estreñimiento, vómitos y flatulencias.

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento

Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impactación.

Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento

Identificar factores (medicación, bacterias, alimentación) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de diarreas

Vigilar signos vitales y valores de laboratorio, aumento de las enzimas hepáticas.

Controlar si hay efectos adversos locales o sistémicos y adversos de la medicación como erupciones, dermatitis y/o prurito, urticaria

Vigilar valores de laboratorio Hipomagnesemia

Vigilar el nivel de conciencia Comprobar el nivel de orientación Cefaleas, mareos, parestesias, somnolencia, insomnio y vértigo

Metronidazol

Nombre genérico: Metronidazol

Nombre comercial: Flagyl

Clasificación: Bactericida, Amebacida y Tricomonacida.

Indicaciones: Está indicado en giardiasis, amibiasis intestinal, tricomoniasis.

Los óvulos vaginales son una alternativa a la vía oral en el tratamiento de la vaginitis por tricomonas

Mecanismo de acción: El Metronidazol tiene una acción bactericida, amebicida y tricomonocida. Es ionizado a pH fisiológico y fácilmente absorbido por los microorganismos anaeróbicos o por los parásitos. En los microorganismos o los parásitos susceptibles, el metronidazol es reducido por unas proteínas transportadoras de electrones de bajo potencial de reducción.

Reacción adversa/efectos adversos: Rubor, cefalea, confusión, fiebre, incoordinación, irritabilidad, insomnio, mareo, vértigo, rash eritematoso, urticaria, dismenorrea, disminución de la libido, anorexia, cólico abdominal, diarrea, epigastralgia, estomatitis, estreñimiento, glositis, lengua saburral, náuseas, proctitis, sabor metálico en la boca, vómito, xerostomía, cistitis, disuria, incontinencia, orina oscura, poliuria, vaginitis, neutropenia (reversible), trombocitopenia (reversible,Rara), debilidad, neuropatía periférica, congestión nasal, faringitis, rinitis, sinusitis.

Dosis: Si las condiciones lo permiten, debe preferirse la administración oral sobre la intravenosa o utilizar terapia secuencial intravenosa-oral, por la alta biodisponibilidad oral.

Adultos

Amebiasis Intestinal

750mg VO c/8 h por 5 a 10 días. Centros de Control y Prevención de Enfermedades recomiendan la adición de iodoquinol 650mg VO c/8h al día por 20 días.

Absceso hepático causado por ameba

500mg a 750mg VO c/8 h por 5 a 10 días, alternativamente 2,4g/día VO por 1 a 2 días ó 500mg/Kg. IV c/6 h por 10 días. Infección bacteriana anaeróbica: dosis inicial 15mg/Kg. IV, seguido por la dosis de mantenimiento de 7,5mg/Kg. IV c/6 h. Dosis máxima al día IV o VO es 4g. La duración usual es de 7-10 días, pero las infecciones más serias requieren de 2 a 3 semanas de tratamiento.

Vaginosis bacteriana

500mg c/12h por 7 días. Alternativamente, 2g VO dosis única ó 750mg una vez al día por 7 días. En el embarazo, 250mg VO c/8 h por 7 días. Balantidiasis: 750mg c/8h por 5 días. Diarrea y colitis por *Clostridium difficile*: 750mg a 2g VO diarios, dividida en 3 a 4 dosis por 7 a 14 días. Alternativamente, 500mg a 750mg IV c/6-8h cuando la dosificación oral no es apropiada.

Enfermedad de Crohn

No ha sido establecida, pero 400mg c/12 h ó 1g/día ha sido efectivo. Dracunculosis: 250mg c/8h por 10 días. Giardiasis: 250mg c/8 h por 5-7 días. Alternat *Helicobacter pylori* asociado con ulcera péptica: 250 a 500mg VO c/6-8 h al día (en combinación con amoxicilina, tetraciclina, bismuto subsalicilato u otros medicamentos) por 7 a 14 días dependiendo del régimen usado.

Uretritis no gonocócica

2g VO dosis única, en asociación con eritromicina por 7 días. Enfermedad inflamatoria pélvica: 500mg IV c/8 h, en asociación con ofloxacino o levofloxacino IV, cuando el tratamiento oral es indicado, 500mg c/12 h en asociación con

ofloxacino Tricomoniasis: 2g VO dosis única ó 500mg VO c/12 h por 7días, en ambos mujer y hombre; intravaginal, 500mg/día al acostarse por 10 a 20 días.

Tricomoniasis refractaria

retratamiento con 500mg VO c/12 h por 7 días ó 2g una vez al día por 3-5 días.

Profilaxis peri operatoria en cirugía colorectal

15mg/Kg. en infusión IV durante 30 a 60 minutos 1 h antes del procedimiento si es necesario, luego 7,5mg/Kg. en infusión en 30 a 60 minutos de 6 a 12 h después de la dosis inicial.

Niños

Amebiasis Intestinal y absceso hepático

30 a 50mg/Kg./días VO dividido en tres dosis por 5 a 10 días. Siguiendo esta terapia con iodoquinol oral.

Vaginosis bacteriana

15mg/Kg./días dividido en 2 dosis por 7 días, en la prepubertad con peso menor de 45 Kg. Dosis máxima 1g.

Balantidiasis

35-50mg/Kg./días dividido en 3 dosis por 5 días. Diarrea y colitis por Clostridium difficile: 30-50mg/Kg./días dividida en 3 a 4 dosis por 7-10 días.

Dracunculosis

20mg/Kg./días dividido en 3 dosis por 10 días.

Giardiasis

15mg/Kg./días dividido en 3 dosis por 5-7 días.

Tricomoniasis

Niños con peso menor de 45 Kg. 15mg/Kg./días dividido en 3 dosis por 7 días
ivamente, 2g/día por 3 días. En coexistencia con amebiasis, 750mg c/8h por 5-10
días.

Cuidados de Enfermería:

Lavado de manos

Tener en cuenta los once correctos.

La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y la zona de
inyección.

Vigilar signos de epigastralgias

Administrar las tabletas con alimentos para disminuir el malestar
gastrointestinal.

Las tabletas pueden ser trituradas para facilitar su administración.

Evitar el alcohol durante la terapia y 48 h después de la última dosis.

Ácido Tranexámico

Nombre Genérico: Ácido Tranexamico.

Nombre Comercial: Transamin

Clasificación: Antihemorrágico, Antifibrinolíticos, Aminoácidos.

Indicaciones: Prevención y tratamiento de hemorragias causadas por fibrinólisis
local o general en adultos y niños mayores de un año.

Las indicaciones específicas incluyen: Hemorragias causadas por fibrinólisis
general o local, tales como:

- Menorragia y metrorragia,
- Sangrado gastrointestinal,

- Trastornos urinarios hemorrágicos, además de la cirugía prostática o de procedimientos quirúrgicos que afectan al tracto urinario,
- Cirugía de nariz, oídos o garganta (adenoidectomía, amigdalotomía, extracciones dentales), - Cirugía ginecológica o trastornos de origen obstétrico
- Cirugía abdominal y torácica y otras intervenciones quirúrgicas mayores, como la cirugía cardiovascular.
- Manejo de la hemorragia causada por administración de un agente fibrinolítico.

Mecanismo de Acción: El ácido tranexámico bloquea el punto de enlace de la lisina en la enzima de la fibrinólisis plasmina, esencial para el enlace de la plasmina a la fibrina. De este modo se bloquea el efecto normal de la plasmina, la disolución de coágulos (fibrinólisis). En dosis reducidas, el ácido tranexámico actúa como inhibidor competitivo de la plasmina, en dosis elevadas como inhibidor no competitivo.

Reacción Adversa/Efectos Adversos: Náuseas, vómitos, diarreas; malestar con hipotensión, con o sin pérdida de la conciencia (tras inyec. IV rápida, de forma excepcional después de una administración oral), Trombosis venosa o arterial en cualquier localización; convulsiones; reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxis.

Dosis: Adultos. Salvo se prescriba de manera distinta, se recomiendan las siguientes dosis: Tratamiento estándar de la fibrinólisis local: 500 mg (1 ampolla de 5 mL) a 1000 mg (1 ampolla de 10 mL o 2 ampollas de 5 mL) de ácido tranexámico por inyección intravenosa lenta (= 1 mL/minuto) de dos a tres veces al día.

Tratamiento estándar de la fibrinólisis en general: 1000 mg (1 ampolla de 10 ml o 2

ampollas de 5 ml) de ácido tranexámico por inyección intravenosa lenta (= 1 mL/minuto) cada 6 a 8 horas, lo equivalente a 15 mg/kg de peso corporal (PC). Niños: Mayores de 1 año, la dosificación está en la región de 20 mg/kg/día. Sin embargo, los datos sobre la eficacia, la posología y la seguridad para estas indicaciones son limitados. La eficacia, la posología y la seguridad del ácido tranexámico en niños sometidos a cirugía cardíaca no se han establecido plenamente. Ancianos: No es necesaria ninguna reducción de dosis a menos que haya evidencia de insuficiencia renal. Forma de administración La administración se limita única y exclusivamente a aplicar lentamente la inyección intravenosa.

Cuidados de Enfermería

No debe administrarse mezclado con soluciones para infusión que contengan penicilina.

En caso de hematuria masiva también debe emplearse con precaución por el peligro de una obstrucción uretral.

El ácido tranexámico no deberá ser administrado en pacientes con una historia de convulsión.

Los pacientes con una tendencia trombótica pronunciada no deben ser tratados con ácido tranexámico, excepto que se administre simultáneamente un anticoagulante.

Verificar los 11 correctos.

Vigilar signos vitales.

Metoclopramida

Nombre Genérico: Metoclopramida (antiemético)

Nombre Comercial: Primperan

Clasificación: Gastrocinético, Antiemético central y periférico.

Indicaciones: Tratamiento sintomático y preventivo de náuseas y vómitos: Reflujo gastroesofágico (RGE) e hipo. Trastornos funcionales de la motilidad digestiva: Gastroparesia. Coadyuvante en la intubación intestinal (exploraciones del tubo digestivo) y en examen radiológico. Prevención y tratamiento de las náuseas y de la emesis provocadas por radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia antineoplásica

Mecanismo de Acción: El efecto antiemético resulta de dos mecanismos de acción: Antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina (vómito inducido). Antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT₃ y antagonismo de los receptores 5-HT₄ implicados en el vómito provocado por la quimioterapia. La metoclopramida estimula por tanto los movimientos peristálticos, esto se traduce en un aumento de la presión del cardias y una relajación del píloro, un aumento de la velocidad de vaciamiento gástrico y un aumento del peristaltismo esofágico e intestinal. Efecto pro cinético. La metoclopramida es un agonista de receptores serotoninérgicos 5-HT₄, que producen la liberación de acetilcolina en el plexo mi entérico de Auerbach. Estos efectos podrían ser también debidos a la potente inhibición de los receptores dopaminérgicos D2 a nivel periférico

Reacción adversa/efectos adversos: A nivel neurológico, inquietud, debilidad, reacciones extrapiramidales, insomnio, cefalea y convulsiones. A nivel gastrointestinal, náuseas y diarrea. A nivel hormonal, galactorrea, amenorrea reversible y ginecomastia. Hipertensión transitoria

Dosis: En adultos Alternativamente 10 mg EV. Repetir según necesidad clínica. En adultos, 1 – 2 mg/kg en infusión EV. Y repetir según necesidad clínica. La dosis varía entre 2 y 10 mg/kg/d.

Cuidados de Enfermería

Monitoreo de constantes vitales y nivel de conciencia.

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

La administración EV intermitente con SF o Dext 5% en 15 minutos.

La administración IM debe ser profunda

Debe administrarse antes de las comidas y al acostarse

Evitar administrar conjuntamente con alcohol, sedantes, hipnóticos, narcóticos o, tranquilizantes por que incrementan su efecto sedativo

Aplicar los cinco correctos

Proteger de la luz.

Hidrocortisona

Nombre Genérico: Hidrocortisona

Nombre Comercial: Ala-Cort, Hydrocortone Phosphate, Solu-Cortef, Hydrocort Acetate, Lanacort

Clasificación: Corticoide.

Indicaciones: Como medicamento antiinflamatorio. La hidrocortisona alivia la inflamación en varias partes del cuerpo. También para tratar o prevenir reacciones alérgicas. Como tratamiento de determinados tipos de enfermedades autoinmunitarias, afecciones cutáneas, asma y otras afecciones pulmonares .Como tratamiento para diferentes cánceres, como leucemia, linfoma y mieloma múltiple.

Para tratar las náuseas y vómitos asociados con algunos fármacos de quimioterapia. Se lo usa para estimular el apetito en pacientes con cáncer con problemas graves de este tipo. La loción (tópica) se usa en el tratamiento de reacciones cutáneas alérgicas, y alivia los síntomas de picazón, enrojecimiento e inflamación. También se la usa como reemplazo de esteroides en afecciones con insuficiencia suprarrenal (disminución en la producción necesaria de esteroides de las glándulas suprarrenales).

Mecanismo de Acción: La hidrocortisona es un glucocorticoide y la forma sintética del cortisol endógeno. Los glucocorticoides son esteroides importantes para el metabolismo intermediario, la inmunidad, los tejidos musculoesqueléticos y el conjuntivo, y el cerebro. El cortisol es el principal glucocorticoide secretado por la corteza suprarrenal. Los glucocorticoides naturales (hidrocortisona y cortisol), que también producen retención de sal, se usan como tratamiento de sustitución en la insuficiencia suprarrenal. Se usan también, por sus potentes efectos antiinflamatorios, en los trastornos de muchos sistemas orgánicos.

Los glucocorticoides producen efectos metabólicos profundos y variados. Además, modifican las respuestas inmunitarias del organismo a estímulos diversos.

Reacciones Adversas/Efectos Adversos : Edema. Hipertensión arterial. Insuficiencia cardíaca congestiva. Arritmias cardíacas o alteraciones ECG debidas a depleción de potasio. Alcalosis hipocalémica. Hipocalcemia. Debilidad muscular, pérdida de las masas musculares, rupturas tendinosas, osteoporosis, necrosis aséptica de las cabezas del fémur y húmero, fracturas espontáneas incluso aplastamiento vertebral y fractura de los huesos largos. Tromboembolismo, tromboflebitis, angéitís necrotizante. Pancreatitis, distensión abdominal, esofagitis ulcerativa, náuseas, vómitos, perforación y sangramiento de úlceras gastroduodenales con el uso

prolongado de corticosteroides. Retardo de la cicatrización de las heridas. Piel delgada y frágil, petequias y equimosis, eritema facial, hiperhidrosis, púrpuras, estrías atróficas, hirsutismo, hiperpigmentación, erupciones acneiformes, lesiones cutáneas del tipo lupus eritematoso. Convulsiones, aumento de la presión intracraneal con papiledema, vértigo, cefalea, parestesias, insomnio y agravamiento de alteraciones psiquiátricas preexistentes. Amenorrea y otros trastornos menstruales, síndrome de Cushing iatrogénico, detención del crecimiento infantil, bloqueo del mecanismo de respuesta hipofisaria-cortico suprarrenal, disminución de la tolerancia a los carbohidratos, aparición de manifestaciones de diabetes latente y aumento de los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales en los diabéticos. Cataratas subscapulares, aumento de la presión intraocular, glaucoma, exoftalmía. Balance nitrogenado negativo. Modificación de la motilidad y el número de espermatozoides.

Dosis: Terapia de reemplazo en condiciones emergentes donde se requiere rápido efecto (insuficiencia adrenal aguda, asma bronquial, shock): vía IM o IV (infusión o inyección lenta): adultos: dosis 100-500 mg, 3-4 veces/día, en 24 h, o según requerimiento; niños (por inyección IV lenta): menores 1 año: dosis 25 mg; 1-5 años: dosis 50 mg; de 6 a 12 años: dosis 100 mg. Inyección intraarticular o intrasinovial: adultos, dosis 5-50 mg, de acuerdo con el tamaño del área afectada; repetir si se considera apropiado a intervalos de cada 21 días; no más de 3 articulaciones en un mismo día; niños: dosis 5-30 mg de forma fraccionada.

Cuidados de Enfermería:

Lavado de manos

Tener en cuenta los once correctos.

La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y la zona de inyección.

Control de las funciones vitales

Puede producir HTA, insuficiencia cardíaca, edemas, euforia, psicosis, hipopotasemia, hiperglucemia, debilidad muscular, glaucoma e incremento de la susceptibilidad a infecciones sistémicas.

La administración IV rápida puede producir quemazón y hormigueo en la zona perineal.

Contraindicado en infecciones fúngicas sistémicas.

Se debe usar con precaución en pacientes con queratitis.

Fotosensible.

Dextrosa 5%

Nombre Genérico: Dextrosa al 5% en agua destilada

Nombre Comercial: Dextrosa al 5% en agua destilada

Clasificación: Solución glucosada isotónica.

Indicaciones: La solución de glucosa al 5% está indicada cuando es necesario administrar agua libre de sodio; es auxiliar en el mantenimiento o corrección del equilibrio hidroelectrolítico. Cuando se desea incrementar el aporte calórico y en los casos en que se requiere mantener una vena permeable. Es una solución hipotónica (entre 252261 mOsmol/L) de glucosa, cuyas dos indicaciones principales son la rehidratación en las deshidrataciones hipertónicas y como agente portador de energía. Proporciona un aporte calórico significativo. Cada litro de solución glucosada al 5% aporta 50 gramos de glucosa, que equivale a cerca de 200 Kcal. Este aporte calórico reduce el catabolismo proteico, y actúa por otra parte

como productor de combustible de los tejidos del organismo más necesitados (sistema nervioso central y miocardio).

Mecanismo de Acción: La glucosa disminuye el catabolismo proteico, por lo que ahorra proteínas de manera que el balance nitrogenado se mantiene con menos cantidad de proteínas. La administrarse de glucosa suprime la cetosis (en la Diabetes Mellitus se requiere insulina). Es casi la única fuente de energía que usa el SNC. Esta solución contiene además sodio cuando es el principal componente catiónico del líquido extracelular, manteniendo en parte la presión osmótica de los líquidos corporales. Asimismo, interviene en la excitación y permeabilidad celular.

Reacción adversa/efectos adversos : La administración de soluciones de dextrosa simultáneamente con sangre a través del mismo set de la infusión puede causar hemólisis y aglutinación, tromboflebitis o dolor por irritación venosa y extravasación. Confusión mental o inconsciencia pueden ser el resultado de la administración inapropiada de soluciones de dextrosa y del desequilibrio de agua y electrolitos. La hiperglicemia puede ser el resultado de una rápida administración de productos de dextrosa o insuficiencia metabólica. La infusión rápida de dextrosa al 5% en mujeres gestantes puede desarrollar un incremento intraplacentario y fetal de glucosa e incrementar los niveles de insulina fetal con la subsecuente hipoglicemia, acidosis e ictericia. Las infusiones de dextrosa antes del parto deberán ser limitadas a no más de 6 g por hora. Dextrosa 10% Solución inyectable y dextrosa al 33,3% Solución inyectable: inyección de glucosa, especialmente si es hipertónica, puede tener un pH bajo y causar irritación venosa y tromboflebitis. Se describen también respuesta febril, inflamación e infección del lugar de inyección, necrosis tisular, trombosis venosa, extravasación (infiltración), hiper o hipovolemia, deshidratación, confusión mental o pérdida de conciencia. Muchas de estas

reacciones dependen tanto del tipo de solución como de la técnica de administración. Otras: Hiperglicemia, glucosuria y síndrome hiperosmolar, estas últimas en relación a una infusión rápida.

Dosis : No existe una dosis establecida, depende de los requerimientos de glucosa ó líquidos del paciente, los cuales deberán ser calculados antes de su administración. Ésta puede variar de uno a cinco litros en 24 horas. Deberá ser aplicada mediante venoclisis, la cual deberá ser vigilada periódicamente.

Cuidados de Enfermería:

Realizar frecuentes controles de balance hídrico e iónico y de la glucemia.

Controlar la posible hipocalcemia e hiponatremia. Con dosis elevadas de glucosa se recomienda añadir 40 mmol/1000 kcal de potasio y fosfatos de forma eventual.

Cloruro 0.9%

Nombre Genérico: Cloruro de sodio.

Nombre Comercial: Suero fisiológico.

Clasificación: Cristaloides.

Indicaciones: El cloruro de sodio es la sal principal usada para producir iones de sodio. La sal de sodio se usa principalmente como iones de sodio al igual que el acetato, bicarbonato, citrato y lactato. Las sales de fosfato de sodio están enfocadas a proporcionar fosfatos. El cloruro de sodio cuando se administra en volúmenes pequeños inyectable se usa como diluyente de fármacos. Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis diabética, íleo y ascitis).

Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación de secreciones mucosas.

Mecanismo de Acción: Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos. Aumenta el volumen plasmático, tiene función decisiva del balance hidroelectrolítico.

Reacción Adversa/Efectos Adversos: Los medicamentos pueden producir algunos efectos no deseados, además de los que se pretende obtener. Esto no quiere decir que se presenten todos los que a continuación se indican, pero en el caso de que se presente alguno, puede requerir asistencia médica: La administración inadecuada o excesiva de solución de cloruro de sodio al 0.9% puede ocasionar sobrecarga circulatoria y edemas. Además, el exceso de cloro puede producir acidosis metabólica. La excesiva administración de cloruro de sodio causa hiponatremia, efecto adverso muy serio que provoca deshidratación de los órganos internos especialmente el cerebro. Otros efectos adversos poco frecuentes son: náuseas, vómitos, dolor abdominal, sed, reducción de la salivación y lágrimas, temblores, fiebre, taquicardia, hipertensión, falla renal, edemas, fatiga. La intoxicación con cloruro de sodio tiene como resultado una adecuada inducción de los vómitos.

Dosis: La dosis de cloruro de sodio al 0,9 % depende de las necesidades de líquido y sal, de la edad, la talla y peso corporal y según las pérdidas calculadas y/o resultados del cronograma. No exceder 1 ml Eq de sodio sérico/L/h (24 mEq/L/h). Como diluyente de medicamentos IV. Entre otros usos, la solución del CLORURO DE SODIO al 0.9% solución isotónica es un fluido útil para irrigaciones estériles, por ejemplo: la del ojo o vejiga. También es útil para la limpieza de la piel en general y de heridas. La concentración al 0.9% se usa también como vehículo o diluyente para la administración parenteral de otros medicamentos.

Cuidados de Enfermería:

Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.

Se debe de tener cuidado al administrar al paciente, viendo efectos colaterales.

Preguntar al paciente si es sensible al CINA.

Observar antecedentes de insuficiencia renal

Precaución en pacientes hipertensos, o problemas de edemas.

Administrar lentamente, registrar en el frasco la cantidad que se va a perfundir y el conteo de gotas, la hora y fecha que se está colocando.

Observar signo de hipovolemia

Mantener medidas de asepsia, evitar flebitis.

Poligelina 3.5%

Nombre Genérico: Solución coloidal de poligelina 3,5%

Nombre Comercial: Haemageline.

Clasificación: Coloide.

Indicaciones: Shock hipovolémico. Bypass cardiopulmonar (para proveer hemodilución).

Mecanismo de Acción: La poligelina corresponde químicamente a la unión de diversos polipéptidos de gelatina de bovino degradada que están unidos por puentes de urea. Se emplea en infusión intravenosa como sustituto del plasma en pacientes con shock hipovolémico por grandes pérdidas de sangre y plasma (hemorragias, quemados) *Mecanismo de acción:* poligelina son polipéptidos de gelatina degradada unidos por puentes de urea. Estos polipéptidos se asemejan a las proteínas plasmáticas tales como la albúmina. Es un medio de sustitución del plasma usado en la reposición de volumen para compensar o evitar una insuficiencia circulatoria producida por un déficit del volumen plasmático o sanguíneo.

Reacción adversa/efectos adversos : Frecuentes: escalofríos, hipotensión transitoria, alteración de frecuencia cardíaca. Poco frecuente: urticaria. Raras: reacción anafiláctica. En forma ocasional, durante o después de la administración de restauradores de la volemia, pueden aparecer reacciones cutáneas transitorias, hipotensión, taquicardia, bradicardia, náuseas/vómitos, disnea, aumentos de temperatura y/o escalofríos. En raras oportunidades, se han observado reacciones severas de hipersensibilidad. Si se presentaran reacciones alérgicas/anafilácticas, deberá interrumpirse de inmediato la infusión. La infusión rápida puede despertar reacciones alérgicas.

Dosis : La dosificación y la velocidad de la infusión deben adaptarse a las condiciones individuales del paciente y debe ajustarse, entre otros factores, a los parámetros normales de la circulación (presión arterial). La dimensión y la duración del efecto sobre el volumen dependen de la cantidad infundida, la velocidad de la infusión y del déficit volumétrico existente. La dosis recomendada en pacientes adultos, en caso de pérdida de sangre o de plasma, como profilaxis de shock es de 500 ml a 1.500 ml; en shock provocado por déficit de volumen se debe administrar como máximo una dosis de 2.000 ml en el adulto o 30 ml/kg en el niño; en casos de emergencia adecuar el volumen según las necesidades. Cuando el hematocrito descienda del 25% se debe considerar una sustitución de eritrocitos (aprovisionamiento de concentrado de glóbulos rojos) y/o la aplicación de factores de coagulación. En lactantes, niños pequeños y en pacientes ancianos hay que prestar atención a la existencia de reservas proteicas insuficientes.

Cuidados de Enfermería:

Cuando se presenta taquicardia, hipotensión, urticaria, disnea, escalofríos y broncoespasmo se debe suspender inmediatamente la administración ya que

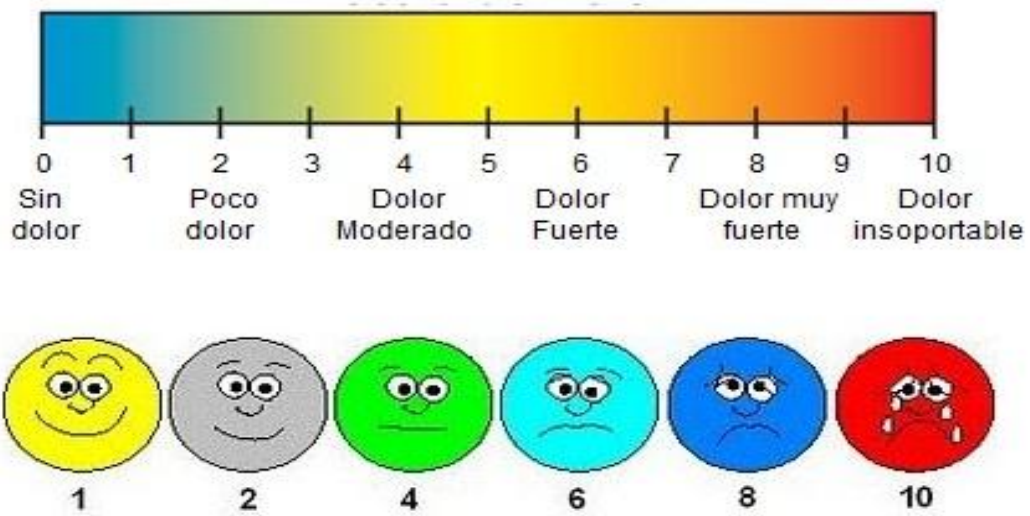
puede deberse a una reacción anafiláctica debido a la liberación de histamina.

Tener especial cuidado en su administración en adultos mayores, hacerlo en pequeños volúmenes, vigilando la función cardíaca, respiratoria y renal.

Almacenar por debajo de 25°.

No requiere refrigeración una vez abierto.

El frasco abierto solo tiene estabilidad 24 horas.

Apéndice E: Escalas de evaluaciones**Escalas de dolor**

VALORACIÓN POSTOPERATORIA

ESCALA DE EVOLUCIÓN DE ALDRETE:

III.-EVOLUCIÓN:

ESCALA DE ALDRETE		INGRESO	ALTA
ACTIVIDAD:	4 extremidades	2	2
	2 extremidades	1	1
	0 extremidades	0	0
RESPIRACIÓN:	Correcta	2	2
	Dificultosa	1	1
	Con ayuda	0	0
CIRCULACIÓN:	TA \pm 20% Basal	2	2
	TA \pm 50% Basal	1	1
	TA > 50% Dific.	0	0
CONCIENCIA:	Totalmente despierto	2	2
	Despierta a llamada	1	1
	No responde	0	0
COLORACIÓN:	Rosada	2	2
	Pálida	1	1
	Cianótica	0	0
TOTAL:			