

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de laparotomía exploratoria post trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de

Lima, 2018

Por

Violeta Palmira Velasquez Heredia

Asesora

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: *“Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de laparotomía exploratoria post trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: VELASQUEZ HEREDIA VIOLETA PALMIRA, 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 a paciente posoperado de laparotomía exploratoria
post trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un
hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR


Mg. María Magdalena Díaz Orihuela

Presidente


Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Secretario


Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A Dios, por estar conmigo en todo momento.

A mi familia, por brindarme su apoyo.

A mis profesores, por su enseñanza, así como a mis nuevas amistades de la Especialidad de Cuidados quirúrgicos con mención en Recuperación Posanetésica.

Agradecimiento

A Dios, por permitirme culminar y lograr una meta más, a mi familia y a un ser muy especial quien estaría muy orgulloso de mis triunfos.

Índice

Resumen.....	xixii
Capítulo I	13
Proceso de Atención de Enfermería.....	13
Valoración	13
Datos generales	13
Resumen de motivo de ingreso.....	13
Situación problemática	14
Funciones vitales	14
Funciones biológicas	14
Medidas antropométricas.....	15
Exámenes auxiliares	15
Tratamiento médico.....	15
Valoración según patrones funcionales de salud	16
Hallazgos significativos por patrones funcionales	18
Diagnósticos de Enfermería	20
Análisis de las etiquetas diagnósticas	20
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración	21
Etiqueta diagnóstica: Hipertermia	21
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado	22
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caída	22
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	23
Planificación	24

Priorización de los Diagnósticos de Enfermería.....	24
Planes de cuidados.....	25
Ejecución.....	31
Evaluación.....	34
Capítulo II.....	35
Marco Teórico.....	35
Antecedentes.....	35
Marco conceptual.....	40
Abdomen agudo quirúrgico.....	40
Modelo teórico de autocuidado de Dorothea Orem.....	41
Capítulo III.....	444
Materiales y métodos.....	444
Tipo y diseño.....	444
Sujeto de estudio.....	444
Delimitación geográfica temporal.....	444
Técnica de recolección de datos.....	455
Consideraciones éticas.....	455
Capítulo IV.....	466
Resultados, Análisis y discusión.....	466
Resultados.....	466
Análisis de los diagnósticos.....	477
Discusión.....	52
Capítulo V.....	555

Conclusiones y recomendaciones	555
Conclusiones.....	555
Recomendaciones	577
Referencias.....	588
Apéndices.....	61
Apéndice A. Instrumento Guía de valoración	622
Apéndice B. Consentimiento informado	634
Apéndice C. Kárdex	655
Apéndice D. Fichas farmacológicas	666
Apéndice F. Escalas de evaluación	767
Apéndice G. Otros	798

Índice de Tablas

Tabla 1. Exámenes de laboratorio.....	15
Tabla 2. Plan de cuidados diagnóstico Déficit de volumen de líquidos.	25
Tabla 3. Plan de cuidados diagnóstico: Riesgo de aspiración.....	27
Tabla 4. Plan de cuidados diagnóstico Hipertermia.....	28
Tabla 5. Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de sangrado.....	29
Tabla 6. Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de caídas.	30
Tabla 7. SOAPIE Déficit de volumen de líquidos.	31
Tabla 8. SOAPIE Riesgo de aspiración.	31
Tabla 9. SOAPIE Hipertermia.	32
Tabla 10. SOAPIE Riesgo de sangrado.	32
Tabla 11. SOAPIE Riesgo de caídas.....	33
Tabla 12. Evaluación de diagnósticos.....	34
Tabla 13. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.	46

Símbolos usados

BHE	Balance hídrico estricto
Cm	Centímetro
D/C	Descartar
IMC	Índice de masa corporal
IV	Intravenosa
Mg/dl	Miligramos por decilitros
MSI	Miembro superior izquierdo
NPO	Nada por vía oral
PAE	Proceso de atención de enfermería
SF	Sonda Foley
SNG	Sonda nasogástrica
TET	Tubo endotraqueal
T°	Temperatura
URPA	Unidad de recuperación post anestésica

Resumen

El presente trabajo académico, Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de laparotomía exploratoria post trauma abdominal cerrado, en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018 tuvo como objetivo contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. En cuanto a la metodología, es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del Plan de cuidados funcional. Respecto a los resultados obtenidos, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el Balance hídrico estricto negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa, riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal, Hipertermia, relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia, riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente, riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica. Conclusión: Se concluye que los cinco objetivos de los diagnósticos priorizados fueron alcanzados.

Palabras Clave: Laparotomía exploratoria, cuidados de enfermería, abdomen agudo

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

- Nombre: E.Q.S.
- Sexo: masculino
- Edad: 38 años
- Lugar de Procedencia: Lima
- Servicio: Unidad de Recuperación Post Anestésica
- N° de cama: 01
- Fecha de ingreso al hospital: 20 - 01-2018
- Fecha de ingreso al servicio: 20 - 01-2018
- Días de hospitalización: 1 día
- Fecha de valoración: 20-01-2018
- Hora: 10:00 am
- Diagnóstico médico: Peritonitis generalizada, dos perforaciones intestinales

Resumen de motivo de ingreso

El paciente es trasladado en camilla por los bomberos al servicio de emergencia, tras haber sufrido un accidente automovilístico que provocó un traumatismo cerrado, los cuales reportaron que recibió un golpe en el abdomen, brazo derecho y a la evaluación médica deciden ingresar a Cirugía de Emergencia en Centro Quirúrgico para operar al paciente de una laparotomía exploratoria.

Situación Problemática

El paciente ingresa en camilla a la Unidad de Recuperación Post anestésica, con efectos de sedación, con SNG mas bolsa colectora, con cánula Guedel, con vía periférica permeable en Miembro Superior Izquierdo (MSI), pasando Cloruro de Sodio 0,9%, Metamizol 2gr, Tramal 100 mg, Ranitidina 50 mg I-II, con gasa seca en herida operatoria, Dren pen rose más apósito, con Sonda Foley más bolsa colectora, orina cargada y en poca cantidad, vendaje elástico en ambos miembros inferiores; le realizaron una laparotomía exploratoria más resección intestinal, anastomosis termino terminal, lavado y drenaje, siendo su Diagnóstico Posoperatorio Peritonitis generalizada, dos perforaciones intestinales.

Funciones vitales

- Presión Arterial: 110/70 mmHg
- Presión Media: 83 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 24 x'
- Frecuencia cardiaca: 110 x'
- Temperatura: 38.6°C

Funciones biológicas

- Apetito: No valorable por sedo analgesia
- Sed: No valorable por sedo analgesia
- Sueño: No valorable por sedo analgesia
- Deposición: Ausente hace tres días
- Diuresis: 100ml
- BHE: -150 (En quirófano)

Medidas antropométricas

- Peso: 80 kg aprox.
- Talla: 1.80 cm
- IMC: 24.64

Interpretación: resultado nos indica que está dentro del valor normal.

Exámenes auxiliares

Tabla 1. Exámenes de laboratorio.

Hematología	Bioquímica	Valores Normales
Hemoglobina 14 gr/dl	Glucosa 120 mg/dl	70-105
Hematocrito 42 %	Urea 60mg/dl	15-40
Hematíes/mm ³	Creatinina 1.3mg/dl	0,5-1.2
Leucocitos...../mm ³		
Otros	Inmunología	
Grupo Sanguíneo “ O”	HIV prueba rápida: Negativo	
Factor Rh “ +”		
Coagulación 8		5-15
Sangría 2		1-4
T.Protrombina13.5 Segundo		12-15

Según los resultados de laboratorio se puede observar que tiene una Hemoglobina de 14g/dl, con un ligero incremento de la glucosa, no hay antecedentes de diabetes, mientras que la Urea y la Creatinina están por encima de los valores normales, indicando una deshidratación, en tanto la coagulación, sangría y Tiempo de Protrombina están dentro de los valores normales.

Tratamiento médico

- NPO+ SNG a gravedad
- Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml I-II
- Dextrosa 5% x 1000 ml I-II-III
- Hipersodio 20% 1 amp.

- Kalium 1 amp.
- Omeprazol 40 g c/24 horas
- Metamizol 1 gr c/ 8 horas
- Ceftriaxona 2gr c/24 horas
- BHE

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón percepción- control de la salud.

Paciente posoperado inmediato de una laparotomía exploratoria, post trauma abdominal por accidente de tránsito, con peritonitis generalizada, con dos perforaciones intestinales, en aparente mal estado general, y en regular estado de higiene, con equimosis en el brazo derecho.

Patrón relaciones – rol.

El paciente, de ocupación albañil, vive con su familia, esposa y dos niños menores, llevan una buena relación en el hogar, recibe visita de sus familiares por espacio de unos minutos.

Patrón valores y creencias.

Católico

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Familiares preocupados por el estado de salud de paciente.

Patrón descanso- sueño.

No valorable por sedo analgesia

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente somnoliento por efectos de la anestesia, con escala de RAMSAY 3, solo responde órdenes, ALDERETE 7, Pupilas isocoras, hipo reactivas de OD: 2 mm OI: 2 mm, actividad motora

moviliza brazos y piernas de forma espontánea, respiración limitada, circulación presión arterial dentro de los parámetros normales.

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente en posición semifowler, con tubo de Guedel, saturación de oxígeno 100%, recibiendo oxígeno 6 litros por minuto por máscara con bolsa de reservorio, FR 24x minuto, secreciones bucofaríngeas en escasa cantidad, blanquecinas y fluidas, tórax normal, roncus en ambos campos pulmonares y respiración superficial.

Actividad circulatoria.

Paciente con presión arterial PA110/70 mmhg, frecuencia cardiaca FC110 por minuto, irregular, catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo (20/01/18) y equimosis en brazo derecho.

Capacidad de autocuidado.

Paciente con bata limpia, buena higiene corporal, fuerza muscular disminuida, grado de dependencia III y posoperado de dos horas.

Patrón nutricional metabólico.

Paciente con piel y mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, en NPO, con dentadura completa con piezas dentarias con caries y sonda nasogástrica a gravedad (SNG) conectada a una bolsa colectora, que presenta escaso residuo gástrico bilioso, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria en mesogastrio de 10 cm de tamaño, con apósitos secos y limpios, dren pen rose en ambos flancos derecho e izquierdo, con secreciones serosanguinolentas en regular cantidad, abdomen distendido, pesando 80 Kg, talla: 1.80 cm, Hb: 14 mg/dl, Hematocrito: 42%

,T° de 38.6°C. IMC: 24.64 Conclusión: peso normal (IMC entre 18,50 y 24,99 kg/m².) con balance hídrico estricto -150.

Patrón eliminación.

Paciente con sonda Foley conectada a bolsa colectora, orina 100 ml en 12 horas, color ámbar, deposiciones ausentes y no elimina flatos.

Patrón sexualidad reproducción.

Paciente de sexo masculino, casado y tiene dos hijos.

Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Paciente al despertar de la anestesia, pregunta si ya lo operaron ¿Y si todo salió bien?

Hallazgos significativos por patrones funcionales

Patrón percepción- control de la salud.

Paciente posoperado inmediato de una laparotomía exploratoria, (20/01/18) post trauma abdominal por accidente de tránsito, con peritonitis generalizada, con dos perforaciones intestinales, en aparente mal estado general, regular estado de higiene y con equimosis en el brazo derecho.

Patrón relaciones – rol.

El paciente, de ocupación albañil, vive con su familia. Según la esposa, llevan una buena relación en el hogar junto a sus dos menores hijos, recibe visita de sus familiares por espacio de unos minutos.

Patrón valores y creencias.

Según la historia clínica, el paciente profesa la religión católica.

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Familiares refieren preocupación por el estado de salud de paciente.

Patrón descanso- sueño.

Paciente con sedo analgesia.

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente con escala de RAMSAY 3 solo responde órdenes, test de Alderete 7 respiración limitada y piel pálida.

Patrón actividad ejercicio.***Actividad respiratoria.***

Paciente en posición semifowler, tubo de Guedel, FR 24 x minuto, saturando al 100%, roncales en ambos campos pulmonares, secreciones bucofaríngeas blanquecinas fluidas en escasa cantidad y respiración superficial.

Actividad circulatoria.

Paciente con frecuencia cardiaca FC: 110 por minuto, catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo (20/01/2018), y equimosis en brazo derecho.

Capacidad de autocuidado.

Paciente grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida y conservada y en aparente regular estado general.

Patrón nutricional metabólico.

Paciente con piel y mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, en NPO, con sonda nasogástrica a gravedad (SNG) conectada a una bolsa colectora, escaso residuo gástrico bilioso, ruidos hidroaéreos disminuidos, dren pen rose en ambos flancos derecho e izquierdo, con secreciones sero sanguinolentas en regular cantidad, abdomen distendido, T° de 38.6°C, piel rubicunda y con balance hídrico estricto -150.

Patrón eliminación.

Paciente con sonda Foley conectada a bolsa colectora, orina 100ml en 12 horas, color ámbar, deposiciones ausentes y no elimina flatos.

Patrón sexualidad reproducción.

Casado, 2 hijos.

Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Paciente al despertar de la anestesia, pregunta si ya lo operaron y si todo salió bien

Diagnósticos de Enfermería**Análisis de las etiquetas diagnósticas**

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos

Código: 00027

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

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

Factor relacionado: pérdida activa del volumen de líquidos.

Características definitorias: BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración

Código: 00039

Dominio: 11 Seguridad Protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 381

Definición: Vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeos, solidos o líquidos, que puede comprometer la salud (NANDA Internacional, 2015).

Factor de riesgo: Disminución del nivel de conciencia

Enunciado de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia

Código: 00007

Dominio: 11 Seguridad Protección

Clase: 6 Termorregulación

Página: 426

Definición: Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación (NANDA Internacional, 2015).

Factor relacionado: Proceso de enfermedad

Características definatorias: Taquicardia, y piel caliente al tacto.

Enunciado de enfermería: Hipertermia, relacionado a deshidratación y proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado

Código: 00206

Dominio: 11 Seguridad Protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 401

Definición: Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud (NANDA Internacional, 2015).

Factor de riesgo: Traumatismo

Enunciado de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caída

Código: 00155

Dominio: 11 Seguridad Protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 382

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud (NANDA Internacional, 2015).

Factor de riesgo: Periodo de recuperación posanestésica

Enunciado de enfermería: Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular (herida quirúrgica).

Déficit de volumen de líquidos, relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente.

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con traumatismo secundario a accidente automovilístico.

Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal.

Riesgo de infección relacionado con herida operatoria y procedimientos invasivos: SNG, SF, Drenes. Vía ev.

Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Hipertermia, relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal.

Hipertermia, relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.

Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente.

Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con traumatismo secundario a accidente automovilístico.

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular (herida quirúrgica).

Riesgo de infección relacionado con herida operatoria y procedimientos invasivos: sonda nasogástrica (SNG), sonda Foley (SF), drenes y vía endovenosa.

Planes de cuidados

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el balance hídrico estricto negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

Tabla 2. Plan de cuidados diagnóstico Déficit de volumen de líquidos.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i> Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno</p> <p><i>Resultados esperados</i> Paciente presentará positivo.</p> <p>Paciente presentará mucosas orales hidratadas.</p> <p>Paciente presentará turgente.</p>	<p>1. Controlar las funciones vitales</p> <p>2. Aplicar el test de Alderete al paciente</p> <p>3. Evaluar el efecto del antipirético administrado en SOP</p> <p>4. Administrar dextrosa 5 % más 1 ampolla de Hipersodio 20% a 45 gotas x minuto, volumen total 270 ml</p> <p>5. Monitorizar el ingreso y egreso de líquidos cada hora, control de flujo urinario y características de la orina.</p>	<p>1. Las funciones vitales evalúan en forma global el funcionamiento del organismo, permitiendo detectar oportunamente los signos de alarma, los cuales van a reflejar cambios que se producen en el paciente (Berman, Snyder, Kozier y Erb, 2008).</p> <p>2. El test de Alderete es un test de recuperación posanestésica, permite evaluar acontecimientos que pueden presentarse al despertar del paciente sometido a anestesia, así como los movimientos que realiza el paciente.</p> <p>3. Los antipiréticos actúan de la siguiente manera: Estas disminuyen el metabolismo general, narcotizan el sistema nervioso central, actúan sobre el sistema termorregulador o también provocan una vasodilatación periférica general (Potter y Perry, 2002). $V = \text{Gotas} \times 3 \times \text{Tiempo}$ $V = 45 \times 3 \times 2 = 270$</p> <p>4. La dextrosa 5% es una solución isotónica que sirve de fuerza nutritiva, es de fácil asimilación para el organismo, mientras que el Hipersodio es una solución concentrada para tratar la carencia de sodio y cloruro</p> <p>El control del estado del volumen depende de la regulación del balance del sodio</p> <p>La hidratación es importante porque permite un buen funcionamiento de todas las células (Berman et al., 2008).</p> <p>5. Es importante la medición de todos los líquidos que ingresan al organismo, así como las pérdidas de líquidos, durante su estancia hospitalaria (Berman et al., 2008).</p>

Paciente presentará temperatura entre T°36.5 a 37.5	BHE=horario= ml/kg/hora)	(0,5	El registro preciso de la entrada, así como la salida de líquidos, es de gran utilidad para poder realizar la valoración de la función renal, el circulatorio, se debe valorar la pérdida insensible ocasionada por diaforesis. La cantidad de diuresis está en función al ingreso de líquido y peso del paciente y en este caso la diuresis horaria no puede ser menos de 80 cc (Potter y Perry, 2002).
Paciente presentará flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.	6. Evaluar signos síntomas deshidratación	y de	6. El equilibrio hídrico mantiene la función renal, cardiovascular (Berman et al., 2008). Un buen ingreso de soluciones permite la recuperación del volumen cardiovascular, teniendo una buena hidratación mejora la turgencia de la piel, las mucosas se hidratan (Berman et al., 2008).

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal.

Tabla 3. Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de aspiración.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i></p> <p>Paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el posoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación posanestésica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar al paciente con la cabeza lateralizada 2. Colocar al paciente en posición semifowler de 30 a 45 grados 3. Colocar oxígeno por mascarilla de reservorio a 6 litros por minuto. 4. Tomar precauciones para evitar la aspiración 5. Mantener el equipo de aspiración disponible 6. Evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Ramsay. 7. Verificar la posición de la sonda nasogástrica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El giro de la cabeza a un lado es para mejorar el pasaje del oxígeno y que la lengua no obstruya el pasaje y que no haya inconveniente con las secreciones (Potter y Perry, 2002). 2. Esta posición permite una respiración mejorada debido a la expansión del tórax y la oxigenación (Carpenito, 2013). 3. El objetivo del uso de la mascarilla para oxígeno, es incrementar la oxigenación del paciente (Paredes et al., 2009). La máscara de reservorio brinda una mayor concentración de O₂ que puede ir desde 6 a 10 litros y el FiO₂ oscila entre 50-100% (Pérez & Picarzo, n.d.). 4. Otra forma de valorar la administración de oxígeno es mediante el pulsoxímetro, ya que esta nos permite un control continuo y podemos evidenciar la saturación y la respuesta del paciente (Arraiza, 2015). 5. La valoración del paciente ayuda a prevenir riesgos; por tanto, la limpieza de las vías respiratorias mejora la respiración y evita que el paciente pueda aspirarse, mantiene además una vía permeable para una buena oxigenación (Reyes, 2015). Para la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior (Potter y Perry, 2002). 6. La escala de Ramsay es utilizada para evaluar el grado de sedación en pacientes, con el fin de evitar la insuficiencia de la sedación o su exceso. Establecer diferentes niveles de sedación es muy importante. Una sedación insuficiente puede provocar dolores intensos en el paciente. 7. Una adecuada colocación de la sonda nasogástrica no permitirá la introducción cualquier líquido en el aparato respiratorio.

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia

Tabla 4. Plan de cuidados diagnóstico Hipertermia.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i> Paciente presentará temperatura corporal dentro de los valores normales</p>	<p>1. Controlar y registrar la temperatura</p> <p>2. Controlar las funciones vitales.</p> <p>3. Administrar Metamizol 1gr c/8h ev</p>	<p>1. El alza de temperatura, piel caliente, taquicardia, piel enrojecida, nos indican que se ha desestabilizado la temperatura del paciente; por tanto, el paciente está en riesgo de una temperatura corporal alterada, debiendo actuar inmediatamente para controlar así como realizar el registro respectivo (Potter y Perry, 2002).</p> <p>2. Esta se realiza para valorar al paciente, a la alteración de cualquiera de estas funciones vitales, es necesario la intervención de un médico o una enfermera para actuar en forma inmediata (Potter y Perry, 2002).</p> <p>3. La administración es por vía I.V., la cual ingresa por una vena, siendo la absorción más efectiva de aspectos rápidos (Potter & Perry, 2002). Así mismo, la enfermera se apoya en todos los conocimientos adquiridos para administrar un medicamento, aplicando el conocimiento científico, ya que es conocedora de cómo la administración de este medicamento modificará la fisiología del paciente, a fin de obtener el efecto deseado (Potter y Perry, 2002). El Metamizol tiene un efecto antipirético cuyo mecanismo de acción es por medio de la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas, reduciendo con esto la inflamación, la fiebre y el dolor (<i>Vademécum</i>, 2011).</p>
<p><i>Resultados esperados</i> Paciente presentará piel normal</p> <p>Paciente presentará piel tibia.</p>	<p>4. Aplicar medios físicos para incrementar la pérdida de calor a través de la conducción.</p> <p>5. Retirar exceso de mantas</p>	<p>4. La aplicación de medios físicos ayuda a favorecer la reducción de la fiebre por vasodilatación (Doenges, Moorhouse, Murr, Nuñez y Romano, 2008). Esta pérdida se realiza por medio de la conducción. Aplicar paños tibios en la frente, parte posterior del cuello y el contacto del agua tibia con el cuerpo consigue que el cuerpo pierda el exceso de calor.</p> <p>5. El exceso de cobertores incrementará calor en el paciente, llevándole a una pérdida insensible de líquidos, debiendo de mantenerse con ropa ligera para evitar la pérdida de líquidos (Berman et al., 2008).</p>

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente

Tabla 5. Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de sangrado.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente disminuirá riesgo de sangrado durante su estancia en la unidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar las funciones vitales: frecuencia cardiaca y presión arterial 2. Mantener dos vías periférica endovenosas y permeables 3. Controlar la movilidad para evitar sangrado en la herida operatoria del paciente. 4. Inspeccionar y realizar cuidados del sitio de la incisión quirúrgica 5. Aplicar vendaje compresivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El control de las funciones vitales, es una actividad de enfermería, esta se realiza para valorar al paciente, a la alteración de cualquiera de estas funciones vitales; es necesaria la intervención de un médico o una enfermera para actuar en forma inmediata (Potter y Perry, 2002). 2. La pérdida de volumen sanguíneo produce trastornos en los líquidos, por defecto por ello es necesario mantener un acceso directo al sistema vascular, con la finalidad de contar con una buena perfusión de líquidos (Potter y Perry, 2002). 3. El paciente va a presentar una limitación física, por lo que será necesario brindar la información sobre sus actividades de autocuidado (Doenges et al., 2008). Se debe evitar los movimientos bruscos para mantener la continuidad de las suturas. 4. La inspección permite detectar algún signo de sangrado (Doenges et al., 2008). 5. El vendaje protege la herida, así como de una contaminación. Las inmovilizaciones de la incisión abdominal favorecen la presión sobre la herida ya que, de esta forma, se minimiza el riesgo de sangrado y dehiscencia (Doenges et al., 2008).

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Tabla 6. *Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de caídas.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente presentará disminución de riesgo de caídas en la URPA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar dispositivos de protección, como son las barandas. 2. Identificar los riesgos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los equipos de protección son elementos necesarios para proteger a la persona (Berman et al., 2008). 2. La identificación de los riesgos permitirá estar atentos a cualquier eventualidad que pudiera suceder (Potter y Perry, 2002).

Ejecución

Tabla 7. SOAPIE Déficit de volumen de líquidos.

Fecha/hora	Intervenciones	
10:00 am 20-01-18	S	No aplica por sedo analgesia de paciente
	O	BHE negativo (-150, mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.
	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.
	P	Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno, BHE positivo, mucosas orales hidratadas, piel turgente To36.5 a 37.5, flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar funciones vitales cada 5 minutos durante los primeros 20 minutos de acuerdo a la evolución del paciente y luego cada 15 minutos. • Administrar dextrosa 5 % más 1 ampolla de Hipersodio 20% a 45 gotas x minuto, volumen total 270 ml • Monitorizar BHE cada hora • Evaluar signos y síntomas de deshidratación
	E	Objetivo Alcanzado (OA), paciente con mucosas orales hidratadas, BH positivo, piel turgente, temperatura entre To36.5 a 37.5°C, flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.

Tabla 8. SOAPIE Riesgo de aspiración.

Fecha/hora	Intervenciones	
10:00 am 20-01-18	S	No aplica por sedo analgesia de paciente
	O	Con SNG mas bolsa colectora ,cánula Guedel
	A	Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal
	P	Paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el posoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Posanestésica.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente con la cabeza lateralizada • Colocar al paciente en posición semifowler de 30 a 45 grados • Colocar oxígeno por mascarilla de reservorio a 6 litros por minuto • Tomar precauciones para evitar la aspiración • Mantener el equipo de aspiración disponible • Evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Ramsay • Verificar la posición de la sonda nasogástrica
	E	Objetivo Alcanzado (OA): Paciente en posición semifowler, con la cabeza lateralizada, sin riesgo de aspiración, se recuperará progresivamente de la anestesia y expulsa tubo de mayo.

Tabla 9. SOAPIE Hipertermia.

Fecha/hora	Intervenciones	
10:00 am 20-01-18	S	No aplica por sedo analgesia de paciente
	O	T° 38.6°C, mucosas orales secas. Hipertermia relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.
	A	
	P	Paciente presentará temperatura corporal 36.5 a 37.5 dentro de los valores normales, piel normal, frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar la temperatura. • Controlar las funciones vitales. • Administrar Metamizol 1gr c/8h ev. • Aplicar medios físicos para incrementar la pérdida de calor a través de la conducción. • Retirar exceso de mantas
	E	Objetivo Alcanzado (OA):Paciente con piel fría al tacto, con coloración normal y tranquila, frecuencia cardiaca dentro de los parámetros establecidos, T° 36.5 a 37.5° C.

Tabla 10. SOAPIE Riesgo de sangrado.

Fecha/hora	Intervenciones	
10.00am 20-01-18	S	No aplica por sedo analgesia de paciente
	O	Peritonitis generalizada, 2 perforaciones intestinales con dren penrose.
	A	Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente
	P	Paciente disminuirá riesgo de sangrado durante su estancia en la unidad.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar las funciones vitales: frecuencia Cardiaca y presión arterial • Mantener dos vías periférica endovenosas y permeables • Mantener dos vías permeables • Controlar la movilidad del paciente • Inspeccionar y realizar cuidados del sitio de la incisión quirúrgica • Aplicar vendaje compresivo
	E	Objetivo Alcanzado (OA) Paciente con vendaje en región abdominal, con gasas secas en herida operatoria.

Tabla 11. *SOAPIE Riesgo de caídas.*

Fecha/hora	Intervenciones	
10.00am	S	No aplica por sedo analgesia de paciente.
20-01-18	O	Medicación anestésica.
	A	Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.
	P	Paciente presentará disminución de riesgo de caídas en la URPA.
	I	Utilizar dispositivos de protección, como son las barandas. Identificar los riesgos.
	E	Objetivo Alcanzado (OA): Paciente con protección de barandillas mientras dure el efecto de recuperación post anestesia.

Evaluación

Tabla 12. *Evaluación de diagnósticos.*

Objetivos	Evaluación
Déficit de volumen de líquidos	
<p>General Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno</p> <p>RE BHE positivo. Mucosas orales hidratadas. Piel turgente. Temperatura entre T°36.5 a 37.5 Flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.</p>	<p>OA Paciente BH positivo, con mucosas orales hidratadas piel turgente, temperatura entre To36.5 a 37.°C, flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.</p>
Riesgo de aspiración	
<p>General Paciente disminuirá riesgo de aspiración durante el posoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Posanestésica.</p>	<p>OA: Paciente en posición semifowler, con la cabeza lateralizada, sin riesgo de aspiración, se recuperará progresivamente de la anestesia y expulsa tubo de mayo.</p>
Hipertermia	
<p>General Paciente presentará temperatura corporal dentro de los valores normales</p> <p>RE Piel normal Frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.</p>	<p>OA: Paciente con piel fría al tacto, con coloración normal y tranquila, frecuencia cardiaca dentro de los parámetros establecidos.</p>
Riesgo de sangrado	
<p>General Paciente disminuirá riesgo de sangrado durante su estancia en la unidad.</p>	<p>OA: Paciente con vendaje compresivo en región abdominal, gasas secas en herida operatoria y FC 88 x minuto.</p>
Riesgo de caídas	
<p>General Paciente presentará disminución de riesgo de caídas en la URPA.</p>	<p>OA: Paciente con protección de barandillas y correas de sujeción, mientras dure el efecto de recuperación post anestesia.</p>

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

A Nivel local

Obregon (2017) realizó el estudio titulado “Cuidados de enfermería en paciente posoperado inmediato de Colectectomía en el Hospital Sergio E. Bernales” cuyo objetivo es contribuir a que las enfermeras especialistas, según el caso quirúrgico, utilicen el Proceso del Cuidado de Enfermería, como base científica en su labor diaria, proporcionando cuidados integrales y humanizado con calidad y calidez, apoyándose en la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson. La Metodología fue la aplicación del Plan de Atención del Cuidado de enfermería. Concluye que la Enfermera debe de estar preparada para toda complicación tanto en el pre, intra y el posoperatorio, así como tener habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos, teniendo en cuenta los principios éticos y, sobre todo, conocer el manejo del Proceso de Atención de Enfermería.

Aniceto (2017) realizó el estudio denominado “Proceso de atención de enfermería en la etapa transoperatoria del paciente sometido quirúrgicamente a colecistectomía convencional en el Servicio de Centro Quirúrgico Central y Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, cuyo objetivo fue analizar la aplicación del proceso de enfermería durante el transoperatorio , etapa en el cual, la enfermera del quirófano será capaz de proporcionar cuidados de enfermería integrales al paciente, manteniendo una actitud científica, responsable y realizando con destreza los procedimientos de enfermería pertinentes en cada etapa del proceso. La Metodología fue la aplicación del Proceso de atención de Enfermería en sus cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como

instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración según Dominios y para la organización de los cuidados, el formato del Plan de cuidados funcional. Resultado: Después de analizar los datos sobre la salud de la paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Ansiedad, relacionado con cambios en el estado de salud y amenaza para su estado emocional; riesgo de sangrado, relacionado con efectos secundarios del tratamiento de la cirugía; riesgo de lesión postural perioperatoria, relacionado con inmovilidad y alteraciones sensitivas perceptuales debido a la anestesia; riesgo de desequilibrio de volumen de líquido, relacionado con cirugía abdominal; riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con tiempo operatorio prolongado; Riesgo de infección, relacionado con procesos invasivos y defensas primarias inadecuadas. Conclusión: Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos.

A nivel nacional

Condori (2013) realizó el estudio a una paciente con cirugía en cesárea por placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, aplicado en un proceso de atención en enfermería, cuyo objetivo fue organizar el proceso de atención de enfermería para facilitar una mejor atención directa individualizada y completa, impulsando la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud sobre la base de los 13 dominios problemas y necesidades del usuario. La Metodología fue la aplicación del proceso de atención de enfermería con sus cinco fases. Como instrumento de recolección de datos, se utilizó la guía de valoración de Virginia Henderson y para la organización de los cuidados el formato de Plan de cuidados funcionales, un estudio no experimental, cualitativo, de tipo descriptivo, analítico y transversal. Los Resultados: Después de analizar los datos sobre la salud de la paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Ansiedad relacionado, con

cambios en el estado de salud; riesgo de sangrado, relacionado con complicaciones relacionadas con el embarazo (placenta previa); dolor agudo, relacionado con agentes lesivos; riesgo de infección, relacionado con defensas primarias inadecuadas: ruptura de la piel; hipotermia, relacionada con exposición a un entorno frío. Conclusiones: Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos.

Ramírez (2018) realizó el estudio “Cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis sin complicaciones del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber”, cuyo objetivo fue aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes posoperados de apendicetomía para así lograr la recuperación del estado de salud al intervenir de manera eficaz e integral en el cuidado del paciente. La metodología fue la aplicación del Proceso de atención de Enfermería en sus cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración según Dominios y para la organización de los cuidados, el formato del Plan de cuidados funcional. Resultados: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor agudo relacionado con herida operatoria; hipertermia, relacionado a proceso infeccioso; deterioro de la integridad cutánea, relacionado con procedimientos que alteran la integridad de la piel; estreñimiento, relacionado con disminución del trabajo peristáltico; riesgo de infección, relacionado con procedimiento quirúrgico; ansiedad, relacionado con cambios en el estado de su salud. Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza muscular Conclusión: Se concluye que de los siete diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos a pesar de que el dolor fue disminuyendo progresivamente.

A Nivel Internacional

Camacho (2008), realizó el estudio de paciente con Diagnóstico de colecistectomía del Hospital de Concentración Satélite: Circuito Novelistas N° 125, Cd. Satélite, Naucalpan, Edomex, cuyo objetivo fue aplicar un Proceso de atención de enfermería a un paciente para identificar las necesidades alteradas de la persona, corregir, mantener y rehabilitar la salud, por medio de la aplicación de procedimientos, conocimientos y el registro sistemático de la evolución de la rehabilitación y contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. La metodología fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Necesidades de Virginia Henderson y para la organización de los cuidados, el formato del Plan de cuidados funcional. Los resultados obtenidos permitieron, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, identificar los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor e incomodidad, relacionado con herida quirúrgica, manifestado por verbalización; deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con herida quirúrgica, manifestado por agitación y verbalización; deterioro de la integridad cutánea, relacionado con drenaje biliar posterior a tratamiento quirúrgico manifestado por interrupción de tejido cutáneo; alto riesgo de infección, relacionado con acumulación de sangre en tejido.

Conclusión. Se concluye que, al momento de efectuar las intervenciones, el paciente fue cooperativo, haciendo caso a las indicaciones de los enfermeros, el paciente egreso por mejoría después de 24 horas de la aparición de ruidos intestinales y fuese iniciada su dieta. No hubo ninguna complicación que impidiera la correcta mejoría del paciente.

Ruiz (2017) realizó el estudio “Caso clínico de un paciente politraumatizado” intervenido de cirugía abdominal, ingresado en la Unidad de Cuidados Quirúrgicos de un Hospital General”, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del cuidado, producir salud y satisfacción. La metodología fue un estudio descriptivo, analítico, apoyándose en las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizó la escala de Glasgow, así como el uso de la Escala Conductual.

Behavioral Pain Scale (BPS) para evaluar el dolor en pacientes sedados. Se aplican cuidados básicos de enfermería y los cuidados los dirigen hacia las alteraciones del intercambio gaseoso, así como la prevención de complicaciones resultante de la ventilación mecánica como es la neumonía, cuidados derivados del traumatismo abdominal, así como del daño hepático. Resultado: Después que se analizó todos los datos del paciente, como dolor abdominal agudo, traumatismo abdominal y aumento de la frecuencia cardiaca, riesgo de la función hepática relacionado con laceración hepática, deterioro de la integridad cutánea r/c traumatismo abdominal y disminución de gasto cardiaco m/p encamamiento, riesgo de infección r/c catéter venoso central, y por los drenajes, T.E.T., sonda vesical y sonda nasogástrica. Conclusiones: Después de haber aplicado el plan de cuidado integral, se analizan los resultados en los cuales se confirma la efectividad, así como la importancia de la enfermera en la práctica de un plan de cuidado integral aplicado a pacientes con traumatismos múltiples y centrándose en el cuidado integral en cada paciente.

Marco conceptual

Abdomen agudo quirúrgico

Definición.

Es un cuadro clínico localizado de abdomen y se caracteriza por dolor. Este va evolucionando y puede complicarse hasta conducir a una hemorragia (Traumatismos, Pancreatitis hemorrágica, ruptura espontánea del bazo, etc.) e Isquemia (Hernia estrangulada, Isquemia Mesentérica, Colitis Isquémica, etc.) además puede darse por obstrucción, infección y perforación. (Avendaño, 2012).

Cuadro clínico.

No solo se caracteriza por dolor, palidez sino también que, dependiendo del tipo de patología, puede presentarse la perforación de un órgano y sangrado. En este sentido, los datos de laboratorio también ayudan y la única forma de conocer es realizando una intervención quirúrgica.

Diagnóstico.

El diagnóstico concuerda con el caso presentado, este es un diagnóstico inicial del paciente cuando llega a Emergencia.

Tratamiento.

Laparotomía exploratoria.

La laparotomía exploratoria, se utiliza para explorar y está indicada para diagnosticar una enfermedad, o puede ser por un traumatismo, por un arma de fuego. (Medlineplus, 2016).

Cuidados de enfermería en el periodo posoperado inmediato.

Los cuidados a tener en cuenta:

- Control de funciones vitales.
- Evaluación continua de los parámetros hemodinámicos.
- Evaluación del estado de conciencia.
- Cuidado con la herida operatoria.

Complicaciones.

Perforación intestinal.

Es un orificio que se da a través de la pared de un órgano, puede presentarse a nivel de esófago, estómago, intestino delgado o grueso, en la vesícula biliar o recta, pudiendo causar complicaciones en el paciente. Esto puede ser causado por varios factores, como una apendicitis, accidente traumático, entre otros.

Peritonitis.

Es la inflamación del peritoneo, cuyo proceso agudo provoca un intenso dolor abdominal. Entre sus síntomas tenemos aumento de la temperatura corporal, vómitos, taquicardia, disminución de la diuresis. Si este problema no es tratado a tiempo las consecuencias pueden ser fatales.

Modelo teórico de autocuidado de Dorothea Orem.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Tomey y Alligood, 2007).

Metaparadigmas.

Así mismo define cuatro Metaparadigmas; Persona, salud, enfermería y entorno, en forma precisa para lograr una mayor comprensión del autocuidado.

La persona, para Dorothea Orem, es un todo que funciona biológica y racionalmente; es un ser pensante que tiene la capacidad para conocerse; es inteligente, capaz para reflexionar sobre sus propias ideas y las que giran alrededor de él a fin de llevar a cabo su autocuidado (Tomey y Alligood, 2007).

La salud es un estado de bienestar que implica tener integridad física, funcional, es decir, ausencia de algún defecto en el cual la salud se vea resquebrajada por alguna enfermedad (Tomey y Alligood, 2007).

Enfermería es brindar asistencia, ayuda sobre sus autocuidados sobre sus dolencias o por cualquier circunstancia de salud que estuvieran pasando para conservar la vida así como la salud (Tomey y Alligood, 2007).

Entorno es lo que gira alrededor de la persona, es decir, los factores físicos, químicos, biológicos y sociales; pueden ser también los comunitarios, familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

Esta teoría nos habla del autocuidado, del déficit del cuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En relación al autocuidado, es una actividad aprendida por las personas, la misma que está orientada hacia un objetivo (Tomey y Alligood, 2007).

La teoría del déficit de autocuidado describe y explica las causas que provocan el déficit, por las cuales el individuo no puede realizar sus actividades por sí solo.

En la teoría de los sistemas de enfermería se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos. Dentro de este sistema se consideran tres aspectos: El sistema totalmente compensado, parcialmente compensado y sistema de enfermería de apoyo-educación.

El paciente sujeto de estudio, quien se encuentra posoperado inmediato y no puede valerse por sí mismo, razón por la cual la teoría de Dorothea Orem se aplica en este caso, estando el

paciente en un grado de dependencia III, que significa que no puede valerse por sí solo y quien se encuentra con un diagnóstico de Paciente posoperado inmediato de una laparotomía exploratoria, post trauma abdominal por accidente de tránsito, con peritonitis generalizada, con dos perforaciones intestinales, en aparente mal estado general, y en mal estado de hidratación, con equimosis en el brazo derecho y requiere del apoyo de la enfermera.

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

Es un estudio de caso de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente, que consta de cinco fases: Valoración, que consiste en la recogida organizada de los datos; diagnóstico, en la que se realiza el análisis de los datos, la identificación de problemas de salud, los riesgos y factores protectores plasmadas en diagnósticos de enfermería; la planificación, en la que se realiza la priorización de los diagnósticos enfermeros y CP, se elabora los objetivos, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar; la ejecución, en esta fase se aplican las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-sico-socio-espiritual y; la evaluación, fase en la que se determina si un paciente mejora, permanece estable o se deteriora (Berman et al., 2008).

Sujeto de estudio

Paciente adulto varón de 38 de edad.

Delimitación geográfica temporal

El estudio se realizó en un hospital de Lima que brinda servicios a la comunidad y cuenta con una Unidad de Recuperación Post Anestésica, la cual tiene una capacidad de 3 camas para 3 pacientes, con 3 Monitores multiparámetros. El equipo de enfermería está constituido por 12 enfermeros capacitados y 10 técnicos de enfermería en turnos rotativos diurnos y nocturnos, 10 anesestesiólogos; se brinda atención completa a los pacientes posoperados inmediatos, tanto programados como de emergencia, dichos pacientes tienen una estancia de 2 horas aproximadamente en la URPA, para luego ser transferidos a los servicios de Cirugía,

Traumatología y Ginecobstetricia previa autorización del anestesiólogo de turno y que se encuentran en óptimas condiciones de recuperación posanestésica.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la observación paciente y como el instrumento la Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon que consta de 11 patrones adaptado por la investigadora, siendo estos los siguientes: Patrón percepción- control de la salud, Patrón relaciones/rol, Patrón valores y creencias, Patrón autopercepción-auto concepto/ tolerancia afrontamiento al estrés, Patrón descanso- sueño, Patrón perceptivo cognitivo, Patrón actividad ejercicio, Patrón nutricional metabólico, Patrón eliminación, Patrón sexualidad reproducción, Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés (Potter y Perry, 2002).

Otros datos fueron recolectados de la Historia Clínica y otros documentos del servicio utilizándose como técnica el análisis documentario.

Para la organización de los cuidados se organizó el formato de Plan de cuidado funcional.

Consideraciones éticas

Para realizar el estudio, se tomó en cuenta la autorización del consentimiento informado (Apéndice B) del paciente, manifestándole que el estudio es de carácter anónimo, así como confidencial, y que los datos que proporcione serán únicamente utilizados para fines del estudio.

Se tomó en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 13. *Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.*

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1			
Paciente BH positivo, con mucosas orales hidratadas piel turgente, temperatura entre To36.5 a 37.° C, flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.	X		
Diagnóstico 2			
Paciente en posición semifowler, con la cabeza lateralizada, sin riesgo de aspiración, se recuperará progresivamente de la anestesia y expulsa tubo de mayo.	X		
Diagnóstico 3			
Paciente con piel fría al tacto, con coloración normal y tranquila, frecuencia cardiaca dentro de los parámetros establecidos.	X		
Diagnóstico 4			
Paciente con vendaje compresivo en región abdominal, gasas secas en herida operatoria y FC 88 x minuto.	x		
Diagnóstico 5			
Paciente con protección de barandillas y correas de sujeción, mientras dure el efecto de recuperación post anestesia.	X		

Análisis de los Diagnósticos

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa.

La Cátedra Internacional de Estudios Avanzados en Hidratación (2016) menciona que el agua es la parte primordial y es muy importante para nuestro organismo, esta transporta nutrientes a las células de nuestro cuerpo y también elimina las sustancias tóxicas, mientras que la deshidratación es la pérdida de agua, perjudicando la salud, estas pérdidas se agravan cuando se pierde sodio y potasio, minerales imprescindibles para el organismo. En caso de pérdida de agua del torrente sanguíneo, el cuerpo lo compensa, de alguna forma, trasladando agua de las células hacia los vasos sanguíneos; de no reponerse líquido, el cuerpo puede sufrir consecuencias. Las consecuencias de una deshidratación se ven reflejadas en la turgencia de la piel, mucosas secas, orina escasa.

Los autores Coyle y Hamilton en el año 1990, Sawka y Pandolf en 1990, Ritz y Beirut en el 2005, refieren que, fisiológicamente, la deshidratación va a ocasionar en el individuo un volumen sanguíneo disminuido, el cual puede causar en el sistema cardiovascular un aumento de la frecuencia cardíaca para mantener el gasto cardíaco, así como también si hay una disminución de volumen también habrá disminución del flujo de la sangre a la piel y puede causar daño al organismo (Álava y Martínez, 2016).

El paciente en estudio, presenta piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, que son signos del déficit de volumen de líquidos, evidenciando la presencia del problema, a esto se une el acto compensatorio del riñón manifestado en una disminución de diuresis con el propósito de mantener el volumen; sin embargo, todas estas manifestaciones son provocadas por la pérdida

de 150 ml de sangre durante el acto quirúrgico, así como la pérdida por evaporación que es irreversible; el agua empleada en el acto de metabolismo entre otros, colocan al paciente frente a un déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, manifestado por piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa.

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal.

Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado corazón, Departamento de Gestión de Cuidados de enfermería en la unidad de recuperación Postanestésica, Lic. Estela Farías, Lic. Ivette Pérez Alvarado, Lic. Ilardo Alfredo manifiestan que los pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas han recibido anestesia, los cuales necesitan cuidados ya que están sujetos a alteraciones fisiológicas; por lo tanto, es importante conocer cuáles son los factores que modifican la recuperación anestésica, dentro de ellos tenemos a los anestésicos empleados, endovenoso o inhalados, así como su estado de conciencia y aún más cuando están con efecto de anestesia, tienen una cánula oro faríngea, o cuando hay secreciones que pueden llevar a complicaciones con el paciente.

La Gerencia del Área de Salud de Plasencia, manifiesta que el objetivo del procedimiento de aspiración es extraer las secreciones del tracto respiratorio cuya finalidad es mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, para que el paciente no se complique, pero teniendo en cuenta siempre los cuidados que se requieran para no causar daño.

El paciente en estudio ha recibido anestesia general, esta con cánula Guedel, bajo efectos de anestesia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, corriendo el riesgo de aspirarse ya que su nivel de conciencia se encuentra disminuido y también porque puede haber secreciones oro

faríngeas, debiendo aplicarse los cuidados de enfermería, tomando en cuenta las consideraciones para realizar el procedimiento de aspiración, como es la oxigenación antes de realizar esta actividad, vigilar el estado de conciencia, por eso es importante que la enfermera tenga el perfil y la capacitación para laborar en la URPA ya que los pacientes sometidos a cirugías generales como regionales están expuestos a riesgo de aspiración, relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia, intubación oral/nasal.

Hipertermia, relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.

La Escuela de Salud Integrativa ESI, manifiesta que la Hipertermia es una temperatura corporal por encima de los valores normales, es decir de 37°C.

El sistema regulador central se encuentra en el hipotálamo, en 2 regiones, siendo una de ellas posterior y la otra anterior, asumiendo la función de la producción, así como también la pérdida de calor, respectivamente. El hipotálamo se encarga de la regulación de la temperatura del cuerpo, el hambre, la sed, así como del estado anímico.

La hipertermia, es una patología que está conceptualizada como un trastorno de la temperatura corporal, la que va a ocasionar el trastorno de la regulación de la temperatura corporal, la cual se caracteriza por el aumento de la temperatura central, la que puede deberse a factores etiológicos o también puede ser por producción de calor.

El paciente en estudio presenta taquicardia y piel caliente al tacto que son signos de la hipertermia, las altas temperatura pueden dañar los tejidos, conllevando a la pérdida de líquidos por sudoración, pudiendo afectar a otros órganos como el riñón; el paciente presenta hipertermia, relacionado a proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia.

Riesgo de sangrado, relacionado a herida quirúrgica reciente.

García (n.d.) manifiesta que la hemorragia puede deberse a procesos traumáticos e inflamatorios, como por ejemplo la rotura de un vaso o por seccionarse este vaso. El sangrado puede presentarse dentro de nuestro organismo o salir al exterior. Cuando el sangrado es considerable se va a producir una pérdida de presión dentro del compartimento vascular perjudicándose los tejidos, el corazón ejerce más fuerza aumentando así la cantidad de sangre, el riñón también disminuye el filtrado glomerular; por lo tanto, también disminuye la pérdida de líquido que es la orina, manteniendo la volemia, mientras el bazo se comprime y envía sangre al sistema circulatorio para poder compensar el sangrado.

Sánchez, Betancourt, Bohórquez y Santa Cruz (2002) miembros de La Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica manifiestan que la hemorragia es la salida de sangre del sistema vascular que puede presentarse en cualquier órgano, y se clasifican en hemorragia externa, cuando se extravasa al exterior a través de una herida o de una intervención quirúrgica y la interna, que es la pérdida de sangre que se acumula dentro de los tejidos, así como de los órganos, y/o en las cavidades del cuerpo.

El paciente en estudio, ha presentado un sangrado de 150 ml en la intervención quirúrgica ocasionado por un traumatismo abdominal, con 2 perforaciones en intestino, los órganos buscan que compensar la pérdida de sangre; sin embargo, también tiene que ser repuesta la pérdida de sangre con otros fluidos, pues el paciente corre el riesgo de desangrado relacionado a herida quirúrgica reciente.

Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Todos los pacientes que se encuentran hospitalizados y con mayor razón los pacientes que han sido intervenidos que todavía se encuentran con sedación están con más riesgo de sufrir caídas,

por lo tanto estas deben de prevenirse utilizando estrategias de seguridad para minimizar las caídas (Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, 2007).

De Mattia, Faria, Santos y De Oliveira (2010) manifiestan que la anestesia general permite al paciente perder la conciencia, lo induce al sueño, para que no sienta el procedimiento, quedándose indefenso para que el especialista y todo su equipo pueda trabajar, por lo que la enfermera debe de realizar su plan de cuidado a fin de que el paciente no sufra ningún accidente en la Unidad de Recuperación Anestésica.

El paciente en estudio, intervenido quirúrgicamente, ha recibido anestesia general, dado que esta conlleva a la inconciencia para que el equipo de salud pueda realizar el procedimiento y, además, proporciona relajación muscular, analgesia y el paciente no siente el más mínimo dolor, pasando a la Unidad de Recuperación para ser monitorizado y evaluado por la enfermera hasta que esté en óptimas condiciones para ser trasladado a su piso.

Discusión

En este caso, el paciente, al recibir anestesia general, es dependiente del personal de salud, dada su condición de indefensión y con un Diagnóstico de déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa. Los autores Coyle y Hamilton en el año 1990, Sawka y Pandolf en 1990, Ritz y Beirut en el 2005, refieren que la deshidratación va a ocasionar en el individuo que el volumen de sangre disminuya, ocasionando en el sistema cardiovascular un aumento de la frecuencia cardiaca para mantener el gasto cardiaco.

El objetivo de este trabajo fue el cuidado holístico al paciente; para ello, se realizó la priorización de los diagnósticos de enfermería así como la valoración de cada uno de ellos y las intervenciones de acuerdo al Plan de Cuidado de enfermería, ya que el sujeto en estudio es un paciente que sufrió un accidente traumático ingresando a la emergencia con un diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, trauma abdominal cerrado y D/C víscera hueca, realizándole una laparotomía exploratoria, la cual es un procedimiento abierto y consiste en la apertura de la cavidad abdominal y una revisión directa de los órganos abdominales, pélvicos y, de acuerdo a los hallazgos, el cirujano y su equipo decidirán el tipo de intervención, siendo en este caso la recesión intestinal más anastomosis termino terminal más lavado con solución salina 9% ya que hubo 2 perforaciones intestinales y se contaminó la cavidad causando con esto una peritonitis, es decir, la inflamación del peritoneo, que casi siempre se produce por la invasión bacteriana ocasionada por la perforación o ruptura de un órgano dentro de la cavidad del abdomen.

La laparotomía exploradora requiso de anestesia, que fue valorada y administrada por el servicio de anestesia. Después de haber realizado este tipo de cirugía compleja, el paciente pasó a

la Unidad de Recuperación Post Anestésica, donde ingresan todos los pacientes programados y de emergencia de todas las especialidades de acuerdo a la patología y que hayan recibido anestesia general, regional, raquídea y sedación, con la finalidad de recibir los cuidados de enfermería personalizada y, sobre todo, que están en un déficit de autocuidado. La enfermera es la profesional que está pendiente de su recuperación, para lo cual prioriza sus diagnósticos de enfermería y las intervenciones son aplicadas de acuerdo a su Plan de cuidados, para luego ser hospitalizados en sus unidades respectivas y, sobre todo, monitoriza su condición de mejora ya que a su ingreso se observó la piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina escasa, riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal, taquicardia, piel caliente al tacto, riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente, así como de caída factor de riesgo efectos de medicación anestésica.

Ante este problema de salud el equipo de cirujanos logró minimizar la emergencia del trauma, pasando luego a la URPA para que la enfermera ponga en marcha su plan de cuidados y brinde la seguridad y tratamiento del caso, sobre todo realizara la valoración respectiva.

En los estudios realizados, se evidenció que todos los pacientes posoperados pasaron a la Unidad de Recuperación Post Anestesia para recibir cuidados de enfermería, ya que se encuentran en proceso de recuperación, bajo los efectos de la anestesia y están sujetos a riesgos. En el estudio realizado por Ruiz (2017) titulado “Caso clínico de un paciente politraumatizado” intervenido de cirugía abdominal, se analizaron los diagnósticos y se le dio una atención integral al paciente aplicando el Plan de cuidados de Enfermería, para lo cual la enfermera de URPA está debidamente capacitada. En mi experiencia, se ha podido observar que la enfermera cumple una labor holística en esta Unidad, con una atención personalizada hacia el paciente, debido a que se encuentra en un estado indefenso, así como su vigilancia continua, con el único propósito de proporcionar una

asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se aplicó el proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico Peritonitis generalizada, 2 perforaciones intestinales, concluyendo que:

En el diagnóstico de enfermería Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos durante el acto operatorio, evidenciado por el BHE negativo (-150), mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, T°38.6, orina concentrada y escasa, siendo su objetivo un estado adecuado de hidratación, luego de la intervenciones de enfermería como el de administrar dextrosa 5 % más 1 ampolla de Hipersodio 20% a 45 gotas x minuto, ingresando un volumen total 270 ml, por el tiempo que dura su estancia en la URPA, así como monitorizar el ingreso - egreso de líquidos cada hora, control de flujo urinario y características de la orina, logrando una mejor turgencia de la piel y mucosas orales hidratadas.

Para el diagnóstico Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia; intubación oral/nasal, teniendo como objetivo la disminución de riesgo de aspiración durante el posoperatorio inmediato, luego de aplicar las intervenciones como colocar al paciente con la cabeza lateralizada, colocar al paciente en posición semifowler de 30 a 45 grados, colocar oxígeno por mascarilla de reservorio a 6 litros por minuto, tomar precauciones para evitar la aspiración, mantener el equipo de aspiración disponible, evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Ramsay y verificar la posición de la sonda naso gástrica logrando que el paciente permanezca en posición semifowler, sin riesgo de aspiración.

Para el diagnóstico enfermero, Hipertermia relacionado a deshidratación y proceso de enfermedad evidenciado por piel rubicunda, caliente al tacto y taquicardia, siendo su objetivo una

temperatura corporal dentro de los valores, luego de las intervenciones de enfermería como son controlar y registrar la temperatura, controlar las funciones vitales, administrar Metamizol 1gr c/8h ev, aplicar medios físicos para incrementar la pérdida de calor a través de la conducción y retirar exceso de mantas, logrando en el paciente una piel fría al tacto, con coloración normal y una temperatura dentro de los valores normales.

En el diagnóstico enfermero Riesgo de sangrado relacionado a herida quirúrgica reciente, teniendo como objetivo la disminución del riesgo de sangrado durante su estancia en la unidad, luego de aplicar las intervenciones como es el controlar las funciones vitales: Frecuencia Cardíaca, presión arterial , mantener dos vías periféricas endovenosas y permeables, controlar la movilidad del paciente, inspeccionar y realizar cuidados del sitio de la incisión quirúrgica y aplicar vendaje compresivo, logrando con esto que el paciente permanezca con las gasas secas en la herida operatoria.

En el diagnóstico Riesgo de caídas factor de riesgo efectos de medicación anestésica, teniendo como objetivo la disminución de riesgo de caídas, luego de aplicar las intervenciones como: Utilizar dispositivos de protección, como son las barandas, e identificar los riesgos, logrando que el paciente esté protegido con barandillas mientras dure el efecto de recuperación post anestesia.

Recomendaciones

Continuar con la validación por expertos y actualización permanente de la Guía de valoración de enfermería, que debe ser exclusiva para la valoración del paciente posoperado inmediato en la URPA.

Aplicar el proceso de atención de enfermería a todos los pacientes posoperados que tengan otros diagnósticos.

Vigilar el nivel de conciencia y aplicación de medidas de precaución para evitar la aspiración y obtener como resultado la recuperación progresiva de la anestesia.

Contar con personal especializado, capacitado e idóneo en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, ya que el paciente requiere de cuidados debido a su proceso de recuperación.

Referencias

- Álava, S., & Martínez, J. (2016). *Rendimiento cognitivo, hidratación y agua mineral natural*. Retrieved from <http://institutoaguaysalud.es/wp-content/uploads/2016/12/V-Informe-Científico-IIAS-Rendimiento-Cognitivo-Hidratación-y-Agua-Mineral-Natural.pdf>
- Aniceto, G. (2017). Proceso de atención de enfermería (PAE) en trans-operatorio de la colecistectomía convencional en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. *Universidad Inca Garcilaso de La Vega*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1424>
- Arraiza, G. (2015). Guía rápida y póster de dispositivos de oxigenoterapia.
- Avendaño, J., Briceño, J., & Diaz, I. (2012). Abdomen Agudo Quirúrgico Infeccioso. Retrieved from <https://es.scribd.com/presentacion/94206234/Abdomen-Agudo-Quirurgico-Infeccioso>
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas*. Madrid: Pearson Educación.
- Camacho, E. Paciente con colecistectomía (2008). Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/8744754/PAE-Colecistectomia>
- Carpenito, L. (2013). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cátedra Internacional de Estudios Avanzados en Hidratación. (2016). Hidratación. Retrieved September 13, 2018, from <http://cieah.ulpgc.es/es/hidratacion-humana/hidratacion>
- Condori, S. (2013). *Proceso de atención en enfermería aplicado a un paciente con cirugía en cesárea por placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro*. Retrieved from <https://www.monografias.com/docs110/proceso-atencion-enfermeria-aplicado/proceso-atencion-enfermeria-aplicado.shtml>
- De Mattia, A., Faria, L., Santos, S., & De Oliveira, T. (2010). *Diagnósticos de enfermería de*

- complicaciones en la sala de recuperación anestésica. Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100002*
- Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A., Nuñez, O., & Romano, J. (2008). *Planes de cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. (2007). Caídas en hospitales. *Best Practice*, 2(2), 1–6. Retrieved from http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998_2_2_CaidasHospital.pdf
- García, A. (n.d.). *Hemorragia*. Retrieved from <http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Cap 4 La hemorragia.pdf>
- Medlineplus Enciclopedia Medica (2016) <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002928.htm>
- NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier España.
- Obregon, M. (2017, November 2). *Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2017. Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2113>
- Paredes, L. M. C., Asensio, O., Cortell, I., Martínez, M. C., Barrio, M. I., Pérez, E., & Pérez, J. (2009). Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. *Anales de Pediatría*, 71(2), 161–174. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.05.012>

Pérez, J., & Picarzo, L. (n.d.). *Oxigenoterapia*.

Potter, P., & Perry, A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Harcourt Brace.

Ramírez, C. (2018). Caso clínico: Cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis sin complicaciones del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber. Retrieved from <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/282/1/Caso%20C3%A9nico%20Cuidados%20De%20Enfermer%20C3%A9nica%20En%20Pacientes%20Post%20Operados%20De%20Apendicitis%20Sin%20Complicaciones%20Del%20Hospital%20>

Reyes, E. (2015). *Fundamentos de Enfermería: ciencia, metodología y tecnología*. Manual Moderno.

Ruiz, S. (2017). Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal: Caso clínico. Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67230>

Sánchez, J., Betancourt, F., Bohórquez, M., & Santa Cruz, D. (2002). Hemorragias, Hemostasia y Cirugía.

Tomey, A., & Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier. Retrieved from <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Vademécum. (2011). Nelara.

Apéndices

DATOS GENERALES N° H.CL.: _____

Nombre del usuario: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____
 Procedencia: Ambulatorio () Hospitalizado () Emergencia () Otro _____ Peso: _____ Estatura: _____
 Dx. PRE Operatorio: _____ Interv. Quirúrgica Realizada: _____
 Dx. Post Operat.: _____
 Médico cirujano: _____ Médico Anestesiólogo: _____ Instrumentista: _____
 Lic. Circulante _____ Lic. de URPA: _____ Tipo de Anestesia: GIH () RAQ () EP () EV () PB () Tiempo Oper: _____
 Sangrado en el intraoperatorio _____ Ingreso de líquidos: _____
 Fecha de valoración: _____ Hb: _____ g/dl Hto: _____ % TCvS: _____ GS: _____ Glucosa: _____ mg/dl Creatinina: _____ mg/d
 FUNCIONES VITALES: PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ Urea: _____ mg/dl

PATRON I. PERCEPCION-

Antecedente de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas: _____
 HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Cardiov. ()
 Otros: _____ Sin problemas importantes _____
 Intervenciones quirúrgicas NO () SI () _____
 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) _____
 ESCALA DE SEDACION RASS:

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

HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE

Piel:
 Coloración: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
 Hidratación: SI () No ()
 Integridad de la piel: Intacta () Lesiones ()
 Especificar: _____
 Rash: NO () SI ()
 Especificar: _____
 Descripción: _____
 Cuidad Bucal:
 Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis ()
 Mucosa oral: Seca () Hidratada () Intacta () Lesiones ()
 Tamaño: _____
 Náuseas () Vómitos () Hematemesis () Pirosis () Cantidad: _____
 SNG: NO () SI () Alimentación () Drenaje: _____
 Abdomen: B/D () Globuloso () Distendido () Timpánico () Doloroso ()
 RMA: Presentes () Disminuidos () Ausentes () Aumentados ()
 Herida operatoria
 Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()
 Cantidad: _____ Drenaje ()
 Especifique: _____
 Características: Seroso () Serohemática () Hemática ()
 Oclusión herida operatoria: Apósito () Gasa () SteriStrip ()
 Venda elástica () otros: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRON III. 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 () Hematúrica () Sedimentosa ()
 Cantidad: _____
 Colostomía: SI () NO ()
 Características: _____
 Comentarios adicionales: _____
 ELIMINACION INTestinal: _____

PATRON IV. DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Superficial Profunda
 Disnea: NO () SI ()
 Polipnea: NO () SI ()
 Otros: _____
 Bronco espasmo: NO () SI ()
 Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos () Ausentes ()
 Crepitantes () Roncantes () Sibilantes ()
 Tos ineficaz: NO () SI ()
 Reflejo de la tos: Presente Disminuido Ausente
 Secreciones: NO () SI ()
 Características: _____
 O2: NO () SI ()
 Modo: _____ Sat.O2: _____
 Traqueotomía () Drenaje torácico: D/I NO () SI () Cánula de Guedel: ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ruidos cardiacos: Rítmicos () Arrítmicos ()
 Pulso: _____ Regular () Irregular ()

Edema: NO () SI () 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

Marcapasos: NO () SI ()

Presencia de líneas invasivas:

Catéter Venoso periférico: _____

Catéter Central: _____

Línea arterial: _____

Catéter epidural: _____

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

VDR () ELISA () HIV () ANTICONCEPTIVOS () Especifique: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente () 3= Totalmente dependiente ()

2= Parcialmente dependiente ()

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()

Contractura () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()

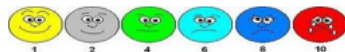
Comentarios adicionales: _____

PATRON V. DESCANSO-SUEÑO

Problemas para dormir: NO () SI () Especifique: _____

PATRON VI. PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor: EVA



Puntaje 0 al 10: _____

CALIFICACION DE BROMAGE

Criterios de Grado de Calificación del Bloqueo

CALIFICACION	CRITERIO	GRADO	HORA	HORA
I	Mov. libre de piernas y pies	NULO (0%)		
II	Apenas capaz flexionar rodillas, libre mov. de pies	PARCIAL (33%)		
III	Incapaz flexionar rodillas, libre mov. de pies	CASI COMPLETO (66%)		
IV	Incapaz mover piernas, pies	COMPLETO (100%)		

ESCALA DE ALDRETE

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

ESCALA DE RAMSAY

NIVELES 1-3: PACIENTE DESPIERTO

1. Ansioso y agitado y/o tranquilo

2. Cooperativo, orientado y tranquilo

3. Solo responde ordenes

NIVELES 4-6: PACIENTE DORMIDO

4. Respuesta viva a estímulos

5. Respuesta lenta a estímulos

6. Ausencia de respuesta a estímulos

• Sedación consciente: 2 - 3 Ramsay

• Sedación profunda : 4 - 6 Ramsay

PATRON VII. AUTO PERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado emocional:

Colabora () No Colabora () Tranquilo () Ansioso () Negativo ()
Triste-lloroso () Reservado () Temeroso () Irritable () Indiferente ()

Preocupaciones principales /comentarios: _____

PATRON VIII. DE RELACIONES-ROL (ASPECTO

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero () Casado/a ()

Conviviente () Divorciado/a () Otro _____

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia () Otros _____

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

Fam. Responsable: _____

Dirección: _____ Fono: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRON IX. SEXUALIDAD/REPRODUCCION

Genitales:

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

Características: _____

Tapón Vaginal: NO () SI ()

Tratamiento médico actual: _____

Firma y Sello de la Enfermera

Apéndice B. Consentimiento informado

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a.....”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. bajo la asesoría de la Dra. Angela Paredes Aguirre. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán solo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá 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 (y la de mi menor hijo) 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. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre del padre, madre o tutor: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor

Apéndice D. Fichas farmacológicas

OMEPRAZOL

Nombre genérico: Omeprazol 40mg

Nombre Comercial: OMEPRAN 40 mg

Clasificación:

- Antiulcerosos, inhibidores de la bomba de protones

Indicaciones:

- Úlceras de estómago y duodeno (parte del intestino más próxima al estómago) y en la prevención de sus recaídas.
 - Alteraciones debidas a la producción excesiva de ácido por el estómago, como la enfermedad de Zollinger-Ellison.
 - Reflujo gastroesofágico.
 - Úlceras asociadas a Helicobacterpilory.
 - Úlceras causadas por medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.
-

Mecanismo de acción

- Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H^+ al lumen gástrico.

Reacción adversa/ efectos adversos

- Los efectos adversos del Omeprazol son, en general, leves y transitorios. Algunos de los efectos que puede producir no necesitan atención médica y desaparece cuando el organismo se habitúa al Omeprazol.

Dosis

Dosis oral en adultos y adolescentes:

- Úlcera de estómago o duodeno y reflujo gastroesofágico: 20 mg cada 24 horas.
-

- Enfermedad de Zollinger-Ellison: inicialmente 60 mg al día, posteriormente de 20 a 120 mg al día. Cuando se tomen más de 80 mg al día se deben repartir en dos dosis, una cada 12 horas.
 - Erradicación de Helicobacterpilory: 20 mg cada 12 horas.
-

Dosis oral en niños:

- Con un peso entre 10-20 kg se recomienda 10 mg al día pudiéndose incrementar la dosis hasta 20 mg al día.
 - Con un peso superior a 20 kg se recomienda 20 mg al día pudiéndose incrementar la dosis hasta 40 mg al día.
-

Dosis inyectable en adultos y adolescentes:

- 40 mg una vez al día. En el síndrome de Zollinger-Ellison se necesitan dosis más altas y más frecuentes.
-

Dosis inyectable en niños:

- Debe ser determinarla por su médico en cada caso concreto.
-

Cuidados de enfermería

- Verificar que la vía este permeable
- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento
- Administrar medicamento en forma lenta y diluido, observando si hay algún signo de reacción en el paciente.

METAMIZOL

Nombre genérico: Metamizol 1gr.

Nombre Comercial: Antalgina." Repriman"

Clasificación: Antipirético

Indicaciones: Está indicado para el dolor severo, dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior. Reducción de la fiebre refractaria a otras medidas. Debido a que METAMIZOL SÓDICO puede inyectarse por vía I.V., es posible obtener una potente analgesia en muchas condiciones y tener control del dolor. Aun con altas dosificaciones no causa adicción ni depresión respiratoria. No tiene efectos en el proceso de peristalsis intestinal, o expulsión de cálculos. Solo se debe usar la solución de METAMIZOL SÓDICO inyectable en los casos en los que no es posible su administración por otra vía.

Mecanismo de acción:

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

Reacción adversa/ efectos adversos

La administración de metamizol puede aumentar el riesgo de reacciones anafilácticas y agranulocitosis

Dosis

- Vía oral: de 1 a 2 gr cada 8 horas
- Vía parenteral: una ampolla de 2gr de metamizol por vía IM profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, salvo criterio médico, sin sobrepasar las 3 ampollas por día.

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento
- Administrar lentamente el medicamento, vigilando cualquier reacción medicamentosa.

CEFTRIAXONA

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre Comercial: ROCEPHIN, CEFIZOX, CEFTIN

Clasificación:

Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación.

Indicaciones:

Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria, neumonía, de garganta, nariz y oídos, genital, gonocócica, borreliosis de Lyme, infección con mecanismo defensivo disminuido. Profilaxis perioperatoria.

Mecanismo de acción:

Como todos los antibióticos beta-lactámicos bactericidas, inhibe la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina" que se localizan en dicha pared.

Reacción adversa/ efectos adversos:

Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis; eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia; exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y edema multiforme.

Dosis:

Sepsis: 50 mg/kg cada 24 horas. Meningitis: Dosis de carga 100 mg/kg, seguido de 80 mg cada 24 horas.

Infección gonocócica diseminada: 25-50 mg/kg/día cada 24 horas durante 7 días, 10-14 días si se documenta meningitis.

Profilaxis infección gonocócica: 25-50 mg/kg (máximo 125 mg) en una sola dosis.

Cuidados de enfermería:

- Planificar el horario de administración.

- Observar la aparición de efectos colaterales y RAM.
- Realizar C.F.V.
- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos

CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre genérico: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre Comercial: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Clasificación:

Indicaciones: Aporte hidroelectrolítico en estados de deshidratación hipotónica. Hiponatremia hiperosmolar asociado a hiperglucemia. Acidosis hipoclorémica. Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis diabética, íleo y ascitis) Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación de secreciones mucosas. Como diluyente de medicamentos para administración parenteral.

Mecanismo de acción: Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.

Reacción adversa/ efectos adversos: raras: en altas dosis: hipernatremia, hipovolemia y acidosis metabólica (hipoclorémica).

En caso de sobredosificación que el paciente evolucione con insuficiencia renal o cardiaca, deberá tratarse como intoxicación hídrica, por lo que se debe suspender la administración de la solución y tratar las complicaciones de acuerdo con cada caso en particular, ya que las manifestaciones no son las mismas en todos los pacientes. Tratamiento sintomático y de sostén.

Dosis: 1000 a 1500 ml/día, a razón de 60-80 gotas/minuto.

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento
- Realizar C.F.V

CLORURO DE SODIO 20% (HIPERSODIO)

Nombre genérico: Cloruro de Sodio 20%

Nombre Comercial: Cloruro de Sodio 20%

Clasificación:

Indicaciones: Corrección de las pérdidas electrolíticas cuando se requiere un aporte de agua limitado, en infusión intravenosa lenta. - Aporte de sodio mediante un volumen reducido en soluciones de nutrición parenteral.

Mecanismo de acción: Corrección de las pérdidas electrolíticas cuando se requiere un aporte de agua limitado, en infusión intravenosa lenta.

Aporte de sodio mediante un volumen reducido en soluciones de nutrición parental

Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.

Reacción adversa/ efectos adversos: Administración inadecuada o excesiva: Hiperhidratación, hipernatremia, hipercloremia, acidosis metabólica, sobrecarga cardiaca y formación de edemas.

Riesgo de edema pulmonar y periférico si la infusión es demasiado rápida o abundante.

En caso de que no se realice correctamente la dilución, dolor en el punto de inyección e irritación venosa.

Dosis

20%: como aditivo parenteral, en la prevención o tratamiento del déficit de iones sodio y cloruro.

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos.
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción dejar de administrar el medicamento.
- Realizar C.F.V.

COLORURO DE POTASIO AL 20% (KALIUM)

Nombre genérico: Cloruro de Potasio al 20%

Nombre Comercial: Cloruro de Potasio al 20%

Clasificación:

Indicaciones: Hipopotasemia, intoxicación digitalica

Mecanismo de acción: El potasio es el principal catión del líquido intracelular y está íntimamente ligado con la función celular y metabolismo. Es esencial para el metabolismo de los carbohidratos y el almacenamiento del glucógeno y también para la síntesis proteica. Está relacionado con el potencial de membrana y ejerce efectos sobre la musculatura, incluso sobre el músculo cardíaco. La concentración intracelular es de aproximadamente 150 mEq/l, la concentración en el plasma es de 3,5-5,5 mEq/l

Reacción adversa/ efectos adversos ocasionales: Náusea, vómito, úlceras esofágicas, hiperpotasemia, flebitis en el sitio de la inyección.

Dosis

Dosis para adultos: infusión IV, normalmente no más de 3mEq/kg; tratamiento de urgencia: infusión IV, 400mEq/día en una concentración apropiada y con una velocidad de hasta 20mEq/hora;

Dosis pediátricas: infusión IV, 3mEq/kg/día o 40mEq/m²/día. Un gramo de cloruro potásico proporciona 13,41mEq de potasio.

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción dejar de administrar el medicamento
- Realizar C.F.V.

DEXTROSA 5 %

Nombre genérico: Dextrosa 5%

Nombre Comercial: Dextrosa 5%

Indicaciones Terapéuticas

La dextrosa al 5 % (glucosa) es un monosacárido administrado por vía intravenosa en el tratamiento de depleción de carbohidratos y fluidos. Esta es la fuente de carbohidratos de elección en regímenes de nutrición parenteral y se usa combinada con soluciones de electrolitos en la prevención y tratamiento de deshidratación debido a diarreas agudas. Estas soluciones son comúnmente utilizadas como vehículos diluyentes para la preparación (reconstitución / dilución) de drogas activas para inyecciones o infusiones IV. Estas soluciones inyectables están indicadas como una fuente de agua y calorías.

Vía de administración: Intravenosa

Contraindicaciones –

Hiperglucemia, Hipocalemia, Acidosis, Hipersensibilidad a los componentes. El uso de soluciones de dextrosa hiperosmótica está contraindicado en pacientes con anuria, hemorragia intracraneal o intraespinal y en delirium tremens donde exista deshidratación. Si es necesario administrar volúmenes grandes pueden presentarse contraindicaciones adicionales a causa de la carga de glucosa y/o de líquido: Hiperhidratación, Deshidratación hipotónica.

Reacciones Adversas

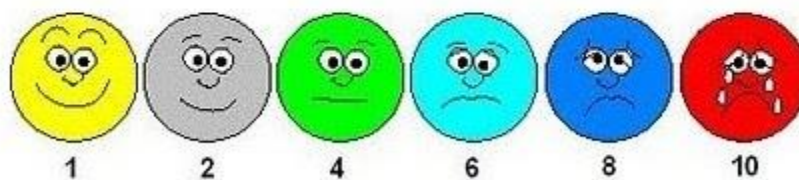
Las reacciones adversas que pueden ocurrir debido a la inyección o a la técnica de administración incluyen reacción febril, infección en el sitio de inyección, extravasación o hipervolemia. La infusión intravenosa puede permitir el desarrollo de disturbios electrolíticos tales como hipocalemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia. Si ocurre una reacción adversa, suspenda la infusión, evalúe al paciente, aplique una terapia apropiada como medida preventiva y guarde el residuo del líquido para examen si es necesario.

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción dejar de administrar el medicamento
- Realizar C.F.V.

Apéndice F. Escalas de evaluación

Escalas de dolor



ESCALA DE ALDERETE

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación								

ESCALA DE RAMSAY

NIVELES 1-3: PACIENTE DESPIERTO		
1. Ansioso y agitado y/o tranquilo		
2. Cooperativo, orientado y tranquilo		
3. Solo responde ordenes		
NIVELES 4-6: PACIENTE DORMIDO		
4. Respuesta viva a estímulos		
5. Respuesta lenta a estímulos		
6. Ausencia de respuesta a estímulos		

- Sedación consciente: 2 – 3 Ramsay
- Sedación profunda: 4 – 6 Ramsay

Apéndice G. Otros

UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTÉSICA DE UN HOSPITAL DE LIMA