

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de
laparotomía exploratoria, colostomía por fístula recto vaginal del
Servicio de Recuperación Central de un hospital nacional de Lima,**

2018

Por:

Estela Clorinda Claros Zambrano

Asesor:

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 post operado de laparotomía exploratoria, colostomía por fístula recto vaginal del Servicio de Recuperación Central de un hospital nacional de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: CLAROS ZAMBRANO ESTELA CLORINDA, 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 post operado de laparotomía exploratoria, colostomía por fistula recto vaginal del Servicio de Recuperación Central 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

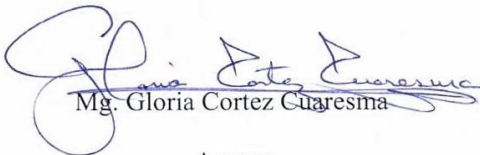
JURADO CALIFICADOR


Mg. María Guima Reinoso Huerta

Presidente


Mg. Nitzy Ramos Flores

Secretario


Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

Dios por darme la fortaleza. A mi esposo Jesús por estar a mí lado apoyándome, cada día en toda mi carrera profesional.

Agradecimiento

A Dios por darme la luz de la vida y darme la capacidad de realizar el trabajo PAE.

A mi jefa por darme el apoyo incondicional a que termine la carrera.

A la MG. Juana Matilde Cuba Sánchez por su disponibilidad y consejos brindados.

A la Dra. María Teresa Cabanillas por su apoyo, dedicación y enseñanza.

Índice

Declaración Jurada	iii
Jurado Calificador	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice del Contenido	vii
Índice de tablas	ix
Resumen	1

CAPÍTULO I

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración	2
Datos generales	2
Resumen de motivo de ingreso	3
Situación problemática	3
Funciones Vitales	3
Medidas antropométricas	4
Exámenes auxiliares	4
Análisis	5
Tratamiento médico	7
Valoración según patrones funcionales de salud	8
Hallazgos significativos por patrones funcionales	11

Diagnósticos de enfermería	13
Análisis de las etiquetas diagnósticas	13
Planificación	17
Planes de cuidados	18
Ejecución	27
Evaluación	31
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Antecedentes relacionados al caso de estudio	34
Estudio local	34
Estudio Nacional.	36
Estudio Internacional	37
Marco conceptual.	39
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
Tipo y diseño	48
Sujeto de estudio	49
Delimitación geografía temporal	49
Técnica de recolección de datos	49
Consideraciones Éticas.	50
CAPITULO IV	
RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
Resultados	52

Análisis de los diagnósticos	53
Discusión	59
 CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
 Referencias Bibliográficas	
Apéndices	66
	69

Índice de tablas

Tabla1	Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del intercambio de gases Relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal SatO ₂ : 86%.	18
Tabla2	Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos Relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral Evidenciado por sequedad de la piel, mucosas y BH (-).	20
Tabla 3	Diagnóstico Enfermería: Riesgo de infección Relacionado con procedimientos invasivos: catéter de nefrostomía bilateral, catéter periférico, colostomía y dren laminar.	22
Tabla 4	Diagnóstico Enfermería: Dolor agudo Relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x`y expresión facial de dolor.	23
Tabla 5	Diagnóstico Enfermería: Trastorno del patrón del sueño Relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios Evidenciado por cansancio.	25

RESUMEN

Proceso de Atención de Enfermería a Pacientes Post operado de Laparotomía Exploratoria: Colostomía por fistula recto vaginal, en el Servicio de Recuperación Central en un Hospital Público de Lima Metropolitana 2018. El objetivo fue aplicar (PAE) a un Paciente Post operado de Laparotomía Exploratoria: Colostomía por fistula recto vaginal, en el Servicio de Recuperación Central de un Hospital Público de Lima Metropolitana 2018, para brindar los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. La metodología que se usó fue el diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico, como técnica se utilizó la entrevista y la observación como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon, con la que se realizó la valoración de forma detallada, seguidamente se realizó los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación, se ejecutaron las actividades programada y finalmente se evaluaron los objetivos planteados. Se obtuvo el siguiente resultado: el 100% de los objetivos propuestos fueron alcanzados. Finalmente se concluye que se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, y se logran ejecutar las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras Clave: Laparotomía Exploratoria: Colostomía, fistula recto vaginal, cuidados de enfermería.

CAPÍTULO I

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Datos generales

Nombre	: M.S.L.
Sexo	: Femenino
Edad	: 67años
Lugar de Procedencia	: Lima
Servicio	: Recuperación Central
No de cama	: 08
Fecha de ingreso al servicio	: 26-01-18
Día de hospitalización	: 01día
Fecha de valoración	: 26 -01-18
Hora	: 10:00 am
Diagnóstico médico	: Fístula recto vaginal crónica.

Resumen de motivo de ingreso

Paciente de sexo femenino de 67 años, ingresa a URPA, proveniente de SOP central, en post operatorio inmediato de laparotomía exploratoria: colostomía, por fístula recto vaginal crónica, intervenida quirúrgicamente con anestesia general.

Situación problemática.

Paciente adulta mayor de 67 años de sexo femenino con antecedentes de cáncer de colon, recibió radioterapia de 10 sesiones, tiene nefrostomía bilateral, recibe captopril de 25mg 01 tableta diaria por su tratamiento de hipertensión arterial desde hace 28 años.

Ingresa a la Unidad de Recuperación del Hospital Público de Lima Metropolitana, procedente de sala operaciones central el 26-01-18 a las 10 am post-operada inmediata con diagnóstico médico de laparotomía exploratoria: colostomía por fístula recto vaginal, somnolienta, ventilando espontáneamente, disnea, con apoyo ventilatorio máscara de reservorio al 100 % SatO₂: 97% piel y mucosa secas, facie de dolor, vía periférica en yugular derecha, permeable pasándole cloruro de sodio al 0.9% sin agregado, por pasar 500cc, a 45gt x', mucosas secas, palidez marcada, abdomen distendido, colostomía flanco izquierdo conectado a bolsa de colostomía permeable drenando secreciones verdosas 80cc y dren laminar derecho conectado a bolsa de drenaje eliminando secreciones serohemática 40cc, herida operatorio limpia, seca y selladas. Nefrostomía bilateral permeable, fluyendo orina colúrica, lado derecho 60cc y lado izquierdo 50cc, con apósitos en ambos drenajes de la nefrostomía, presencia de eliminación de heces semi líquida por recto en pequeña cantidad.

Funciones Vitales:

Hora. 10 am. FC: 110 x' T: 36.6°C, FR :28 x', P/A: 90/40 mmHg, FiO₂ :100%, SatO₂: 98%.

Diuresis: Total: 1,200cc

Hora	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00
Diuresis	160cc	120cc	120cc	110cc	135cc	115cc	110cc	100cc	110cc	120cc

Medidas antropométricas

Peso.60 kg.

Talla.1.52cm

IMC. 26

Interpretación. Sobrepeso.

Exámenes auxiliares

AGA 26-01-18

	Valores obtenidos	Valores normales
Ph	7.28	7.35-7.45
pCO2	47mm Hg	35-45 mm Hg
pO2	63mm Hg	80-100 mm Hg
HCO3	28 mEq/L	24-26 mEq/L
Sat. O2 :	86% al retirar la máscara de reservorio 100%,	95% - 100%

Según Patiño (2015)se define cada uno de los resultados obtenidos en la muestra:

pH Es la expresion logarítmica tiene concentraciones hidrogeniones influye en la alteración yla regulación del ácido carbónico por el componente respiratorio y ácidos no

carbonicos por el componente metabólico del equilibrio ácido - base cuando desminuye produce acidosis respiratorio.

PCO₂ Es una medida determinante de la capacidad de la ventilacion, eliminacion de dioxido de carbono y también es un indicador del ácido carbónico presente en el plasma. En caso de acidosis metabólico, los pulmones intentarán compensar eliminando mayor cantidad de CO₂ para elevar el pH .

HCO₃: El ion bicarbonato es una medida del componente metabolico renal del equilibrio acido-base. Saturación O₂ poca cantidad de oxígeno se ha unido a la hemoglobina.

PO₂: Se analiza la cantidad de óxigenoque hay disuelto en la sangre. Se considera cuando el PO₂ es menor presenta insuficiencia respiratoria. Solo se puede analizar en sangre arterial.

1.1.1. Análisis

La paciente presenta un pH: disminuido (7.28), pCO₂:47mmHg, y HCO₃: 28 mEq/L alto, estos resultado presentan escasa oxigenacion de los tejidos aumentando la hipoxiá tisular llevando a la paciene una acidosis respiratoria. Se corrigio con electrolitos y las intervenciones de enfermería..

Electrolitos

	Valores obtenidos	Valores normales
Sodio	128 mEq/L	135-145 mEq/L
Potasio	2.8 0 mEq/L	3.5-5.5 mEq/L

Podemos definir estas alteraciones de esta manera.

La hiponatremia es un desequilibrio electrolítico con un nivel bajo de sodio en la sangre. El sodio es un electrolito y ayuda a regular la cantidad de agua que hay en las células y alrededor de ellas.

Una de la causa principal es insuficiencia renal en este caso de diagnóstico.

La hipokalemia es un nivel bajo de potasio en la sangre cuando el cuerpo pierde demasiado potasio o no absorbe lo suficiente, en este caso la paciente usa medicamento para la presión arterial y presenta problemas renales. (Gardner y Shoback 2012).

La paciente presenta alteraciones electrolíticas como hiponatremia (128 mEq/l) hipokalemia (2.8 0 mEq/l) que se produce en como consecuencia de la enfermedad renal (nefrostomía bilateral) e invasión de células cancerosas, y haber recibido tratamiento de quimioterapia.

Hemograma

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	9.90 mg/dl	12 -16 mg/dl
Hematocrito	28.70 %	42-52%
Leucocitos	13550cel/mm ³	5000-10000 cel/mm ³
Plaquetas	41 8000cel/mm ³	150000-450000 cel/mm ³
Neutrófilos	82 .5%	50-60%
Linfocitos	16.6%	20-40%
Monocitos	7.3%	3-7%
Eosinófilos	2.7%	1-4%
Basófilos	0.00%	0-1%

La hemoglobina es el componente principal de los eritrocitos, representa 32% de la masa total de glóbulos rojos y es el mejor índice para medir la capacidad de transporte de gases de la sangre. La determinación de la hemoglobina mide la cantidad de la proteína que hay en un volumen de sangre y generalmente se expresa en g/L o g/dL.

Hematocrito. Es un examen que mide la cantidad de sangre de la persona, está compuesta por glóbulos rojos.

Análisis

La paciente presenta anemia moderada por la hemoglobina y el hematocrito que se encuentra disminuido, por su enfermedad de cáncer al colon y la consecuencia directa de haber recibido radioterapia.

1.1.2. Tratamiento médico

Fecha: 26-01-18

Dieta: N.P.

Dextrosa 5% 1000cc

Hipersodio 20% (2 amp)

} I-II-III

Ceftriaxona 2 gr. EV c/24 h

Metronidazol 500mg EV c/8 h

Ketoprofeno 100mg EV c/8h

Tramadol 100mg +

Metoclopramida 10mg EV c/8 h

Cloruro de sodio 9% 100cc/

Omeprazol 40mg EV c/24 h

Xanax 0.25 mg 1 tab. Noche

Hb - control 10-00 Pm.

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón Percepción- Control de la Salud.

Paciente adulta mayor post operada de laparotomía exploratoria: colostomía por fístula recto vaginal de intervención quirúrgica nefrostomía bilateral, con cáncer de colon y recibió 10 sesiones de radioterapia, con diagnóstico de hipertensión arterial recibe captopril desde hace 28 años, refiere que tiene “ansiedad dificultad para dormir, preocupada por ser una carga para su familia”

Patrón Nutricional Metabólico

Paciente post operada de sexo femenino inmediato nada por vía oral (NPO), T°36.6°C con 60 kg, MIC 26. Obesa, sequedad de piel y mucosa, dentadura ausente con endovenoso permeable pasándole cloruro de sodio al 0.9% por pasar 500 cc, herida operatoria de aproximadamente 10 cc en meso gástrico apósitos manchados, secreción serohemática en escasa cantidad, con colostomía a lo Hartmann en flanco izquierdo conectado a bolsa de colostomía eliminando secreciones verdosas 80 cc, dren laminar lado derecho conectado a bolsa colectora, drenaje serohemática 40 cc, portadora de nefrostomía bilateral eliminando lado derecho 60 cc y lado izquierdo 50 cc, abdomen distendido, ruidos hidroaéreo (RHA).

BALANCE HIDRICO EN U. R. P. A.

INGRESOS: Cl. Na 0.9% =1,500cc

EGRESOS: Perdidas insensibles

Dextrosa 5% = 400cc	a) Sala de operaciones 600cc
Electrolito = 40cc	b) recuperación = 270cc
Medicina Tratamiento EV = 300cc	Diuresis 1,200cc
Agua endógena 113cc	Drenaje. Drenaje Laminar=350cc
Coloides 300cc	Colostomía= 850 cc
TOTAL 2, 653cc	TOTAL 3,250cc
	B.H. = NEGATIVO _617cc

Patrón de Eliminación

Vesical Intestinal.

Paciente portadora de nefrostomía bilateral 2- 11 -17, lado derecho fluyendo orina colúrica 60cc, conectada a bolsa colectora permeable, lado izquierdo fluyendo orina coluria 50cc conectado a bolsa colectora.

Paciente, con colostomía conectado a bolsa de colostomía permeable secreciones verdoso, 850cc. Permeable, dren laminar portando bolsa colectora permeable, eliminando secreciones serohemática 350cc, pequeñas cantidades de heces semilíquidas verdosas por recto, balance negativo de 9 horas BH= - 617cc.

Patrón Actividad – Ejercicio

Actividad respiratoria

Paciente con frecuencia respiración 28x', superficial, disnea, ruidos respiratorio ron cantes, máscara de reservorio FiO₂ al 100%, SatO₂:97%, si se retira la máscara de reservorio el paciente llega SatO₂: 86%.

Actividades circulatorias

Paciente presenta ruidos cardíacos irregulares, con taquicardia 110 x`

Presencia de líneas invasivas catéter venoso periférico yugular derecho 26

-01- 18.

Ejercicios capacidad de autocuidado:

Paciente con grado de dependencia IV, no tiene fuerzas en sus miembros superiores e inferiores, con flacidez en sus músculos, debido a postración en cama.

Patrón Descanso- Sueño

Cansancio decaimiento, con problemas para dormir, no concilia el sueño, refiere “no puedo dormir por ruidos que se realizan por las atenciones de enfermería de noche”.

Patrón Perceptivo Cognitivo

La paciente según la escala visual analógica del dolor (EVA) puntaje 8, con índice del dolor, refiere “Me duele mucho la herida operatoria”.

Patrón Autopercepción – Auto Concepto Tolerancia a la Situación y al Estrés

Paciente refiere “me siento intranquila por mi enfermedad”, y no valerse por sí misma, depender de mis hijos, siento que soy una carga para mi familia”.

Patrón Relaciones-Rol (Aspecto Social)

En la historia clínica está registrado que la paciente es ama de casa, refiere “soy conviviente vivo con mis hijos, dependo de mi pareja y mis hijos”. Se observa que recibe visita de sus hijos.

Patrón Sexualidad Reproducción

Conviviente, tiene 4 hijos.

Hallazgos significativos por patrones funcionales.**Patrón Percepción – Control de la salud**

Paciente post operada de Laparotomía Exploratoria: colostomía por fístula recta vaginal con antecedentes de cáncer de colon recibió radioterapia de 10 sesiones en el año 2016, fue intervenido de nefrostomía bilateral el (20-01-17), con tratamiento de hipertensión arterial recibe captopril de 25 mg y 01 tab. Diaria, hace 28 años.

Patrón Nutricional Metabólico.

Paciente post operada inmediata nada por vía oral (NPO) T_l 36.6°C obesa, con sequedad de piel y mucosa, presencia de lesiones en las comisuras, dentadura ausente, pasándole cloruro de sodio 0-9% , herida operatoria cubierta con apósito 10x10 cm ligeramente manchado serohemática en el abdomen, presencia de colostomía lado izquierdo conectado a bolsa de colostomía con secreciones verdosas con dren laminar derecho conectado a bolsa de colectora presencia drenaje serohemática, abdomen distendido, ruidos hidroaéreo (RHA). Obesa.

Patrón de Eliminación.

Portador de nefrostomía bilateral con orina coluria conectado a bolsa colectora, colostomía conectado a bolsa de colostomía, presencia de drenaje verdoso, dren Laminar conectado a bolsa colectora permeable fluyendo drenaje serohemática, del 26-01-18 balance hídrico BH -817cc.

Patrón de Actividades – Ejercicio.

Presencia disnea, ruidos respiratorios ron cantes, con mascara de reservorio FiO_2 100%, mejorando su saturación $SatO_2$: 100%, al retirar la máscara llega a saturar 86 %

Paciente Con presencia de ruidos cardiacos irregulares, con taquicardia 110x”, presencia de líneas invasivas, catéter venoso periférico yugular derecho con grado de dependencia IV totalmente dependiente la paciente no tiene movilidad de miembros superiores e inferiores debido a su postración.

Patrón Descanso – Sueño.

Paciente presenta cansancio decaimiento, no concilia el sueño, refiere “no puedo dormir por ruidos en la noche”.

Patrón Perceptivo – Cognitivo

Se observa a la paciente según la escala visual analógica del dolor (EVA) puntaje 8, con dolor agudo presencia de facie de dolor, refiere “me duele mucho la herida operatoria”.

Patrón Autopercepción –Auto Concepto Tolerancia a la situación y al Estrés.

La paciente refiere “me siento intranquila por mi enfermedad “, “por no valerse por sí misma, depender de mi familia” y “siento que soy una carga para mi familia”.

Patrón relaciones– Rol (Aspecto Social)

En la historia clínica está registrado que vive con su pareja.

Patrón Sexualidad y Reproducción

La paciente con su pareja tiene una relación de convivencia.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases.

Código: 00030

Dominio: eliminación e intercambio

Clase: Función respiratoria

Página: 204

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

Factor relacionado: Al desequilibrio ventilo perfusión.

Características definitorias: Gasometría arterial anormal SatO₂ 86%.

Enunciado de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal SatO₂ 86%.

Etiqueta diagnóstica: Déficit del volumen de líquidos.

Código: 00027

Clase 5: Hidratación

Dominio 2: Nutrición

Página: 177

Definición: Disminución de líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular.

Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio.

Factor relacionado: Pérdida activa de volumen de líquidos.

Características Definitivas: Pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral, sequedad de la piel y de la mucosas.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos Relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral Evidenciado por sequedad de la piel y mucosas.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Código: 00004

Clase: 1 infección

Dominio: 11 Seguridad y protección

Página: 379

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Procedimientos invasivos.

Enunciado de enfermería: Riesgo de infección Relacionado con procedimientos invasivos: catéter de nefrostomía bilateral, (catéter periférico, colostomía y dren laminar).

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código : 000132

Clase : 1 confort Físico

Dominio: 12 confort

Página : 439

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos(International Association for the study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier Intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Factor relacionado: Herida operatoria.

Características definitorias: Según la escala visual analógica de valoración (EVA), puntaje 8/10, refiere me “duele mucho la herida”, FC = 110x` y expresión facial de dolor.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo Relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x` y expresión facial de dolor.

Etiquetas de diagnósticas: Trastorno del Patrón del sueño

Código: 00198

Clase: 1 sueño y reposo.

Dominio: 4

Página: 213

Definición: Interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.

Factores relacionados: Interrupciones por los procedimientos hospitalarios.

Características definitorias: Dificultad para conciliar el sueño

Enunciado de enfermería: Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

- CP: HTA
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral evidenciado por sequedad de la piel, mucosas y BH (-).
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesiones y destrucción tisular.
- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilatorio perfusión Evidenciado por gasometría arterial anormal y SatO₂ 86%.
- Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter de nefrostomía bilateral, catéter periférico, colostomía y dren laminar.
- Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x' y expresión facial de dolor.
- Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud evidenciado por miedo de consecuencias.

- CP Anemia.
- CP Hiponatremia.
- CP Hipopotasemia.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal y SatO₂: 86%.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral evidenciado por sequedad de la piel y mucosas.
- Riesgo de infección relacionado por procedimientos invasivos: catéter de nefrostomía bilateral, catéter periférico, colostomía y dren laminar.
- Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x' y expresión facial de dolor
- Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.
- Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud evidenciado por miedo de consecuencias inespecíficas
- Deterioro de la movilidad física relacionado con limitación del movimiento independiente evidenciado por postración.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesiones y destrucción tisular.

- CP: Hiponatremia.
- CP: Hipopotacemia.
- CP: HTA.
- C/P Anemia.

Planes de cuidados

Tabla 1 Diagnóstico de Enfermería: *Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal SatO₂86%.*

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>General</p> <p>Paciente mejorará el intercambio de gases durante el turno.</p>	<p>1. Monitorizar funciones vitales de acuerdo a la evolución del paciente, principalmente la respiración.</p>	<p>1. El monitoreo de las FV permite observar y vigilar cambios principales en el funcionamiento del organismo del paciente, para detectar precozmente signos de alarma. La frecuencia respiratoria permite observar cambios principales en el funcionamiento del sistema</p>
<p>Resultados esperados</p> <p>Paciente presentara valores normales de gases arteriales (pH: 7.36.PcO₂:35mmhg, Po₂:84mmHg,</p>		

HCO₃:25mEq/L,y

respiratorio (Dugas 2010).

SATO₂:97%). durante la permanencia hospitalaria.

Paciente presentará Sat.O₂ > 95%

2. Colocar al paciente en posición semifowler

2. Ayuda a la expansión pulmonar y por lo tanto mejora la respiración, al permitir que el diafragma descienda (Brunner .2013).

3. Administrar oxigenoterapia con máscara de reservorio100%.

3. La finalidad de la oxigenoterapia con mascara de reservorio 100% es aumentar aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre .Procedimiento terapéutico destinado a prevenir y tatar la hipoxia aumentando el contenido de oxigeno en la sangre arterial en la cual se traduce en la PO₂.(Aranzazu y Velasquez 2012).

4. Realizar control de AGA

4. El control del AGA nos permite evaluará sobre la oxigenación arterial, el recambio gaseoso a nivel pulmonar, la

ventilación alveolar y el estado ácido-base de la paciente.

(Patiño 2010).

5. Realizar anotaciones de enfermera	5. Las anotaciones de enfermería permiten dar continuidad al cuidado enfermero y sirven de respaldo legal a la enfermera. (Doenges, Moorhouse y Murr 2010).
--------------------------------------	---

Tabla 2 Diagnostico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral evidenciado por sequedad de la piel, mucosa y BH (-)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
General Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en la unidad.	1. Valorar y vigilar el estado de hidratación cutánea y las mucosas.	1. La valoración del estado de hidratación de la piel y mucosas, permite identificar signos de deshidratación oportunamente. (Du Gas 2010).
	2. Mantener el acceso IV permeable.	2. Contar con acceso rápido para la administración de soluciones. (Jiménez 2012).

Resultados esperados	3. Administrar cloruro de sodio 0.9%	3. El cloruro de sodio 0.9% endovenoso es una solución utilizada en la terapia de hidratación.(Fenton y Leon.2015)
Paciente presentará piel y mucosas hidratadas.	4. Cuantificar la diuresis del paciente, así como las características de la orina	4. La cantidad de diuresis está en función al ingreso de líquido y egreso del paciente y en este caso la diuresis horaria no puede ser menos de 80cc. (Rincón y García 2013).
	5. Realizar balance hídrico	5. Valorar el ingreso y egreso de líquidos para identificar deshidratación o sobre hidratación, en condiciones normales el balance hídricodiario debe ser de -50 a +50cc. (Brunner, 2013)
	6. Registrar las notas de Enfermería.	6. Es un documento legal donde se anotan las intervenciones realizadas por la enfermera. (Gutiérrez 2010).

Tabla 3 Diagnostico Enfermería: *Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos*: Catéter de nefrostomía bilateral, catéter periférico, colostomía y dren laminar.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
General Paciente estará libre de riesgos de infección durante su estancia en la unidad.	1. Control de funciones vitales, especialmente la temperatura.	1. Nos permite observar signos de alarma, la temperatura se constituye un signo de infección (Ledesma 2010).
	2. Utilizar medidas de Bioseguridad.	2. La utilización de las medidas de bioseguridad nos permite disminuir el riesgo de infección. (Brunner 2013).
	3. Realizar cambios de los dispositivos invasivos cada (tres días) 72 horas , del catéter periféricos, bolsa de colostomía, bolsa de drenaje del dren laminar y las bolsas de drenajes de la nefrostomía.	3. Los cambios de los dispositivos invasivos se realizan cada (tres días) 72 horas , porque la colonización de los microorganismos producen infecciones hospitalarias. Nos permite disminuir el riesgo de Infecciones. (Lesur, 2015).
	4. Registrar notas de enfermería	4. Es un documento legal que nos permite deslindar cualquier responsabilidad

(Du Gas 2010).

Tabla 4 Diagnostico Enfermería: *Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x` y expresión facial del dolor.*

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
General	1. Valorar las funciones Vitales	1. Permite detectar alteraciones potenciales, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, elevando la presión arterial modificando el equilibrio sano - Físico del individuo. (Du Gas 2010)
Paciente disminuirá el dolor durante el turno	2. Valorar la descripción del dolor aplicando la escala de EVA	2. La escala del dolor EVA permite valorar de manera oportuna la intensidad del dolor y ayuda a cuantificar la percepción subjetiva del dolor para tomar las medidas oportunas. (Medina 2015).
Resultados esperados	3. Administrar ketoprofeno 1030 mg IV c/8 horas	3. El ketoprofeno. es Antiinflamatorio, no esteroideos (AINES) posee propiedades
Paciente referirá disminución del dolor calificándolo en intervalo de 2-4/10 según EVA.		
Paciente presentará frecuencia cardiaca dentro		

de los parámetros
normales

Paciente presentará
expresión facial de
tranquilidad.

analgésicas eficaz para cuadros
dolorosos post-quirúrgicos, su
mecanismo de acción es
antiinflamatorio induce en el sitio
de la inflamación y son
medidores de la inflamación
(Somoza, Cano y Guerra, 2015).

-
- | | |
|---|---|
| 4. Enseñar técnicas de relajación | 4. Las técnicas de relajación ayudan a tranquilizarse a las personas, cambiando el foco de atención permitiendo la disminución del dolor (Snyder, Lindquist, 2015). |
| 5. Realiza las anotaciones de enfermería. | 5. Permite registrar y valorar las intervenciones adecuadas que servirán en los cuidados de enfermería (Doenges, Moorhouse y Murr 2010). |

Tabla 5 Diagnostico Enfermería: Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
General Paciente logrará dormir durante el turno	1. Proporcionar un ambiente sin ruidos extremos y abrigado	1. Los ruidos alteran el entorno y provoca intranquilidad en el paciente no permitiendo que concilie el sueño. (Du Gas, 2010)
Resultados Paciente mostrará expresiones de estar relajado y descansado	2. Brindar comodidad y confort	2. La comodidad y el confort Favorecen el bienestar del paciente permitiendo un descanso adecuado. (Brunner ,2013)
	3. Administrar xanas 0.5 mg 1 tab v/o según indicación médica	4. El xanas es un ansiolítico y para

tratar trastornos
de ansiedad,
siendo su
mecanismo de
acción que
actúan a nivel de
las regiones
límbica, talámica
e Hipotalámica
del sistema
nervioso central
produciendo un
efecto de calmante.

(Somoza, Cano y
Guerra 2012).

-
4. Realizar anotaciones de enfermería de 4. Permite registrar y tener en cuenta las intervenciones de enfermería oportunas (Du Gas 2010)

Ejecución

SOAPIE

Fecha/hora		Intervenciones
26/1/18 /8am	S	Paciente S.L.M, refiere “no puedo respirar, por favor ayúdeme”
26/1/18 /8am	O	Se observa con respiración irregular, superficial, Fr de 28x` sibilantes, SatO ₂ 86%.
	A	Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal y SatO ₂ : 86%.
	P	Paciente mejorará el intercambio de gases(Ph:7.36, pCO ₂ :35mmHg, Po ₂ :84mmHg, HCO ₃ :25mEq/L,y SatO ₂ :97%). durante el turno.
	I	Monitorización de las funciones vitalesFc:110 x` .T:36°C Presión arterial 90/40mmHg. SatO ₂ . 86% Valorar la dinámica respiratoria. Colocar en posición semiflower. Controlar la saturación de oxígeno. Administrar Oxigenoterapia . Realizar control de AGA. Realizar anotaciones de enfermería.
	E	Objetivo alcanzado, paciente presenta gases arteriales con valores normales y SatO ₂ 97%.

SOAPIE

Fecha/hora	Intervenciones	
26/1/18 /8am	S	Paciente S.L.M. refiere sequedad en su boca.
26/1/18 /8am	O	Se observa, piel y mucosa seca
	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefreostomía bilateral evidenciado por sequedad de la piel y mucosas.
	P	Paciente presentará volumen adecuado de líquidos piel y mucosas hidratadas,(sodio 139mEq/, potasio 3.8mEq/L), durante su estancia en la unidad.
	I	Valorar y vigilar el estado del paciente hidratación cutánea y las mucosas, pulso adecuado del paciente- Mantener el acceso I.V. permeable. Cuantificar el control de diuresis. Realizar balance hídrico. Registrar notas de enfermería.
	E	Objetivo alcanzado, paciente mantiene buen volumen de líquidos y piel y mucosas hidratadas.

SOAPIE

Fecha/hora		Intervenciones
26/1/18 /8am	S	Paciente S.L.M. no refiere
26/1/18 /8am	O	Se observa vía periférica permeable drenaje.
	A	Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
	P	Paciente estará libre de riesgo de infección durante su estancia en la unidad.
	I	Controlar funciones vitales. Utilizar medidas bioseguridad. Realizar cambios de los dispositivos, invasivos según las fechas establecidas por la institución. Registrar notas de enfermería.
	E	Objetivo alcanzado, paciente con procedimientos seguros y libres de signos de infección.

Ejecución**SOAPIE**

Fecha/hora		Intervenciones
26/1/18 /8am	S	Paciente S.L.M., refiere dolor en zona de intervención quirúrgica.
26/1/18 /8am	O	Paciente presenta facie de dolor.

A Dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, Fc: 110x` y expresión facial de dolor.

P Paciente disminuirá el dolor(2/10,), durante el turno.

I

- Realizar control de funciones vitales.
- Evaluar el dolor según la escala de EVA.
- Administrar medicamentos ketoprofeno 100mg c/8h.
- Revaluar el dolor en la escala EVA 01 al 10.
- Brindar comodidad y confort al paciente.
- Brindar un ambiente tranquilo.
- Realizar las anotaciones de enfermería.

E Objetivo alcanzado, paciente expresa alivio del dolor ,(calificándolo en 2/10, con FC: 78x’), y queda en la unidad con facie de tranquilidad.

SOAPIE

Fecha/hora		Intervenciones
26/1/18 /8am	S	Paciente S.L.M. se refiere que no puede conciliar el sueño.
26/1/18 /8am	O	Se observa cansado.
	A	Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.
	P	Paciente logrará dormir relajado y descansado durante el

turno.

I -Proporciona un ambiente adecuado sin ruidos extremos y abrigado.

Brindar comodidad y confort.

Administrar medicamentos xanax 0.5mg, según indicación médica.

Realizar las anotaciones de enfermería.

E Objetivo alcanzado, paciente se muestra relajado y descansado.

Evaluación

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo	Objetivo alcanzado
Paciente mejorara el intercambio de gases durante el turno.	Paciente presenta gases arteriales con valores normales (pH: 7.36, pCO ₂ :35mmHg, Po ₂ :84mmHg, HCO ₃ :25mEq/L, y SatO ₂ :97%).

RE

Paciente que presenta valores normales de gases arteriales durante la permanencia hospitalaria.

Paciente que presenta SatO₂ > 95%

Diagnóstico 2**Evaluación****Objetivo****Objetivo alcanzado**

Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en la unidad.

Paciente mantiene buen volumen de líquidos, buena turgencia y color de la piel, mucosas húmedas.

RE

Paciente que presenta piel y mucosas hidratadas.

Diagnóstico 3**Evaluación****Objetivo****Objetivo alcanzado**

Paciente estará libre de riesgo de infección durante su estancia en la unidad.

Paciente con procedimiento seguro y libre de signos de infección.

Diagnóstico 4**Evaluación****Objetivo****Objetivo alcanzado**

Paciente disminuirá el dolor durante el turno.

Paciente expresa alivio del dolor calificándolo en 2/10, con Fc: 78x` y queda en la unidad con facie de tranquilidad.

RE

Paciente refiere disminución del dolor calificándolo en intervalos de 2-4/10 según EVA.

Paciente presenta frecuencia cardíaca

dentro de los parámetros normales

Paciente presenta expresión facial de tranquilidad.

Diagnóstico 5

Evaluación

Objetivo

Objetivo alcanzado

Paciente logrará dormir durante el turno.

Paciente se muestra relajado y descansado.

RE

Paciente mostrará expresiones de estar relajado y descansado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes relacionados al caso de estudio:

En relación al presente estudio y después de la búsqueda bibliográfica exhaustiva se ha considerado lo siguiente:

Estudio local

Ayerbe, Fermín y Inga (2017), en el estudio titulado nivel de satisfacción del paciente post operado inmediato sobre el cuidado de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica del hospital Cayetano Heredia ”. El objetivo: fue determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado inmediato sobre el cuidado de enfermería en la URPA del Hospital Nacional Cayetano Heredia Metodología: el tipo de investigación fue descriptivo, nivel aplicativo, de corte transversal sobre una población de 220 pacientes post operados inmediatos de la URPA cuya muestra fue mediante muestreo probabilístico aleatorio simple btenido141 pacientes, que cumplan los criterios de selección y los principios éticos que las investigadoras consideran en la investigación. Se aplicará un cuestionario de 24 preguntas. Resultados: se codificará en el Programa estadístico SPSS versión 2.0. Concluye: que el nivel de satisfacción del paciente post operado inmediato dependerá del cuidado de enfermería, que tiene especial importancia en los procesos comportamentales, cognitivos y emocionales del paciente, ya que de ello dependerá el éxito o fracaso de la recuperación del mismo,

considerando que la calidad de estos cuidados se verá reflejado en la satisfacción del paciente.

Succsa (2018), en el estudio realizado “Caracterización de la intervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017”. Objetivo: describir las características de la intervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017. Metodología: es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, revisando libro de reportes operatorios e historias clínicas de los pacientes con intervención quirúrgica abdominal realizadas desde 01-01-17 al 31-12-17, analizando estadísticamente las variables, edad, sexo, como comorbilidades, tipo de cirugía inicial, diagnóstico de primera laparotomía tiempo entre primera cirugía y re laparotomía, hallazgo y condición de alta. Resultados: la población fue de 42 pacientes intervenidos en lo que se llevó a cabo 47 re laparotomías. La mayoría fue de sexo masculino (54.8%). La edad promedio fue de 61.5 años y grupo en que se realizó más re laparotomías fueron los mayores de 60 años. El 59.5% no tuvo ninguna comorbilidad y 27 pacientes (64.3%) tuvieron una cirugía electiva como cirugía inicial. El tracto gastrointestinal bajo fue el sitio más común (35.7%) para intervención abdominal y por órgano más aislado, el más frecuente fue estomago (21.4%) junto a colon (21.4%). hallazgo que predominó en las intervenciones fue la dehiscencia de anastomosis (25.5%), seguida de la perforación intestinal (11.8%). El intervalo de tiempo entre primera cirugía y re laparotomía fue de 8.4 días y la mortalidad se presentó en el 26.2% de pacientes. Las características de los pacientes que se correlacionaron con mayor mortalidad son: paciente mayor de 60 años femenino, cirugía electiva como tipo de cirugía inicial, que presente alguna comorbilidad, fasciitis necrotizante como indicación

de re laparotomía. Conclusiones: la incidencia de re laparotomía depende mucho de la experticia del cirujano y la técnica en la primera intervención. La fuga a través de dehiscencia de anastomosis o perforación intestinal fue casi la tercera parte de hallazgos en la re laparotomía.

Estudio Nacional.

Ramos (2016), realizó el estudio de “Satisfacción del Paciente Post-operado con el cuidado del profesional de Enfermería del Hospital Nacional Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016.” El presente estudio de “Satisfacción del Paciente Post operado con el cuidado del profesional de Enfermería del Hospital Nacional Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016”. Tuvo como Objetivo: ´principal, determinar la satisfacción del paciente post operado con el cuidado del profesional de enfermería Hospital Nacional Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016”. La investigación fue realizada con una muestra constituida por 55 pacientes post-operados del servicio de cirugía, aplicándose un diseño descriptivo simple. En la relación de datos se utilizó el cuestionario tipo escala Likert con 25 ítems (ponderación de 0 a 4 puntos). Resultado: se encontró en la dimensión técnico-científica, que y el 72.7% de los pacientes post-operados están satisfechos, seguido de un 23.6% están medianamente satisfechos y el 3.6% están muy satisfechos. En la dimensión humana el 56.4% están satisfechos, el 25.5% están muy satisfechos, del 16.4% están medianamente satisfechos y el 1.8% están insatisfechos con el cuidado que brinda la enfermera, en la dimensión entorno se halló que el 65.5% de los pacientes post-operados están satisfechos, el 18.2% están medianamente satisfechos y el 16.4% están muy satisfechos. Resultado La enfermera logra un nivel de satisfacción en los pacientes; mas no logra una satisfacción excelente (muy satisfecho).

Campos y chico (2014), en el estudio “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-2014”, tuvo como objetivo general: determinar el nivel de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo peri operatorio en el Hospital base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo. Metodología: estudio cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los Resultados: fueron los siguientes: en la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo el 37% en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente solo el 63%, en la fase posoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se Concluye: que el promedio de la fase peri operatoria es de 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico.

Estudio Internacional

Morocho (2014), investigo sobre “Proceso de atención de enfermería, en el paciente post quirúrgico inmediato en la sala de recuperación del Hospital General Macas, marzo a agosto del 2014.” Objetivo: mantener la salud en un nivel alto y mejorar la calidad de vida de las mismas, las funciones de la enfermera es participar en actividades que sirvan para mantener el bienestar de las pacientes en todo momento. Metodología: estudio descriptivo, la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta, luego de recopilar la información y realizar su respectivo análisis e

interpretación. Resultado: el proceso de Atención de Enfermería, influye en el paciente post quirúrgico inmediato en la sala de recuperación del centro quirúrgico del Hospital General de Macas. Conclusión: en esta investigación se recomienda que el personal de enfermería debe capacitarse a profundidad en el tema de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además la atención a los pacientes en el área post quirúrgico debe haber una mayor dotación de personal, que cumpla con las competencias requeridas de acuerdo al perfil establecido para la enfermería en el Hospital General de Macas.

Figuroa y Jácome (2014), realizaron el estudio titulado “ Aplicación del proceso de atención de enfermería en el post quirúrgico inmediato y mediato en adultos del Hospital Universitario de Guayaquil, 2014” Objetivo: identificar la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente postquirúrgico Metodología: investigación cuantitativa del tipo descriptivo, observacional transversal, es descriptivo porque se considera que es una forma de estudio para saber quién, como, cuando, porque del sujeto de estudio, se enfoca en los factores diferentes de los profesionales como también del ambiente institucional para la realización del proceso. Resultado: mediante este resultado podemos evidenciar que el 66% de los profesionales que no aplican el PAE, siendo esta una herramienta eficaz en el cuidado directo en el paciente que los profesionales de enfermería del hospital universitario pase a tener un alto porcentaje de conocimiento sobre el PAE, él no lo aplican restándole importancia, la demanda de pacientes y la carga laboral convierte no aplicable en nuestro saturado trabajo ya que la aplicación práctica del proceso de atención de enfermería en gran parte se relaciona con los conocimientos técnicos que posee el profesión que lo demuestra en el ámbito laboral que hacen la diferencia de los cuidados enfermero.

Marco conceptual.

Laparotomía Exploratoria.

Definición es una cirugía del abdomen con el fin de llegar a un diagnóstico.

Existen dos tipos:

Procedimiento Abierto: requiere una inserción quirúrgica estándar.

Procedimiento Endoscópico o (laparoscopia) se realiza con el uso de una cámara pequeña y varias incisiones pequeñas quirúrgicas.(Polsdorfer 2011).

Indicaciones.

La laparotomía exploratoria son de cuatro tipos:

Causas abdominoviscerales: Peritonitis aguda, pancreatitis aguda con necrosis infectada.

Causas parietales: evisceración por retracción del borde de la pared abdominal infección y necrosis de la pared abdominal, en los casos de fasciitis necrotizantes.

Causas generales: patología abdominal de cualquier tipo, con shock séptico.

Trauma abdominal grave, con síndrome compartimental secundario al aumento sostenido de la presión intraabdominal. (Polsdorfer 2011).

Cuidados de enfermería en laparotomía exploratoria:

Evaluación continua de los parámetros hemodinámicos del paciente, control de signos vitales, frecuencia cardíaca, temperatura, medición de la presión venosa central.

Control y administración del soporte vasopresor, apoyo de fármacos vaso activos como dopamina.

Supervisión de aporte nutricional adecuado.

Detección de signos de disfunción hematológica

Evaluación de prueba de función renal y medición de diuresis horaria

Manejo del dolor.

Administración de los tratamientos indicados.

Evaluación del estado de conciencia del paciente.

Cuidados de catéter venoso con curaciones cada 24 horas en busca de signos de infección y de mal funcionamiento.

Cuidados de la sonda Foley.

Cuidados de la sonda nasogástrica. (Galarreta y Martin 2018).

Colostomía

Definición es un procedimiento quirúrgico en que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces salen del intestino y salen por la estoma hasta la bolsa adherida al abdomen.

La colostomía se realiza ya sea con una incisión quirúrgica grande en el abdomen o con una laparoscopia de esta manera se puede asociar el tipo de colostomía a ciertas patologías. (García-Sosa& Rodriguez,2011).

Colostomía definitiva

Carcinomas de recto y ano.

Lesiones inflamatorias.

Lesiones y/o traumatismos anales corregidos por otro método.

Lesiones neurológicas que producen incontinencia intratable.

Colostomías temporales:

Neoplasias de colon izquierdo.

Fístulas recto vaginales.

Traumatismos perineales.

Diverticulitis.

Vólvulo.

Malformaciones congénitas.

Como protección de suturas en otras técnicas quirúrgicas.

Causas:

Obstrucción intestinal.

Hernias incarceradas o estranguladas.

Neoplasias de colon.

Adherencias de bridas

Síndrome de Ogilvie.

Tumores de vecindad.

Enfermedad inflamatoria complicada.

Diverticulitis cólica.

Megacolon tóxico.

Hemorragia masiva.

Colitis aguda fulminante.

Perforación.

Apendicitis aguda

Traumatismos abdominales

Patología isquémica intestinal. (Garcia –Sosa& Rodriguez,2011).

La clasificación más usada para catalogar las colostomías es la realizada en función de la localización y el segmento de intestino utilizado para su formación.

Cecostomía: Avocación del ciego a la pared abdominal del cuadrante inferior derecho. Su utilización se realiza en las situaciones en las que se necesita una descompresión intestinal.

Colostomía ascendente: estoma localizando en el segmento ascendente de colon, en la parte derecha del abdomen.

Colostomía en asa transversa: Situada en el colon transverso, su localización se en función de la movilidad de los segmentos del colon, puede encontrarse tanto a la derecha como la izquierda de la pared abdominal. Se utiliza un tutor rígido sobre el que se apoya el segmento exteriorizado, quedando la parte anterior abierta hacia el exterior, permitiendo la evacuación de la totalidad de la materia fecal.

Sigmoidostomía: Estoma realizado en que el sigma. Situado en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen.

Colostomía terminal: Permiten la derivación completa del contenido intestinal mediante la exteriorización del asa proximal, pudiendo quedar la parte distal del colon en el inferior del abdomen como saco ciego o abocado al exterior como una fístula mucosa.(Garcia-Sosa & Rodriguez ,2011).

Complicaciones de colostomía

Inmediatas:

Edema.

Hemorragia.

Isquemia necrosis

Infección.

Hundimiento.

Invaginación.

Eventración peri colostomía.

Oclusión por hernia interna.

Fístula incorrecta

Tardías:

Dermatitis periestomal.

Estenosis.

Eventración.

Prolapso.

Retracción.

Tumores.

Úlceras.

Sifón periestomal.

Colitis isquémica

Colitis radica actínica. (García-Sosa& Rodríguez, 2011).

Fistula recto vaginal

Definición una fístula recto vaginal es una conexión anormal entre la parte inferior del intestino grueso (el recto) y la vagina. El contenido del intestino puede filtrarse a través de la fístula y permitir que los gases y las heces pasen por la vagina.(Espín 2018).

Consecuencia de una fístula recto vaginal:

Una lesión durante el parto

Tratamiento de radiación o cáncer en la zona pélvica

Complicaciones después de una cirugía en la zona pélvica.

La enfermedad podría provocar un sufrimiento emocional y molestar incide en la autoestima y en la intimidad.

Es posible que algunas fístulas recto vaginales cierren por si acaso, pero la mayoría necesita una reparación quirúrgica. (Espín, 2018).

Síntomas:

Tránsito de gases, heces o pus desde la vagina.

Secreción vaginal con mal olor.

Infecciones vaginales o urinaria recurrentes.

Irritación o dolor en la vulva, la vagina y la zona entre la vagina y el ano (perineo).(Espín, 2018).

Dolor durante las relaciones sexuales.

Complicaciones

Perdida involuntaria de heces.

Problema de higiene.

Infecciones vaginales o urinarias recurrentes.

Irritación o inflamación de la vagina, el perineo o la piel alrededor del ano.

Una fístula infectada que produce un absceso, un problema que puede poner en peligro la vida si no se trata.(Espín, 2018) .

Modelo teórico

El modelo teórico que se adopta a este estudio de caso de enfermería es la teoría de los cuidados de Kristen Swanson el cual permite al profesional de enfermería relaciona con un ser apreciado mediante un compromiso y responsabilidad personal el cual se desarrolla mediante procesos básicos: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener creencias. Dichos procesos permitirá reflexionar acerca de la

cosmovisión del cuidado enfermero en donde el enfermero requiere de conocimientos y capacidades para dar cuidados, el segundo de las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermero, cliente, organizaciones, que aumentan o reducen la posibilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados brindados y por último a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales, de los cuidados para el cliente y para el profesional.

Los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, se fundamenta en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, teniendo en cuenta una dedicación lógica y explicación científica,

Esta teoría busca descubrir explicar predecir, controlar, conocimientos para perfeccionar la práctica de enfermería y así mejorar su capacidad profesional y disciplina a través del conocimiento, estimulan el razonamiento y determinar los objetivos de la práctica, la educación y la investigación generando nuevos conocimientos y así crear nuestro propio conocimiento que reflejan la rapidez del pensamiento enfermero direccionadas a estimular el pensamiento creativo, la enseñanza y la investigación..

Según Swanson las personas modelan y son modeladas por el entorno en que viven:

Entorno.

Define entorno de manera situacional sostiene que el entorno para la enfermería es cualquier contexto que influye o que es implicado por el cliente hay varios tipos de influencia sobre el entorno como los aspectos culturales, sociales, biofísicas, políticas y económicas entre otros.

Salud.

El restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del calor interno establecer nuevos significados, restaurar la integridad y saber con un sentimiento de renovada plenitud.

Bienestar y Enfermedad.

El bienestar es vivir en un entorno en el que se sienta integrado y comprometidos con vivir y morir .

Experimentar el bienestar es vivir una experiencia subjetiva y significativa de totalidad, la totalidad involucra un sentido de integridad y cambio en todas las facetas de la existencia que son libres de ser expresadas.

Metas de Enfermería.

Brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar de manera significativa para ayudarla en la aceptación de la pérdida, en pro del bienestar durante en el primer año posterior al evento, acompañándola en su proceso de adaptación.

Relación entre los cuatro conceptos del meta paradigma.

La enfermería como disciplina, busca el bienestar de la persona, en decir, de ese ser único que está en proceso de creación, cuya integridad se completa

cuando se manifiesta con pensamiento y sentimiento. La salud es entonces bienestar, integridad mediante un proceso de cuidado; el entorno puede influir de manera relevante al bienestar del cliente. (Raile,2014).

La paciente en estudio por presentar una patología compleja refiere conocimientos científicos que nos conduzca a planificar los cuidados en forma detallada, oportunas que contribuyan a su recuperación y así mejorar su condición de vida.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño

Estudio de caso de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente, el mismo que consta de cinco fases: valoración donde se realizó la recolección de los datos de forma sistemática y organizada; luego de organizados los datos se pasó al diagnóstico donde se realizó el análisis de los datos, la identificación de necesidades y problemas de salud, así como los riesgos y posibles complicaciones, que fueron plasmados en los diagnósticos de enfermería; una vez concluida esta fase se pasó a la planificación, donde se realizó la priorización de los diagnósticos enfermeros y CP, se elaboró los objetivos, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar; luego en la ejecución se administraron al paciente las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-psico-social -espiritual; finalmente se realizó la evaluación donde se determinó si el paciente mejoraba, permanecía estable o se deterioraba (Kozier y Erb, 2008).

Sujeto de estudio

Paciente adulta mujer de 67 años con Dx. Laparotomía Exploratoria: Colostomía por fistula recto vaginal, en el servicio de recuperación I de un Hospital Público de Lima Metropolitana.

Delimitación geografía temporal

La unidad de recuperación del Hospital Público de Lima Metropolitana, se encuentra en el departamento de Lima, Provincia de Lima distrito de Lima.

Se encuentra ubicado en el tercer piso, es un ambiente con un área de 8x12 Mt que consta con 8 camas quirúrgicas con monitores y aspiradores empotrados, 01 ropero para ropa de cama quirúrgica, 01 coche para administrar el tratamiento, 01 coche de curaciones, 01 coche de paro, 01 desfibrilador, 01 monitor portátil para transportar pacientes a aéreas críticas y tomar tomografías, la unidad cuenta con enfermeras especialistas en recuperación postanestésica, 2 enfermeras por cada turno de 12 horas diarias que hacen un total de 10 enfermeras programadas en forma rotativas , y 5 personal técnico asistencial rotando 1 técnico por cada 12 horas diarias, 5 médicos anesthesiólogos rotando 1 por 12 horas diarias.

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación y entrevista y como instrumento se utilizó la Guía de Valoración de Marjory Gordon, adaptado por la investigadora, que consta de once patrones funcionales de salud, a saber: Patrón

- 1 Percepción – manejo de salud, Patrón
- 2 Nutricional – metabólico, Patrón
- 3 Eliminación, Patrón
- 4 Actividad – ejercicio, Patrón
- 5 Sueño – descanso, Patrón
- 6 Cognitivo – perceptual, Patrón
- 7 Autoconcepción - auto concepto, Patrón
- 8 Rol – relaciones, Patrón
- 9 Sexualidad – reproducción, Patrón
- 10 Adaptación – tolerancia al estrés y Patrón
- 11 Valores – creencias (Marjory Gordon- 2006).

Para la organización de los cuidados, se utilizó el formato del plan de cuidados funcional que consta de: diagnóstico enfermero, objetivo general, resultados esperados, intervenciones de enfermería, ejecución y evaluación.

Consideraciones Éticas.

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, se solicitó el permiso a la paciente con el documento de consentimiento informado debidamente firmado con el que se pudo realizar la presente investigación, previa explicación de los procedimientos que consta el estudio.

Se explica a la paciente que se garantizará la confiabilidad y reserva del caso.

Todos los procedimientos del presente estudio se tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales del paciente, de acuerdo los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y respetando la escala de valores, la ideología y la religión del paciente.

Durante el desarrollo del estudio y dando cumplimiento al plan de cuidados de la paciente post operada de laparotomía exploratoria: colostomía por fístula recto vaginal, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones bioéticas en el marco de la investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La beneficencia y no maleficencia son principios éticos que buscan hacer el bien a la persona y evitar el daño o dolor, asimismo ayudarlos a obtener lo que es bueno para ellos y que promueva su bienestar reduciendo a lo mínimo los riesgos que puedan causar daños físicos o psicológicos a la persona.

En el cuidado directo a la paciente se ha tenido presente los principios de responsabilidad, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, confianza y dignidad.

Al respecto White (1995), referido por Paredes, manifiesta que los profesionales de enfermería son los responsables del cuidado que brindan al paciente, siendo preciso que recuerden siempre que al desempeñar sus quehaceres en el cotidiano están sirviendo al Señor y que hay ángeles de Dios en las habitaciones donde son atendidos los enfermos y el entorno que rodea a quienes los atienden debe ser puro y fragante.

CAPITULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Resultados

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1	Paciente presenta gases arteriales con valores normales (pH: 7.36 , pCO2:35mmHg, pO2:84mmHg, HC03:25mEq/L, SatO2: 97%)		
Diagnóstico 2	Paciente mantiene buen volumen de líquidos piel y mucosas hidratadas.,sodio139mEq/L, potacio3.8mEq/L.		
Diagnóstico 3	Paciente con procedimientos invasivos, seguros y libre de signos de infección.		
Diagnóstico 4	Paciente expresa alivio del dolor calificándolo en 2/10, con F.c: 78x' y queda en la unidad con facie de		

tranquilidad.

Diagnóstico 5 Paciente se muestra
relajado y descansado.

Análisis de los diagnósticos

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal y SatO₂: 86%.

Análisis.

Brunner (2017) considera que la función respiratoria consiste en proveer el oxígeno indispensable para el sostenimiento de la vida y el funcionamiento adecuado de las células de nuestro organismo.

Una vez que el aire inspirado ingresa a los alveolos se produce el intercambio gaseoso en la membrana alveolo capilar, para que este intercambio suceda se involucra dos componentes: la difusión alveolar y la perfusión pulmonar.

Brunner (2017) refiere que el alveolo o acino es la unidad primaria del intercambio gaseoso del pulmón. Su capacidad residual funcional depende del estado de insuflación del pulmón.

El análisis de los gases arteriales es una prueba que proporciona una información más directa sobre la función ventilatoria. El análisis de los gases sanguíneos determina el pH, la saturación y la presión parcial de O₂, así como la presión parcial de dióxido de carbono. Cuatro alteraciones diferentes pueden aparecer cuando se rompe el equilibrio ácido básico: acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria, acidosis metabólica y alcalosis

metabólica. En las últimas alteraciones el sistema respiratorio intenta compensar la alteración del pH.

Para Arraiza (2014), la ventilación con apoyo de dispositivos de bajo flujo es un tratamiento de soporte vital, considera que la máscara de reservorio 100%, ayuda a la persona darle soporte ventilatorio cuando por sí misma no puede respirar lo suficiente.

La paciente en estudio, en post operatorio inmediato, aún bajo los efectos de anestesia, está en una situación donde los músculos respiratorios no se encuentren con la tonicidad adecuada para poder realizar por si mismos una buena ventilación, disminuyendo el buen intercambio gaseoso, el estado en que se encuentra podría impedir una adecuada liberación de CO₂

La paciente en estudio presenta una alteración en su gasometría arterial con los siguientes datos: pH: 7.28, pCO₂:47 mmHg , pO₂: 63 mmHg , HCO₃: 28 mEq/L, Sat,O₂:86% lo que produce una alteración llamada Acidosis respiratoria es uno de los trastornos del equilibrio acido base en la que la disminución de la frecuencia de las respiraciones provoca una concentración creciente del dióxido de carbono en el plasma sanguíneo y la consecuente disminución del pH de la sangre , si esta alteración no se corrige a tiempo podría ocasionar un shock o aun la muerte.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral evidenciado por sequedad de la piel y mucosas.

Análisis.

Según Guyton y Hall (2018) menciona que el déficit de volumen de líquidos, conocido también como hipovolemia, se presenta cuando no hay líquido suficiente en el

espacio vascular que puede ser por una pérdida rápida de líquidos debido a muchas causas como hemorragia, quemadura u otros. También se puede dar por causas menos evidente como vómito excesivo, diarrea, aspiración por sonda nasogástrica y toracentesis.

El agua constituye el 60% del peso corporal y lo distribuye en dos compartimentos el intracelular y el extracelular. El 20% constituye el extracelular donde se encuentra conformado por el plasma, fluido intersticial y el líquido transcelular; el 40% constituye el intracelular donde se encuentra todas las células del cuerpo.

El líquido celular se localiza en dos compartimientos espacio extracelular y el espacio intracelular la pérdida de líquidos en el cuerpo puede afectar este equilibrio. El déficit de volumen de líquidos ocurre cuando se pierde agua y electrolitos de la misma proporción que se encuentran los líquidos corporales normales. El aumento de la frecuencia cardíaca se da como mecanismo de compensación del gasto cardíaco.

“La orina concentrada se produce porque el organismo trata de retener el líquido restante” (Brunner, 2017).

La orina concentrada se produce porque los riñones necesitan conservar agua al mismo tiempo ya que el cuerpo tiene un nivel de líquido bajo, el cuerpo produce desechos que necesitan ser eliminados por los riñones por lo cual aumenta su concentración. La piel seca se evidencia cuando el cuerpo intenta compensar los líquidos mediante los riñones lo cual significa que no hay una buena distribución de líquidos a nivel corporal.

La pérdida activa de volumen de líquidos se debe muchas causas presencia de drenajes, hemorragias activas y una deficiencia restitución de líquidos intravenosos.

La paciente intervenida quirúrgicamente de laparotomía exploratoria ha tenido pérdidas sanguíneas cuantiosas durante el acto quirúrgico produciendo una disminución de volumen de líquidos evidenciando por piel y mucosas secas, y aumento de la frecuencia cardiaca, dichas pérdidas se continúan a través de los drenajes que la paciente presenta. Si estas pérdidas son considerables en el cuerpo de la persona, causan un desequilibrio en el funcionamiento adecuado de los órganos, el cuerpo trata de obtener volumen efectivo circulante para asegurar una buena perfusión y oxigenación tisular, cambios en el tono simpático produciendo aumento de la frecuencia cardiaca, la liberación de la renina – angiotensina como respuesta de los riñones ante una disminución de la perfusión renal que al mismo tiempo estimula la liberación de aldosterona para la regulación de volumen, el hipotálamo secreta vasopresina aumentando la reabsorción de agua en el tubo colector del riñón eliminando la orina concentrada (oscura), si esta deficiencia continúa podría ocasionar múltiples complicaciones dañando el sistema renal y otros sistemas (Guyton, y Hall, 2018).

Análisis.

Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos: catéter periférico, colostomía y dren laminar.

Según Quintanilla (2011), las infecciones nosocomiales son aquellas que ocurren después de 48 horas de hospitalización. La Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) es el área en la cual se presenta una mayor prevalencia debido al perfil del paciente, a las terapias y a los múltiples procedimientos invasivos a los que se ven

sometidos quienes ingresan en ellas. Las líneas invasivas ponen en riesgo la salud del paciente, por lo tanto una mala manipulación sin técnicas asépticas llevará microorganismos patógenos que causen infección en la zona inserción y luego una infección generalizada. Es por eso, que se hace necesario la aplicación de medidas de bioseguridad extremas para evitar infecciones sobre agregadas al paciente. En el estudio realizado se evidencia la presencia de dispositivos invasivos, que si no se asumen las medidas correctivas de bioseguridad se infectará el paciente.

Análisis.

Dolor agudo Relacionado con herida operatoria reciente manifestado por “me duele mucho la herida”, EVA 8/10, FC= 110x` y expresión facial de dolor.

Según la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño tisular real o potencial, el dolor no solo es una sensación, es también una emoción. El dolor agudo es de comienzo reciente, de corta duración y normalmente, existe una relación causal y temporal con una injuria o enfermedad.

Asimismo, Longas & Cuartero (2007), refieren que un manejo eficiente del dolor post operatorio mejorará las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia hospitalaria, por otro lado, su manejo ineficaz se ha asociado con eventualidades potencialmente adversas y a estancias hospitalarias prolongadas (íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolia, sangrado, alteraciones psicológicas, etc.).

La paciente en estudio, presenta dolor, se evidencia por la expresión facial, taquicardia, escala analógica 8/10.

Análisis.

Trastorno del patrón del sueño Relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios evidenciado por cansancio.

El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros (Brunner, 2017). El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo (Kozier, 2017).

El sueño se puede ver alterado por diversos factores; partiendo de la definición de la alteración del patrón del sueño (NANDA, 2015), como la alteración del patrón sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado, se consideran como factores que parecen mostrar algún tipo de relación con este problema las alteraciones sensoriales: Internas, como enfermedad, estrés psicológico; y externas como cambios ambientales, claves sociales.

El patrón normal de sueño se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en el cuidado al paciente. Cuando consideramos todos los factores tanto internos (enfermedad) como externos (ruidos, luces, compañeros de habitación) que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado, es sorprendente comprobar cómo algunos pueden dormir a pesar de todo. El profesional de Enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno.

En el caso del paciente en estudio, su patrón del sueño se ve alterado por los múltiples procedimientos en la unidad, llamando a un compromiso del profesional de

enfermería a brindar un cuidados discreto y personal a fin de no interrumpir en lo posible en su ritmo circadiano.

Discusión

El presente estudio contribuye en la atención inmediata y oportuna de cuidados de enfermería de calidad.

La laparotomía exploratoria es una cirugía de calidad que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presentan en el abdomen; precisamente estos fueron los procedimientos que se realizaron a la paciente en estudio. Colostomía por fistula rectal, es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma echa 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 por recepción intestinal o lesión en el intestino. La colostomía puede ser temporal o permanente este procedimiento se lleva a cabo por anestesia general, 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 llamado estoma. Se coloca una bolsa llamada dispositivo de ostromía, alrededor de la abertura para permitir el drenaje de las heces.

La paciente en estudio en el periodo post operatorio inmediato presento algunos problemas que fueron identificados y resueltos por el profesional de enfermería, a saber:

El deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión es uno de los problemas más frecuentes que identifica la enfermera en URPA

en el paciente post operado inmediato quien ingresa a la unidad bajo efectos de anestesia. En los estudios realizados por Sucsa (2018) y Campos (2014) también se puede apreciar que el diagnóstico de enfermería deterioro del intercambio de gases está presente en los pacientes post operados inmediatos que ellos manejaron. Los diagnósticos de enfermería respiratorios son generalmente prioritarios, ya que afectan directamente la oxigenación tisular, siendo esta una función vital que el profesional de enfermería debe atender. La identificación de este diagnóstico es particularmente importante en personas pos operadas bajo efectos de anestesia, debido al comportamiento que ocasiona en las vías aéreas (Brunner, 2017).

El déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral también es un problema frecuente que la enfermera identifica en la URPA, en todo paciente sometido a laparotomía exploratoria. En el estudio la paciente presentó déficit de volumen de líquidos durante su permanencia en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA) de un Hospital Público de Lima Metropolitana, logrando reponer las pérdidas y mantener un volumen de líquido adecuado a las demandas corporales, con las intervenciones de enfermería y administración de fluidos intravenosos prescritos. En el estudio realizado por Ramos (2016) se puede observar que este diagnóstico también está presente en algunos pacientes pos operados. El déficit de volumen de líquido, para NANDA (2015), es la disminución de líquido intravascular, intersticial o intracelular, se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio. La paciente intervenida quirúrgicamente de laparotomía exploratoria ha tenido pérdidas sanguíneas cuantiosas durante el acto quirúrgico produciendo una disminución de volumen de

líquidos que fue resuelta con las intervenciones del profesional de enfermería en la unidad.

El riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, es común en los pacientes hospitalizados, donde las infecciones nosocomiales ocurren después de 48 horas de hospitalización. Los procedimientos invasivos ponen en riesgo la salud del paciente, por lo tanto, la manipulación inadecuada de estos dispositivos provocara infección en la zona inserción de los catéteres. Es por esto, la necesidad de medidas de bioseguridad extremas para evitar infecciones sobre agregadas al paciente. En el estudio realizado se evidencia la presencia de dispositivos invasivos, que si no se asumen las medidas correctivas de bioseguridad se infectará a la paciente.

En relación al dolor agudo relacionado con la presencia de herida operatoria reciente, se debe considerar a este como una experiencia sensorial y emocional desagradable, no tolerable, de comienzo reciente y de corta duración provocado por una injuria o enfermedad. El manejo eficiente del dolor post operatorio mejorará las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia hospitalaria, por otro lado, su manejo ineficaz se ha asociado con eventualidades potencialmente adversas y a estancias hospitalarias prolongadas (íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolia, sangrado, alteraciones psicológicas, etc.). La paciente en estudio, presenta dolor, que se evidencia por la expresión facial, taquicardia, escala analógica 8/10, el mismo que fue resuelto por el profesional de enfermería durante su estancia en la unidad.

Sobre el trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por procedimientos hospitalarios, se debe considerar que el descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos

durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo (Kozier, 2017). El sueño se puede ver alterado por diversos factores; en el caso del paciente en un hospital, quien debe recibir el descanso necesario para fortalecer su sistema inmunológico, la alteración del patrón del sueño, constituye un problema que repercute en su salud y en el cuidado al paciente. Cuando consideramos los factores como la misma enfermedad, los ruidos, las luces, los compañeros de habitación, que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado, es sorprendente comprobar cómo algunos pueden dormir a pesar de todo. El profesional de enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno.

En el caso del paciente en estudio, su patrón del sueño se ve alterado por los múltiples procedimientos en la unidad, llamando a un compromiso del profesional de enfermería a brindar un cuidados discreto y personal a fin de no interrumpir en lo posible en su ritmo circadiano.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de la atención directa al paciente y de la indagación bibliográfica respectiva, se concluye que:

El diagnóstico de enfermería, deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión, cuyo objetivo fue mejorar el intercambio de gases durante el turno, fue resuelto luego de las intervenciones de enfermería ya que se observaron valores normales en el control de AGA : pH:7.36, PCO₂:35 mmHg , Po₂:84mmHg, HCO₃: 25meQ/L, Sato₂: 97%.

El diagnóstico enfermero déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por colostomía, dren laminar y nefrostomía bilateral, que tuvo como objetivo presentar volumen adecuado de líquidos durante su estancia en la unidad, fue resuelto, después de brindar los cuidados específicos, se obtuvo como resultados un volumen adecuado de líquidos y piel y mucosas hidratadas.

El diagnóstico riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, tuvo como objetivo mantener a la paciente libre de riesgo de infección durante su estancia en la unidad, el mismo que fue resuelto con las intervenciones que se administraron a la

paciente, lográndose obtener como resultado, la atención de la paciente con procedimientos invasivos seguros y libre de signos de infección.

El diagnóstico enfermero dolor agudo relacionado con herida operatoria reciente, que tuvo como objetivo disminuir el dolor en el paciente, fue resuelto luego de las intervenciones de enfermería pues la paciente expresa verbalmente alivio del dolor al término del turno, calificándolo en intervalo 2/10 según EVA, FC 78x'. Se observa expresión facial relajada.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por los procedimientos hospitalarios cuyo propósito señaló que el paciente logre dormir durante el turno, fue resuelto. Después de administrarse el tratamiento de enfermería se logró que la paciente se muestre relajada y descansada.

Recomendaciones

Implementar planes estandarizados de cuidado enfermero en función de las patologías más frecuentes que se presentan en la Unidad de Recuperación pos anestésica en el Hospital, a fin de garantizar la calidad del cuidado al paciente.

Implementar y difundir el manual de procedimientos en la Unidad de Recuperación post anestésica para dar seguridad en el manejo de los diferentes procedimientos y fortalecer la práctica clínica.

Implementar una guía de valoración de ingreso y diaria para la atención del paciente post operado inmediato en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital con el fin de protocolizar la recolección sistemática de datos y agilizar el plan

de cuidados en la atención directa al paciente, con el propósito de atender las necesidades inmediatas y mejorar las respuestas no resueltas en la atención al paciente.

El profesional de enfermería de la unidad de recuperación post anestésica debe conocer el manejo y aplicación del proceso de atención de enfermería como instrumento para brindarles cuidados al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Patiño, F. (2015) .Gases Sanguíneos Fisiología de la respiración e Insuficiencia respiratoria aguda .Bogotá 8avaEdicion: Panamericana.
- Gardner, D. y Shoback, D. (2012) .Endocrinología básica y clínica .México 9ª Edición: Mc Graw Hill.
- Brunner & Suddarth, (2013). Enfermería Médico – Quirúrgico .12va Edición España: Wolters Kluwer Health.
- Du Ga Beverly, (2010) .Tratado de Enfermería Practica 4ta. Edición México: Mc Graw Hill.
- Aranzazu, M. Bejarano, S. y Velásquez, M. (2012). Guía Básica de Administración de oxígeno e Inhalatorio en Enfermería. España: Bubok.
- Ledesma Pérez (2010) M Fundamentos de Enfermería México: Lomusa S.A.
- Guyton, y Hall. (2018).Tratado de Fisiología Medica .España: Elsevier.
- Snyder, M. Linqvist, R. (2015).Terapias Complementarias y Alternativas en Enfermería. México: El manual Moderno.
- Lesur, L (2015).Cuidado Crítico de Enfermería, España: Trillas.
- Railer, M. (2014). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier.

Perry Potter (2011) .Técnicas y Procedimientos en enfermería 7ma Edición México: Elsevier.

Heather S. y Shigemi (2015). Diagnósticos de Enfermería Edición (2015-2017) Barcelona España: Elsevier.

Fenton, M. y León, C. (2010) .Temas de Enfermería Médico-Quirúrgica La Habana: Ciencias Médicas.

Gutiérrez, M. (2010).Adaptación y Cuidado en el Ser Humano Una Visión de Enfermería Español: Manual Moderno.

Rincón, M. y García, M. (2011) Manual de Enfermería Quirúrgica México: Mc Graw Hill

Somoza, B. Cano, M. y Guerra, E. (2012) Farmacología en Enfermería, Buenos Aires: Medica Panamericana.

Carpenito L. (2018) Diagnostico de Enfermería 15ava. Edición español. LWW.

NANDA Internacional. (2015). Diagnósticos enfermos. Definiciones y clasificación 2015 - 2017. Barcelona: Elsevier Inc.

Kozier, B. Erb, G. Berman, A. &. Zinder, S. (2008). Fundamento de Enfermería 8ava. Edición. España; Mc Graw. Hill Interamericana.

Giménez, F. (2015) Procedimientos Básicos y Cuidados de Enfermería, España, Diego Marín.

Doenges, Moorhouse y Murr (2014) Planes de Cuidados de Enfermería séptima edición,
Español Mc Graw Hill.

Gordon, M. (2006) Manual de Diagnóstico de Enfermería. España: S.A.M.C.G Raw –Hill
INTERAMERIANA

Espín, E. (2017). Fistula anal: causa diagnóstico y tratamiento, Top Doctores.

Gracia, E. Rodríguez, M. (2011). España: Universidad de Cádiz, Servicio de publicaciones

Apéndices

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

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: MIRTHA SEVILLANO LEONQUI Fecha de nacimiento: 26/06/1951 Edad: 67 Años Sexo: F
 Fecha de ingreso al servicio: 26/01/18 Hora: 10 AM
 Procedencia: Ambulatorio Hospitalizado Emergencia Otro N° H.CL.: 218596
 Peso: 60 kilos Estatura: 1.52
 Dx. PRE Operatorio: UROPATIA OBSTRUCTIVA Interv. Quirúrgica Realizada: ILE. BIOPSIA RECTO Dx. Post Ope L.E. Colostomía por Fístula recto vaginal.
 Médico cirujano: RAZURI BUSTAMANTE Medico Anestesiólogo: ARCE Instrumentista: MERCEDES MORI
 Lic. Circulante: HEYDI Lic. de URPA: ESTELA CLAROS Tipo de Anestesia: GIH(X) RAQ() EP() EV() PB() Tiempo Oper: _____
 Sangrado en el intraoperatorio NADA Ingreso de líquidos: 1500
 Fecha de valoración: 26/01/18 Hb: 9:90 Hto: 30.20 TCyS: 0 GS: + Glucosa: 90
 FUNCIONES VITALES:.....PA: 90/40 FC: 110 FR: 28 T°: 36.6°

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas:
 HTA(X) DM() Gastritis/ulcera() TBC() Asma() Cardio.()
 Otros: PORTADOR DE NEFROSTOMIA Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas NO () SI(X)

COLOCACION NEFROSTOMIA

Alergias y otras reacciones

Fármacos:

Alimentos:

Otros:

Factores de riesgo

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

Consumo de alcohol NO () SI ()

Medicamentos (indicación médica)

CAPTOPRIL HACE 28 AÑOS

PATRON DESCANSO-SUEÑO

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

Llenado capilar:

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

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

Riego periférico

MII Tibia Fría Caliente

MID Tibia Fría Caliente

MSI Tibia Fría Caliente

MSD Tibia Fría Caliente

Marcapaso: NO () SI ()

Presencia de líneas invasivas:

Catéter Venoso periférico: YUGULAR DERECHA

Catéter Central:

Línea arterial:

Catéter epidural:

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

VDRL () ELISA () HIV () ANTICONCEPTIVOS () Especifique:

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

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

2= Parcialmente dependiente ()

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez (X)

Contractura () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (X)

Comentarios adicionales: POR LA NEFROSTOMIA LE IMPIDE CAMINAR

Problemas para dormir: NO () SI (X) Especificar: ANSIOSA POR ENFERMEDAD NO CONCILIA EL SUEÑO

PATRON. PERCEPTIVO-COGNITIVO

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Piel: Coloración: Normal() Pálida (x) Cianótica () Ictérica ()

Hidratación: SI () No ()

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

Especificar: DESHIDRATACION

Rash: NO (X) SI ()

Especificar:

Descripción:

Cavidad Bucal:

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

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

Tamaño: PEQUEÑAS

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

SNG: NO () SI () Alimentación () Drenaje: _____

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

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

Herida operatoria SI(X) NO()

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

Cantidad: _____ Drenaje () Especifique: COLOSTOMIA + NEFROSTOMIA+DL

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

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

Venda elástica () otros: _____

Comentarios adicionales: PACIENTE PORTADOR NEFROSTOMIA

BILATERAL.

PATRON. DE ELIMINACION

Presencia de líneas invasivas:

Tipo: Sonda Foley SI () NO () Talla Vesical SI () NO ()

Irrigación vesical: SI () NO () Cant. por pasar: _____

Características de la orina: Clara() Colúrica(X) Hematúrica() Sedimentosa()

Cantidad: _____

Colostomía: SI (X) NO()

Características:

Comentarios adicionales: CATETER

NEFROSTOMIA

ELIMINACION INTestinal: HECES X RECTO NO TIENE CONTROL ESFINTER

PATRON DE ACTIVIDAD- EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Superficial Profunda

Disnea: NO() SI(X)

Polipnea: NO() SI()

Otros:

Bronco espasmo: NO (-) SI ()

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

Crepitantes () Roncantes () Sibilantes (X)

Tos ineficaz: NO(-) SI()

Reflejo de la tos: Presente Disminuido Ausente

Secreciones: NO(-) SI()

Características:

O2: NO() SI() Modo: MASCARA R. l/min/FiO2: 100%

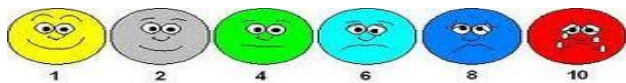
TET () Traqueotomía () VM () Sa O2: 98% MASCARA R.

Drenaje torácico: D/I NO() SI()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardíacos: Rítmicos () Arrítmicos ()

Pulso: Regular (X) Irregular ()

Escala de Valoración del Dolor EVA:

Puntaje 0 al 10: 8 DOLOR AGUDO

ESCALA DE ALDRETE:

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

PATRON . AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO ALA SITUACION Y AL ESTRESS

Estado emocional:

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

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

Irritable () Indiferente ()

Preocupaciones principales /comentarios:Preocupada por su enfermedad no poderse valer por si misma

PATRON VIII DE RELACIONES _ROL(ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: AMA DECASA

Estado civil: Soltero () Casado/a()

Conviviente(X) Divorciado/a() Otro _____

¿Con quién vive?

Solo() Con su familia (X)

Otros _____

Fuentes de apoyo: Familia() Amigos()

Otros _____

Fam.Responsable: _____

Dirección: AV. MEXICO S/N LA VICTORIA Fono: _____

Comentarios

adicionales: _____

PATRON REPRODUCCION

Genitales:

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

Características: _____

Tapón Vaginal: NO () SI ()

Comentarios.

La paciente con su pareja tiene una relación de convivencia.

Tratamiento médico actual:DEXTROSA 5% 10000CC (2) I -II-IIICETRIAXONA 2G EVC C/24HRSOMEPRASOL 40MG EV C/24 HRSMETRONIDASOL 500MG EV C/8HRSKETOPROFENO 100MG C/8HRSTRAMADOL 100MG METOCLOPRAMIDA 10MG EV C/8HRSXANAX 0.25 MG 1 TAB N**Exámenes de Laboratorio:**HEMOGLOBINA +9.90MG/DL.GLUCOSA=9.10 MOL/DLAGA _____ ELECTROLITOSPH=7.28 N3=8M.MPCO2=345 K=32M.MPO2=45.5 CL=10 M.MSAT02=86%LIC. ESTELA CLAROS ZAMBRANO

Firma y Sello de la Enfermera: 19324

Apéndice B

Fichas farmacológicas

Dextrosa 5 %

- 1 Nombre genérico: solución inyectable dextrosa del 5% en AD.
- 2 Nombre comercial: solución dextrosa en agua destilada al 5%.
- 3 Clasificación: terapéutica e hidratación
- 4 Indicación: diluyente de medicamento para administración como suplemento líquidos y calorías.
- 5 Mecanismo de acción: glucosa solución para nutrición fácilmente parenteral monosacárido fácilmente metabolizaste en administración IV, en forma acuosa estéril y a pirógena.
- 6 Reacción Adversa/efectos adversos ocasionales: hiperglucemia glucosuria, Trastornos hidroelectrolíticos (hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia
- 7 Dosis: la dosificación se establecerá según criterio facultativo, en función del peso corporal, situación clínica y estado metabólico del paciente.
- 8 Cuidados de enfermería: realizar frecuentes controles de balance hídrico e iónico de glucemia controlar la posible hipokalemia e hiponatremia la dosis elevada de glucosa se recomienda añadir 40 mol/1000 kcal de potasio y fosfatos de forma eventual. (vademécum -2016).

Ceftriaxona

1. Nombre genérico: Ceftriaxona 1 gr.
2. Nombre comercial: Rocephin 1g
3. Clasificación: Grupo anatómico 1- anti infeccioso de uso sistémico grupo terapéutico antibacteriano de sistémico SG químico/ terapéutico.
4. Indicación: tratamientos de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la ceftriaxona tales como: septicemia, infecciones de huesos y articulaciones, infecciones pélvicas de la mujer, infecciones intraabdominales, neumonía, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones complicadas de las vías.
5. Mecanismo de acción: el anillo betalactámico es parte de la estructura de las cefalosporinas por lo tanto la ceftriaxona es un antibiótico betalactámico.
6. Reacción Adversa/efectos adversos: la ceftriaxona es un medicamento bien tolerado, lo secundario que se han observado durante su administración son reversible y se puede

realizar en forma espontánea o descontinuado después de su uso. Dentro de estas reacciones se pueden observar efectos sistémicos como: Molestias gastrointestinales en 2% los casos deposiciones blanda o diarreas, nausea, vomito, estomatitis y glositis.

7. Dosis según indicación médica 1 gr. IM c/12h. o 2gr EV. c/24 h.
8. Cuidados de enfermería:
 - Planificar el horario de administración.
 - Observar la aparición de efectos colaterales y RAM
 - Realizar controles de F.V. (vademécum 2016).

Omeprazol 40 mg.

- 1 Nombre genérico: Omeprazol
- 2 Nombre comercial: Ulsen.
- 3 Clasificación: ATC. Grupo terapéutico: medicamentos para trastorno relacionado con acidez S.G. Químico terapéutico inhibidores de la bomba de protones (anti-úlceras péptica).
- 4 Indicación: esofagitis por reflejo gastroesofágico. Úlcera duodenal benigna (incluyendo las producidas por ames) síndrome de Zollinger -Ellison tratamiento de úlcera gástrica y duodenal asociadas a helicobacter pylori.
- 5 Mecanismo de acción: inhibe la secreción de ácido en el estómago se une a la bomba de protones en la pared, parietal gástrica en el transporte final de H^+ al lumen gástrico
- 6 Reacción Adversa/efectos adversos: en general omeprazol es bien tolerado. 1, 5 y 3 % de los pacientes tratados con omeprazol han experimentado efectos gastrointestinales entre ellos mareos, diarreas y cólico, se han enfermado con menos frecuencia efecto en el S, N.G (Cefalalgia) mareos, somnolencia en ocasiones se observan erupciones cutáneas e incremento de la actividad plasmática, de las hepáticas.
- 7 Dosis: en el caso de pacientes con úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflejo, la dosis es de 40 mg c/24h. El síndrome de Zollinger es la dosis de inicio es 60mg.
- 8 Cuidados de enfermería:
 - No administrar a mujeres en periodos de gestación.
 - Controlar al paciente si tiene diarrea y si es necesario su suspensión.(Vademécum 2016).

Metronidazol 500 mg.

1. Nombre genérico: Metronidazol
2. Nombre comercial: flagyl
3. Clasificación: ATC.: grupo atómico: P-antiparasitario insecticida y repelente.
4. Indicación: vía parenteral está indicado entricomonida, amebicida. Infecciones ginecológicas, infecciones de tracto respiratorio. Tratamiento de infecciones bacterianas graves por anaeróbicos susceptibles. Infecciones intra abdominales peritonitis abscesos intra abdominales, abscesos hepáticos causados por bacteroides profilaxis, de infecciones postoperatorias, especialmente en cirugía colorrectal o contaminada.
5. Mecanismo de acción: es amebicida bactericida y tricomonida. Actúa sobre las Proteínas que transportan electrones cadena respiratoria de las bacterias anaerobias mientras en otros microorganismos se introduce en las cadenas de ADN. Inhibiendo la síntesis de ácido nucleico.
6. Reacción Adversa/efectos adversos: las reacciones más graves respiratorias reportadas incluyen convulsiones y neuropatías periféricas.
7. Dosis: el medico indicara la posología y el tiempo de tratamiento apropiado su caso lo que indica es cada 8 horas EV por 3 días.
8. Cuidados de enfermería:
 - Administración EV. Debe ser lenta no menos de 30
 - - En algunos pacientes la orina puede tornarse marrón o rojiza debido a la presencia de Metabolitos.
 - Fotosensibles no identificados que derivan del fármaco.
 - No se debe ingerir junto al alcohol por el efecto tipo disulfiran
 - Los antiácidos barbitúricos y colestiramina reducen la concentración sérica del metronidazol. (Vademécum 2016).

Ketoprofeno 100 mg

1. Nombre genérico: ketoprofeno
2. Nombre comercial: Profenic
3. Clasificación: ATC.: sistema musculo esquelético Grupo terapéutico – antiinflamatorio y antirreumáticos.
4. Indicación: en todas las especies: afecciones musculo esquelético.

5. Mecanismo de acción: Inhibe COX y COX 2 reduciendo la síntesis de P6 y TX y la Reducción
6. Reacción Adversa/efectos adversos: Dispepsia, náuseas dolor abdominal, vomito.
7. Dosis: vía de administrar la dosis EM es de 100mg. c/.8 horas y .100mg. c/8 horas diluido lento
8. Cuidados de enfermería: administra EV debe ser diluido en solución isotónica se debe administrar con prudencia en pacientes con problemas gastrointestinales. Lo más importante es aplicar lo correcto. (Vademécum 2016).

Tramadol

1. Nombre genérico: Tramadol
2. Nombre comercial: Tramadol
3. Clasificación: ATC.: Grupo anatómico: N – sistema nervioso grupo terapéutico, analgésico SG. Químico terapéutico
4. Indicación: está indicado tanto para neuropático como la ciática para el dolor mixto como el dolor lumbar crónico.
5. Mecanismo de acción: inhibe la re captación de la norepinefrina y de la serotonina en el sistema nervioso de esta manera impide la trasmisión del dolor a través de la medula.
6. Reacción Adversa/efectos adversos: mareos, cefaleas, confusión, somnolienta, náuseas vómitos estreñimiento sequedad bucal, sudoración, fatiga
7. 7. Dosis: administra EV. c/12 h s/c. 100mg EV, c/8 h. diluido.
8. Cuidados de enfermería: evaluar frecuencia respiratoria y cardiaca y después de administrar el medicamento y evaluar las funciones intestinales ya que provoca estreñimiento (vademécum 2016).

Apéndice D**Anexo**

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO**Propósito y procedimientos**

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de Laparotomía Exploratoria: Colostomía por fistula recto vaginal, en el servicio de recuperación central de un Hospital Público de Lima Metropolitana 2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el “Proceso de Atención de Enfermería a paciente: post operado de Laparotomía Exploratoria : Colostomía por fistula recto vaginal, en el servicio de recuperación central de un Hospital Público de Lima Metropolitana 2018” Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Estela C. Claros Zambrano bajo la asesoría de la MG Juana Matilde Cuba Sancho. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

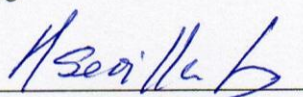
No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del paciente: Mirtha Sevilla Leonqui.

DNI: 07853444 Fecha: 26-01-18


Firma del paciente

Apéndice E.

Otros

1. Balance Hídrico.

INGRESOS: Cl Na 0.90% 1500 cc.	EGRESOS: Perdidas Insensibles m
Dextroza 5% 400 cc	a) Sala Op. (peso x 5 x ha Operación) : 600
Sangre / Plasma	b) Recuperación (peso x 0.5 x ha restantes) : 270
Manitol	Diuresis 1200
Electrolitos 40cc	Drenajes D.L 350
Medicinas 300 (tx,ev	S.N.G :
Agua Endógena 113	Colostomía : 850
Otros	Sangre :
Coloides 300	Temperatura (>1°C = 150ML) :
	Hiperventilación (>20 cada 5 = 100ml) :
	Saturación (De 500 a 2000ml) :
Total 2653	Total :3270

POSITIVO: _____

NEGATIVO: __ 617 __

ALTA DEFINITIVA:

ALDRETE: 08

GLASGOW: 12

Fechas: 26/01/2018

HORA: 6:30 PM

TRANSFERIRLO A: I-3-C=27

OBSERVACIONES: Para a su piso y continuar indicaciones y continuar hidratando, de su cirujano.

Dra. CHUACHOS

Medico Anestesiólogo
Firma y Sello

Lic. Estela Claros Z

Enfermera(o)
Firma y Sello



Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

GRAFICA DE CONTROLES VITALES

FECHA DE INGRESO:
Hora DE INGRESO:

FECHA Mes Día	DIAS HOSP.		
30	41	26	18
25	40		
20	39		
15	38		
10	37		
5	36		
	35		
PRESION VENOSA cm. H ₂ O			
TEMPERATURA			
250	150		
500	200		
1000	150		
500	100		
2000	50		
2500	0		
PRESION ARTERIAL mm Hg			
Sangre: TRANSFUSIONES - cc.			
70	160		
60	140		
50	120		
40	100		
30	80		
20	60		
10	40		
0	20		
RESPIRACION			
Frecuencia del Pulso			
Frecuencia del corazón			
PESO Corporal			
HECES			
ORINA		1200	
YOMITO			
ESPUTO cc.			
Succión - Drenaje			
Ingestión: Oral ó E.V.			
Altura Uterina			
Loquios			
Apellidos Paterno		Apellido Materno	
SEGUILLANO		LEONANI	
Nombres		Cama	
MERTHA		4	
Servicio		H.C. Nro:	
RECUPERACION-CENTRAL		218596	