

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 pos operado de
laparotomía exploratoria peritonitis de la Unidad de Recuperación**

Posanestésica de un hospital nacional de Lima, 2018

Por:

Gladys Mery Meza Cordova

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 pos operado de laparotomía exploratoria peritonitis de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital nacional de Lima, 2018”***, constituye la memoria que presentan la licenciada: MEZA CORDOVA GLADYS MERY, 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 pos operado de laparotomía
exploratoria peritonitis de la Unidad de Recuperación Posanestésica 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. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Mg. Nitzy Ramos Flores

Secretario



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Índice

Resumen.....	7
Capítulo I.....	8
Proceso de atención de enfermería.....	8
Valoración.....	8
Resumen de motivo de ingreso	8
Situación problemática.....	9
Exámenes auxiliares.....	10
Hemograma 26/01/2018.....	10
AGA 26/01/2018.....	12
Electrolitos 26/01/2018	14
Orina 26/01/2018	15
Tratamiento médico	16
Valoración según patrones funcionales de salud	17
Actividad respiratoria:.....	18
Actividad circulatoria:.....	18
Capacidad de autocuidado:	19
Hallazgos significativos por patrones funcionales	19
Actividad respiratoria:.....	21

Actividad circulatoria:	21
Capacidad de autocuidado.....	21
1. Diagnósticos de enfermería.....	22
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea.....	22
Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de la vía aérea	22
Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.....	23
Etiqueta diagnóstica: Hipertermia	23
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.....	24
Enunciados de los diagnósticos de enfermería.....	24
Planificación.....	25
Plan de cuidados.....	27
Ejecución.....	35
SOAPIE.....	35
Evaluación.....	39
Capítulo II	41
Marco teórico	41
Antecedentes	41
Marco conceptual	46
Peritonitis	46
Laparotomía exploratoria	49

Colostomía	52
Dren pen rose	56
Modelo teórico	59
Teoría de los cuidados de Kristen Swanson.....	59
Meta paradigmas	61
Capítulo III.....	62
Materiales y métodos	62
Tipo de estudio.....	62
Sujeto de estudio:	62
Delimitación geográfica temporal:.....	62
Técnica de recolección de datos:.....	63
Consideraciones éticas:	63
Capítulo IV.....	65
Resultado, análisis y discusión.....	65
Resultados	65
Análisis de los diagnósticos.	66
Discusión.....	69
Capítulo V	71
Conclusiones y recomendaciones	71
Conclusiones	71

Recomendaciones.....	72
Referencias.....	73
Apéndice A.....	82
Apéndice B.....	84
Apéndice C.....	85
Apéndice D.....	86

Resumen

El presente trabajo es un proceso de atención de enfermería a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por peritonitis, que se realizó, teniendo como objetivo brindar los cuidados de enfermería oportunos, evitando posibles complicaciones. El estudio es descriptivo y analítico, se utilizó el proceso de atención de enfermería, que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente, utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon adaptada a la autora, el proceso de atención de enfermería consta de cinco fases: valoración, que es recolección sistemática y ordenada de datos, luego diagnóstico priorizado de enfermería, el plan de cuidados, luego formulación de objetivos, resultados e intervenciones de enfermería, teniendo como meta primordial el beneficio del paciente desde un enfoque holístico. Finalmente, se realizó la evaluación que consistió en determinar si el paciente mejora, empeora o se mantiene estable. Resultados: después de analizar las características definitorias, se identifican que del 100% de los objetivos propuestos fueron totalmente alcanzados. Conclusiones: La aplicación del PAE que es un instrumento que permite brindar un cuidado enfermero integral oportuno al paciente pos operado; mediante la priorización de los diagnósticos que permite un cuidado libre de complicaciones al paciente en la unidad de recuperación posanestésica. Las actividades propuestas, por cada diagnóstico priorizado en el plan de cuidado, favoreció la efectividad de la del cuidado.

Palabras Clave: Proceso de atención de enfermería, laparotomía exploratoria, peritonitis.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombres:	A. C. R
Sexo:	Masculino
Edad:	50 años
Lugar de Procedencia:	Huánuco
Servicio:	Unidad de Recuperación Pos Anestésica
N° de cama:	02
Fecha de ingreso al hospital:	26 – 01 – 2018
Fecha de ingreso al servicio:	26 – 01 – 2018
Días de hospitalización:	pos operado inmediato
Fecha de valoración:	26 – 01 – 2018
Hora:	12:00 pm
Diagnóstico médico:	Laparotomía exploratoria con resección intestinal, lavado de cavidad, colostomía y dren pen rose (DPR).

Resumen de motivo de ingreso

Paciente adulto de sexo masculino de 50 años de edad que ingresa al servicio de recuperación pos anestésica (URPA) procedente de sala de operaciones de emergencia, en periodo pos operatorio inmediato con diagnóstico de laparotomía exploratoria con resección intestinal, lavado de cavidad, colostomía y dren pen rose (DPR). Médico anesthesiólogo refiere que paciente

presentó hipotensión en el acto quirúrgico iniciando tratamiento con inotrópicos (Noradrenalina en infusión).

Situación problemática

Paciente adulto de sexo masculino de 50 años de edad, con sedación, RASS (-3), en posición de cúbito dorsal, tubo endotraqueal con secreciones blanquecinas espesas, conectado a ventilación mecánica con parámetros establecidos, mucosas orales secas, piel pálida y caliente; presenta sonda nasogástrica de drenaje bilioso 150 cc, con catéter venoso central de 3 lúmenes lumen proximal: sedo analgesia (midazolam 50 mg más fentanilo 1gr en cloruro de sodio de 100 cc a 10cc/h), lumen medio: solución cloruro de sodio 9% a 100 cc/h, lumen distal, noradrenalina 8mg mas dextrosa al 5% 100cc a 8cc/h, en miembro superior derecho con catéter periférico N° 18, permeable con infusión de dextrosa al 5% AD a 30gts/min. electrolitos cloruro de sodio 20% (1 amp.), cloruro de kalium 0.9% (1 amp.) a 45gts/min. herida operatoria en zona epigástrica, cubierta con apósito que presenta secreción serohemática, colostomía de secreción sanguinolenta (30 cc) en flanco derecho, DPR a bolsa de colostomía con secreción serosanguinolento (50cc) en flanco izquierdo, con presencia de sonda vesical (Foley) permeable a bolsa colectora orina colúrica 100 cc, miembros inferiores con vendas elásticas.

Funciones vitales: PA: 111/71 mmHg PAM: 89 mmHg FC: 129 X” FR: 29 X”

T°: 39.2 °C SAO2: 95%

Funciones biológicas

Apetito : Nada por vía oral (NPO)
 Sed : No evaluable por sedo analgesia.
 Sueño : sedo analgesia
 Deposición : 0

Diuresis:

Hora	12:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00
Diuresis	100cc	120cc	150cc	120cc	80cc	50cc	60cc	100cc

Medidas antropométricas

Peso : 65 Kg

Talla : 1.65 cm

Índice de masa corporal (IMC): 23.88

Interpretación: Estado nutricional normal.

Exámenes auxiliares

Hemograma 26/01/2018

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	9.8 mg/dl	12 – 16 mg/dl
Hematocrito	29.9%	42 – 52%
Leucocitos	15 640cel/mm ³	5000 – 10000cel/mm ³
Plaquetas	23 7000cel/mm ³	150000 – 450000cel/mm ³
Hematíes	4.67cel/mm ³	4.7 – 6.0 x10 ¹² /L
Linfocitos	1.77cel/mm ³	1.5 – 3.5 cel/mm ³
Monocitos	8.8cel/mm ³	3 – 7 cel/mm ³
Eosinofilos	0cel/mm ³	1 – 4 cel/mm ³
Basófilos	0cel/mm ³	0 – 1 cel/mm ³

Análisis e interpretación

La hemoglobina es una proteína del cuerpo lleva oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo y de darle el color a los glóbulos rojos, los niveles anormales de hemoglobina podrían ser signo de un trastorno de la sangre (Espinosa, 1986).

Por otro lado, el hematocrito mide la cantidad de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los glóbulos rojos contienen una proteína llamada hemoglobina. Tener niveles del hematocrito demasiado altos o bajos puede indicar un problema de la sangre, deshidratación u otras condiciones médicas (Marnet, 2016).

Así mismo, los glóbulos blancos o leucocitos son las células sanguíneas que se encargan de efectuar la respuesta inmunitaria, actuando en la defensa del organismo contra el antígeno y sustancias extrañas. Los leucocitos, junto a los glóbulos rojos y las plaquetas, forman el conjunto de los elementos formes de la sangre. El origen de los glóbulos blancos se encuentra en la médula ósea y en el tejido linfático. Al carecer de pigmentos, se los califica como “blancos” para diferenciarlos de los glóbulos rojos. De acuerdo a la forma del núcleo, los glóbulos blancos pueden dividirse en: linfocitos, monocitos, neutrófilos, basófilos o eosinófilos. Según las características tintoriales. Por otra parte, puede hablarse de granulocitos, agranulocitos, neutrófilos o basófilos. Los trastornos se producen por enfermedades hereditarias, infecciones, reacciones contra un medicamento o anemia; por ejemplo: La leucocitosis es el aumento de la cantidad de glóbulos blancos, mientras que la disminución recibe el nombre de leucopenia (Gardey, 2012).

El paciente en estudio tiene disminución de hemoglobina (Hb:9.8 mg/dl) siendo su valor normal (14 – 16 mg/dl) presentando anemia moderada. Esta disminución se debe a la intervención quirúrgica en el cual se pierde sangre por incisión. La Hb lleva oxígeno de los

pulmones al resto del cuerpo por lo que es importante su evaluación en el posoperatorio. El paciente presenta leucocitosis que significa que los leucocitos están por encima de las cifras normales paciente; (15, 640cel/mm³, siendo su valor normal; 5000 – 10000cel/mm³) que indica infección bacteriana debido a peritonitis complicada, los linfocitos y monocitos elevados que regulan la respuesta inmunitaria del organismo frente a la invasión de microorganismos.

AGA 26/01/2018

	Valores obtenidos	Valores normales
PH	7.195	7.35 – 7.45
PCO ₂	44.7mmHg	35 – 45mmHg
PO ₂	88.1 mmHg	80 – 100mmHg
HCO ₃	15.9 mEq/lt	22 – 26 mEq/lt
SAO ₂	98%	95 – 100 %

Análisis e interpretación

La gasometría arterial es un tipo de prueba médica que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir los gases (oxígeno y dióxido de carbono), contenidos en esa sangre, y su pH (acidez). La prueba se utiliza para determinar el pH de la sangre, la presión parcial de dióxido de carbono (pCO₂) y oxígeno (pO₂), y el nivel de bicarbonato. Muchos gasómetros también ofrecen datos de las concentraciones de lactato, hemoglobina, electrolitos diversos (sodio, potasio, calcio y cloro), oxihemoglobina, carboxi hemoglobina y metahemoglobina (Perez G. , 2007).

Por otro lado, el PH es la abreviatura del término latino (potentia hydrogenii) o potencial de hidrógeno y el cual se utiliza como medida para conocer el nivel ácido o alcalino de cualquier elemento que contenga agua. Para llegar a él, se requiere de instrumentos medidores que dan un valor entre 0 y 14, de manera que se llama ácidos a los valores entre 0 y 7 (que es el punto medio o neutro), y de éste a 14 se llamará alcalino (Lopez, 1974).

Así mismo, el PCO₂ consiste en analizar la cantidad de dióxido de carbono disuelto que hay en la sangre, al igual que con la PO₂. Los resultados normales varían entre 35 mmHg y 45 mmHg. Si el nivel es bajo puede indicar alcalosis respiratoria y cuando el valor es elevado es una acidosis respiratoria.

El PO₂ nos indica la cantidad de oxígeno en la sangre [PS1]. Los valores normales varían de 75 mmHg a 100 mmHg. Cuando la [PS2] PO₂ es menor de 60 mmHg [PS3] se presenta Insuficiencia respiratoria. Sólo se puede analizar en sangre arterial.

Por otro lado, la SAO₂ nos indica la cantidad de oxígeno disponible en el torrente sanguíneo y está unido a la hemoglobina [PS4]. Se analiza mediante la muestra de sangre arterial; sus valores normales están entre el 95 a 100% [PS5] (Corralo, 2017).

El HCO₃ y el ion HCO₃ indican si hay un problema metabólico (como la cetoacidosis). Un bajo HCO₃ indica acidosis metabólica, un alto HCO₃ indica alcalosis metabólica. Los niveles de HCO₃ también pueden llegar a ser anormales cuando los riñones están trabajando para compensar un problema respiratorio con el fin de normalizar el pH de la sangre.

El paciente tiene el PH disminuido siendo su valor normal 7.35 a 7.45, el bicarbonato (HCO₃) 15.9 mEq/min; teniendo como valor normal 22 – 26 mEq/lit, esto nos indica alteración en el factor ácido – base del organismo presentando acidosis metabólica, debido al proceso de la apendicitis complicada llegando a la peritonitis.

Electrolitos 26/01/2018

	Valores obtenidos	Valores normales
Sodio	159mEq/lit	135 - 145 mEq/lit
Potasio	3.5mEq/lit	3.5 – 5.5 mEq/lit
Cloro	122 mEq/lit.	100 – 106mEq/lit.

Análisis e interpretación

Los electrolitos son sales minerales que se encuentran en nuestro organismo, en los líquidos corporales y la sangre (Páez, 2012).

Sodio (Na): es un electrolito indispensable que posee múltiples funciones reguladoras en el cuerpo humano por lo que debe ser distribuida en nuestro organismo de forma y medida adecuada (Guyton, 2007).

Potasio (K): es un mineral electrolito que se encuentra en la sangre dentro del intracelular y solo una pequeña fracción puede causar las alteraciones de la concentración del potasio en la sangre; por tanto, suelen ser problemas de distribución entre las células y el espacio extracelular. Pero el daño renal también causa una perturbación de la cantidad de potasio en la sangre. El cuerpo elimina este mineral por los riñones, el intestino y la piel (sudor). El potasio tiene, función eléctrica del corazón, células musculares y nerviosas (Illera, 2000).

Cloro (Cl): es un electrolito que ayuda a que el metabolismo del cuerpo funcione correctamente, los riñones controlan y regulan los niveles de cloro en la sangre, participa de manera activa en los procesos digestivos, actúa en el equilibrio osmótico de la célula y en la alteración ácido-base (Goldberg, 2013).

El paciente presenta alteración en los electrolitos el sodio (NA) 159 mEq/lt. Siendo los valores normales 135 – 145 mEq/lt. La hipernatremia es el desequilibrio del sodio evidenciado por taquicardia, orina colúrica; también vemos que presenta aumento del cloro 122mEq/lt., siendo el valor normal del cloro 100 – 106 mEq/lt. La hipercloremia se produce por el aumento de la ingesta o la absorción intestinal del cloro; en el caso del paciente se debe a la intervención quirúrgica siendo las secreciones del tracto gastrointestinal las que desarrollan la alteración de los electrolitos, en especial del sodio y el cloro presentando temperaturas elevadas, secreción gástrica aumentada y orina colúrica. Los electrolitos son parte fundamental del organismo y tenemos que mantenerlos en los valores normales para que el organismo funcione adecuadamente.

Orina 26/01/2018

	Valores obtenidos	Valores normales
Color	Ámbar	Amarillo
Aspecto	Turbio	Transparente
PH	5.5	4.5 – 8.5
Proteínas	2++ (40 a 100mg/dl)	0 < 10mg/dl
Sangre	Negativo	3 a 5 hematíes x campo
Nitritos	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Células epiteliales	7	Negativo
Leucócitos	11	5 células x campo
Cristales negativos	Negativos	Negativo

Análisis e interpretación

PH: Es naturalmente acida, ya que el riñón es el primer medio de eliminación de los ácidos del organismo. Su valor varía entre 5,5 y 7,0 ósea acida.

Proteínas: no son filtradas por el riñón, por eso no es normal la presencia de proteínas en orina, las afecciones que pueden provocar un aumento temporal de los niveles de proteína en la orina, pero no indican necesariamente una lesión renal cuando hay deshidratación, fiebre. La presencia de proteínas en la orina se llama proteinuria (Clinic, 2014).

Leucocitos: también llamados piocitos, son los glóbulos blancos, nuestras células de defensa, la presencia de leucocitos suele indicar que hay una inflamación en las vías urinarias, en lo general sugieren infección urinaria.

El paciente presenta su orina colúrica, indicándonos deshidratación, el cuerpo expulsa el exceso de los leucocitos dañados o fallecidos después de luchar contra una infección, haciendo que este sea expulsado en la orina, las proteínas elevados son inicio de infección y de problemas a nivel renal, retención de los líquidos que es el caso de paciente en estudio.

Tratamiento médico

NPO + SNG a gravedad

Dextrosa 5% 1000cc

Hipersodio 20% (1) amp

Kalium 0.9% (1) amp

Omeprazol de 40 mg Ev. c/24h

Ceftriaxona 2gr Ev. c/24h

} I - II

Metronidazol 500mg Ev. c/8h

Metamizol 2gr EV C/8h

Tramal 100mg

Metoclopramida 10 mg

Cloruro de sódio 9% 100cc

Fentanilo 1 gr

Midazolam 50 mg

CLNa 9% 100mg

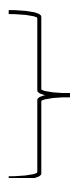
Noradrenalina 8mg

Dextrosa 5% 100cc

Fitomenadiona 20 mg Ev. C/24h



Ev. C/8h



Ev. 10 cc/h (-3) RASS



Ev. 6 cc/h

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón percepción – control de la salud

Paciente adulto pos operado de laparotomía exploratoria (LPE), resección intestinal, lavado de cavidad, colostomía, DPR, antecedente operado de colecistectomía (2011), niega alergias, tratamiento de tuberculosis pulmonar TBC (en tratamiento 3 meses), familiares refieren; que es consumidor tabaco y alcohol.

Patrón de relaciones – rol (Aspecto social)

Paciente refiere ser vendedor ambulante, conviviente, vive con su familia y suegros familiares ayudan en su tratamiento y refiere tener buenas relaciones con sus miembros de familia.

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

Paciente intranquilo, inquieto, familiares presentan ansiedad por el estado de paciente.

Patrón nutricional – metabólico

Paciente presenta temperatura 39.2°C, piel caliente, integra sin lesiones, palidez marcada, deshidratación, dentadura completa, mucosa oral seca, paciente con sonda nasogástrica a gravedad, no náuseas y vómitos, secreción gástrica biliosa, abdomen distendido, ruidos hidro aéreos ausentes, sangrado de herida operatoria escaso, DPR ser hemática y vendajes de miembros inferiores.

Patrón – eliminación

Paciente adulto a la evaluación portador de sonda vesical presenta orina colúrica, colostomía con secreción sanguinolenta, paciente usa pañal y no presenta deposición.

Patrón actividad – ejercicio

Actividad respiratoria:

Paciente adulto presenta respiración profunda, frecuencia respiratoria 29X', disnea, roncales, presentando tos ineficaz, movilización de secreciones blanquecinas espesas, tubo endotraqueal N° 8, SAO2 :95%, ventilación mecánica (V A/C; volumen asistida controlada), con AGA alterado presentando acidosis metabólica.

Actividad circulatoria:

Paciente adulto presenta frecuencia cardiaca FC:129X', taquicardia, ruidos cardiacos rítmico e irregular, no presenta edemas, miembros inferiores calientes, miembros superiores calientes, portando cateter venoso periférico, catéter venoso central.

Presión arterial: 111/71 mmHg.

Capacidad de autocuidado:

Paciente presenta fuerza muscular disminuida por efectos de sedo analgesia.

Patrón descanso – sueño

Ninguno (Sedo analgesia)

Patrón perceptivo – cognitivo

Paciente adulto con sedo analgesia; RASS (-3) sedación moderada (movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual), escala de Aldrete 5 pts.

Patrón sexualidad – reproducción

Paciente adulto de sexo masculino, genitales de acorde a su edad. Tiene conviviente.

Patrón valores – creencia

Católico

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

Paciente adulto con antecedente de TBC con tratamiento hace 3 meses, operado de colecistectomía 2011, consumidor tabaco y alcohol desde hace 5 años.

Patrón de relaciones – rol (Aspecto social)

Paciente adulto vive con su familia y su conviviente que le brinda apoyo los familiares refieren que trabaja como vendedor ambulante.

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

Paciente adulto inquieto e intranquilo.

Patrón nutricional – metabólico

Paciente con piel caliente, pálida, mucosa oral seca, secreción gástrica biliosa (150 cc), abdomen distendido presenta sangrado de herida operatoria escaso, DPR con secreción sero hemática (30 cc).

Balance hídrico 8 horas. Pos operatorio

INGRESOS		EGRESOS	
Parenteral:	1000	Diuresis:	780
Tratamiento ev:	320	Drenajes DPR:	25
		Drenaje colostomía:	40
Tratamiento oral:	NPO	Apósitos:	30
		SNG:	250
Agua de oxidación:	104	Perdidas insensibles:	260
	1424		1385
TOTAL:	+ 39		

Patrón – eliminación

Paciente con orina colúrica, colostomía conectada a bolsa con secreción sanguinolenta (50 cc) de cantidad.

Patrón actividad – ejercicio

Actividad respiratoria:

Paciente adulto presenta respiración profunda, disnea, roncales, tos ineficaz, secreciones blanquecinas espesas con ventilación mecánica con parámetros: FIO2: 40%, MODO: volumen asistida controlada (V A/C), PEEP: 6 cm H2O, volumen corriente (VC): 386ml/Kg, al examen de AGA acidosis metabólica.

Actividad circulatoria:

Paciente adulto presenta taquicardia, miembros inferiores y superiores calientes.

Capacidad de autocuidado

Paciente con fuerza muscular disminuida (Sedo analgesia).

Patrón descanso – sueño

(Sedo analgesia)

Patrón perceptivo – cognitivo

Paciente adulto con sedo analgesia RASS (-3).

Patrón sexualidad – reproducción

Paciente conviviente, con 2 hijos.

Patrón valores – creencia

Paciente católico.

1. Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea

Código: 00033

Dominio: 4 Actividad/ reposo

Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Página: 240

Definición: Disminución de las reservas de energías que provocan la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida

Factores relacionados: Fatiga de los músculos respiratorios.

Características definitorias: aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, aumento de la frecuencia cardíaca y disnea.

Enunciado de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, aumento de la frecuencia cardíaca, disnea.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de la vía aérea

Código: 00031

Dominio: 11 Seguridad - protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 395

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

Factores relacionados: Mucosidad excesiva y tabaquismo.

Características definitorias: Roncantes, respiración profunda, disnea, tos ineficaz.

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado a mucosidad excesiva, tabaquismo evidenciado por roncantes, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.

Código: 00027

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

Definición: Disminución del líquido intra vascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio.

Factores relacionados: Pérdida activa del volumen de líquidos.

Características definitorias: Membranas mucosas secas, aumento de la concentración de orina, aumento de la T° corporal.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por mucosas secas, aumento de la concentración de orina, aumento de la temperatura corporal.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia

Código: 00007

Dominio: 11 Seguridad protección

Clase: 6 Termorregulación

Página: 426

Definición: Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Factores relacionados: Enfermedad, peritonitis.

Características definitorias: Piel caliente al tacto, taquicardia y T° elevada.

Enunciado de enfermería: Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado

Código: 00206

Dominio: 11 Seguridad - protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 401

Definición: capacidad de poder resistir la disminución del volumen de sangre que puede producir alteración en el organismo y comprometer la salud

Factores de riesgo: incisión quirúrgica.

Enunciado de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado incisión quirúrgica.

Enunciados de los diagnósticos de enfermería

- CP Infección tuberculosis pulmonar.

- Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por piel turgescente aumento de la concentración de orina.
- Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia.
- Riesgo de sangrado relacionado a complicaciones pos operatorias.
- Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos.
- Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada mucosidad excesiva evidenciado por alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz.
- Riesgo de aspiración relacionado a presencia de tubo endotraqueal
- Deterioro de la ventilación espontanea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, aumento de la frecuencia cardiaca, disnea.
- Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva.
- C P Anemia

Planificación

Mediante la valoración y la ayuda de la historia clínica, se obtiene los diagnósticos encontrados en el paciente para brindar una adecuada atención por tal motivo se priorizará y se trabajará en base a los cinco diagnósticos primeros.

Priorización de los diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, aumento de la frecuencia cardiaca, disnea.
- Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada mucosidad excesiva evidenciado por roncales, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado a perdida activa del volumen de líquidos evidenciada por membrana de mucosas secas, aumento de la concentración de orina, aumento de la temperatura corporal.
- Hipertermia relacionado enfermedad evidenciada por piel caliente al tacto, taquicardia FC: 129 X”).
- Riesgo de sangrado relacionado a traumatismos (incisión quirúrgica).
- Riesgo de aspiración relacionado a presencia de tubo endotraqueal.
- Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos.
- Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva.
- C. P. Infección tuberculosis pulmonar.
- C. P. Anemia.

Plan de cuidados

Dx. Enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, aumento de la frecuencia cardíaca, disnea.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivos:</p> <p>Paciente mantendrá una ventilación adecuada.</p>	<p>1. Monitorización de VM</p>	<p>1. La ventilación mecánica es la sustitución total o parcial de la función ventilatoria, mientras se mantiene los niveles apropiados de gases arteriales y descansar la musculatura respiratoria (Gomez, 2012).</p>
<p>Resultados:</p> <p>-Paciente presentará el adecuado uso de los músculos accesorios de la respiración.</p> <p>-Paciente presentará ausencia de disnea (FR: 16 X”). en ventilación mecánica.</p> <p>-Paciente presentará FC: (68 - 89 X”)</p>	<p>2. Administrar: Midazolam 50 mg, y Fentanilo 1gr en 100cc de cloruro de sodio 9%. (sedo analgesia), para mantener paciente sedado y acoplarse el ventilador mecánico.</p> <p>3. Realizar control de funciones vitales cada 2 h.</p>	<p>2. Midazolam tiene intensidad pronunciada como inductor del sueño y sedante rápido, también ejerce un efecto ansiolítico, anticonvulsivante y relajante muscular. El fentanilo es un narcótico, opioide es utilizado por sus acciones de analgesia y anestesia a través de los tres receptores nerviosos estero específico, pre sinápticos y pos sinápticos (Carranza, 2018).</p>
		<p>3. Son parámetros que permiten observar, el estado fisiológico del organismo humano, evaluar la homeostasia indicándonos el estado de salud así como los cambios en su evolución (Pérez, 2007).</p>

4. Realizar control de la frecuencia respiratoria C/2h.	4. Permite evaluar el intercambio de aire entre el medio interno y externo para poder llevar el oxígeno suficiente a los tejidos (Perez L. , 2014).
5. Controlar la saturación de oxígeno cada 2 horas.	5. Es la medición no invasiva del oxígeno transportador de hemoglobina observando alguna alteración en su ventilación en el paciente (Vales, 2012).
6. Administrar oxigenoterapia.	6. Es para aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial (Morano, 2014).
7. Vigilar parámetros de ventilador mecánico (VM). FIO ₂ : 40%, MODO: volumen asistida controlada (V A/C), PEEP: 6 cm H ₂ O, volumen corriente (VC): 386 ml/Kg, FR: 16 rpm.	7. El ventilador mecánico es una máquina que va a insuflar un volumen de aire en los pulmones por unidad de tiempo, con una frecuencia respiratoria definida, los parámetros más importantes en los que se fundamentan la VM son: volumen corriente y frecuencia respiratoria el resto de parámetros se suman a estos para adecuar o mejorar el intercambio gaseoso. Volumen corriente (V _c) se mide de 5 – 8 ml/kg de peso, es el volumen de aire que ingresa al pulmón en la insuflación. Frecuencia respiratoria (Fr) normal oscila de 8 – 16 rpm. Incide directamente en la ventilación alveolar y se ajusta a un nivel de PCO ₂ deseado. FIO ₂ es la

-
- proporción de O₂ que suministramos dentro del volumen de gas inspirado. Presión positiva espiración final (PEEP) mejora la oxigenación y aumenta el número de alveolos reclutándolos para evitar que se cierren los pulmones al momento de la espiración. MODO: volumen asistida controlada, la presión o meseta no debe exceder de 30 cm de agua para garantizar la ventilación minuto predeterminada (Clemente, 2014).
8. Realizar control de AGA al inicio y término del turno.
8. Con el AGA veremos la cantidad de oxígeno inspirado y espirado en la sangre del paciente (Perez G. , 2007).
9. Registrar notas de enfermería.
9. Es un registro escrito elaborado por la enfermera, que nos permite anotar todas las actividades realizadas y cambios efectuados en el estado del paciente y como información en el campo de la salud, como documento legal y en estudios de investigación (Tejada, 2013).
-

Dx. Enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado a mucosidad excesiva, tabaquismo evidenciado por roncales, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo:</p> <p>-Paciente presentará vías aéreas permeables durante el turno.</p> <p>Resultados:</p> <p>-Paciente presentará ruidos aéreos normales.</p> <p>-Paciente presentará patrón respiratorio (FR: 16 – 20 X”) en ventilación mecánica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirar secreciones a demanda por tubo endotraqueal y boca. 2. Realizar control de funciones vitales cada 2 horas. 3. Realizar control de la saturación cada 2 horas. 4. Realizar control de la Frecuencia Respiratoria cada 2 horas. 5. Colocar al paciente en posición semifowler. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite eliminar el moco y otras secreciones de las vías respiratorias superior por medio de succión a presión negativa y a través del tubo endotraqueal, boca, nariz (Flores, 2013). 2. Son parámetros que permiten observar, el estado fisiológico del organismo humano, evaluar la homeostasia indicándonos el estado de salud así como los cambios en su evolución (Pérez, 2007). 3. Para ver la concentración de oxígeno que ingresa y tolera el paciente en su organismo observando la limpieza de la vía aérea, evitando hipoxia, es disminución del aporte de oxígeno a todo el organismo (Pérez, 2007). 4. Permite evaluar el intercambio de aire entre el medio interno y externo para poder llevar el oxígeno suficiente a los tejidos (Perez L. , 2014). 5. Proporciona mayor comodidad a personas que presentan problemas cardiacos o respiratorios; favorece el

	drenaje después de operaciones abdominales, permitiendo la eliminación de secreciones y una adecuada ventilación evitando fatiga muscular (Botero, 2014).
6. Realizar nebulización con suero fisiológico según indicación médica.	6. Permite fluidificar las secreciones mediante la vaporización; es transformar el líquido en gas y es inhalada para ayudar a fluidificar las secreciones y ser eliminadas con facilidad de la vía respiratoria (Salud, 2005).
7. Administrar tratamiento de antibióticos según prescripción médica, Ceftriaxona 2gr, c/24h, metronizazol. 500 mg c/8h.por vía endovenosa.	7. La ceftriaxona (bactericida) se usa para tratar algunos tipos de infecciones bacterianas, que son “proteínas ligando penicilinas” que se encuentran en dicha pared ayudando a la eliminación de la infección del tracto respiratorio por el acumulo de secreciones. El metronidazol es anti infeccioso actúa sobre las proteínas en las infecciones del estómago y en el tracto respiratorio (Anmat, 2004).
8. Realizar movilización cambios de posición C/2horas, realizar terapia respiratoria.	8. La movilización favorece al drenaje de las secreciones respiratorias y además a preservar la integridad de la piel, disminuyendo el riesgo de complicaciones a ese nivel, Terapia respiratoria va ayudar a remover las

secreciones y así poder eliminarlas con facilidad (Rodríguez, 2015).

Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciada por mucosas secas, orina colúrica, aumento de la temperatura corporal (T° 39.5 °C)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo:</p> <p>Paciente presentará volumen de líquidos normal con balance hídrico positivo (BH: +39)</p> <p>Resultados:</p> <p>-Paciente presentará mucosas hidratadas.</p> <p>-Paciente presentará orina de color normal.</p> <p>-Paciente presentará piel tibia al tacto.</p>	<p>1. Valorar el estado de hidratación.</p> <p>2. Controlar la temperatura corporal cada 2 horas.</p> <p>3. Administración de soluciones salinas y glucosadas según indicación médica.</p>	<p>1. Refleja el estado de hidratación y los cambios de la función renal que nos puedan indicar una insuficiencia renal en el paciente (Doenges, 2008).</p> <p>2. La temperatura nos indica el nivel térmico del organismo, produciendo calor y reacciona por evaporación, produciendo sudoración, por eso la importancia del control de temperatura en el pos operado (Celayane, 2018).</p> <p>3. La administración de solución salina al 9% es debido a la pérdida de líquidos se pueden administrar en grandes cantidades para reponer la hidratación. La dextrosa al 5% se administra para la rehidratación y se metaboliza en el organismo distribuyendo el agua en todos los compartimientos del organismo (Machelett, 2017).</p>

4. Mantener balance hídrico estricto.	4. Es analizar la entrada y salida del agua a lo largo del tiempo en consideración a las variaciones en el almacenamiento interno del organismo (Coello, 2015).
5. Registrar notas de Enfermería.	5. Es un registro escrito elaborado por la enfermera, que nos permite anotar todas las actividades realizadas y cambios efectuados en el estado del paciente y como información en el campo de la salud, como documento legal y en estudios de investigación (Tejada, 2013).

Dx. Enfermería: Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo:</p> <p>-Paciente presentará temperatura dentro de los valores normales (T°: 36.5 a 37 °C).</p>	<p>1. Realizar control de temperatura y frecuencia cardiaca cada 2 horas.</p>	<p>1. Mediante la T° y FC vemos las variaciones en el organismo mediante la vasodilatación periférica y la termorregulación del cuerpo cuando no puede funcionar correctamente (Pérez, 2007).</p>
<p>Resultados:</p> <p>-Paciente presentará piel tibia al tacto.</p> <p>-Paciente presentará frecuencia cardiaca</p>	<p>2. Administrar antipiréticos (metamizol 1gr Ev c/ 8h.) según prescripción médica.</p>	<p>2. La administración de antipiréticos nos ayuda a disminuir la temperatura corporal. El metamizol es pirazolona con efecto analgésico antipirético y anti espasmolíticos (Anmat, 2004).</p>

dentro del valor normal (60 a 80 x min.).	3. Aplicar medios físicos para la ayuda de disminuir la temperatura.	3. los medios físicos se realizan con la finalidad de regular la temperatura corporal a cifras normales, empleando compresas de agua o bañándolo al paciente (Echevarria, 2009).
	4. Registrar notas de Enfermería.	4. Es un registro escrito elaborado por la enfermera, que nos permite anotar todas las actividades realizadas y cambios efectuados en el estado del paciente y como información en el campo de la salud, como documento legal y en estudios de investigación (Tejada, 2013).

Dx. Enfermería: Riesgo de sangrado relacionado a complicaciones pos operatorias.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Objetivo: -Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante la estancia en recuperación.	1. Realizar control de funciones vitales cada 2 horas PA y FC. 2. Valorar control de sangrado: apósitos y herida operatoria.	1. Nos indican las capacidades funcionales de una persona y sus efectivos controles darán como resultado detectar alteraciones o trastornos es su estado funcional y los cambios principales en el sistema circulatorio en el organismo del paciente (Casalvieri, 2003). 2. La observación constante de apósitos y herida operatoria nos ayudara a prevenirlos riesgos y las complicaciones de sangrado evitando

3. Realizar control de Hemoglobina y Hematocrito.	que el paciente llegue al Shock por un sangrado activo (Samur, 2017). 3. Control de hemoglobina nos permite saber si hay sangrado interno o externo y si hay algún factor de coagulación alterado (Cegarra, 2012).
4. Realizar administración de paquete globular según resultado de hemoglobina.	4. Paquete globular ayudara al paciente a recuperar su hemoglobina y todas sus componentes de la sangre, según sea su resultado de hemoglobina y ayudara a evitar el riesgo de sangrado (Cegarra, 2012).

Ejecución

SOAPIE

Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18 12:00pm	S	Paciente bajo sedación RASS (- 3).
12:30pm	O	Paciente con tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánica, presentando disnea, aumento de la frecuencia cardiaca y disminución de los músculos accesorios respiración profunda, secreciones con funciones vitales: P.A.: 120/70 mmHg F. C.: 129 xmin. F. R.: 29x min. SAO2. : 88 % T° : 39 C°.
12:30pm	A	Deterioro de la ventilación espontanea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios.
8:00pm	P	Paciente mantendrá adecuada ventilación respiratoria.

1:00pm	I	<ul style="list-style-type: none"> -Control de la ventilación mecánica (VM) durante el turno. -Administración de sedo analgesia (midazolam 50mg y fentanilo 1gr en 100ml de cloruro de sodio al 9%) en bomba de infusión. - Control de AGA al inicio y término del turno. -Control funciones vitales cada 2 horas (12,2,4,6,8 pm). -Control de frecuencia respiratoria cada 2h. (12,2,4,6,8 pm). -Control de saturación de oxígeno cada 2h. (12,2,4,6,8 pm).
8:00pm	E	<p>OA: Paciente con adecuado uso de los músculos respiratorios, ausencia de disnea (FR: 16 X"). en ventilación mecánica, presentara frecuencia cardiaca FC: (68 - 89 X").</p>

Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18		
12:00pm	S	Paciente bajo sedación RASS (- 3).
12:30pm	O	Paciente con sedación, con tubo endotraqueal con secreciones blanquecinas espesas abundantes, tos ineficaz, patrón respiratorio alterado. funciones vitales: P.A.: 120/70 mmHg F. C.: 129 min. F. R.: 29x min. SAO2. : 88 % T° : 39 C°.
12:30pm	A	Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado a mucosidad excesiva, tabaquismo.
8:00pm	P	Paciente presentará vías aéreas permeables durante el turno.
12:30pm	I	<ul style="list-style-type: none"> -Aspiración de secreciones a demanda. -Realizar nebulización con suero fisiológico según indicación médica. -Control funciones vitales cada 2 horas. (12,2,4,6,8 pm) -Control de frecuencia respiratoria cada 2h. (12,2,4,6,8 pm). -Control de saturación de oxígeno cada 2h. (12,2,4,6,8 pm). médica. -Administración de tratamiento de antibióticos según prescripción médica. -Cambios de posición semifowler.

8:00pm	E	OA: Paciente con ruidos aéreos normales, patrón respiratorio adecuado (FR: 16 – 20 X”) en ventilación mecánica.
Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18 12:00pm	S	Paciente bajo sedación RASS (- 3).
12:15pm	O	Paciente con tubo endotraqueal con secreciones blanquecinas, con piel y mucosas secas, con orina colúrica. funciones vitales: P.A.: 120/70 mmHg F. C.: 129 x min. F. R.: 29x min. SAO2. : 88 % T° : 39 C°.
12:15pm	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos.
8:00pm	P	Paciente presentará hidratación adecuada.
12:15pm	I	-Control funciones vitales cada 2 horas (12,2,4,6,8 pm). -Valorar del estado de hidratación. -Administrar soluciones salinas y glucosadas según indicación médica. -Realizar balance hídrico preciso y estricto. -Registrar reporte de enfermería.
8:00pm	E	OA: Paciente con piel y mucosas hidratadas, orina clara.

Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18 12:00pm	S	Paciente bajo sedación RASS (- 3).
12:15pm	O	Paciente con tubo endotraqueal con secreciones blanquecinas, presentando piel caliente al tacto taquicardia. funciones vitales: P.A.: 120/70 mmHg F. C.: 129 xmin. F. R.: 29x min. SAO2. : 88 % T° : 39 C°.
12:15pm	A	Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia.

8:00pm	P	Paciente presentará temperatura dentro de los parámetros normales. -Control funciones vitales cada 2 horas (12,2,4,6,8 pm). -Control de Temperatura cada 2 horas.
12:15pm	I	-Administración de antipiréticos (metamizol 1 gr Ev. c/8h) según prescripción médica. -Realizar medios físicos para disminuir la temperatura. -Registrar notas de enfermería.
8:00pm	E	OA: Paciente con piel tibia al tacto y frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales (60 a 85 lat. xmin.).

Fecha/hora		Intervenciones
26/01/18 12:00pm	S	Paciente bajo sedación RASS (- 3).
12:15pm	O	Paciente con tubo endotraqueal con ventilación mecánica, se observa apósitos de herida operatoria ligeramente manchados de secreción sero hemática, DPR a bolsa de colostomía con secreción sero sanguinolenta, colostomía con secreción sero sanguinolenta. Funciones vitales: P.A.: 120/70 mmHg F. C.: 129 xmin. F. R.: 29x min. SAO2. : 88 % T°: 39 C°.
12:15pm	A	Riesgo de sangrado relacionado a incisión quirúrgica.
8:00pm	P	Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante la estancia en su recuperación. -Control funciones vitales cada 2 horas (12,2,4,6,8 pm). -Control de frecuencia cardiaca cada 2h. (12,2,4,6,8 pm).
12:30pm	I	-Valorar el control del sangrado: apósitos y herida operatoria. -Control de hemoglobina y hematocrito. -Administrar paquete globular según resultado de hemoglobina.
8:00pm	E	OA: Paciente con apósitos de herida operatoria limpia y seca, coloración de piel y escleras rosadas..

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivos: Paciente mantendrá una ventilación respiratoria adecuada.</p> <p>Resultados: -Paciente presentará el adecuado uso de los músculos accesorios de la respiración. -Paciente presentará ausencia de disnea (FR: 16 X''). en ventilación mecánica. -Paciente presentará FC: (68 - 89 X'').</p>	<p>(OA) Paciente con el uso de accesorios de músculos respiratorios adecuados en VM, con ausencia de disnea, frecuencia cardiaca con valor normal adecuado.</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo: -Paciente presentara vías aéreas permeables durante el turno.</p> <p>Resultados: -Paciente presentará sonidos respiratorios normales. -Paciente presentará patrón respiratorio (FR: 16 – 20 X'') en ventilación mecánica.</p>	<p>(OA) Paciente con sonidos respiratorios normales, patrón respiratorio normal.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo: Paciente presentará volumen de líquidos normal con balance hídrico positivo.</p> <p>Resultados: -Paciente presentara mucosas hidratadas.</p>	<p>(OA) Paciente con piel y mucosas hidratadas, orina de coloración normal.</p>

-Paciente presentara orina de color normal.

Diagnóstico 4

Evaluación

Objetivo:

Paciente y presentará temperatura dentro de los valores normales (T°: 36.5 a 37 °C).

(OA) Paciente con temperatura con valores normales T°: 36.5 a 37.5 °C, piel tibia

Resultados:

-Paciente presentará piel tibia al tacto.
-Paciente presentará frecuencia cardiaca dentro del valor normal (60 a 80 x min.).

al tacto, frecuencia cardiaca dentro de los valores normales.

Diagnóstico 5

Evaluación

Objetivo:

Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante la estancia en recuperación.

OA: Paciente libre de riesgo de sangrado, con apósitos de herida operatoria limpias y secas y escleras rosadas

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Internacional

Según Gutierrez(2018), se realizó el estudio del paciente del caso post-operado de laparotomía exploratoria, hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México. Objetivo: exhibir la estructura que permitió cubrir las necesidades individuales del usuario en cuestión. Metodología: se realizó una valoración de Enfermería focalizada de acuerdo a la Guía de Valoración de Enfermería según la tipología de patrones funcionales de M. Gordon para persona adulta. Así mismo, se empleó la taxonomía NANDA-I: Definiciones, taxonomía NOC para la Clasificación de Resultados de Enfermería y taxonomía NIC para la Clasificación de Intervenciones de Enfermería para la planeación de intervenciones y actividades. También se recuperó información del expediente clínico de la unidad hospitalaria. Resultados: se identificaron un total de 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales cuatro son diagnósticos reales y los restantes de riesgo. Conclusiones: es vital que el personal de enfermería implemente todos sus conocimientos y habilidades en la aplicación de sus intervenciones durante cada una de las etapas del PAE; de esa manera se logrará brindar un cuidado enfermero de calidad y completamente fundamentado.

Palabras clave: Proceso de Atención de enfermería, NANDA, NIC, NOC.

Liñares(2014) realizó el estudio a paciente pos operado tras una reparación de aneurisma aórtico abdominal. Es una situación frecuente en la unidad de reanimación. La utilización del proceso de atención de enfermería y de un lenguaje estandarizado no es de uso habitual en las

unidades de España y del resto de Europa, lo cual constituye un reto para la enfermería debido a que posibilita la normalización de la práctica enfermera y disminuye la variabilidad de la práctica clínica realizada. Objetivos: Establecer un plan de cuidados a un paciente sometido a una reparación aneurismática abdominal mediante técnica abierta en una unidad de servicios críticos, evaluando la eficacia de las intervenciones realizadas. Metodología; como instrumento se realizó un plan de cuidados al paciente desde la perspectiva del modelo de Virginia Henderson, y siguiendo las taxonomías NANDA, NOC, y NIC, para establecer diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones y actividades. Así mismo, se aplicó el modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) y se determinan estos diagnósticos: “Retraso en la recuperación quirúrgica”, “Déficit de autocuidado: aseo”, “Confusión aguda” y “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”. El plan se ejecutó durante los cinco días que el paciente estuvo en la unidad. Discusión: A la vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que las actividades realizadas han mejorado la situación del paciente. El desarrollo de un plan de cuidados utilizando la taxonomía enfermera nos permite tanto la evaluación de progreso del paciente como la evaluación de la actividad enfermera.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería, diagnóstico de enfermería.

Nacional

Según Prada –Salomon(2016), realizaron un estudio sobre cuidados de enfermería en postoperatorio de cirugía abdominal: laparotomía vs laparoscopia. Objetivo: Comparar, según técnica quirúrgica (laparotomía vs laparoscopia), los cuidados que requiere un paciente durante un postoperatorio de cirugía abdominal, así como los dispositivos empleados en cada caso, identificando el grado de dolor, tiempo de ingreso, tratamiento y estancia en unidades de

reanimación. Identificar posibles complicaciones y describirlas. Metodología: Es un estudio observacional retrospectivo de dos cohortes, a través de las historias clínicas, se obtuvo una muestra de 173 pacientes. Se estudiaron las siguientes variables: Tipo de intervención, grado de dolor, días de ingreso y cuidados de enfermería. Resultados: De 140 pacientes, el (80,9%) fueron intervenidos mediante laparoscopia. De los cuales 105 pacientes, el (60,7%) eran mujeres. La media de edad fue 59 años (15,9). El dolor postoperatorio se sitúa en 2,73 para laparoscopia, y 1,96 para laparotomía ($p = 0,1$). Comparando las medias en días de ingreso, se obtuvo 2,9 días en laparoscopia y 11,7 en laparotomía ($p < 0,01$). Los cuidados de enfermería reflejan que se utilizan más dispositivos (catéteres, sondas, drenajes) y se realizan mayor número de curas en las intervenciones por laparotomía ($p < 0,01$). Un 95,7% del grupo laparoscopia, no sufren complicaciones frente a un 63,6% en el caso de laparotomías. Conclusiones: Las laparotomías generan más cuidados, tiempo de ingreso mayor, y tratamientos más prolongados. Además, implica la inserción de más catéteres, sondas y drenajes que en laparoscopia. Las unidades de enfermería deberían adaptarse al tipo de paciente postoperatorio, para individualizar cuidados y optimizar recursos humanos y materiales.

Palabras Claves: Cuidados de Enfermería.

Según Yague (2016), se realizó el caso clínico de un paciente que sufrió una complicación vascular intra operatorio y que requirió del seguimiento pos operatorio en la unidad de reanimación. Objetivo: La satisfacción de las necesidades propias del paciente pos operado, que en esta situación se encontraba en un especial riesgo vital. Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo y analítico, mediante el uso del proceso de atención de enfermería; permitió la planificación y aplicación fundamentada de cuidados de enfermería de calidad. Resultado: Recuperación óptima del paciente en función de su estado y su potencial recuperación.

Conclusión: El diseño y aplicación de un plan de cuidados siguiendo los cinco pasos del Proceso de Atención en Enfermería permitirá proveer los mejores cuidados de enfermería posibles a un paciente con deterioro del estado clínico y un riesgo vital moderado. Este plan de cuidados en particular se centró en abordar los siguientes aspectos prioritarios: patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección y termorregulación ineficaz, relacionados con el propio proceso quirúrgico; riesgo de shock secundario a inestabilidad hemodinámica y disconfort, dolor agudo y déficits de autocuidado derivados del proceso postoperatorio.

Palabra clave: Plan de Cuidados de Enfermería; NANDA; NOC; NIC.

Local

Según Galarza (2013), el presente estudio se realizó para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con diagnóstico médico de laparotomía exploratoria sigmoidectomía, colostomía a lo Hartmann en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Objetivo: Permitir identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afectan al ser humano en un contexto holístico. Metodología: El tipo de estudio es descriptivo y analítico, con la participación de un paciente que se encuentra en el servicio de cirugía, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos, fueron; entrevista estructurada según patrones funcionales, valoración física (céfalo caudal), historia clínica de la paciente, familiares y reporte de enfermería, los datos significativos obtenidos son clasificados según los patrones funcionales de M. Gordon. Se analizaron los datos significativos, los factores relacionados y las características definitorias, se plantean los siguientes diagnósticos de enfermería siendo priorizados, posteriormente se plantea el plan de cuidados con objetivos y resultados esperados, lo cual fueron aplicados al paciente de acuerdo a la disponibilidad de

tiempo. Finalmente se realizó la evaluación de los objetivos y resultados esperados de acuerdo al plan de cuidados. Resultado: De acuerdo al tiempo de rotación se puede realizar las intervenciones durante cinco días, por lo tanto, se desarrolló de manera responsable y eficaz. Se aplicó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas. Sin embargo, de los diagnósticos planteados: siete objetivos se alcanzaron en su totalidad, cuatro parcialmente. Lo cual contribuyó en la mejora del estado de salud del paciente. Conclusión: El profesional de enfermería es un miembro primordial del equipo multidisciplinario de salud, pues interviene en la recuperación de la persona a través de cuidados específicos y prioritarios utilizando la herramienta clave que es el Proceso de Atención de Enfermería, al haber concluido con nuestra labor en el servicio de cirugía me ayudo a priorizar mejor mis planes de cuidados con respecto a cada paciente que encontramos en el servicio como también a enriquecer mis conocimientos pues sigue siendo un reto renovar y ampliar nuestra información.

Según Calderon (2013), el presente estudio se realizó al paciente del Proceso de Atención de Enfermería pos operado de colecistectomía, duodenotomía. Objetivo: realizar el proceso de atención de enfermería a un paciente con diagnóstico médico pos operado de Colecistectomía, duodenotomía, portador de un dren kher, del servicio de cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Metodología: El enfoque que se utilizo fue descriptivo y analítico. La muestra fue intencional en el cual se estudió a un paciente de género masculino y edad de 36 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron la entrevista, valoración según patrones funcionales de M. Gordon y la escala de Glasgow. Resultados: Después de mantener al paciente en evaluación por tres semanas podemos extraer, los tres diagnósticos prioritarios: En primer lugar, Ansiedad relacionado a cambios en estado de salud evidenciado por temor y desconfianza al realizar algún

procedimiento, preocupación por sus familiares y trastornos del sueño, en segundo lugar, Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a retención de secreciones evidencia por toz ineficaz, secreción espesa y roncales en ambos campos pulmonares y en tercer lugar, Trastorno del patrón del sueño relacionado al ambiente hospitalario, ruidos, falta de intimidad y ansiedad evidenciado por quejas verbales de no sentirse bien descansado, cambios en el patrón normal del sueño e insatisfacción con el sueño. De cada uno se realizó el plan de cuidados necesario, la evolución del paciente avanzo progresivamente por lo cual salió de alta. Conclusión: El cuidado de la enfermera es vital para el manejo, control y prevención de complicaciones, es allí donde el papel de la enfermera adquiere experiencia y responsabilidad en el servicio. Aplicando la metodología científica del PAE en sus cuidados, haciendo de ellos más eficaces y eficientes.

Marco conceptual

Peritonitis

Definición.

La peritonitis es la inflamación de la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y las vísceras, puede ser localizada o generalizada y puede ser debido a la ruptura de un órgano hueco, de traumatismo abdominal, en apendicitis o de un proceso infeccioso.

En el caso de las peritonitis agudas, suelen manifestarse con dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hipotensión, taquicardias y sed. La peritonitis también tiene que ver con el apéndice, cuando este se inflama se revienta liberando bacterias por todo el cuerpo. La peritonitis, puede causar una deshidratación en el paciente y provocar fallo orgánico múltiple, o multisistémico, lo cual, puede causar la muerte en muchos casos (Vacas, 2017).

Las peritonitis pueden dividirse en base a distintos criterios:

Según su localización: generalizada o localizada.

Según la evolución: aguda o crónica.

Según la patogenia: primarias, secundarias o terciarias.

Según la etiología: sépticas: producidas por bacterias o asépticas: irritación del peritoneo sin presencia de bacterias (Vacas, 2017).

Etiología:

Puede producirse por:

Gérmenes de la cavidad abdominal: por infecciones agudas, apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc. Por perforaciones por cuadros infecciosos, traumáticos, estrangulación, infarto intestinal y pancreatitis.

Los gérmenes pueden invadir al peritoneo a través de tres vías:

Vía directa o local.

Vía sanguínea.

Vía linfática (Vacas, 2017).

Fisiopatología.

Se dice que puede ser química, debido al escape de bilis, secreciones gástricas y pancreatitis a la cavidad peritoneal; mediante el escape de ácidos gástricos, de las proteínas séricas y electrolitos. Existe filtración de líquido en la cavidad abdominal, resultando un absceso y una evolución de los mecanismos de defensa peritoneal y sistémico que localiza la inflamación y que va progresando hasta una peritonitis difusa (Vacas, 2017).

Signos y síntomas

Algunos son:

Dolor abdominal y al tacto, distensión abdominal, fiebre, algunas veces náuseas y vómitos diarrea, orina colúrica, sed, malestar general y fatiga (Vacas, 2017).

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante:

Una historia clínica exhaustiva.

Una exploración física minuciosa.

Y los procedimientos diagnósticos más indicados.

Radiografía simple de abdomen de pie, ecografía, hemograma y hematocrito, tomografías, video laparoscopia (Mayo, 2018).

Tratamiento

El tratamiento de elección en la peritonitis es la cirugía, en otras ocasiones se puede convertirse en un plastrón apendicular, que puede presentarse con fiebre, la peritonitis gonocócica que es una infección ascendente en las mujeres como una pelvi peritonitis. La peritonitis por apendicitis es aguda complicada el tratamiento de elección es quirúrgica y se realiza una limpieza de la cavidad, lavado y drenaje (Huaman, 2008).

Complicaciones

Las complicaciones pueden ser agudas:

Schok debido a la perfusión tisular insuficiente, insuficiencia respiratoria con problemas ácido base, fiebre dentro de las 24 horas, insuficiencia renal aguda, insuficiencia aguda y complicaciones de las infecciones de la herida quirúrgica (Huaman, 2008).

Prevención.

El uso de antibióticos para evitar infecciones.

Cuidado en el uso de técnicas sanitarias.

Consulta médica, guardar el debido reposo para evitar complicaciones (Vacas, 2017).

Cuidados de enfermería.

Requieren cuidados de enfermería completa:

Lavado de manos antes y después de manipular los apósitos de herida operatorios.

Controlar las sondas naso intestinales.

Administración de oxígeno.

Administración de terapéutica endovenosa.

Brindar comodidad y confort.

Balance hídrico estricto.

Observar los drenajes, color olor y cantidad (Costa, 2014).

Laparotomía exploratoria

Definición

Laparotomía exploratoria es una operación quirúrgica en la que se abre la cavidad abdominal para explorar y diagnosticar enfermedades, lesiones examinando los órganos en busca

de enfermedades ocultas, también se realiza esta operación en traumas contundentes y penetrantes en los que puede haber múltiples lesiones o riesgo de la vida (Pardo, 2015).

Diagnóstico.

Se diagnostica:

Historia clínica minuciosa.

Exploración física, rigidez abdominal, auscultación minuciosa ubicación del dolor cuadrante superior derecho, pancreatitis aguda, apendicitis aguda o complicada, cuadrante inferior derecho enfermedades pélvicas (Pardo F. , 2015).

Complicaciones

Las complicaciones de la laparoscopia que son potencialmente mortales incluyen:

Hiperextensión del plexo braquial.

Accidentes anestésicos (paresia y parestesia de extremidades inferiores por compresión de región poplítea.

Insuflación inadecuada (extra-peritoneal)

Trauma directo: Intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.

El enfisema subcutáneo.

Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO₂ (rara)

Neumotórax o enfisema mediastino.

Infección postoperatoria en sitio de entrada o salida hasta fasciitis necrotizante.

Sangrado

Infección

Si no se descubre la causa del problema puede ser necesaria otra operación u otros tratamientos.

Mala cicatrización de la incisión.

Daños, lesiones o problemas en el intestino.

Riesgos relacionados con la anestesia (Saceda, 2018).

Cuidados de enfermería

- Se llevará al paciente a una habitación para que descanse hasta que se haya recuperado de la anestesia. Las enfermeras vigilarán su estado. Una vez que esté más despierto y alerta, se trasladarán a otra habitación.
- Se administrarán medicamentos para prevenir las infecciones y manejar el dolor en caso necesario.
- El paciente no podrá comer ni de beber hasta que su intestino empiece a funcionar normalmente de nuevo, lo cual puede tardar algunos días.
- El paciente deberá levantarse y caminar tan pronto como pueda para ayudar a prevenir los coágulos de sangre.
- Enseñar ejercicios respiratorios para ayudar a prevenir la neumonía.
- Indicar al paciente que se la retirara pronto la bolsa de orina suele quitarse a los pocos días. Y de igual forma con el tubo de drenaje en la incisión.
- Ayudar con el alta cuando el médico confirme que no hay ningún problema que represente peligro.
- Póngase de acuerdo con un familiar o amigo adulto para que lo lleve a casa.

- Antes de salir del alta del hospital, verificar que tenga todas las recetas e instrucciones necesarias para el cuidado en casa y que tenga un número de contacto para poder llamar a su médico o al hospital en caso de que tenga problemas o preguntas después de la cirugía.
- Indicarle que no debe levantar peso mayor a 5 libras (2.30 kg) durante 6 semanas. Esto le permitirá que el tejido sane y evitará las hernias (Vasquez, 2008).

Colostomía

Definición

Es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por la estoma hasta la bolsa adherida al abdomen. Este procedimiento por lo regular se realiza después de:

Resección intestinal

Lesión en el intestino

La colostomía puede ser temporal o permanente.

La colostomía se lleva a cabo mientras está bajo anestesia general (dormido y sin dolor). Se puede realizar, ya sea con una incisión quirúrgica grande en el abdomen o con el uso de una cámara pequeña y varias incisiones pequeñas (laparoscopia).

El tipo de método utilizado depende de qué otro procedimiento sea necesario realizar. En general, la incisión quirúrgica se hace en la parte media del abdomen. La resección o reparación intestinal se hace en la medida de lo necesario.

Para la colostomía, se pasa un extremo del colon sano a través de una abertura hecha en la pared abdominal, generalmente en el lado izquierdo. Se suturan los bordes del intestino a la piel

de la abertura, llamada estoma. Se coloca una bolsa, llamada dispositivo de ostoma, alrededor de la abertura para permitir el drenaje de las heces.

La colostomía puede ser por corto tiempo. Si usted tiene una cirugía en parte de su intestino grueso, una colostomía le permitirá a la otra parte de su intestino descansar mientras usted se recupera. Una vez que su cuerpo se haya recuperado totalmente de la primera cirugía, le practicarán otra cirugía para reconectar los extremos del intestino grueso. Esto por lo general se hace después de 12 semanas (Jan Clark, 2017).

Tipos de colostomía

Se pueden clasificar en:

Temporal. Cuando se realizan por un corto periodo de tiempo

Permanente. Las colostomías pueden ser temporales o permanentes dependiendo del tipo de problema por el que haya sido necesaria realizarla.

También se pueden clasificar en función de la parte del colon que está afectada:

Transversa. Se realiza en la parte superior del abdomen, y permite que las heces dejen el cuerpo antes de alcanzar el colon descendente. Generalmente, es una colostomía temporal

Ascendente. Se realiza en el lado derecho del abdomen, y necesita un mayor cuidado que con la colostomía transversa.

Descendente o sigmoidea. Se realiza en el lado inferior izquierdo del abdomen. Es el tipo más común de colostomía (Jan Clark, 2017).

Problemas de una colostomía.

Algunos de los problemas más comunes que pueden aparecer son:

Hernia. Es uno de los problemas más comunes tras una colostomía, y se consiste en la aparición de un bulto o protuberancia de la piel de la zona de alrededor del estoma. Se trata de una protrusión de un asa del intestino o de tejido a través de los músculos del abdomen. En casos graves puede requerir cirugía.

Irritación de la piel. Es otro de los problemas que más frecuentemente aparecen tras una colostomía. La piel de alrededor del estoma aparece de color rojo y puede existir dolor en la zona. Es importante consultar con el personal sanitario de inmediato ya que seguramente será necesario un tratamiento.

Problemas con las heces. El tipo de heces de una persona sana depende de factores como el tipo y la frecuencia de las comidas, el uso de ciertos fármacos o el estado emocional. La diarrea o el estreñimiento pueden ser un problema tras una colostomía, por eso es importante hablar con el médico para que le informe de cuáles son alimentos más recomendables, el mejor horario de comidas, la cantidad de alimentos y los efectos de cualquier medicamento sobre las deposiciones. El médico puede recomendarle algún tipo de fármaco para ayudarle en caso de problemas de estreñimiento o de diarrea.

Obstrucción. La existencia de calambres, vómitos y/o náuseas, la hinchazón en el estómago y/o en el estoma pueden ser signos indicativos de la existencia de un bloqueo u obstrucción intestinal.

Recto fantasma. En ocasiones puede seguir existiendo la necesidad de ir al baño. Esta sensación suele desaparecer un año después de la colostomía (Jan Clark, 2017).

Limpieza y los cuidados de enfermería.

Van dirigidos a la higiene del estoma, a la prevención y a los cuidados de las lesiones en la piel:

Proteger la cama con empapadores.

Retirar la bolsa de colostomía cuando esté llena o según costumbre del enfermo.

No cambiarlo innecesariamente para evitar la irritación de la piel.

Despegar el adhesivo con cuidado de arriba hacia abajo.

Inspeccionar la piel, lavar la estoma con gasas húmedas o esponja suave, limpiar la piel circundante con agua tibia y jabón neutro, con movimientos circulares de fuera a dentro.

Secar suavemente. No frotar.

Si existe vello alrededor de la estoma se debe cortar, pero no rasurar.

Ajustar al máximo el dispositivo adhesivo al diámetro de la estoma.

No utilizar cremas o pomadas que no sean adhesivas.

Centrar el orificio de la bolsa sobre la estoma.

Alisar cuidadosamente el dispositivo adhesivo para evitar fugas.

Ahuecar ligeramente la bolsa.

Para disminuir el olor se puede introducir un desodorante especial para ostomías dentro de la bolsa.

Si la bolsa contiene muchos gases, pinchar sólo la válvula o filtro.

Observar la estoma para detectar alteraciones.

Si el enfermo cambia la bolsa, no es necesario que utilice guantes.

Si existiese exudado purulento alrededor de la estoma, quitar el dispositivo y revisar la zona.

Si la estoma sangra un poco, entra dentro de la normalidad. Lo que será motivo de alarma es que sangre en abundancia.

Es más recomendable la ducha que el baño y la estoma lo dejaremos en último lugar.

Se podrá duchar con o sin bolsa (Jan Clark, 2017).

Dren pen rose

Es un tubo de látex blando de una sola luz. Puede ser de diferentes tamaños y la longitud se adaptará en función de la herida. Drena por capilaridad. Este dren se utiliza cuando se desea drenar líquido del tejido celular subcutáneo y puede ser fijado a la piel con un punto de hilo o solo debe introducirse a la cavidad fijándolo con un apósito.

El líquido exudado va a parar a una gasa, que cambiaremos diariamente o siempre que este manchado el apósito exterior, si se quiere medir la cantidad de líquido drenado se colocara una bolsa de colostomía. La retirada de este drenaje será de forma progresiva (2cm diarios) para evitar adherencia a la piel y retirando el punto de sutura (Pardo F. , 2015).

Indicaciones

Está indicado principalmente en abscesos sub hepáticos, pancreáticos, de saco de Douglas, de vesícula, anastomosis intestinales, peritonitis, etc. también en la prevención de abscesos de pared, tanto musculares como sub musculares (Pardo F. , 2015).

Tratamiento

Evitar la acumulación de líquido y su infección, dehiscencias y el desplazamiento de otras estructuras por este. Cirugía donde los dejan de rutina: hematomas, seromas, neurocirugía, tiroidectomía, colecistectomía, laparotomías exploratorias.

Nunca se debe dejar un drenaje con la intención que corrija una cirugía mal realizada.

No utilizar drenajes Pen Rose en anastomosis colaterales, ni fistulas.

Para evacuar las sustancias acumuladas evitando el cierre en falso de los mismos, dejaremos que se cierre por segunda intención para evitar reinfecciones. En peritonitis generalizada (Jan Clark, 2017).

Complicaciones

Su complicación más frecuente es la infección, y esta es mayor que los otros drenajes, ya que presenta una bi direccionalidad. Además de estos puede haber una dificultad para remover el drenaje, puede haber una remoción del drenaje o se puede introducir dentro de la herida (Jan Clark, 2017).

Cuidados de enfermería:

- Mantener el pen rose en su sitio.
- Cuidar que no se formen pliegues para facilitar el drenaje.
- Observar color, olor, consistencia del líquido drenado.
- Para su retiro se debe cortar el punto que lo fija a la piel y se tracciona suavemente con pinzas estériles.
- Asegurar fijación de drenaje con clip o punto de seda.
- Avisar a médico y registrar en hoja de enfermería si el drenaje se sale o se introduce dentro de la herida.
- Curación diaria o dependiendo del exudado.
- Observar sitio de inserción.
- Controlar temperatura para descartar infección.
- Utilizar técnica aséptica en cada maniobra (Garran, 2011).

Cuidados de drenajes

- Dotar de información al paciente, sobre los cuidados y recomendaciones básicas a tener en cuenta durante el tiempo que porte en drenaje.
- Manipular siempre el drenaje con las manos lavadas, desinfectadas y con guantes.
- Realizar curación diaria de la zona de inserción del sondaje y valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias.
- Cambiar las gasas de los drenajes diariamente, o siempre que el exudado manche el apósito exterior.
- No realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.
- Anotar y valorar cantidad de exudado, apariencia (seroso, sero hemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide) color, olor, sólidos encontrados y número de veces que realizamos el vaciamiento del colector.
- Comprobar que el drenaje no ha sido extraído accidentalmente y que no se ha producido ninguna desconexión.
- Comprobar la permeabilidad de los tubos de drenaje.
- Comprobar que el tubo no esté acodado.
- En los drenajes con sistema de aspiración por vacío, comprobar que el colector mantiene el vacío.
- Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío.
- Mantener higiene de las luces del drenaje.
- Comprobar que el tapón del drenaje este correctamente cerrado.
- Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario.

- Siempre que el sondaje lo permita intentaremos fijar el tubo a la piel del paciente para su comodidad y para evitar posible desplazamiento accidental de la sonda.
- Vigilar la existencia de fugas y el nivel de agua de la cámara de recolección, en ese tipo de drenajes.
- En los drenajes por gravedad comprobar que este por debajo del nivel de inserción del drenaje, para evitar reflujos (Garran, 2011).

Modelo teórico

Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Swanson nos habla de la importancia de la tarea de cuidar y que se convierta en una tarea que desenvuelva mucha responsabilidad, aparte del trabajo de salud, es también educar al individuo, para proporcionarle un confort de acuerdo a su necesidad con el compromiso de brindar y adquirir conocimiento de ambas partes. El objetivo de la enfermera será promover el bienestar de otros, los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal. El componente fundamental y universal de la buena enfermera es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente (Kristen, 1998).

La enfermería, como proceso, es una disciplina muy metódica y organiza sus elementos de forma secuencial, considerando que los resultados, al utilizar los elementos del proceso generen una respuesta que se acomode a los requerimientos exigidos. Nos dice que el cuidado tiene una dimensión educativa y que acerca al enfermo con otro ser humano.

Swanson formula dos modelos:

- Modelo de los cuidados: con este modelo desarrollo cinco procesos básicos; (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar, y mantener las creencias) que serán descritos, con sus significados y etiquetados como cuidados.
- Modelo de la experiencia humana del aborto descubrió que el proceso de los cuidados que identifique en las mujeres que habían abortado también era aplicable a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños.

El concepto del cuidado es fundamental para la teoría y los procesos del cuidado definiéndose los siguientes términos:

Cuidado: forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

Conocimiento: esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

Estar con: Significa estar emocionalmente presente con el otro, incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.

Hacer por: Significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad en las competencias protegiendo al que es cuidado, respetando su dignidad.

Posibilitar: Es facilitar el paso del otro por las transacciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando y dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas determinadamente dando retroalimentación.

Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y

teniéndolo en alta estima, manteniéndolo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Meta paradigmas

Persona: Ser único que está en proceso de creación cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas.

Enfermería: Disciplina conocedora del cuidado para el bienestar de otros.

Salud: vivir la experiencia subjetiva llena del significado de la plenitud.

Entorno: cualquier contexto que influye o es influido por el cliente.

La teoría de Swanson es aplicado en el presente trabajo de investigación para el desenvolvimiento del cuidado de nuestro paciente en estudio, vemos que los cuidados de enfermería reconocen la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en su vida cotidiana teniendo como conocimiento el significado de cuidar y ser cuidado implica promover, restaurar y mantener el bienestar óptimo con las personas y de nuestro entorno.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo descriptivo porque se detalla de manera organizada todos los datos relevantes del paciente y es analítico, porque se ha examinado y organizado todos los hallazgos clínicos que el paciente presento para emitir los juicios respectivos. Como metodología se utilizó el proceso de atención de enfermería, que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente, que consta de cinco fases: valoración, que consiste en la recolección sistemática y ordenada de datos para luego pasar al diagnóstico donde se analizaron los datos significativos y realizaron el enunciado de cada diagnóstico; seguidamente se planificó los cuidados, priorizando los diagnósticos de enfermería, luego se formularon los objetivos, resultados e intervenciones de enfermería que se tenían que realizar al paciente en la ejecución, cumpliéndose con todas las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta primordial el beneficio del paciente desde un enfoque holístico. Finalmente, se realizó la evaluación que consistió en determinar si el paciente mejoraba, empeoraba o de mantenía estable.

Sujeto de estudio:

Paciente adulto de 50 años de edad de iniciales A.C.R. con diagnóstico de laparotomía exploratoria, resección intestinal, lavado de cavidad abdominal más colostomía más DPR.

Delimitación geográfica temporal:

La unidad de recuperación pos anestésica de emergencia del hospital nacional de Lima Metropolitana tiene una capacidad para seis pacientes con seis camas para la atención del

paciente pos operado inmediato. Esta unidad cuenta con diez profesionales de enfermería y con seis técnicos de enfermería, está equipado con instrumental biomédico, de alta generación como son: monitores, desfibrilador, calentadores para pacientes, ventiladores mecánicos, bombas de infusiones, calentador de sangre entre otros.

Técnica de recolección de datos:

La técnica utilizada fue la entrevista. El instrumentó, utilizado fue la guía de valoración de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, que consta de 11 patrones: patrón percepción – control de la salud, patrón de relaciones – rol (aspecto social), patrón auto percepción – auto concepto tolerancia, patrón a la situación al estrés, patrón nutricional – metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad y ejercicio, patrón descanso sueño, patrón perceptivo – cognitivo, patrón sexualidad – reproducción, valores – creencia. La guía ha sido adaptada en función al nivel de resolución por la autora. También se utilizó la observación directa y el análisis documental para la revisión de la historia clínica.

Para la organización de los cuidados se utilizó el formato de plan de cuidados funcional que consta de: diagnóstico, objetivos, resultados, intervenciones, ejecución y evaluación

Consideraciones éticas:

Se consideraron los principios bioéticos de la investigación científica para el cuidado directo del paciente:

Beneficencia (a los actos de donación o ayuda voluntaria a los necesitados), mediante esta consideración vamos a ayudar al paciente: con la administración de sus medicamentos, brindar comodidad y confort, conversar con el paciente a pesar que el paciente se mantiene bajo sedación y mantenerlo termodinámicamente estable.

No maleficencia (no hacer a los demás algo que no deseen), mediante esta consideración brindaremos atención adecuada, cumpliendo con las indicaciones médicas, en beneficio de su salud correctamente.

Autonomía (es la capacidad del individuo para hacer elecciones y toma de decisiones), mediante esta consideración conversaremos con los familiares directos, ya que el paciente se encuentra bajo sedación, para poder realizar la elaboración del PAE, y firme el consentimiento informado en donde se le brindara atención multidisciplinaria y el monitoreo constante en el servicio de la URPA hasta que el paciente cumpla una recuperación optima y sea dado de alta hacia el servicio de hospitalización.

Justicia (principio moral que inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde) con esta consideración; cumpliremos con todas las atenciones antes mencionadas sin distinciones ni religión, tratándolo como a nuestra propia familia.

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual el sujeto a expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, para ello se la ha explicado los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y alternativas, sus derechos y responsabilidades y el respeto, generando confianza para preservar la dignidad del paciente (Andorno, 2012).

El consentimiento informado nos permite elaborar y realizar los cuidados planteados, mediante los principios éticos, vamos a respetar el derecho de las personas a ejercer su autonomía mediante su participación activa en las decisiones que competan para su propio bienestar influyendo su calidad de vida desde el punto de vista de nuestro plan de atención de enfermería.

Capítulo IV

Resultado, análisis y discusión

Resultados

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1	(OA) Paciente con proceso respiratorio mejorado, gasometría arterial dentro de los parámetros normales.		
Diagnóstico 2	(OA) Paciente con sonidos respiratorios normales, presentara patrón respiratorio normal.		
Diagnóstico 3	(OA) Paciente con mucosas hidratadas, orina de coloración normal, piel tibial al tacto.		
Diagnóstico 4	(OA) Paciente con piel tibial al tacto, frecuencia cardíaca dentro de los valores normales.		
Diagnóstico 5	(OA) Paciente con piel tibial al tacto, frecuencia cardíaca dentro de los valores normales.		

Análisis de los diagnósticos.

Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios de la membrana alveolo capilar evidenciado piel pálida, gasometría arterial anormal (PH:7.195, HCO₃: 15.9 mEq/Lt.), disnea (FR: 29 X”).

Según Berman (2017), la palidez puede ser el resultado de una disminución en el riesgo sanguíneo a la piel (frio, desmayo, shock, hipoglicemia) o una reducción en el número de glóbulos rojos (anemia). La palidez de la piel es distinta a la pérdida del pigmento cutáneo, también se puede deber a una dificultad respiratoria ya que no llega la suficiente cantidad de oxígeno a las células sanguíneas y esto produce alteración en el CO₂, PCO₂ alterando la oxigenación del paciente. Por otro lado, Navarro(2007), dice que la disnea se refiere a la dificultad respiratoria que se manifiesta como una sensación de falta de aire en los pulmones, entre otros síntomas pueden dar lugar a una disminución del nivel de oxígeno, puede ocurrir durante el reposo o la actividad. Para Pérez (2007), la gasometría arterial, es una prueba médica que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir los gases (oxígeno y dióxido de carbono) contenidos en esa sangre y su PH (Acides), con esta prueba se puede evaluar la cantidad de oxígeno que se transporta a los pulmones determinando los niveles del intercambio de gases en sangre, en el cual se verá los resultados de una gasometría anormal o normal. Para finalizar decimos que el paciente en estudio presenta signos y síntomas que ponen en riesgo su patrón respiratorio, observándose, piel pálida, disnea, gasometría arterial anormal; es por eso que el paciente para poder tener un buen intercambio de gases, se utiliza ventilación mecánica por resultados alterados que indican una acidosis respiratoria. También evaluamos el patrón respiratorio y la palidez que presenta el paciente indicándonos la falta de oxígeno y que por este

motivo se le realizara controles constantes de gases arteriales para monitorización de su Ventilación Mecánica (Pérez, 2007).

Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada a mucosidad excesiva, tabaquismo evidenciado roncantes, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz.

Según (Pike, 2018) concluye que los roncantes son producidos por las estructuras de los pulmones durante la respiración por donde el aire queda obstruido y este se vuelve áspero en las vías respiratorias. Menciona Herdman(2015- 2017) que la alteración del patrón respiratorio se debe a la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. Por lo tanto, Castillo(2015) refiere que la tos ineficaz, no genera expectoración, su misión no es expulsar secreciones originadas por infecciones respiratorias, es una tos con poco sentido, es fatigante, es por debilidad muscular o por alteración del normal funcionamiento del sistema mucosilial. Concluyendo que el paciente en mención mantiene un patrón respiratorio alterado debido una tos ineficaz, porque no es capaz de proporcionar secreciones debido a la debilidad muscular ocasionada por la sedo analgesia, por lo tanto, esta propenso a adquirir complicaciones dentro de la función pulmonar (Fernández, Carmona 2017).

Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciada por mucosas secas, orina coluria, aumento de la temperatura corporal.

Según Rodelgo (2012), las mucosas orales secas se deben a una manifestación clínica del organismo debido a la disminución de la secreción salival pueden ocasionar; dificultad para deglutir, halitosis y el consumo de líquidos pudiendo llevar al paciente a problemas de deshidratación, complicaciones hidroelectrolíticas. Por otro lado, Pedrero (2012) expresa que la coloración de orina puede significar diversas afecciones o enfermedades urinarias, un color

amarillo claro indica una muy diluida, mientras que el amarillo oscuro se relaciona con una mayor concentración y por lo tanto mayor riesgo de deshidratación, en este caso debemos beber los líquidos e infundir soluciones intravenosas. Por otra parte, Celayane(2018) nos dice que la termorregulación se compone de una serie de elementos que conectan el sistema nervioso central y periférico. El sistema regulador central se encuentra en el hipotálamo en el que hay dos regiones: posterior y anterior, que asumen las funciones de producción y pérdida de calor, respectivamente. Así, un aumento de temperatura percibido por el hipotálamo, provoca una respuesta autonómica que consiste en un aumento de la sudoración (pérdida de calor por evaporación), una vasodilatación cutánea (por pérdida de calor por conducción y convección, por contacto directo con la piel) y un descenso del tono muscular, deshidratación

Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia.

Según Celayane (2018), lo que se sabe de la piel caliente al tacto, es que la temperatura del cuerpo, es regulada por una parte del cerebro llamada hipotálamo, que es el termostato de los seres humanos. Cuando uno siente calor, el mensaje es dilatar los vasos sanguíneos y sudar. Cuando siente frío, el mensaje es constreñir los vasos sanguíneos y estimular los músculos para que tiemblen y aumenten la producción del calor. Según Alvarez (2016), la taquicardia es el aumento de la frecuencia cardíaca debido a múltiples probables problemas; la misma puede ser fisiológica (es decir, no patológica), por ejemplo, cuando se realiza una actividad física intensa o cuando se presentan emociones intensas como: miedo, ansiedad, preocupaciones, nerviosismo o por alguna situación cotidiana o cualquier otra emoción derivada del estrés, pero también puede estar asociada a procesos patológicos, como la anemia, las hemorragias, el insomnio o el no dormir adecuadamente, el shock, insuficiencia renal, depresión, la infección de algún órgano, nerviosismo

excesivo y otros. Se concluye que el paciente en estudio presenta piel caliente al tacto, taquicardia dándonos a conocer que estos factores de riesgo presentes en el paciente y que nos indica una hipertermia por las infecciones agregadas que presenta debido a su diagnóstico (peritonitis).

Riesgo de Sangrado relacionado a complicaciones pos operatorias

Según Pike (2018) nos dice que el sangrado es la pérdida de sangre, que puede ser fuera a dentro del cuerpo debido a una lesión o intervención quirúrgica, muchas veces el sangrado se debe a alteraciones en la coagulación. También, Berman (2017) nos dice que la palidez es una pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas. La palidez de la piel probablemente no sea una afección grave y no requerirá tratamiento, a menos que también se presente en los labios, la lengua, las palmas de las manos, el interior de la boca o en el revestimiento de los ojos, debido a la intervención quirúrgica el sangrado puede ser escaso o en regular cantidad. Finalmente, nuestro paciente en estudio presenta riesgo en su salud debido a que sus apósitos se encuentran manchados de secreción sanguinolenta, también se observa una palidez en cara y escleras, que nos puede indicar que hay un sangrado que puede ser debido a la intervención quirúrgica, se le realiza controles constantes de Hemoglobina y Hematocrito para prevenir el riesgo de sangrado.

Discusión

El paciente presenta el diagnóstico de peritonitis que es la inflamación del peritoneo, es una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica. La peritonitis puede ser el resultado de una rotura (perforación) en el abdomen, o de una

complicación de otras enfermedades. La peritonitis es una complicación que amerita la realización de una Laparotomía exploratoria de urgencia como es el caso del paciente que además se tuvo que realizar el lavado de cavidad y se colocó DRP, realizándose una colostomía.

Se presentaron complicaciones en el paciente durante la recuperación debido a las dificultades presentadas por su diagnóstico de ingreso, Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios de la membrana alveolo capilar evidenciado piel pálida, gasometría arterial anormal (PH:7.195, HCO₃: 15.9 mEq/Lt.), disnea (FR: 29 X”). Vemos como el paciente con las intervenciones realizadas fueron solucionados sus problemas, logrando la mejoría del paciente; Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada a mucosidad excesiva, tabaquismo evidenciada por roncales, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz. Se logra solucionar sus problemas respiratorios con las intervenciones y actividades realizadas llegando a cumplir los objetivos trazados. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciada por mucosas secas, orina coluria, aumento de la temperatura corporal, vemos que el paciente logra solucionar sus problemas hídricos con las intervenciones trazadas logrando alcanzar el objetivo deseado. Hipertermia relacionada a enfermedad evidenciada por piel caliente al tacto, taquicardia. Se observa que el paciente logra solucionar sus problemas llegando a lograr el objetivo deseado. Riesgo de Sangrado relacionado a complicaciones pos operatorias. Vemos que el paciente mejora con respecto a su problema de sangrado y se alcanza el objetivo deseado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería es un instrumento que permite brindar los cuidados de enfermería, oportunos a paciente pos operado de Laparotomía Exploratoria, lavado de cavidad abdominal, colostomía, DPR evitando complicaciones, abarcando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se concluye que el paciente presentó en su primer diagnóstico; Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios de la membrana alveolo capilar evidenciado piel pálida, gasometría arterial anormal (PH:7.195, HCO₃: 15.9 mEq/lt.), disnea (FR: 29 X”); después de las intervenciones realizadas vemos que se llegó a solucionar los problemas del paciente, evaluándose como objetivo alcanzado. El segundo, diagnóstico enfermero; Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada a mucosidad excesiva, tabaquismo evidenciado roncales, alteración del patrón respiratorio, tos ineficaz, constituyéndose en sus tres componentes , también fue alcanzado el objetivo después de las intervenciones administradas, el tercer diagnostico Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciada por mucosas secas, orina colúrica, aumento de la temperatura corporal, vemos que después de realizadas las intervenciones los resultados fueron superados y llegamos a la evaluación de objetivo alcanzado, siguiendo con el cuarto diagnostico; Hipertermia relacionado enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia. Nos planteamos nuestros resultados y vemos que con las intervenciones realizadas hemos logrado que la evaluación sea favorable alcanzando el objetivo, siguiendo con el quinto diagnostico; Riesgo de Sangrado relacionado a

complicaciones pos operatorias, trazamos los resultados que se realizará a través de las intervenciones realizadas, con el fin de lograr que la evaluación sea favorable, teniendo el objetivo alcanzado donde el paciente tendrá una pronta mejoría.

Recomendaciones

- Elaboración de guías atención en la unidad de URPA para el paciente pos operado de laparotomía exploratoria, DPR, colostomía, inmediatos: cuidados de colostomía, Manejo adecuado de DPR.
- Realizar consentimiento informado de enfermería para la realización de PAE a pacientes sedados y para los procedimientos propios de enfermería.
- Realizar investigaciones tipo cuantitativa, descriptiva; tipo estudio de caso con patologías de Laparotomía Exploratoria (LPE) que permitan un abordaje más holístico al paciente y familia mediante la aplicación del PAE en los pacientes de la unidad de URPA.

Referencias

- Adam. (1 de Julio de 2018). *Colostomía*. Obtenido de <http://kelseyseyboldse3.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002942>
- Alvarez, M. (17 de Abril de 2016). Obtenido de Taquicardias como Prevenir las: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/2016/04/17/taquicardias-como-prevenir-las-actuar-112435.html>
- Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona* (2° ed.). Madrid: Tecnos.
- Anmat. (28 de Diciembre de 2004). Obtenido de Vademecum: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c039.htm>
- Berman, K. (14 de Abril de 2017). Obtenido de Palidez: <http://cms.stg.adam.com/Content/PreviewArticle.aspx?pid=5&gid=003244>
- Botero, M. (14 de Febrero de 2014). Obtenido de Cambios de Posicion: https://prezi.com/zua_-r-myjzt/posicion-fowler-y-semi-fowler/
- Calderon, D. (2013). Obtenido de Proceso de Atencion de Enfermeria a Pos Operado de Colecistectomia, Duodenotomia: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LIBRO_DE_RESUMENES_Universidad_Peruana_U.pdf
- Carranza, R. R. (2018). *access medicina*. Obtenido de Midazolam: Sedantes Hipoóticos y ansiolíticos: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552§ionid=90372900>
- Casalvieri, L. F. (Agosto de 2003). Obtenido de Manual de Tecnicas y nORMAS de Procedimientos generales de Enfermeria: <https://s3.amazonaws.com/ed.edim.co/18903057/tecnicasyprocedimientos.pdf?response->

content-

disposition=filename%3D%22tecnicasyprocedimientos.pdf%22%3B%20filename%2A%

3DUTF-

8%27%27tecnicasyprocedimientos.pdf&AWSAccessKeyId=AKIAJXGLFWCDC7HTE

CXQ&Expires=153655

Castillo, C. (2015). Obtenido de Tos ineficaz: <http://revistarelevanciamedica.com/?p=3315>

Cegarra, V. (Junio de 2012). Obtenido de Comparación de Tres Métodos de Medición de

Hemoglobina: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_203376/TR-

CegarraSanmartin.pdf

Celayane. (2018 de Febrero de 2018). Obtenido de Unidad didáctica 5: Cuidados de enfermería a personas con problemas de termoregulación:

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-cuidados-de-enfermeria-a-personas-con-problemas-de-termoregulacion/>

Celayane. (15 de Febrero de 2018). Obtenido de Cuidados de Enfermeria con Problemas de termoregulacion: <http://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-cuidados-de-enfermeria-a-personas-con-problemas-de-termoregulacion/>

Clinic, M. (17 de diciembre de 2014). Obtenido de varias afecciones que pueden conducir a la disminución de los leucocitos: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/varias-afecciones-pueden-conducir-a-la-disminucion-de-los-leucocitos/>

Clinic, M. (24 de Febrero de 2018). Obtenido de Peritonitis: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peritonitis/diagnosis-treatment/drc-20376250>

Coello, K. (08 de Febrero de 2015). Obtenido de Conocimientos de Enfermeria:

<http://karemcoellomedina.blogspot.com/2015/02/balance-hidroelectrolitico.html>

Corralo, D. S. (14 de septiembre de 2017). Obtenido de web consultas:

<https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/resultados-de-la-gasometria-12835>

Costa, J. M. (11 de Junio de 2014). Obtenido de Enfermeria Blog:

<http://enfermeriablog.com/peritonitis/>

CUNILL, J. L. (s.f.). *UNIDAD DE NUTRICIONCLINICA Y DIETETICA*.

Delgado, O. (Enero de 2018). Obtenido de Cuidados de Enfermeria en la Administracion de

Medicamentos:

http://www.academia.edu/13715795/CUIDADOS_DE_ENFERMERIA_EN_LA_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS

Doenges, M. E. (2008). *Planes de Cuidados de Enfermeria*. Mexico: McGraw-Hill

Interamericana.

Echevarria. (25 de Mayo de 2009). Obtenido de Fundamentos de Enfermeria:

<https://es.scribd.com/doc/19942753/fundamentos-de-enfermeria-metodos-de-calor-y-frio>

Espinos, D. (1986). *El transporte de oxígeno por la hemoglobina y su patología: discurso*.

Madrid: IERANM.

Flores, L. E. (2013). *PROTOCOLO DE ASPIRACIÓN DE*. Obtenido de UNIDAD DE

POSTGRADO: <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/4202/T-PG-874.pdf?sequence=1>

Galarza, J. (2013). *Atencion de Enfermeria a Paciente con Diagnostico de Medoco Laparotomia*

Exploratoria sigmoidectomia colostomia a lo Hardman. Obtenido de

https://www.academia.edu/13704261/LIBRO_DE_RESUMENES_Universidad_Peruana_Uni%C3%B3n

Gardey, J. &. (2012). *Pérez Porto y Ana Gardey*. Obtenido de <https://definicion.de/programa-de-salud/>

Garran, M. (Marzo de 2011). Obtenido de Drenajes Abdominales Tipos y Cuidados:
[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/DRENAJES%20ABDOMINAL
ES.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/DRENAJES%20ABDOMINAL%20ES.pdf)

Goldberg, A. (2013). *La Dieta de Marin County: Alimento Adecuadamente a Su Niño Desde El Nacimiento*. Xlibris.

Gomez, L. A. (2012). *fundamentos de ventilacion mecanica*. Obtenido de medica books:
<http://www.fundamentosventilacionmecanica.com/>

Gonzales, L. B. (2011). Obtenido de Manuel de Guias de Administracion de Medicamentos:
[http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-
2014/GUIA%20DE%20MEDICAMENTOS,%2024%20ENERO%202011.pdf](http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-2014/GUIA%20DE%20MEDICAMENTOS,%2024%20ENERO%202011.pdf)

Gutierrez, M. S. (2018). proceso de enfermeria aplicado al usuario pos operado de laparotomia exploratoria. *sanus*, 31-39. Obtenido de *sanus*,2018;(5):31-39.

Guyton, A. &. (2007). *Tratado de fisiología médica*. Madrid: Elsevier.

Herdman, T. H. (2015- 2017). *Diagnosticos Enfermeros*. Nanda internacional: Elsevier.

Huaman, M. (Abril de 2008). Obtenido de Peritonitis:
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_12_peritonitis.
htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_12_peritonitis.htm)

Illera, M. &. (2000). *Vitaminas y minerales*. Madrid: Complutense.

Jan Clark, R. (12 de JUNIO de 2017). Obtenido de Tipos de Colostomia y sistemas de Bolsa Colectora: [https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-
secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html](https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html)

- Kristen, M. (1998). *Cuidado hecho visible. Gestión de atención médica creativa.* . Obtenido de http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032551.pdf
- Liñares, L. M. (mayo de 2014). *plan de cuidados de enfermería a un paciente pos operado tras una reparación de aneurisma aortico abdominal.* Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13615/ModeloLi%C3%B1ares_Lucia_TFG_2014.pdf?sequence=2
- Lopez, J. &. (1974). *Manometría.* Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Machelett, R. (17 de Junio de 2017). Obtenido de Enfermería en la Administración de Soluciones Cristaloides y Coloides: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-101/enfermeria_admon_temas_libres1/
- Maria, H. (Abril de 2008). Obtenido de Peritonitis: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_12_peritonitis.htm
- Marnet. (20 de Octubre de 2016). Obtenido de Hematocrito: <https://salud.ccm.net/faq/8184-hematocrito>
- Marrow, J. (25 de Mayo de 2014). Obtenido de Fundamentos de Enfermería: <http://fundamentosdelcuidadoenenfermeria.blogspot.com/2014/05/los-signos-vitales.html>
- Mayo, C. (24 de Febrero de 2018). Obtenido de Peritonitis: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peritonitis/diagnosis-treatment/drc-20376250>
- MedlinePlus. (2 de Agosto de 2018). *Hematocrito.* Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/labtests/hematocrittest.html>

Morano, M. D. (11 de diciembre de 2014). *Enfermería Práctica Cuidando de las Personas*.

Obtenido de oxigenoterapia:

<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/oxigenoterapia>

Moreno, M. (26 de Abril de 2017). Obtenido de Fichas Farmacológicas:

<https://fichamedicamentos.blogspot.com/2017/04/omeprazol.html>

Morrow, J. (25 de Mayo de 2014). Obtenido de Fundamentos de Enfermería:

<http://fundamentosdelcuidadoenenfermeria.blogspot.com/2014/05/los-signos-vitales.html>

Navarro, N. (2007). Obtenido de Onmeda para tu salud:

<https://www.onmeda.es/sintomas/disnea.html>

Páez, B. (2012). *Química: Su impacto en la salud y el ambiente*. Bogotá: Ecoe.

Pardo, F. (2015). Obtenido de Cirugía Laparoscópica: [https://www.cun.es/enfermedades-](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica)

[tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica)

Pardo, F. (2015). Obtenido de Cirugía Laparoscópica: [https://www.cun.es/enfermedades-](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica)

[tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-laparoscopica)

Pedrero, M. (19 de Marzo de 2012). Obtenido de Onmeda es Orina:

https://www.onmeda.es/exploracion_tratamiento/valores_orina.html

Perez, G. (21 de diciembre de 2007). *gasometría arterial normal*. Obtenido de

https://www.gasometria.com/rangos_de_referencia_e_interpretacion

Pérez, L. (2007). *Fundamentos de enfermería*. México: Locuma .

Pérez, L. (25 de mayo de 2014). Obtenido de Fundamentos del cuidado de enfermería:

<http://fundamentosdelcuidadoenenfermeria.blogspot.com/2014/05/los-signos-vitales.html>

Perez, L. (25 de mayo de 2014). *fundamentos del cuidado de enfermería*. Obtenido de

<http://fundamentosdelcuidadoenenfermeria.blogspot.com/2014/05/los-signos-vitales.html>

Pike, R. (31 de Agosto de 2018). Obtenido de Ruidos Respiratorios:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007535.htm>

Prada, B. F. (26 de setiembre de 2016). Obtenido de

<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/167119>

Rodelgo, T. (19 de Marzo de 2012). Obtenido de Xeroxoma dídrome de la boca seca:

<https://www.onmeda.es/sintomas/xerostomia-causas-10060-2.html>

Rodríguez, O. (19 de Octubre de 2015). Obtenido de Cambios Posturales:

<http://masquemayores.com/magazine/salud/cambios-posturales-que-son-y-como-se-hacen-las-movilizaciones-y-transferencias/>

Saceda, D. (30 de Mayo de 2018). Obtenido de Salud y bienestar:

<https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/complicaciones-de-la-laparoscopia>

Salomon, R. Y. (16 de agosto de 2016). Obtenido de [https://www.revista-](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/)

[portalesmedicos.com/revista-medica/colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/)

Salud, M. d. (marzo de 2005). Obtenido de Guías de Procedimiento de Enfermería:

<tp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/ogdn/GUÍA%20DE%20PROC.doc>

Samur. (Marzo de 2017). Obtenido de Control de Hemorragias:

https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/606_02.htm

Tejada, G. G. (11 de febrero de 2013). *Notas de Enfermería*. Obtenido de

<https://es.slideshare.net/gcarmenpromo/notas-de-enfermeria>

Vacas, M. (1 de Agosto de 2017). *Peritonitis*. Obtenido de [https://www.webconsultas.com/salud-](https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/peritonitis/peritonitis-13593)

[al-dia/peritonitis/peritonitis-13593](https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/peritonitis/peritonitis-13593)

Vales, S. B. (2012). *Funamentos de ventilacion mecanica*. Obtenido de Medica Books:

<http://www.fundamentosventilacionmecanica.com/Autores.html>

Vasquez, M. (Mayo de 2008). Obtenido de Cuidados de Enfermería en Laparotimia Contendida:

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/003/419>

Yague, R. (18 de agosto de 2016). Obtenido de Atención de Enfermería al Paciente Intervenido

de colecistectomía Laparoscópica complicada: <https://www.revista->

[portalesmedicos.com/revista-medica/colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/)

APÉNDICE

Apéndice A

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

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: <u>Alberto Condor RAMOS</u>	Fecha de nacimiento: <u>50</u>	Edad: <u>50</u>	Sexo: <u>M</u>
Fecha de ingreso al servicio: <u>26/01/18</u>	Hora: <u>12⁰⁰</u>	Grupo Sanguíneo: <u>O</u>	RH: <u>+</u>
Procedencia: Ambulatorio	Hospitalizado	Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>	Otro
Peso: <u>65 kg</u>	Estatura: <u>1.65 m</u>	Condición: Particular () SIS (X) SOAT ()	N° H.C.L.: <u>159467</u>
Dx. PRE Operatorio: <u>Peritonitis por apendicitis complicada</u>	Interv. Quirúrgica Realizada: <u>LPE + Resección intestinal + Colostomía + DPR</u>		
Dx. Post Ope: <u>LPE lavado de cavidad + DPR + colostomía</u>			
Médico cirujano: <u>Dr. Morales</u>	Medico Anestesiólogo: <u>Dr. Ladyza</u>		
Tiempo Oper: <u>3h</u>	Fecha de valoración: <u>26/01/2018</u>	F.V.: PA: <u>111/71</u> FC: <u>123</u> FR: <u>29</u> T°: <u>39.2°C</u>	

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC (X) Asma () Cardio ()

VDRL () HIV () SIFILISIS () Anticonceptivos () Especificar: _____

Otros: hace 3 meses Sin problemas importantesIntervenciones quirúrgicas NO () SI (X)
colostomía 2011Alergias y otras reacciones
mesa

Fármacos: _____

Alimentos: _____

Otros: _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco NO () SI (X) Consumo de drogas NO () SI ()

Consumo de alcohol NO () SI (X)
Desde hace 5 años

Medicamentos (indicación médica)

PATRON DE RELACIONES-ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Vendedor ambulanteEstado civil: Soltero () Casado/a ()
Conviviente (X) Divorciado/a () Otro _____

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (X) Otros Suegros

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

Fam. Responsable: _____

Dirección: _____ Fono: _____

Comentarios adicionales: Buenas relaciones con sus miembros de familia

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA ALA SITUACION Y AL ESTRESS

Estado emocional:

Colabora () No Colabora () Tranquilo () Ansioso (X)

Negativo () Triste-lloroso () Reservado () Temeroso ()

Irritable () Indiferente ()

Preocupaciones principales /comentarios:

inquieto, intranquilofamiliares presentan ansiedad por su pte.

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Piel: Fria () Caliente (X) Hibia () Turgente ()

Coloración: Normal () Pálida (X) Cianótica () Ictérica ()

Hidratación: SI () No (X)

Integridad de la piel: Intacta (X) Lesiones () UPP ()

Especificar: Mucosa oral seca

Rash: NO () SI ()

Especificar: _____

Descripción: _____

Cavidad Bucal:

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

Mucosa oral: Seca (X) Hidratada () Intacta () Lesiones ()

Tamaño: _____

Nauseas () Vómitos () Hematemesis () Pirosis () Cantidad: _____

SNG: NO () SI (X) Alimentación () Drenaje: 150 cc

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

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

Herida operatoria

Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso (X) Moderado () Severo ()

Cantidad: _____ Drenaje (X) Especifique: DPR = 10 cc

Características: Seroso () Serohemática (X) Hemática ()

Oclusión herida operatoria: Apósito (X) Gasa () Steri Strip ()

Venda elástica (X) otros: Sero hemático

Comentarios adicionales: _____

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: CC

Colostomía: SI (X) NO ()

Características: Sero sangriento 30cc.

Comentarios adicionales: _____

PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Superficial Profunda

Disnea: NO () SI (X)

Polipnea: NO () SI ()

Otros: FR = 29 x'

Bronco espasmo: NO () SI ()

Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos () Ausentes ()

Crepitantes () Roncantes (X) Sibilantes ()

Tos ineficaz: NO () SI (X)

Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente ()

Secreciones: NO () SI (X)

Características: Banquesinas espesaO2: NO () SI (X) Modo: VM A/C L/min FIO2: 50%TET () Traqueotomía () VM (X) TM () Sat O2: 95%

Drenaje torácico: D/I NO () SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardiacos: Rítmicos (X) Arrítmicos ()
 Pulso: 129X Regular () Irregular (X)
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Llenado capilar: _____
 Edema: NO (X) SI () Localización: _____

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

Riego periférico

MII Tibia	Fría	Caliente (X)
MID Tibia	Fría	Caliente
MSI Tibia	Fría	Caliente
MSD Tibia	Fría	Caliente

Marcapasos: NO (X) SI ()

Presencia de líneas invasivas:
 Catéter Venoso periférico: 26/01/18
 Catéter Central: 26/01/18 3 Luminas
 Línea arterial: _____
 Catéter epidural: _____

Transfusiones SI () NO () VENDAJES SI (X) NO () Especifique: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

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

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

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()

Comentarios adicionales: pte sido analgesia RASS(-3)

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Problemas para dormir: NO () SI () Especificar: sido analgesia

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor EVA:

Puntaje 0 al 10: _____

ESCALA DE SEDACION - AGITACION RASS:

Pu nt os	TERMINO	DESCRIPCION	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violeto, 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 O	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENT O	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10seg)	ESTIM ULO
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	VERB AL
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	ESTIM ULO
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos fijos.	FISIC O

HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE
12:00	-3	6:00	-3		
2:00	-3	7:00	-3		
4:00	-3				

ESCALA DE ALDRETE:

Escala de Aldrete	0	1	2
Actividades		/	
Respiración		✓	
Circulación		✓	
Estado de conciencia		✓	
Saturación De oxígeno		✓	
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: catolica.
 Restricciones religio: _____
 Comentarios adicionales: _____

Tratamiento médico actual:
UPO + SNG
Noradrenalina 8mg + Octasol 100cc EV > 6calh.
Dextrosa 5% 1000cc HCl KCl EV > I-II
omeprazol 40 mg EV c/24h.
Ceftriaxona 2gr. EV c/24h.
Metoprolol 50mg EV c/8h.
Metamizol 2gr. EV c/8h
Framal 100mg + Metoprolol 10mg EV > c/8h.
FTN 1gr. + MDZ 50mg + CIVAS 100 EV > 10calh.

Exámenes de laboratorio: Fitemenaciona 20mg EV > 10calh.

Firma y Sello de la Enfermera

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a Pete Posoperado, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: El posoperatorio inmediato URPA. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Gladys Meza Cardova bajo la asesoría de la Lic. Gloria Cortez Cuatrecasas. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

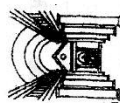
Nombre del paciente: Maria Alejós C.

DNI: — Fecha: 28-01-2018

Maria Alejós

Firma del paciente

Apéndice C



Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Don de México"

DIAG. Pos op. I. P.º Lavado de Caudal Abdominal +
Colostomía + BPR
FECHA Y OPERACIÓN 26.10.2018 CIRUJANO Dr. Ramos

FECHA DE INGRESO: 26/10/2018
13:00 pm

Nombre: Alberto Cordero Ramos Edad: 50 años Cama: 2 H.C.: 159467 SERVICIO Recuperación Emg.

TERAPEUTICA	FECHA: 26/10/18 DIETA: N° 10 + SNG. general	Obsc cione
Dextrosa 5% 100cc H(2) 1-1-1	EV 1-1-1 3gtx	
Omeprazol 40mg 5-10/4h	2pm	
ceftriaxona 2gr 5-10/4h	1pm	
Metamizol 500mg 5-10/8h	2-10-6	
Metamizol 2gr 5-10/8h	2-10-6	
fenal 100mg		
metoprolol 10mg	EV 1-9-5	
Clonidino 5% 100cc/8h		
Fentanilo 1gr		
Micorzetam 50mg	EV 10cc/h	
Clon 9% 100cc		
Noreadrenalina 8mg	EV 6cc/h	
Dextrosa 5% 100cc		
Fito menadiona 2mg 5-10/4h	3pm	

Imp. H2M 47019260

TERAPEUTICA DE ENFERMERIA

9 B.

Apéndice D

CEFTRIAXONA

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre comercial: Rocephin

Indicaciones

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 endo cervical y uretral no complicada y en profilaxis de infecciones peri operatorias. El uso de este medicamento exige diagnóstico y supervisión médica (Anmat, 2004) .

Mecanismo de acción

La ceftriaxona, como todos los antibióticos beta-lactámicos es bactericida, inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligados de la penicilina (PBPs)" que se localizan en dicha pared. Las PBPs son responsables de varios de los pasos en la síntesis de la pared bacteriana y su número oscila entre varios cientos a varios miles de moléculas en cada bacteria. Estas proteínas son diferentes para cada especie bacteriana, por lo que la actividad de cada uno de los antibióticos b-lactámicos depende de la capacidad de estos para acceder y unirse a dichas proteínas. En todos los casos, una vez que el antibiótico se ha unido a las PBPs estas pierden su capacidad funcional, con lo que la bacteria pierde su capacidad para formar la pared, siendo el resultado final la lisis de la bacteria. La presencia de un grupo amino tiazolilacetilo y de una cadena lateral en la posición 7 de un grupo

metonímico aumenta la actividad antibacteriana de la ceftriaxona, en particular frente a las enteras bacterias. Aunque no todas, muchas cepas de *Pseudomona aeruginosa* son sensibles la ceftriaxona. Otras cepas susceptibles son las *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Morganella*, *Providencia*, *Moraxella* (*Branhamella*) *catarrhalis*, y *N. meningitis*. Es particularmente intensa la actividad antimicrobiana de la ceftriaxona frente a las Enterobacteriácea (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, y *Serratia*) y frente a las *H. influenzae* y *N. gonorrhoeae* siendo considerada como el fármaco de elección en el tratamiento de las infecciones gonocócicas. Aunque la ceftriaxona es activa frente a la mayor parte de las bacterias Gram-positivas incluyendo las cepas de estafilococos productoras de penicilinas, las cefalosporinas de primera generación suelen ser más activas (Anmat, 2004).

Efectos adversos

Son de origen diverso (alérgico, toxicidad local, efectos sobre la flora intestinal, etc.). En general son leves y transitorios. Entre el 5% y el 50% de los pacientes experimentan algún tipo de efecto adverso, aunque sólo entre el 2% y el 10% padecen efectos de cierta intensidad. Los efectos secundarios más frecuentes son las alteraciones alérgicas (erupciones exantemáticas, prurito, fiebre, eosinofilia) y digestivas (diarrea, náuseas, vómitos). En ciertos casos pueden producirse episodios hipo protrombinémicos, eventualmente acompañados de hemorragias (Anmat, 2004).

Dosis

Duración de tratamiento: se recomienda continuar el tratamiento por 1 a 2 días después de iniciar la mejoría (desaparezcan los signos y síntomas de la infección). Administración IV directa en 2 a 4 min, por infusión intermitente IV (adultos: 15 a 30 min, neonatos y niños: 10 a 30 min.), aplicación IM profunda (no mayor de 1g en lugar de aplicación). Adultos: dosis usual: 1 a 2g/12

a 24 h dependiendo del tipo e infección severa. Meningitis bacteriana susceptible: 1-2g IV c/12 h por 10 a 14 días y por 3 a 4 sem. Para endocarditis. Gonorrea, Neisseria meningitis, Chancroide no complicada y enfermedad inflamatoria pélvica: 250mg IM dosis única, Otras infecciones: 1-2g IM o IV c/d o 500mg a 1g c/12 h, luego seguir el tratamiento una alternativa oral. Profilaxis quirúrgica: 1g IM o IV 30 min a 2 h antes de la cirugía. Reajustar la dosis en Insuficiencia renal según la depuración de creatinina: 10 a 30mL/min 1g c/12 h, depuración de creatinina menor de 10mL/min 1g/24 h. Dosis máxima 4g/día Niños: Dosis usual neonatos y niños: 50-75mg/kg/día c/12-24 h, se debe iniciar con una dosis de 75mg/kg/día, otitis media en niños mayores de 3 meses de edad: 50mg/kg/día IM por 3 día Infección gonococcal no complicada: 125mg/kg dosis única, infección gonococcal complicada: neonatos 25-50mg/kg/día (dosis máxima 125mg/kg/día) por 7 días y meningitis por 7 a 14 días. Niños < 45kg pc: 50mg/kg/día (dosis máxima: 1g/día: para oftalmia, peritonitis, artritis y para bacteriemia: 50- 100mg/kg/día IM o IV c/12 a 24 h (dosis máxima: 2g/día para meningitis por 7 a 21 días y 28 días para endocarditis. Niños > 45kg pc: 1g/día para diseminación de infecciones gonococcal; 1 a 2g c/12 h para meningitis o endocarditis. Dosis máxima en niños: 4g/día. Niños mayores de 12 años igual a la dosis de un adulto (Anmat, 2004).

Cuidados de enfermería

- Planificar el horario de administración.
- Observar la aparición de efectos colaterales y RAM.
- Lavado de manos
- Tener en cuenta los cinco correctos.
- Verificar si el paciente es alérgico a las cefalosporinas y penicilinas.
- Control de signos vitales y balance hídrico.

- La función renal deberá ser monitoreada cuidadosamente en pacientes que reciben cefalosporinas.
- Observar reacciones de hipersensibilidad. Hipo protrombinemia.
- En niños recién nacidos, se debe usar el medicamento con precaución en neonato con híper bilirrubinemia.
- Administrar líquidos y electrolitos en caso de colitis pseudo membranosa 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 (Gonzales, 2011).

FITOMENADIONA (VITAMINA K1)

Nombre genérico: Fitomenadiona

Nombre comercial: Konakion

Indicaciones

Hemorragias o peligro de hemorragias como resultado de hipoprotrombinemia severa debida a deficiencia de factores de la coagulación II, V, VII y X.

Para la profilaxis y tratamiento de la enfermedad hemorrágica del recién nacido (Anmat, 2004).

Reacciones secundarias

Existen informes aislados de reacciones anafilácticas tras la administración parenteral de fitomenadiona. En muy raras ocasiones se ha descrito irritación venosa o flebitis asociada a la administración I.V. de fitomenadiona. Vía intramuscular: Riesgo de hematomas en caso de síndrome hemorrágico, particularmente en pacientes tratados con anticoagulantes orales.

En casos aislados, se puede producir irritación local en el sitio de inyección (Anmat, 2004).

Dosis

3 mg/Kg IM o IV. Dosis máxima: 10 mg. Profilaxis en RN; 1 mg IM, al nacer. Recién Nacidos Menores De 1kg 0.5 Mg Intramuscular. Recién Nacidos Mayores De 1 Kg 1 Mg Intramuscular (Anmat, 2004).

Cuidados de Enfermería

- La administración debe ser muy lenta y con control frecuente de la presión arterial, considerando el riesgo de causar anafilaxia, incluso shock, pero en niños mayores.
- Tener en cuenta los cinco correctos.
- Informarle al paciente los efectos colaterales que pueden presentar, para prevenir algún tipo de complicación.
- Proteger de la luz.
- Inyección Intramuscular puede producir dolor y entumecimiento local.
- Eliminar ampolla una vez abierta.
- Control seriado de tiempo de Protrombina (Gonzales, 2011).

METAMIZOL

Nombre genérico: Metamizol

Nombre comercial: Antalgina.

Indicaciones

Dolor agudo post-operatorio o post-traumático. Dolor de tipo cólico. Dolor de origen tumoral. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos (Anmat, 2004).

Mecanismos de acción

El metamizol es un inhibidor (no selectivo) de la ciclo-oxigenasa. El mecanismo responsable del efecto analgésico es complejo, y lo más probable es que se base en la inhibición de una ciclo-oxigenasa-3 central y la activación del sistema opioidérgico y del sistema canabinoide. Puede bloquear tanto las vías dependientes de PG como las independientes de PG de la fiebre inducida por LPS, lo que sugiere que este fármaco tiene un perfil de acción antipirética claramente diferente del de los AINES. El mecanismo responsable del efecto espasmolítico de metamizol se asocia con la liberación inhibida de Ca^{+2} intracelular como resultado de la síntesis reducida de fosfato de inositol (Anmat, 2004).

Reacciones adversas

Reacciones anafilácticas y agranulocitosis (no muestran relación con la dosis administrada).
Alteraciones dérmicas.

Hipotensión sin signos de hipersensibilidad (dependiente de la dosis).

Alteraciones renales con inflamación, disminución de la cantidad de orina y aumento de la excreción de proteínas con la orina, principalmente en pacientes con depleción de volumen, historia previa de insuficiencia renal o en casos de sobredosis. Coloración roja de la orina sobre todo tras la administración de dosis muy altas (Anmat, 2004).

Dosis:

Adultos; IM profunda, IV (disuelto, a pasar en unos 3 min): 1-2 g/ 6-8 h, VO: 575 mg/ 6-8h,
Rectal: 1 g/ 6-8 h

Niños, VO, IM, Rectal: 10-40 mg/Kg/6-8 h (máx. 2 g/dosis y 6 g/día), IV: 40 mg/kg/ 6-8 h (máx. 6 g/día) (Anmat, 2004).

Cuidados de enfermería:

- Administrar en vía periférica, verificar su permeabilidad
- Valorar la presencia de trastornos hematológicos
- Se puede administrar con o sin alimentos (disminuir trastornos gastrointestinales)
- Si se administra por vía IM debe ser profunda
- Si es endovenosa directa debe ser lenta 3 – 5 min. 34
- Si es endovenosa intermitente administrar por volutrol
- Si es endovenosa intermitente diluir en 50 – 100ml de SF o Dextrosa. 5% en 30 – 60 min
- Control de las funciones vitales
- La administración EV rápida puede provocar sensación de calor, sofoco, palpitaciones, náusea, hipotensión y shock (Gonzales, 2011).

METOCLOPRAMIDA

Nombre genérico: Metoclopramida (antiemético)

Nombre comercial: Primperam

Indicaciones

Tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por medicamentos o postoperatorios

Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por tratamiento antineoplásico

Tratamiento de la ERGE, gastroparesia y otros trastornos de la motilidad del tracto digestivo

Preparación de exploraciones para el tubo digestivo (Moreno, 2017) .

Mecanismo de acción

La actividad antiemética resulta de dos mecanismos de acción:

Antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimicoceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina (vómito inducido).

Antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT₃ y agonismo de los receptores 5-HT₄ implicados en el vómito provocado por la quimioterapia.

También posee una actividad pro cinética:

Antagonismo de los receptores D2 al nivel periférico y acción colinérgica indirecta al facilitar la liberación de acetilcolina (Moreno, 2017).

Efectos adversos

Hematológicos: agranulocitosis (raro), neutropenia, leucopenia, meta hemoglobinemia (raro) especialmente en neonatos

Neurológicos: insomnio, somnolencia y vértigo (frecuente), acatisia, cefalea, ansiedad y agitación (administración IV rápida), depresión, síntomas extra piramidales (disonía aguda), movimientos involuntarios de los labios, tortícolis, crisis oculogiras, opistotonos, parkinsonismo (raro), Síndrome Neuroléptico Maligno (muy raro).

Cardiovasculares: hipo e hipertensión arterial, bradicardia, TSV, BAV, insuficiencia cardiaca (muy raros)

Gastrointestinales: diarrea (frecuente), náuseas y estreñimiento (raros).

Endocrinos: hiper aldosteronismo e hiper prolactinemia (raros).

Metabólicos: crisis de Porfiria (en administraciones por vía IM)

Dermatológicos-alérgicos: reacciones de hipersensibilidad son raras (broncoespasmo, urticaria, exantema o angioedema), anafilaxia (muy rara) **Generales:** astenia (frecuencia) (Anmat, 2004).

Dosis

10 mg/2ml, 100 mg. 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 (Moreno, 2017).

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 endovenoso intermitente con suero fisiológico o dextrosa al 5% en 15 minutos.
- La administración intramuscular 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 (Gonzales, 2011).

METRONIDAZOL

Nombre genérico: Metronidazol.

Nombre comercial: Flagyl

Indicaciones

Vía parenteral está indicado en: Tricomonicida, giardicida, amebicida.

Infecciones ginecológicas como endometritis, abscesos tubo-ováricos, salpingitis.

Infecciones del tracto respiratorio inferior como: empiema, abscesos pulmonares, neumonía producidos por Bacteroides.

Septicemia bacteriana,

Endocarditis causada por bacteroides.

Tratamiento de infecciones bacterianas graves por anaerobios susceptibles (infecciones aeróbicas y anaeróbicas mixtas, se podrá utilizar conjuntamente con un antimicrobiano para la infección aeróbica. Es eficaz en infecciones por Bacteroides fragilis, resistente a la clindamicina, cloranfenicol y penicilina).

Infecciones intra abdominales, peritonitis, abscesos intra abdominales, abscesos hepáticos, causados por Bacteroides, incluyendo el grupo de B. fragilis (B. fragilis, B. distasonis, B. ovatus, B. vulgatus), Clostridium, Eubacterium, Peptococcusniger y Peptostreptococcus.

Profilaxis de infecciones postoperatorias, especialmente en cirugía colon rectal o contaminado. Indicado para el tratamiento de amebiasis intestinal o extra intestinal, incluyendo absceso hepático amebiano causado por Entamoeba Histolytica. Tabletas vaginales, como tratamiento de la vaginosis bacteriana causada por Gardnerella vaginales (Moreno, 2017).

Mecanismo de acción

Tiene acción bactericida, inhibiendo los microorganismos sensibles en fase de crecimiento. El metronidazol penetra en las células bacterianas por difusión pasiva, siendo activado por un proceso de reducción, en aquellas células que poseen un sistema enzimático adecuado, como son las bacterias anaerobias.

De la reducción del metronidazol resultan metabolitos activos que dañan el ADN de la bacteria, causando su muerte.

Las bacterias aeróbicas tienen escaso poder reductor lo que explica la inactividad del fármaco frente a las mismas (Anmat, 2004).

Reacciones adversas

Las reacciones más graves reportadas con el uso de metronidazol incluyen convulsiones y neuropatía periférica. Otras reacciones reportadas son:

Tracto gastrointestinal: Dolor epigástrico, náusea, vómito, alteraciones gastrointestinales, diarrea y sabor metálico.

Hematopoyético: Neutropenia reversible y trombocitopenia.

Piel: Erupciones, eritema y prurito. Fiebre, angioedema.

SNC: Cefalea, mareo, síncope, ataxia y confusión. Estos síntomas pueden interferir con la habilidad para conducir o utilizar maquinaria peligrosa.

Trastornos visuales: Diplopía y miopía transitorias.

Reacciones locales: Flebitis en el sitio de infusión I.V. (Moreno, 2017).

Dosis

El Metronidazol debe ser administrado concomitantemente con terapia antibiótica efectiva contra entero bacterias Dosis de carga: 15 mg/Kg, 48 hrs después en el RN pre- término y 24 hrs en RN término, administrar 7.5 mg/Kg cada 12 hrs en neonato y cada 8 hrs en > 1 mes.

35. Dosis máxima: 800 mg en pacientes graves se comienza por vía IV siendo la dosis carga recomendada de 15 mg/kg seguida de 7,5 mg/quilo c/8 horas. La infusión debe ser lenta en el transcurso de 20 a 30 minutos. Dosis total. Diaria no debe exceder a 4gr.

Dilución

Diluir en 150 ml. de SSN e infundir en un tiempo no menor de una hora Lavar con 20 ml. de SSN.. (Anmat, 2004)

Efectos adversos

Por lo general es bien tolerado y las reacciones adversas no suelen ser graves. Puede ocasionar trastornos gastrointestinales como anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, glositis, estomatitis, sequedad de boca, gusto metálico (Anmat, 2004).

Cuidados de enfermería

- Aplicar los cinco correctos.
- Informar al paciente, mientras esté tomando metronidazol y hasta tres días después de suspenderlo, no debe ingerir bebidas alcohólicas u otras preparaciones que contengan alcohol, tales como tónicos o jarabes para la tos, ya que esto podría causarle dolor de estómago, de cabeza, náuseas, vómitos, aumento en el ritmo del corazón, o enrojecimiento del rostro.
- No se recomienda el uso de este medicamento a las mujeres embarazadas, durante el primer trimestre de gestación, pues podría provocar daño al feto.
- Enséñele a reconocer y reportar inmediatamente reacciones adversas graves (Gonzales, 2011).

MIDAZOLAM

Nombre genérico: Midazolam (Benzodiazepina, hipnótico sedante).

Nombre comercial: Dormonid.

Indicación

Sedación, pre medicación anestésica, inducción anestésica, anticonvulsivante,

Insomnio (Anmat, 2004).

Mecanismo de acción

Los benzodiazepinas actúan sobre el sistema límbico, talámico e hipotalámico del sistema nervioso central produciendo sedación, hipnosis, relajación muscular al mismo tiempo que ejercen una actividad anticonvulsiva. Los benzodiazepinas ejercen su acción estimulando el complejo receptor para ácido gamma-amino butírico (GABA)-benzodiazepina. El GABA es un neurotransmisor inhibitorio que ejerce sus efectos en los subtipos de receptores GABA denominados GABA-A y GABA-B. El GABA-A es el sub receptor primario en el SNC y está implicado en los efectos de los ansiolíticos y sedantes, habiéndose identificado tres subtipos de receptores benzodiazepínicos (BNZ) acoplados al mismo: el BNZ-1 se localiza en el cerebelo y en la corteza cerebral; el BNZ-2 se encuentra también en la corteza cerebral y en la médula espinal, mientras que el BNZ-3 se encuentra en los tejidos periféricos. La activación del BNZ-1 induce el sueño, mientras que el BNZ-2 se encuentra implicado en la relajación muscular, actividad anticonvulsivante, coordinación motora y memoria. Al unirse a los receptores BNZ, los benzodiazepinas estimulan, de forma indirecta, el GABA. El midazolam muestra una afinidad hacia los receptores benzodiazepínicos muy superior a la diazepam y, exalta los efectos del GABA aumentando la afinidad de este hacia los receptores GABAérgicos. La unión del GABA a su receptor, abre el canal de cloro lo que origina un hiper polarización de la membrana celular que impide su posterior excitación. La acción ansiolítica de los benzodiazepinas se explica por su capacidad de bloquear el despertar cortical y límbico que sigue a una estimulación de las vías reticulares. Finalmente, los efectos relajantes musculares se deben a una inhibición mono y poli sináptica en las vías neuromusculares, aunque también tienen un efecto directo depresor sobre el músculo y el nervio motor.

Los benzodiacepinas aumentan la inhibición pre-sináptica de las neuronas, limitando la dispersión de la actividad eléctrica y reduciendo la posibilidad de convulsiones, aunque no inhiben las descargas focales anormales (Moreno, 2017).

Efectos adversos

Paro cardíaco, hipotensión, bradicardia

Somnolencia, sedación, amnesia, mareo excitación paradójica, hiperactividad, agresividad, cefalea, mioclonias en lactantes, nistagmo, náusea y vómito.

Depresión respiratoria, apnea, laringo espasmo, broncoespasmo, tos y de saturación.

Piel, Rash, prurito, urticaria (Moreno, 2017).

Dosis

Pediátrica, sedación consiente durante la ventilación mecánica, venoclisis continua - RN < de 32 semanas inicial: 0.03mg/kg/min /0.5mcg/kg/min) - RN > de 32 Semanas inicial 0.06 mg/kg/min (1mg/kg/min) lactantes mayores de 2 meses y niños con estado epiléptico resistente EV dosis carga 015 mg/7kg seguido de una venoclisis continua de 1 mcg/kg/min,

Aumentar dosis cada 5 min hasta controlar la actividad convulsiva. Endovenoso: Lactantes < de 6 meses, se ajusta la dosis hasta conseguir el efecto deseado Lactantes > de 6 meses, hasta 5 años inicial: 0.05 a =0.1 mg/kg, quizás requiera 0.6mg/kg. Dosis máxima 6 mg/kg. Niños de 6 a 12 años, inicial 0.025 a 0.05 mg/kg, dosis total 0.4 mg/kg, dosis maxima10mg Niños de 12 a 16 años, dosis de adulto, máximo 10 mg Dosis en el adulto: - Se debe colocar lentamente 1mg en 10 segundos y 5mg en 30 segundos para sedación basal. - Para sedación fijar dosis individualmente hasta conseguir la sedación deseada en función de las necesidades clínicas, el estado general, edad y la medicación concomitante. - Dosis inicial 0.03-0.1mg/kg bolo lento, dosis de mantenimiento 0.03- 02mg/kg en infusión continua (Anmat, 2004).

Cuidados de enfermería

- Administrar en vena de gran calibre, verificar su permeabilidad.
- Administrar en bomba de infusión o en jeringa infusora (50,25cc SF.)
- Durante la preparación, llenar primero el volutrol con SF o SG., y a continuación el midazolam dosis indicada, proceder al cebado del sistema o línea de infusión antes de colocar al paciente.
- Proteger de la luz, conservar entre 15 y 30 °c..
- Vigilar nivel de sedación (Ramsay).
- Monitorizar y valorar constantes vitales.
- Vigilar presencia de signos de alarma (depresión respiratoria, apnea, hipotensión, bradicardia, etc.).
- Tener el coche de paro a lado del paciente y equipo de intubación y soporte ventilatorio operativo.
- La supresión súbita puede ocasionar síndrome de abstinencia
- No administrar por vía intra arterial (Delgado, 2018).

NORADRENALINA

Nombre genérico: Norepinefrina

Nombre comercial: Pridan

Indicaciones

Vasoconstrictor, inotrópico, shock, hipotensión tras extirpación del feocromocitoma, para el control de hemorragias capilares (Anmat, 2004).

Mecanismo de acción

La noradrenalina se sintetiza a partir de la tirosina como precursor, y se envasa en vesículas sinápticas. Realiza su acción al ser liberada en la hendidura sináptica, donde actúa sobre los receptores adrenérgicos, seguida por una señal de terminación debida a la degradación de la noradrenalina o a su re captación por las células circundantes (Moreno, 2017).

Efectos adversos

La relación riesgo beneficio cuando existan los siguientes problemas; Acidosis metabólica, hipercapnia, hipoxia. Hipertensión pulmonar, hipovolemia ima, arterioesclerosis embolismo arterial taquiarritmias, arritmias ventriculares etc. Angina, bradicardia, disnea hipertensión, hipotensión, palpitaciones, arritmias ventriculares por dosis elevadas, Cefalea, náuseas vómitos, irritabilidad (Anmat, 2004).

Dosis

Adultos, dosis Inicial, infusión Intravenosa de 0.5 a 1mcgr (base) por minuto, la dosis se gradúa hasta lograr la presión arterial deseada. - Dosis de mantenimiento: Infusión intravenosa 2 a 12 mcgr por minuto. Pediátricas: vasopresor, Infusión Intravenosa 0.1 mg (base) de peso corporal por min. Se reajusta para hasta lograr la presión deseada hasta 0.1 mcg/ peso corporal min. Dilución: La ampolla de noradrenalina se diluye en 100 ml de dextrosa al 5% en agua destilada o dextrosa al 5% en solución de cloruro de sodio, evitando la pérdida significativa de la potencia debido a la oxidación (Anmat, 2004).

Cuidados de enfermería

- Monitoreo hemodinámico continuo.
- Administración del medicamento por vía central.

- La infusión debe ser administrada en bomba y por un lumen exclusivo en caso de CVC, y/o por vía periférica.
- Recordar que la constante varía de acuerdo a la disolución de la dopamina ya sea esta simple o concentrada.
- Preparación: Primero cargar el medicamento y colocarlo en la bureta.
- Completar la disolución con la solución escogida hasta los 100 ml y/o según la concentración indicada, proceder con el cebado del equipo antes de instalarlo al paciente.
- Mantener un monitoreo estricto de la P.A., para titular la velocidad y/o dosis de la infusión. - Rotular la infusión indicando la forma de disolución.
- Vigilar la presencia de efectos adversos, registrarlos en las notas de enfermería
- Debemos controlar la permeabilidad de la vía y valorar la perfusión hística controlando la temperatura, color y grado de sensibilidad.
- Nunca retirar la infusión en forma brusca ya que se podría provocar un problema de hipotensión severa.
- Hacer el destete progresivo disminuyendo un punto cada hora hasta el cierre definitivo siguiendo las indicaciones médicas.
- Observar si la solución cambia de color puede ser palo de rosa amarillo o marrón o se ha precipitado, descartar la solución (Delgado, 2018).

TRAMAL

Nombre genérico: Tramal

Nombre comercial: Tramadol (opioide)

Indicaciones

Tratamiento del dolor de intensidad de moderada a grave. Usado también para aliviar lumbalgias (Anmat, 2004).

Mecanismos de acción

Es un agonista puro, no selectivo sobre los receptores opioides μ , δ y κ , con mayor afinidad por los receptores μ . Otros mecanismos que contribuyen a su efecto analgésico son la inhibición de la receptación neuronal de noradrenalina, así como la intensificación de la liberación de serotonina.

La potencia de tramadol es 1/10 - 1/6 de la de morfina (Anmat, 2004).

Reacciones adversas

Las más frecuentes son náusea y mareo. Ocasionales (1 - 10%). Vómito, estreñimiento, sudoración, boca seca, cefalea y confusión. Raras (menos del 1%). Efectos cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, hipotensión postural o colapso cardiovascular), estos efectos se presentan especialmente luego de la aplicación intravenosa y en pacientes que están bajo estrés físico, (prurito, rash, urticaria). También se han reportado cambios en el apetito, parestesias, temblor, depresión respiratoria, convulsiones, alucinaciones, confusión, trastornos del sueño y pesadillas. Si se exceden considerablemente las dosis recomendadas o se administran conjuntamente depresores centrales, puede ocurrir depresión respiratoria. Con Tramal se puede presentar dependencia física con reacciones de abstinencia (Moreno, 2017).

Dosis

La dosis debe ser ajustada de acuerdo a la intensidad del dolor y a la sensibilidad del paciente. Tramal debe administrarse a: - Adultos y niños mayores de 16 años: Tramal cápsulas 50 mg: 1-2 cápsulas, hasta 8 cápsulas. Tramal gotas 100 mg/ml: 20-40 gotas (con

algo de líquido o azúcar), hasta 160 gotas. - Tramadol solución inyectable 100 mg: I.V.: 1 ampolla (inyectada lentamente o diluido en infusión); I.M.: 1 ampolla; S.C.: 1 ampolla, hasta 4 ampollas - Tramal en gotas: 20 gotas hasta 8 tomas (Moreno, 2017).

Cuidados de enfermería

- Lavado de manos clínico
- Tener en cuenta los cinco correctos.
- Informar al paciente sobre el medicamento.
- Verificar los 10 correctos
- Control de funciones vitales antes durante y después de la administración del medicamento (Delgado, 2018).

OMEPRAZOL

Nombre genérico: Omeprazol

Nombre comercial: Omepram, ulceral

Indicaciones

Anti ulceroso y antiácidos.

Esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINEs).

Síndrome de Zollinger-Ellison.

Tratamiento de úlcera gástrica y duodenal asociada a *Helicobacter pylori* (Anmat, 2004).

Mecanismo de acción

A pH neutro, el omeprazol es una base débil, químicamente estable y carente de actividad inhibitoria. Cuando llega a la célula parietal, a través de la circulación sanguínea, esta base

débil queda atrapada en los conductos secretorios. El omeprazol “pro tonado” se convierte en un ácido sulfénico y una sulfenamida.

La sulfenamida interactúa en sitios cruciales del dominio extracelular de la H⁺/K⁺-ATPasa (bomba de protones), inhibiéndola por completo y de manera irreversible. De esta manera no pueden secretarse protones (H⁺) y se reduce la acidez (Anmat, 2004).

Reacciones adversas

Algunos de los efectos secundarios más comunes del omeprazol (los registrados en más del 1% de quienes lo toman) son dolor de cabeza (cefalea), diarrea, dolor de estómago, náuseas, mareos, dificultad para despertar y pérdida de sueño, aunque en pruebas médicas la incidencia de estos efectos con el omeprazol fue, en su mayor parte, comparable con la del placebo. Los inhibidores de la bomba de protones pueden asociarse a un mayor riesgo de diarrea y de fracturas de cadera. A los pacientes en cuidados intensivos se les administra como medida preventiva contra la úlcera, pero este uso también está asociado a un aumento del 30% en la aparición de neumonías.

Otros efectos secundarios pueden incluir la interferencia con la regeneración de los huesos y la reducción en la asimilación de la vitamina B12.

El omeprazol puede retrasar la eliminación de los fármacos que se metabolizan por oxidación hepática por el citocromo P-450, como el diazepam, la fenitoína o la warfarina. La disminución de la acidez intra gástrica por el omeprazol también puede interferir con la absorción de los ésteres de la ampicilina, las sales de hierro, el ketoconazol y, posiblemente, el itraconazol, y se debe tener precaución al usar conjuntamente con la ciclosporina. Algunos pacientes tratados con este medicamento han presentado alteraciones de la secreción

pancreática (pancreatitis), por lo que debe evitarse su uso sin prescripción médica (Moreno, 2017).

Dosis

Inyectable; En el caso de pacientes con úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflujo, la dosis es de 40 mg diarios. En el síndrome de Zollinger - Ellison la dosis de inicio es de 60 mg. Oral: Agruras e indigestión ácida: 1 cápsula de 20 mg al día. Úlcera gástrica y duodenal: 1 cápsula de 20 mg al día, durante 2 ó 3 semanas consecutivas. En pacientes con úlceras refractarias a otros regímenes de tratamientos, se obtiene la cicatrización en la mayoría de los casos con una dosis de 40 mg una vez al día. Esofagitis por reflujo: 1 cápsula de 20 mg. Una vez al día, durante 4 semanas. En los pacientes cuyas mucosas no hayan cicatrizado totalmente tras este periodo inicial, generalmente lo harán durante el transcurso de uno adicional de cuatro semanas de tratamiento Síndrome de Zollinger Ellison: La dosis inicial es de 60 mg una vez al día; ésta se debe ajustar de manera individual y continuarse el tratamiento mientras esté indicado clínicamente. La mayoría de los pacientes se controlan con dosis de 20 a 120 mg diarios. Si la dosis sobrepasa los 80 mg diarios, ésta debe dividirse y administrarse en dos tomas al día. En pacientes geriátricos o en pacientes con deterioro de la función renal o de la función hepática, no son necesarios ajustes en la posología (Moreno, 2017).

Cuidados de enfermería

- Aplicar los 6 pasos correctos
- Control de Signos Vitales P/A.
- Determinar pruebas de función hepática en enfermedades hepáticas.
- Cuidados de somnolencia

- Valorar la cavidad bucal
- Control de vértigo
- Control de deposiciones (Delgado, 2018).

KETOPROFENO

Nombre genérico: Ketoprofeno

Nombre comercial: Ketoprofeno, Orudis, Fastum

Indicaciones

Osteoartritis; dolor leve a moderado. Dismenorrea. Artritis reumatoide. Artrosis. Espondilitis anquilosante. Episodio agudo de gota. Cuadros dolorosos asociados a inflamación (dolor dental, traumatismos, dolor post-quirúrgico odontológico). Inyectable.: tratamiento de ataque de cuadros agudos con predominio del dolor (Anmat, 2004).

Mecanismo de acción

Inhibe el ciclo oxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del ácido araquidónico (Gonzales, 2011).

Reacciones adversas

Incidencia mayor que 3%: edema, náuseas, irritación gastrointestinal, cefaleas, nerviosismo, constipación, problemas para dormir. Incidencia de 1% a 3%: visión borrosa, irritación del tracto urinario, rash cutáneo, zumbido de oídos. Menos que 1%: hematuria, escalofríos, urticaria, confusión, pérdida de la memoria, dolor de garganta, fiebre, cansancio o debilidades no habituales, melena, hematemesis, náusea, dolor abdominal, vómitos (Gonzales, 2011).

Cuidados de enfermería

- Controlar los factores ambientales que puedan provocar el vómito,
- Observar si se producen signos de hemorragia, por ejemplo; buscar sangre en las heces y drenajes nasogástricas.
- Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación (Gonzales, 2011).

Apéndice E

Otros:

Escala RASS de Sedación – Agitación [de Richmond]

Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B).

[+4]	Combativo. Ansioso, violento.
[+3]	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el TET, etc.
[+2]	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador.
[+1]	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
[0]	Alerta y tranquilo.
[-1]	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-2]	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-3]	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
[-4]	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
[-5]	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.

Escala del dolor de EVA



Alderete

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
Difícil	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:		