

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía

Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos de la Unidad de Recuperación

Posanestésica de un hospital de Lima, 2018

Por:

Liz Yanina Huarcaya Rivera

Asesor:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, Setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: *“Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: HUARCAYA RIVERA LIZ YANINA, 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 dieciocho días del mes de setiembre de 2018.



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía
Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos 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



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Índice

Contenido	iv
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento	viii
Índice de tablas	ix
Símbolos usados	x
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de atención de Enfermería	12
Valoración.....	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso	13
Situación problemática.....	13
Valoración por Patrones Funcionales.....	18
Listado de características significativas.	21
Diagnósticos de enfermería.....	23
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	23
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.	27
Planificación.....	28
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	28
Planes de cuidados	30
Ejecución.....	50
SOAPIE.....	50

Evaluación.....	60
Capítulo II.....	62
Marco Teórico	62
Antecedentes	62
Marco conceptual	64
Cirugía laparoscópica.....	64
Colecistitis	66
Hipertensión arterial	68
Diabetes Mellitus Tipo II	70
Modelo teórico	76
Capítulo III	79
Materiales y Métodos	79
Tipo y diseño.....	79
Sujeto de estudio	79
Delimitación geográfica temporal.....	80
Técnica de recolección de Datos.....	80
Consideraciones Éticas.....	81
Capítulo IV	84
Resultados, análisis y discusión	84
Resultados	84
Análisis de los diagnósticos	85
Discusión.....	91
Capítulo V	93
Conclusiones y recomendaciones.....	93

Conclusiones	93
Recomendaciones.....	93
Apéndice.....	98
Apéndice A: Consentimiento informado	98
Apéndice B: Guía de valoración	100
Apéndice C: Kardex de enfermería.....	102
Apéndice D: Fichas farmacológicas.....	103
Apéndice E: Escalas.....	111

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mis padres y
hermana con todo mi amor, por el apoyo
incondicional para seguir adelante, a crecer
profesionalmente y ser mejor ser humano.

A Dios por darme salud y fuerza e iluminar
mi camino para salir adelante.

Agradecimientos

A Dios y a mis padres, por su apoyo incondicional y su confianza depositada en mí, que me permitió culminar mis estudios.

A mi hermana Liz Yovana por apoyarme y ser guía en mi profesión, por brindarme sus aportes durante la realización de este trabajo.

Índice de tablas

Tabla 1. Hemograma prequirúrgico.....	17
Tabla 2. Hemograma post quirúrgico.....	18
Tabla 3. Cumplimiento de los objetivos en los diagnósticos de enfermería.....	84

Símbolos usados

CL NA	Cloruro de Sodio
IV	Intravenosa
mg/dl	Miligramos por decilitros
g/d	Gramos por decilitros
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
T°	Temperatura
Fc	Frecuencia cardiaca
Fr	Frecuencia respiratoria

Resumen

Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico médico, Post Operada Inmediato Colecistectomía Laparoscópica más Destechamiento de Quistes Hepáticos, atendido en la unidad de Recuperación Post Anestésico de un Hospital de EsSalud de Lima, para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. *Metodología:* El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo analítico; como técnica de estudio se utilizó la entrevista y la observación; se utilizó como instrumento la Guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon adaptado por la investigadora; como método el Proceso de Atención de Enfermería con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación; se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados. *Resultados:* el 60% de los objetivos propuestos fueron parcialmente alcanzados, mientras que el 40% de ellos fueron alcanzados. *Conclusiones:* se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras claves: Proceso Atención de Enfermería – Colecistectomía Laparoscópica- Unidad de Recuperación Post Anestésico.

Capítulo I

Proceso de atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: A.C.Z.

Sexo: Femenino

Edad: 65 años

Servicio: Recuperación Post Anestésico

Nº de cama: 05

Fecha de ingreso al hospital: 22-01-2018

Fecha de ingreso al servicio: 23-01-2018

Fecha de valoración: 23-01-2018

Tiempo en Recuperación: 6:00 Horas

Diagnóstico médico : Post Operada Inmediato Colectomía
Laparoscópica más Destechamiento de Quistes.

Tiempo Intraoperatorio: 2h 00 min

Tipo de anestesia: General

Funciones vitales al ingreso: Fc: 100 x', Sat. O2: 100 %, P/A 97/60 mmHg , Tª:35.8 °C

Resumen de motivo de ingreso

Paciente adulta mayor ingresa a la unidad de recuperación post anestésico procedente de sala de operaciones con diagnóstico médico: Post Operada Inmediato de Colectomía Laparoscópica más Destechamiento de Quistes Hepáticos, paciente con efectos de sedación, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a 8 litros por minuto, paciente a la evaluación con dolor abdominal, se siente con piel fría, con procedimientos invasivos, vía periférica, dren penrose, sonda Foley.

Situación problemática

Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas OD: 2 mm, OI: 2 mm, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO₂: 70%, con SatO₂: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo CIna 9% 1000 a 30 gotas por minuto, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc aproximadamente, presenta dren penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda vesical con orina color oscura, fuerza muscular disminuida, Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.

Funciones Vitales

Fecha: 23/01/2018

Hora	23:20	23:30	23:45	00:15	00:30	01:00	01:30	02:00
T°	35.8°C	36.0°C	36.1°C	36.5°C	36.1°C	36.6°C	36.7°C	36.8°C
FC	100 x´	110 x´	102 x´	100 x´	95 x´	100 x´	105 x´	90 x´
FR	16 x´	16 x´	18 x´	19 x´	18 x´	18 x´	16 x´	16 x´
PA	$\frac{97}{60}$ mmHg	$\frac{98}{70}$ mmHg	$\frac{95}{59}$ mmHg	$\frac{102}{54}$ mmHg	$\frac{113}{74}$ mmHg	$\frac{104}{73}$ mmHg	$\frac{119}{59}$ mmHg	$\frac{130}{78}$ mmHg
FiO2	70%	70%	70%	50%	21%	21%	21%	21%
SatO2	100%	100%	100%	97%	95%	94%	95%	94%

Funciones biológicas

Apetito: No valorable, Nada por vía oral.

Sed: No valorable por post operado inmediato.

Sueño: No valorable por post operado inmediato.

Deposición: Ausente hace dos días.

Flujo urinario: 200cc.

Hora	23:20	00:00	01:30	03:00	04:30	05:30	TOTAL
Diuresis	50cc	30cc	40cc	25cc	30cc	25cc	200 cc

Drenaje de 300cc (24/01/2018)

Hora	00:00	01:30	03:00	05:30	TOTAL
Drenaje:	70cc	60cc	40cc	30cc	300cc

Funciones Antropométricas.

Peso: 69 kg aprox.

Talla: 1.58cm

Índice de masa corporal: 27.64

Interpretación: Sobrepeso

Exámenes auxiliares:

Tabla 1. Hemograma prequirúrgico

Hemograma	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemoglobina	13.4	g/d	12 – 16
Hematocrito	38.8	%	37 – 47
Nº Total de Plaquetas	304.0	x 10x3 cel/ul	105 – 145 (10x3)
Nº de Leucocitos	14340.0	Cel/mm3	4000 – 11500
Segmentados	11615.40	Cel/mm3	1500 - 8000
Eosinófilos	86.0	Cel/mm3	20 - 350
Monocitos	631.0	Cel/mm3	200 - 1000
Linfocitos	1806.8	Cel/mm3	1000 – 5000

Tabla 2. Hemograma postquirúrgico

Hemograma	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemoglobina	9.1	g/d	12 – 16
Hematocrito	27.8	%	37 – 47
Nº Total de Plaquetas	265.0	x 10x3 cel/ul	105 – 145 (10x3)
Nº de Leucocitos	17430.0	Cel/mm3	4000 – 11500
Segmentados	14938	Cel/mm3	1500 - 8000
Eosinófilos	17.4	Cel/mm3	20 - 350
Monocitos	714.6	Cel/mm3	200 - 1000
Linfocitos	1150.4	Cel/mm3	1000 – 5000

En el pre quirúrgico la paciente presenta un control de Hb de 13.4 g/d la cual fue apta para la intervención quirúrgica, después de ser intervenida en su post operatorio inmediato paciente presenta control de Hb de 9.1 g/d el día 24/01, la paciente fue dada de alta de la unidad post anestésica y en el primer control de Hb en hospitalización, paciente presenta descenso de Hb a 7.2, por lo cual los médicos de cirugía indican transfusión sanguínea de 2 Paquetes Globulares en dicha área. La hemoglobina es una proteína compleja constituida por el grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina, que está compuesta por cuatro cadenas de aminoácidos, que comprenden dos cadenas alfa y dos cadenas beta.

La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo, es capaz de fijar eficientemente el oxígeno a medida que este entra en los alveolos pulmonares durante la respiración, también es capaz de liberarlo al medio extracelular cuando los eritrocitos circulan a través de los capilares de los tejidos. La concentración de hemoglobina, es la cantidad

de hemoglobina presente en un volumen fijo de la sangre normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dl) o gramos por litro (g/L).

El hematocrito nos indica el porcentaje total de eritrocitos en las células de la sangre. El recuento de eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito suelen aumentar y disminuir como consecuencia de los mismos factores. El hematocrito permanece estable incluso después de una pérdida moderada de sangre, pero disminuye con rapidez durante la fase de la recuperación (Kotcher & Ness, 2009)

Los glóbulos blancos son responsables de la respuesta inmunitaria del cuerpo. El aumento de ellos también denominado leucocitosis indica que el sistema inmunitario está reaccionando a un problema subyacente. Dentro de este grupo se encuentran los granulocitos quienes la conforman son: basófilos, son los que se asocian con los estados de inflamación crónica como cáncer o leucemia. Los eosinófilos y su concentración aumentan en las reacciones alérgicas, infecciones parasitarias y por último esta los neutrófilos que representa la defensa primaria contra las infecciones por microorganismos. También los a granulocitos quienes son monocitos los que constituyen la segunda línea de defensa, emplea el proceso de fagocitosis para eliminar las células lesionadas y muertas, también producen interferón que es un compuesto antiviral; el aumento de monocitos se llama monocitosis, se observa en infecciones bacterianas como TBC y sífilis; los linfocitos se generan durante el desarrollo inicial y tardío de los procesos infecciosos y producen anticuerpos las cuales son de dos tipos: linfocitos B y T. (Kotcher & Ness, 2009).

Análisis:

La paciente en estudio presenta un nivel bajo de hemoglobina debido a la cirugía presentada, durante el tiempo de cirugía, paciente pudo haber presentado sangrado en cavidad abdominal, por ellos que colocan drenaje a paciente después de la cirugía, también se observa

leucocitosis en los exámenes de laboratorio por el proceso infeccioso e inflamatorio de la paciente.

Tratamiento médico:

NPO

Dextrosa 5% 1000cc

Hipersodio 20% (1/2 amp)

Kalium 20% 1 amp



I - II

Ceftriaxona 2 gr EV c/ 24 Horas

Metamizol 1 gr EV c/ 8 Horas

Ranitidina 50 mg EV c/ 8 Horas

Metoclopramida 10 mg EV c/8 Horas

Valoración por Patrones Funcionales

Patrón percepción- control de la salud.

Paciente adulta mayor con diagnóstico post operada inmediata de Colectomía Laparoscopia más Destecheamiento de Quistes Hepáticos, con antecedente médicos de hipertensión, diabetes mellitus y con antecedente quirúrgicos de cirugía por fractura de radio distal derecha (febrero 2016), se observa paciente con estado de higiene regular, con uñas contaminadas, hongos en los pies.

Patrón nutricional metabólico

Paciente presenta T° 35.8°C, con piel pálida, fría, escalofríos, piel con integridad cutánea intacta, con mucosas orales secas, a la evaluación con peso de aproximadamente de 69 kg. y con

talla de 1.58 centímetros, con índice de masa corporal de 27.64 con interpretación: Sobrepeso, paciente se encuentra en nada por vía oral, con el abdomen distendido, nauseosa al momento de evaluación y al momento de palpación abdominal con ruidos hidroaereos disminuidos, con presencia de herida operatoria en mesogastrio cubierto con gasas estampillas en 3 puntos laparoscópicos dren penrose en flanco derecho conectado a bolsa de colostomía con secreciones serohemática 70 cc aproximadamente, paciente con valoración de lesión por presión según escala Norton (6) con riesgo alto, con control de Hemoglobina de: 9.1mg/dl (24-01-18), hematocrito de: 27.8 % (24-01-18).

Patrón eliminación

Paciente presenta deposiciones ausentes hace más de 2 días, a la evaluación no elimina flatos, con sonda vesical de numero 14 colocado con fecha de 23-01-2018 conectada a bolsa colectora con diuresis de: 50 cc proveniente de sala operaciones.

Patrón actividad y ejercicios

Actividad respiratoria:

Paciente se encuentra en posición semifowler, con evaluación de frecuencia respiratoria: 16-20x', con Sat O2: 100 %, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con tórax normal, con inspiración y espiración superficial con reflejo de tos ausente, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100 %, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100 %,

Actividad circulatoria:

Paciente con frecuencia cardiaca: 90-110x' irregular. Con pulso periférico presente, valoración de la presión arterial: 97/60mmHg., portador de vía periférica en miembro superior izquierda, con riego periférico normal, con llenado capilar < 2''.

Capacidad de autocuidado:

Paciente con grado de dependencia III totalmente dependiente, con fuerza muscular disminuida. Leve movilidad de miembros con flacidez, con escala morse (riesgo de caída) Riesgo alto + 60 puntos.

Patrón perceptivo cognitivo

Paciente se encuentra al ingreso al área de recuperación post anestésico, somnolienta, con efectos de anestesia, con escala de glasgow no evaluable, pupilas isocoras, foto reactivas de OD: 2 mm OI: 2 mm, con valoración de la escala del dolor de EVA: 5 / 10. Con valoración de escala de Aldrete: 6 pts.

Patrón descanso- sueño

No valorable por sedo analgesia.

Patrón autopercepción-autoconcepto

No valorable por sedo analgesia.

Patrón relaciones – rol

Paciente con antecedente de trabajadora de empleada del hogar, actualmente paciente es ama de casa, vive con su familia y tiene una buena relación con la misma, recibe visitas de ellos mismo.

Patrón adaptación -afrentamiento/tolerancia al estrés

Familiares refieren preocupación por el estado de salud de paciente.

Sexualidad reproducción

Genitales acordes a su edad en regular estado de higiene.

Patrón valores y creencias

Católico.

Listado de características significativas.***Patrón percepción- control de la salud.***

Paciente adulta mayor con diagnóstico post operada inmediata de Colectectomía Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos, con antecedente médicos de hipertensión, diabetes mellitus y con antecedente quirúrgicos de cirugía por fractura de radio distal derecha (febrero 2016), se observa paciente con estado de higiene regular, se observa uñas contaminadas, hongos en los pies.

Patrón nutricional metabólico

Paciente con T° 35.8°C, con piel pálida, fría, escalofríos, piel con integridad cutánea intacta, con mucosas orales secas, a la evaluación con peso de aproximadamente de 69 kg. y con

talla de 1.58 centímetros, con índice de masa corporal de 27.64 con interpretación: Sobrepeso, paciente se encuentra en nada por vía oral, con el abdomen distendido, nauseosa al momento de evaluación y al momento de palpación abdominal con ruidos hidroaéreos disminuidos, con presencia de herida operatoria en mesogastrio cubierto con gasas estampillas en 3 puntos laparoscópicos dren penrose en flanco derecho con secreciones serohemática conectado a bolsa de colostomía, paciente con valoración de lesión por presión según escala Norton (6) con riesgo alto, con control de hemoglobina de: 9.1mg/dl (24-01-18), hematocrito de: 27.8 % (24-01-18).

Patrón eliminación

Paciente presenta deposiciones ausentes hace más de 2 días, a la evaluación no elimina flatos, con sonda vesical de número 14 colocado con fecha de 23-01-2018 conectada a bolsa colectora con diuresis de: 50 cc proveniente de sala operaciones.

Patrón actividad y ejercicios

Actividad respiratoria:

Paciente en posición semifowler, con evaluación de frecuencia respiratoria normal, con Sat O2: 100 %, con inspiración y espiración superficial con reflejo de tos ausente, con apoyo de oxígeno por máscara de reservorio a 8 litros por minuto.

Actividad circulatoria:

Paciente con frecuencia cardíaca: 90-110x' irregular. Con pulso periférico presente, valoración de la presión arterial: 97/60mmHg., portador de vía periférica en miembro superior izquierda.

Capacidad de autocuidado:

Paciente con grado de dependencia III totalmente dependiente, con fuerza muscular disminuida. Leve movilidad de miembros con flacidez, con escala morse (riesgo de caída) Riesgo alto + 60 puntos.

Patrón perceptivo cognitivo

Paciente somnolienta, con efectos de anestesia, con escala de glasgow: no evaluable, con valoración de la escala del dolor de EVA: 5 / 10. Con valoración de escala de Aldrete: 6 puntos.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Déficit del Autocuidado: Baño.

Código: 00108

Dominio: 4 actividad/ reposo.

Clase: 5 Autocuidado.

Página: 242.

Definición: “Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño” (NANDA, 2017).

Factor relacionado: Debilidad, efectos post anestésicos.

Características definatorias: Deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.

Enunciado de enfermería: Déficit del Autocuidado: Baño relacionado con debilidad, efectos post anestésicos evidenciado por presentar grado de dependencia III.

Etiqueta diagnóstica: Hipotermia.

Código: 00006

Dominio: 11 Seguridad/protección.

Clase: 6 Termorregulación.

Página: 427.

Definición: “Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” (NANDA, 2017).

Factor relacionado: Temperatura ambiental baja, efectos post anestésicos.

Características definitorias: Taquicardia escalofríos, piel fría al tacto.

Enunciado de enfermería: Hipotermia relacionada a efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad tisular.

Código: 00044

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 388

Definición: “Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, capsula articular y/o ligamento” (NANDA, 2017).

Factor relacionado: Procedimiento quirúrgico.

Características definitorias: Lesión tisular, destrucción tisular, drenajes.

Enunciado de enfermería: Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular: herida operatoria y drenajes.

Etiqueta diagnóstica: Náuseas.

Código: 00134

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Página: 444

Definición: “Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos” (NANDA, 2017).

Factor relacionado: Régimen terapéutico.

Características definitorias: náuseas, sensación de náuseas.

Enunciado de enfermería: Náuseas relacionado a régimen farmacológico evidenciado por sensación de náuseas.

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, 2017).

Factor de riesgo: Régimen terapéutico, intervención quirúrgica.

Enunciado de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Código: 00004

Dominio: 11 Seguridad/protección.

Clase: 1 Infección

Página: 379

Definición: “Vulnerable de una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud” (NANDA, 2017).

Factor de riesgo: Procedimiento invasivo, disminución de la hemoglobina.

Enunciado de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d)

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas

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, 2017).

Factores de riesgo: Edad mayor de 65 años, Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y periodo de recuperación postoperatoria.

Enunciado de enfermería: Riesgo de caídas relacionado con adulto mayor, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y periodo de recuperación posanestésica.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Código: 00132

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Página: 439

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita e tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible” (NANDA, 2017).

Factor relacionado: Agente lesivo físicos (procesos quirúrgicos).

Características definatorias: Expresión facial de dolor, expresión numérica del dolor.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) evidenciado por expresión facial de dolor, EVA: 5/10.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

Déficit del autocuidado: Baño relacionado con Debilidad, efectos post anestésicos evidenciado por presentar grado de dependencia III.

Hipotermia relacionada con efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.

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

Náuseas relacionadas a régimen farmacológico evidenciado por sensación de náuseas.

Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d).

Riesgo de caídas relacionado con adulto mayor, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y periodo de recuperación postanestésica.

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA: 5/10.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA: 5/10.

Hipotermia relacionado con efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35.8° C, escalofríos, piel fría.

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

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d).

Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.

Náuseas relacionadas a régimen farmacológico evidenciado por sensación de náuseas.

Déficit del autocuidado: Baño relacionado con Debilidad, efectos post anestésicos evidenciado por presentar grado de dependencia III.

Riesgo de caídas relacionado con adulto mayor, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y periodo de recuperación posanestésica.

Planes de cuidados

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) evidenciado por expresión facial de dolor, EVA:

5/10.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: Paciente presentará disminución del dolor después de aplicación de analgésicos prescrito.</p> <p>Resultados esperados: Paciente evidenciará escala de dolor, EVA: 2 pts.</p>	<p>1. Valorar la intensidad del dolor, mediante escala visual analógica.</p> <p>2. Valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad y severidad.</p>	<p>La valoración de la intensidad del dolor, permite identificar la intensidad de su dolor y características del dolor, previniendo complicaciones pos operatorias (Cortez, 2017).</p> <p>Es una estrategia de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor del paciente y las características principales para la aplicación de tratamiento y o aparición de una posible complicación (IASP, 2010)</p>

<p>Paciente evidenciará facie de disminución de dolor durante el turno.</p>	<p>3. Administrar: Metamizol 1gr EV.(Prescrito condicional al dolor)</p> <p>4. Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar en postura antalgica. -Evitar tocar las áreas de localización dolorosas. -Disminuir o eliminar los factores que precipiten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 	<p>El Metamizol es un Antiinflamatorio, analgésico, inhibe la síntesis de prostaglandinas, disminuye el dolor del paciente. (IASP. 2010).</p> <p>Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor, la postura antalgica contribuye a disminuir la sensación de dolor (Cortez, 2017). El ruido o estar en un ambiente desconocido pueden alterar el estado anímico de una persona, de modo que al mantener al paciente en un lugar tranquilo puede descansar mejor (IASP, 2010).</p>
---	--	--

	<p>5. Valoración continúa de la experiencia dolorosa.</p> <p>6. Avisar al médico si las medidas no funcionan o no se produce un cambio en la valoración del dolor.</p> <p>7. Control de funciones vitales como Presión arterial, frecuencia cardiaca.</p>	<p>Permite evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua y así priorizar o cambiar los cuidados.</p> <p>Notificar al médico si las medidas no tienen éxito, para poder instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la paciente.</p> <p>El control de estos parámetros nos indica el estado hemodinámico del paciente, mediante estos parámetros se puede hallar presión arterial incrementado y frecuencia cardiaca incrementado (Cortez, 2017)</p>
--	---	---

	<p>8. Vigilar sobre posibles efectos adversos como: Adormecimiento, comezón, neuropatía, inflamación, depresión, fatiga.</p>	<p>La monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos (Cortez, 2017)</p>
--	--	---

Hipotermia relacionada con efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente recuperará temperatura corporal dentro de valores.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>Paciente evidenciará temperatura corporal de T° 36.6 °C. - 37.5 °C.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos antes del contacto del paciente. 2. Realizar valoración, observar el color y temperatura de la piel. 3. Monitorizar la temperatura cada hora, y más tarde cada 4 horas. 4. Regulación de la temperatura. 	<p>La higiene de manos previene la diseminación de microorganismos y evita la transmisión de infecciones (Lynn, 2015).</p> <p>Valorar síntomas y signos asociados a hipotermia no permitirá priorizar los cuidados de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>La monitorización de funciones vitales permite valorar la eficacia de las acciones durante su estancia.</p>

	<p>5. Colocar al paciente en un ambiente cálido, si es necesario aumente la temperatura ambiental.</p> <p>6. Administrar oxígeno por máscara de reservorio a 7 LPM</p> <p>7. Aplicar medios físicos externos: manta eléctrica si hubiera, foco de calor, cubra las extremidades con vendajes de algodón.</p>	<p>Es la consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.</p> <p>Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente (Sanchez C 1996).</p> <p>Ante una hipotermia se debe administrar oxígeno debido a su mayor demanda (Sanchez C 1996).</p> <p>El cuidado inmediato del paciente en hipotermia incluye el calentamiento pasivo para maximizar la producción de calor basal.</p>
--	--	---

	<p>8. No aplicar medicos físicos directamente sobre la piel. Ponga ropa de cama entre estos y el paciente.</p>	<p>Evitar los accidentes de quemaduras, por la exposición de mantas calientes directas a la piel del paciente. (Sanchez C 1996).</p>
	<p>9. Administrar líquidos Endovenosos calentados (37- 40° C).</p>	<p>Mediante estudios en la literatura científica, se dice que el recalentamiento pasivo reservará solamente para los pacientes que son relativamente saludables y que sufren de hipotermia leve. El recalentamiento se debe realizar lentamente, ya que la vasodilatación puede producir hipotensión. Bulechek, G. (2014)</p>
	<p>10. Monitorizar signos vitales como temperatura y frecuencia cardiaca.</p>	<p>El control nos indica el estado hemodinámico del paciente y la monitorización básica no invasiva.</p>

	11. Registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno.	La información debe ser ordenada en la historia clínica, los registros de datos e intervenciones son imprescindibles para evidenciar la calidad del cuidado brindado.
--	---	---

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

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: Paciente recuperará integridad tisular durante el turno.</p> <p>Resultados Esperados:</p>	<p>1. Valorar el estado de piel del paciente.</p> <p>2. Valorar signos de inflamación o de flogosis de la piel alrededor de la herida operatoria.</p>	<p>A través de la valoración de enfermería podemos identificar alteraciones cutáneas para poder intervenir oportunamente.</p> <p>El enrojecimiento y calor que caracteriza una inflamación, nos ayudara a cambiar nuestros cuidados por ello la importancia de la vigilancia y</p>

<p>Paciente evidenciará piel íntegra durante su estadía en el área de Recuperación.</p>		<p>valoración continúa de la piel, herida operatoria y drenajes alrededores.</p>
<p>Paciente evidencia piel sin lesiones alrededor de drenajes</p>	<p>3. Realizar cambios posturales cada 2 horas.</p> <p>4. Curar y proteger la herida quirúrgica. Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.</p>	<p>Mejora la circulación sanguínea y disminuyen la presión en prominencias óseas. Los masajes favorecen la circulación, evitando lesiones. (Kozier.2005)</p> <p>Nos permitirá la salida correcta de la secreción que se desea excretar del organismo, evitando laceraciones por contacto con la piel como quemaduras y signo de flogosis (irritabilidad).</p>
	<p>5. Realizar curación de la herida operatoria y sitio que rodea el drenaje.</p>	

	<p>6. Mantener separados los apósitos del drenaje de los de la herida quirúrgica si hubiera más de uno.</p> <p>7. Fijar adecuadamente del drenaje.</p> <p>8. Realizar el tendido de cama evitando arrugas.</p>	<p>Limpiar de manera correcta y con medidas de asepsia desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia, evitando infecciones.</p> <p>La separación y la numeración de los dispositivos de drenaje nos permitirá la correcta recogida de cantidad y características individual de cada dispositivo.</p> <p>Evitar el desprendimiento y laceración del drenaje con la piel, principal consecuencia de los cuidados de drenaje.</p> <p>Una cama correctamente tendida sin arrugas, evita lesión en tejidos en prominencias óseas.</p>
--	--	--

	<p>9. Educar, aconsejar, orientar sobre los cuidados de la piel al paciente y familia.</p> <p>10. Prevención de las úlceras por presión.</p> <p>11. Realizar anotaciones de enfermería.</p>	<p>Una adecuada información al paciente y familia mejora los cuidados y calidad de vida dentro y fuera del hospital (Bulechek, 2014).</p> <p>Son lesiones que se producen en la piel cuando el paciente se encuentra hospitalizado y permanece en una misma posición por un tiempo prolongado, evitar las lesiones que pueden aparecer como simples heridas, pueden llegar a ser mortales si no se previene su aparición.</p> <p>Toda actividad o procedimiento debe ser registrado en las anotaciones de enfermería.</p>
--	---	---

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d) evidenciado por catéter venoso periférico en miembro superior izquierda, herida operatoria, dren penrose, sonda vesical

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su estancia en el servicio.</p>	<p>1. Evaluar signos de infección o inflamación en zonas con procedimientos invasivos.</p> <p>2. Utilizar medidas de bioseguridad y medidas de asepsia, ante cualquier procedimiento:</p> <p>-Buen lavado de manos del personal y del familiar.</p>	<p>A través de la valoración se puede identificar las condiciones en que se encuentra una vía periférica y tomar decisiones oportunamente.</p> <p>La bioseguridad son acciones encaminadas a la prevención de riesgo de infección en el paciente para su pronta mejoría, poner en práctica precauciones universales (Brunner. 2005)</p>

	<p>-Utilización de guantes en todos los procedimientos.</p> <p>3. Valorar el estado de vía periférica.</p> <p>4. Realizar cambios de vía periférica cada 72 horas y mantenerlas permeables, como realizar cambios de sonda Foley cada 7 días.</p>	<p>Al observar la permeabilidad de la vía permite conocer si hay obstrucción, para actuar oportunamente (Kozier,2005).</p> <p>Cambiar el equipo invasivo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</p> <p>La valoración de aparición de algún signo de infección es crucial para el desarrollo de</p>
--	---	---

	<p>5. Vigilar signos de infección alrededor de procedimiento invasivos.</p> <p>6. Administración de antibioticoterapia: Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.</p> <p>7. Valorar resultados de controles de hemograma: Leucocitosis, neutrofilos y linfocitos.</p>	<p>actividades encaminadas a diseminarlas (Hogston,2008).</p> <p>La cobertura antibiótica del paciente evitar la propagación de infección durante su fase intra y postoperatoria inmediata.</p> <p>La comparación de resultados de laboratorio y verificación de valores del hemograma permite verificar la eficacia sobre la disminución de infección en el organismo del paciente.</p> <p>El profesional de enfermería debe mantener una actitud orientada a la prevención de</p>
--	--	---

	<p>8. Orientación y consejería al paciente y familia sobre los procedimientos invasivos que posee el paciente, y evitar la manipulación incorrecta de ellos.</p> <p>9. Realizar anotaciones de enfermería.</p>	<p>complicaciones en el paciente, por tal motivo se ha considerado el riesgo de infección por procedimiento invasivos para ser solucionado (Bulechek, 2014).</p> <p>Toda actividad o procedimiento debe ser registrado en las anotaciones de enfermería.</p>
--	--	--

Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de sangrado y complicaciones en su unidad.</p>	<p>1. Tomar y registrar los signos vitales del paciente.</p>	<p>El registro de enfermería, en la historia clínica es una base legal e importante en el cuidado del paciente.</p>

	<p>2. Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.</p> <p>3. Vigilar hemorragia (contar apósitos); observar características y volumen de sangre.</p> <p>4. Contabilizar y verificar características de drenajes.</p> <p>5. Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito.</p>	<p>La valoración de la palidez permite identificar un factor desencadenante para evitar posibles complicaciones.</p> <p>La verificación de signos de hemorragia, ayudara a verificar la calidad del cuidado y si se presenta alguna complicación de la cirugía. (Hogston, R.2008).</p> <p>Disminución de la hemorragia mediante vigilancia a los drenajes y heridas.</p> <p>Monitorizar los valores reales de control de hemoglobina ayudara a priorizar el cuidado del</p>
--	---	---

	<p>6. Administración de productos sanguíneos.</p> <p>7. Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal.</p> <p>8. Evitar esfuerzos.</p>	<p>paciente, con un buen control de valores (Brunner, 2005)</p> <p>La administración de productos sanguíneos, es un accionar rápido y eficiente para evitar la disminución de cifras de hemoglobina y luego una posible complicación, o un shock hipovolémico.</p> <p>Valorar la distensión abdominal, posible complicación de la cirugía hemoperitoneo, solicitar exámenes auxiliares, (ecografías).</p> <p>Mantener al paciente en estado de reposo y evitar movimientos bruscos evitará pérdidas de sangrado externo e interno.</p>
--	--	--

Ejecución**SOAPIE***Primer diagnóstico de enfermería*

Fecha/hora		Intervenciones
23/01/18 23:20 hr.	S	Paciente adulta mayor bajo efectos de la anestesia general, respondiendo al llamado, refiere “me duele la herida”
23/01/18 23:22 hr	O	Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo CNa 9% 1000 a 30 gotas por minuto, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc aproximadamente, presenta dren Penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda vesical con orina color oscura, fuerza muscular disminuida, Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.

23/01/18 23:30 hr	A	Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) evidenciado por expresión facial de dolor, EVA: 5/10.
23/01/18 23:40 hr	P	Paciente presentará disminución del dolor después de aplicación de analgésicos prescrito.
23/01/18 00:10 hr	I	<p>Valorar la intensidad del dolor, mediante escala visual analógica.</p> <p>Valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad y severidad.</p> <p>Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante analgésicos prescritos como: Metamizol 1gr EV.</p> <p>Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo: Colocar en postura antalgica.</p> <p>Disminuir o eliminar los factores que precipiten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).</p> <p>Valoración continúa de la experiencia dolorosa.</p> <p>Avisar al médico si las medidas no funcionan o no se produce un cambio en la valoración del dolor.</p> <p>Control de funciones vitales como Presión arterial, frecuencia cardiaca.</p> <p>Vigilar sobre posibles efectos adversos como: Adormecimiento, comezón, depresión, fatiga.</p> <p>Registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno.</p>

23/01/18 03:00	E	O.A (objetivo alcanzado): Paciente presenta disminución de dolor obteniendo un EVA: 2/10 durante el turno en recuperación.
-------------------	---	---

Segundo diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
23/01/18 23:20 hr.	S	Paciente adulta mayor bajo efectos de la anestesia general.
23/01/18 23:20 hr.	O	Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo ClNa 9% 1000 a 30 gotas por minuto, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc aproximadamente, presenta dren Penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda

		vesical con orina color oscura, fuerza muscular disminuida, Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.
23/01/18 23:30 hr.	A	Hipotermia RA efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.
23/01/18 23:30 hr.	P	Paciente presentará temperatura mayor de 36°C.
23/01/18 23:50 hr.	I	<p>Lavado de manos antes del contacto del paciente.</p> <p>Realizar valoración, observar el color y temperatura de la piel.</p> <p>Monitorizar la temperatura cada hora, y más tarde cada 4 horas.</p> <p>Regulación de la temperatura.</p> <p>Colocar al paciente en un ambiente cálido, si es necesario aumente la temperatura ambiental.</p> <p>Administrar oxígeno por máscara de reservorio a 7 LPM.</p> <p>Aplicar medios físicos externos: manta eléctrica si hubiera, foco de calor, cubra las extremidades con vendajes de algodón.</p> <p>No aplicar medicos físicos directamente sobre la piel. Ponga ropa de cama entre estos y el paciente.</p> <p>Administrar líquidos Endovenosos calentados (37- 40° C).</p> <p>Monitorizar signos vitales como temperatura y frecuencia cardiaca.</p> <p>Registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno.</p>

24/01/18 02:00 hr.	E	O.A (objetivo alcanzado): Paciente presenta piel tibia al tacto, y temperatura corporal de 36°C, sin signos de escalofríos.
-----------------------	---	--

Tercer diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
23/01/18 23:20 hr	S	Paciente adulta mayor bajo efectos de la anestesia general.
23/01/18 23:20 hr	O	Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo CIna 9% 1000 a 30 gotas por minuto, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc aproximadamente, presenta dren penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda vesical con orina color oscura, fuerza muscular disminuida,

		<p>Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.</p>
<p>23/01/18 23:45 hr</p>	A	<p>Deterioro de la integridad tisular RA procedimiento quirúrgico evidenciado por herida operatoria y drenaje.</p>
<p>24/01/18 00:10 hr</p>	P	<p>Paciente mantendrá la piel e integridad tisular intacta durante el turno.</p>
<p>24/01/18 01:00 hr</p>	I	<p>Valorar el estado de piel del paciente.</p> <p>Valorar signos de inflamación o de flogosis de la piel alrededor de la herida operatoria.</p> <p>Realizar cambios posturales cada 2 horas.</p> <p>Curar y proteger la herida quirúrgica.</p> <p>Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.</p> <p>Realizar curación de la herida operatoria y sitio que rodea el drenaje.</p> <p>Mantener separados los apósitos del drenaje de los de la herida quirúrgica si hubiera más de uno.</p> <p>Fijar adecuadamente del drenaje.</p> <p>Realizar el tendido de cama evitando arrugas.</p> <p>Educar, aconsejar, orientar sobre los cuidados de la piel al paciente y familia.</p> <p>Realizar anotaciones de enfermería.</p> <p>Prevención de las úlceras por presión.</p>

		Registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno
24/01/18 03:00 hr	E	O.A (objetivo alcanzado): Paciente presenta integridad tisular libre de signos de flogosis. Paciente presenta piel sin lesiones alrededor del drenaje

Cuarto diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
23/01/18 23:20 hr	S	Paciente adulta mayor bajo efectos de la anestesia general.
23/01/18 23:20 hr	O	Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO2: 70%, con SatO2: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo CINA 9% 1000 a 30 gotas por minuto, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc aproximadamente, presenta dren penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda vesical con orina color oscura,

		fuerza muscular disminuida, Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.
24/01/18 00:30 hr	A	Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d)
24/01/18 01:30 hr	P	Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su estancia en el servicio.
24/01/18 02:30 hr	I	<p>Evaluar signos de infección o inflamación en zonas con procedimientos invasivos.</p> <p>Utilizar medidas de bioseguridad y medidas de asepsia, ante cualquier procedimiento:</p> <p>Buen lavado de manos del personal y del familiar.</p> <p>Utilización de guantes en todos los procedimientos.</p> <p>Valorar el estado de vía periférica.</p> <p>Realizar cambios de vía periférica cada 72 horas y mantenerlas permeables, como Realizar cambios de sonda Foley cada 7 días.</p> <p>Verificar la permeabilidad de la vía periférica.</p> <p>Vigilar signos de infección alrededor de procedimiento invasivos.</p> <p>Administración de antibioticoterapia: Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.</p> <p>Valorar resultados de controles de hemograma: Leucocitosis, neutrófilos y linfocitos.</p>

		<p>Orientación y consejería al paciente y familia sobre los procedimientos invasivos que posee el paciente, y evitar la manipulación incorrecta de ellos.</p> <p>Realizar anotaciones de enfermería.</p>
<p>24/01/18</p> <p>06:00 hr</p>	E	<p>OPA (objetivo parcialmente alcanzado):</p> <p>Se mantiene dispositivos invasivos como vía periférica y sonda Foley en buen estado.</p>

Quinto diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
<p>23/01/18</p> <p>23:20 hr</p>	S	Paciente adulta mayor bajo efectos de la anestesia general.
<p>23/01/18</p> <p>23:20 hr</p>	O	<p>Paciente adulta mayor se encuentra somnolienta con efectos residuales de anestesia en posición semifowler, sensación nauseosa, con piel fría, pálida, con pupilas isocóricas fotoreactivas, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio a FiO₂: 70%, con SatO₂: 100%, se observa mucosas orales secas, con vía periférica en miembro superior izquierda perfundiendo ClNa 9% 1000 a 30 gotas por minuto, a la auscultación pasa murmullo vesicular bien en ambos campos pulmonares, con abdomen ligeramente distendido con incisiones quirúrgicas en mesogastrio cubierto con apósitos ligeramente manchados con secreción hemática de 10cc</p>

		aproximadamente, presenta dren penrose adaptado a bolsa de colostomía en flanco derecho con secreciones serohemática en regular cantidad aproximadamente de 70cc, portador de sonda vesical con orina color oscura, fuerza muscular disminuida, Escala de EVA: 5/10 puntos, escala de Aldrete: 6 puntos, grado de dependencia III.
24/01/18 00:40 hr	A	Riesgo de sangrado relacionado con herida operatoria.
24/01/18 01:40 hr	P	Paciente disminuirá riesgo de sangrado y complicaciones en su unidad.
24/01/18 02:30 hr	I	Tomar y registrar los signos vitales del paciente. Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. Vigilar hemorragia (contar apósitos); observar características y volumen de sangre. Contabilizar y verificar características de drenajes. Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito. Administración de productos sanguíneos. Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. Evitar esfuerzos.
24/01/18 06:00 hr	E	O.P.A (objetivo parcialmente alcanzado): Paciente disminuye riesgo de sangrado.

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general: Paciente presentará disminución del dolor después de aplicación de analgésicos prescrito.</p> <p>RE:</p> <p>Paciente evidenciará escala de dolor, EVA: 2 pts.</p> <p>Paciente evidenciará facie de disminución de dolor durante el turno.</p>	<p>O.A:</p> <p>Paciente presenta disminución de dolor obteniendo un EVA: 2/10 durante el turno en recuperación.</p> <p>Paciente evidencia facie de tranquilidad sin signos de dolor</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general: Hipotermia RA efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.</p> <p>RE:</p> <p>Paciente evidenciará temperatura corporal de T° 36.6 °C., piel tibia, sin escalofríos.</p>	<p>OA: Paciente presenta piel tibia al tacto, y temperatura corporal de 36°C, sin signos de escalofríos.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general: Paciente mantendrá la piel e integridad tisular intacta durante el turno.</p> <p>RE:</p> <p>Paciente evidenciará piel integra durante su estadía en el área de recuperación.</p> <p>Paciente evidencia piel sin lesiones alrededor de drenaje.</p>	<p>OA:</p> <p>Paciente presenta integridad tisular libre de signos de flogosis.</p> <p>Paciente presenta piel sin lesiones alrededor del drenaje.</p>

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: Paciente disminuirá el riesgo de infección durante su estancia en el servicio.</p>	<p>OPA: Se mantiene dispositivos invasivos como vía periférica y sonda Foley en buen estado.</p>

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de sangrado y complicaciones en su unidad.</p>	<p>O.P.A: Paciente disminuye riesgo de sangrado.</p>

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Camacho (2008) en el estudio titulado: “Proceso de Atención de Enfermería a paciente con diagnóstico de Post operado de Colectomía Laparoscópica en el Servicio de “Cirugía Hombres”, Hospital de Concentración Satélite: Circuito Novelistas N° 125 - México”, tuvo como objetivo: 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. Metodología, estudio de tipo descriptivo – analítico, se utilizó el proceso de atención de enfermería, incluyendo las cinco etapas del PAE. Resultados: Al analizar los datos del paciente recolectados por medio de la guía valoración se identificaron diferentes diagnósticos según la necesidad del paciente. Se concluye que la aplicación del proceso a un paciente hospitalario, ha comprobado la importancia de los enfermeros como parte indispensable del sistema de salud, también se pudo comprobar y llevar a cabo la metodología planteada para la elaboración del proceso de enfermería.

Arévalo, Bermeo, Montaña (2014) en su estudio titulado: “Guía de atención de enfermería con interrelación Nanda, Noc, Nic., en pacientes de resolución quirúrgica de Colectomía y Colelap en Hospital Manuel Ygnacio Monteros. Ecuador”, tuvo como objetivo: Elaborar una guía de planes de enfermería con lenguaje estandarizados, NANDA, NOC, NIC, que asegure una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en los servicios de cirugía y también identificar las necesidades reales y

potenciales del paciente y su entorno. Metodología, estudio de tipo descriptivo de proceso – analítico, se utilizó el proceso de atención de enfermería, incluyendo las cinco etapas del PAE, (Valoración mediante los 11 patrones funcionales según Marjory Gordon), mediante el uso del método científico y el diseño de instrumentos de registros, protocolos y programas de intervención. Resultados: Al analizar los datos del paciente recolectados por medio de la guía valoración se identificaron diferentes diagnósticos según la necesidad del paciente. Se concluye que la aplicación del proceso de atención de enfermería a un paciente hospitalario, permitió la elaboración de las guías clínicas de diseño de atención de la calidad que protocolizan procesos completos y actuaciones clínicas y organizativas para todos los profesionales que intervienen. Permitió la identificación de los diagnósticos de enfermería que posibilita a los enfermeros establecer intervenciones específicas y de fundamentos científicos.

Ledesma (2012) en su estudio titulado: “Proceso de Atención de Enfermería a paciente con diagnóstico post operado de laparotomía exploratoria en el Hospital 2 de mayo”, tuvo como objetivo: Mejorar el estado del paciente mediante los diagnósticos de enfermería, identificando en cada uno de ellos las diferentes intervenciones a realizar. Metodología, es un tipo descriptivo, se utilizó el proceso de atención de enfermería, incluyendo las cinco fases. Resultados: Al analizar los datos del paciente recolectados por medio de la guía valoración se identificaron diferentes diagnósticos según la necesidad del paciente. Conclusión: Se concluye que los diagnósticos evidenciados se logran resolver parcialmente.

Marco conceptual

Cirugía laparoscópica

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía. Anteriormente, esta técnica se usaba por lo general para cirugía ginecológica y de vesícula biliar. Durante los últimos 10 años, el uso de esta técnica se ha ampliado e incluye la cirugía intestinal. En la cirugía tradicional “abierta”, el cirujano usa una sola incisión para entrar al abdomen. La cirugía laparoscópica usa varias incisiones de 0.5 a 1 cm. Cada incisión se denomina “puerto”. En cada puerto se inserta un instrumento tubular conocido como trocar. Durante el procedimiento, a través de los trocates se pasan instrumentos especializados y una cámara especial llamada laparoscopio. Al iniciar el procedimiento, el abdomen se infla con el gas llamado dióxido de carbono para proporcionar al cirujano un espacio de trabajo y visibilidad. El laparoscopio transmite imágenes de la cavidad abdominal a los monitores de video de alta resolución del quirófano. Durante la operación, el cirujano observa las imágenes detalladas del abdomen en el monitor. El sistema permite que el cirujano realice las mismas operaciones que la cirugía tradicional, pero con incisiones más pequeñas (ASCRS).

En ciertos casos, el cirujano puede elegir usar un tipo de puerto especial que es lo suficientemente amplio como para insertar una mano. Cuando se usa un puerto para mano, la técnica quirúrgica se llama laparoscopia "asistida con la mano". La incisión necesaria para un puerto para mano es más grande que las demás incisiones de laparoscopia, pero es normalmente más pequeña que la incisión para cirugía tradicional.

La cirugía laparoscópica es tan segura como la cirugía tradicional abierta. Al iniciar una operación laparoscópica, se inserta el laparoscopio a través de una incisión pequeña y cercana al ombligo. El cirujano inspecciona primero el abdomen para determinar si es seguro realizar una cirugía laparoscópica. Si hay una gran inflamación, o si el cirujano encuentra otros factores que impiden ver claramente las estructuras, puede tener que hacer una incisión más grande para terminar la operación de manera segura.

Toda cirugía intestinal implica un cierto riesgo, tal como complicaciones relacionadas con la anestesia y hemorragias o complicaciones de infección. El riesgo de toda operación lo determina en parte la naturaleza de la operación específica. La salud general de la persona y otros problemas médicos también son factores que afectan el riesgo de cualquier operación. Usted debe hablar con el cirujano acerca de su riesgo en particular para alguna operación (J. Fuller, 2012).

Ventajas de Cirugía Laparoscópica:

En comparación con la cirugía tradicional abierta, los pacientes sienten menos dolor, tienen un período de recuperación más breve y hay menos cicatrización con la cirugía laparoscópica (Sarduy y Pouza, 2011).

Tipos de operaciones con cirugía laparoscópica:

La mayoría de las cirugías intestinales puede realizarse con la técnica laparoscópica. Éstas incluyen la cirugía para la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis, cáncer, prolapso rectal y estreñimiento grave.

Anteriormente, había preocupación por la seguridad de la cirugía laparoscópica en las operaciones de cáncer. En la actualidad, varios estudios en los que participaron cientos de pacientes han demostrado que la cirugía laparoscópica es segura para ciertos cánceres colorrectales. (Janer Sepúlveda-Agudelo, 2011)

Colelap:

Colecistectomía por laparoscopia, es la extracción de la vesícula biliar por una vía laparoscopia, es decir el cirujano ingresa al abdomen a nivel del ombligo por medio de un laparoscopio (un pequeño telescopio) conectado a una cámara especial proporcionándole al cirujano una imagen magnificada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión (J. Fuller, 2012).

Indicaciones: Cálculos biliares, inflamación por infección, dolor abdominal intenso debido a un dolor de cólico de vesícula, bloqueo de los conductos biliares.

Complicaciones postoperatorias: Complicaciones en la herida, infección, cicatrices hipertrofiadas y queloides, eventración, hemorragias. Urinarias y renales. (Sarduy, C., Pouza, I. 2011).

Colecistitis

En el 90% de los casos, la colecistitis aguda es causada por la presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar. Otras de las causas también pueden ser enfermedad grave, consumo excesivo de alcohol y, en raras ocasiones, tumores de la vesícula biliar. La colecistitis aguda hace que la bilis quede atrapada en la vesícula. La acumulación de la bilis ocasiona irritación y presión en la vesícula, lo cual puede conducir a infección bacteriana y perforación del órgano. .

Los cálculos biliares ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres y se vuelven más comunes con la edad en ambos sexos. La tasa de este tipo de cálculos es mayor en los aborígenes estadounidenses (López, 2016).

Se define a la colecistitis como la inflamación de la pared de la vesícula biliar. Se debe a la presencia de cálculos en el conducto cístico, que desemboca en el colédoco (López, 2016).

Clasificación.

Colecistitis aguda: Obstrucción del flujo normal de bilis de la vesícula al duodeno. Edema. Reabsorción de la bilis atrapada. En ocasiones llega a la perforación de la pared de la vesícula biliar

Colecistitis crónica: Inflamación persistente de la pared de la vesícula biliar causa fibrosis y contracción del órgano. La fibrosis deteriora la capacidad de la vesícula biliar para concentrar la bilis. La fibrosis disminuye la motilidad de la vesícula biliar. (J. Fuller. 2012)

Tratamiento.

Tratamiento no quirúrgico:

Medidas de sostén y dieta terapia.

Farmacoterapia: Ac. Ursodesoxicólico.

Extracción no quirúrgica de los cálculos.

Litotripsia extracorporeal con choque de onda. Litotripsia intracorporeal.

Tratamiento quirúrgico:

Asistencia preoperatoria. Intervención quirúrgica y sistemas de drenaje:

Colecistectomía.

Colecistectomía laparoscópica.

Coledocostomia.

Colecistostomia

Colecistostomia percutánea. (J. Fuller, 2012)

Complicaciones.

Los cálculos con inflamación crónica de la vesícula biliar pueden provocar: Empeoramiento de la afección, pancreatitis o, rara vez, cáncer de la vesícula biliar, empiema (pus en la vesícula biliar), gangrena (muerte del tejido) de la vesícula biliar, lesión de las vías biliares que drenan el hígado, pancreatitis, peritonitis (inflamación del revestimiento del abdomen) (J. Fuller, 2012).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente que afecta a un tercio de la población adulta. Se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como infarto de corazón, accidente cerebrovascular, daño renal y ocular, entre otras complicaciones. Se puede evitar si se controla adecuadamente (ISBN, 2007).

Causas:

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente llamada “esencial”, “primaria” o “idiopática” aunque existen factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. La herencia (padres o hermanos hipertensos), el sexo masculino, la edad, la obesidad, la ingesta de sal, el consumo excesivo de alcohol, el uso de algunos fármacos (incluso los de venta libre) y la poca actividad física o sedentarismo determinan la hipertensión (ISBN, 2007).

Diagnóstico:

La única manera de detectar la hipertensión es su medición. Muchas personas tienen la presión arterial elevada durante años sin saberlo. Existen dos medidas: la presión arterial sistólica (PAS) o máxima y la presión arterial diastólica (PAD) o mínima. Se considera presión arterial alta (hipertensión) cuando dicha medición máxima es mayor o igual a 140 y la mínima es de 90.

Tratamiento:

La hipertensión, en la mayoría de los casos, no puede curarse, pero si puede controlarse. Para lograrlo debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. La medicación es sólo una parte de ese tratamiento.

El médico también suele recomendar, si es necesario, una alimentación saludable para perder peso, no abusar del consumo de sal y alcohol y la importancia de realizar actividad física con regularidad (ISBN, 2007).

Cuidados:

Reducir el peso corporal si tiene sobrepeso.

Reducir el consumo de sal a 4-6 gramos al día.

Reducir la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres, inferior a 210 gramos.

Realizar actividad física como pasear, correr moderadamente, nadar o andar en bicicleta, de 30 a 45 minutos, un mínimo de 3 veces por semana.

Reducir el consumo de café.

Consumir alimentos ricos en potasio como legumbres, frutas y verduras.

Abandonar el hábito de fumar.

Seguir una alimentación saludable rica en ácidos grasos poliinsaturados

(pescado, maíz, soja, girasol, calabaza) y pobre en grasas saturadas (patatas fritas, productos de pastelería y grasa vacuna). (ISBN. 2007)

Diabetes Mellitus Tipo II

La diabetes de tipo 2 (anteriormente conocida como diabetes de aparición en la adultez o diabetes no dependiente de insulina), es un trastorno crónico que afecta la manera en la cual el cuerpo metaboliza el azúcar (glucosa), el combustible principal del cuerpo.

Con la diabetes de tipo 2, el cuerpo resiste los efectos de la insulina (una hormona que regula el movimiento del azúcar en las células), o bien, no produce la insulina suficiente como para mantener un nivel normal de glucosa. Más común en los adultos, la diabetes de tipo 2 afecta cada vez más a los niños, debido al aumento de la obesidad infantil. No existe cura para la diabetes de tipo 2, pero tal vez puedas controlar

la enfermedad si comes adecuadamente, haces ejercicio y mantienes un peso saludable. Si la dieta y el ejercicio no son suficientes para controlar eficazmente el azúcar en sangre, tal vez necesites medicamentos para la diabetes o tratamiento con insulina. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012).

Causas:

La diabetes de tipo 2 aparece cuando el cuerpo desarrolla resistencia a la insulina o cuando el páncreas deja de producir insulina suficiente. Se desconoce el momento exacto en que se manifiesta, aunque parece que hay factores genéticos y ambientales, como el sobrepeso y la inactividad, que contribuyen a su aparición. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012).

Síntomas:

Con frecuencia, los signos y síntomas de la diabetes de tipo 2 se desarrollan lentamente. De hecho, puedes tener diabetes de tipo 2 durante años, sin saberlo. Fíjate en lo siguiente:

Aumento de sed y frecuentes ganas de orinar. La acumulación excesiva de azúcar en el torrente sanguíneo puede causar que se extraiga líquido de los tejidos. Esto puede provocar sed. En consecuencia, tal vez bebas (y orines) más de lo habitual.

Aumento del apetito. Si no tienes suficiente insulina para transportar el azúcar a las células, los músculos y órganos van perdiendo energía. Esto desencadena un hambre intensa.

Pérdida de peso. A pesar de comer más de lo habitual para saciar el hambre, puede que se pierda peso sin la capacidad de metabolizar glucosa, el cuerpo utiliza combustibles alternativos almacenados en los músculos y la grasa. Las calorías se pierden a medida que el exceso de glucosa se elimina en la orina.

Cansancio. Si las células no pueden obtener azúcar, es posible que sientas cansancio e irritabilidad.

Visión borrosa. Si el nivel de la glucosa sanguínea es muy alto, puede que extraiga líquido del cristalino de los ojos. Esta falta de líquido puede afectar la capacidad de hacer foco.

Llagas de cicatrización lenta o infecciones frecuentes. La diabetes de tipo 2 afecta la capacidad de cicatrizar y de resistir a las infecciones.

Áreas de piel oscurecida. Algunas personas con diabetes de tipo 2 tienen manchas de piel oscura y aterciopelada en las arrugas y los pliegues del cuerpo; habitualmente, en las axilas y el cuello. Este trastorno, denominado acantosis pigmentaria, puede ser un signo de resistencia a la insulina. (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2012)

Factores de riesgo:

Los investigadores no comprenden del todo por qué algunas personas tienen diabetes de tipo 2, y otras no. Sin embargo, está claro que algunos factores aumentan el riesgo, incluidos los siguientes:

Peso. Generalmente, el sobrepeso es un factor de riesgo primario para la diabetes de tipo 2. Cuanto más tejido graso tengas, más resistentes se vuelven tus células a la insulina. No obstante, no tienes que tener exceso de peso para desarrollar diabetes de tipo 2.

Distribución de la grasa. Si el cuerpo almacena la grasa principalmente en el abdomen, el riesgo de diabetes de tipo 2 es mayor que si la almacena en cualquier otro lado, como en las caderas y los muslos.

Inactividad. Mientras menos activo seas, más riesgo tendrás de padecer diabetes de tipo 2. La actividad física ayuda a controlar el peso, utiliza toda la glucosa como fuente de energía y hace que las células sean más sensibles a la insulina.

Antecedentes familiares. El riesgo de diabetes de tipo 2 aumenta si tu padre, tu madre o algún hermano la tienen.

Raza. Aunque no resulta claro por qué, las personas de determinadas razas, como las afroamericanas, las hispanas y las asiáticoamericanas, presentan un riesgo mayor de tener diabetes de tipo 2 que las de raza blanca.

Edad. Riesgo de diabetes de tipo 2 aumenta a medida que se envejece, especialmente después de cumplir 45 años. Probablemente, esto se puede deber a que las personas, a medida que envejecen, tienden a hacer menos ejercicio, perder masa muscular y subir de peso. Pero la diabetes de tipo 2 también está aumentando radicalmente entre los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Prediabetes. La prediabetes es un trastorno en el cual el nivel de azúcar en sangre es más alto que lo normal, pero no es lo suficientemente alto como para clasificarlo como diabetes. Si no se trata, la prediabetes suele avanzar hasta transformarse en diabetes de tipo 2.

Diabetes gestacional. Si se tiene diabetes gestacional cuando se está embarazada, el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 aumenta. Si usted da a luz a un bebé de más de 9 lb (4 kg), también presentará riesgo de tener diabetes de tipo 2.

Síndrome de ovario poliquístico. Para las mujeres, tener síndrome de ovario poliquístico (una enfermedad común caracterizada por períodos menstruales irregulares, crecimiento excesivo de vello y obesidad) aumenta el riesgo de diabetes. (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2012)

Complicaciones:

Puede ser muy fácil ignorar la diabetes de tipo 2, especialmente en las etapas iniciales, cuando se siente bien. Pero la diabetes afecta a muchos de los órganos principales, como el corazón, los vasos sanguíneos, los nervios, los ojos y los riñones. Si se controla los niveles de azúcar en sangre, puede ayudar a evitar estas complicaciones. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012).

Si bien las complicaciones a largo plazo de la diabetes se pueden desarrollar de forma gradual, en última instancia pueden conducir a la pérdida de capacidades o, incluso, a la muerte. Las siguientes son algunas de las complicaciones potenciales de la diabetes:

Enfermedad cardíaca y de los vasos sanguíneos. La diabetes aumenta drásticamente el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, como arteriopatía coronaria con dolor de pecho (angina), ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, estrechamiento de las arterias (aterosclerosis) e hipertensión arterial.

Daño en los nervios (neuropatía). El exceso de azúcar puede dañar las paredes de los vasos sanguíneos diminutos (capilares) que alimentan los nervios, especialmente en las piernas. Esto puede provocar hormigueo, entumecimiento, ardor o dolor, que generalmente comienza en las puntas de los dedos de los pies y las manos y, gradualmente, se extienden hacia arriba. Un control deficiente del azúcar en sangre podría causar, eventualmente, que pierdas toda la sensibilidad de los miembros afectados. El daño en los nervios que controlan la digestión puede causar problemas con náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento. En los hombres, puede aparecer disfunción eréctil.

Daño renal (nefropatía). Los riñones contienen millones de racimos de vasos sanguíneos diminutos que filtran los residuos de la sangre. La diabetes puede dañar este delicado sistema de filtrado. El daño grave puede conducir a una insuficiencia renal o enfermedad renal terminal irreversible, lo que suele requerir finalmente diálisis o un trasplante de riñón.

Daño ocular. La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos de la retina (retinopatía diabética), que puede conducir a la ceguera. La diabetes también aumenta el riesgo de otras afecciones graves de la visión, como cataratas y glaucoma.

Daños en los pies. Los daños en los nervios del pie o un flujo sanguíneo insuficiente en los pies aumentan el riesgo de diversas complicaciones en los pies. Si no se tratan, los cortes y las ampollas pueden dar lugar a graves infecciones, que tal vez no cicatricen como corresponde. El daño grave podría requerir la amputación del dedo del pie, del pie o de la pierna.

Deterioro auditivo. Los problemas de la audición son comunes en las personas diabéticas.

Enfermedades de la piel. La diabetes puede volverte más susceptible a tener problemas en la piel, como infecciones bacterianas y micóticas.

Enfermedad de Alzheimer. La diabetes de tipo 2 puede aumentar el riesgo de tener enfermedad de Alzheimer. Cuanto más deficiente es el control del nivel de azúcar en sangre, mayor parece ser el riesgo. Aún no está clara cuál es la conexión exacta entre estas dos enfermedades. (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2012)

Prevención:

Alimentos saludables. Elegir alimentos con menos contenido de grasa y calorías, y más contenido de fibra. Preferir frutas, verduras y granos integrales.

Realizar actividad física. Tratar de hacer como mínimo 30 minutos por día de actividad física moderada, hacer una caminata rápida diaria, andar en bicicleta

Practicar natación. Si no puede realizar una sesión larga de ejercicios, entonces dividir en sesiones de 10 minutos o más a lo largo del día.

Elimina los kilos. Perder el 7 % de tu peso corporal puede reducir el riesgo de diabetes. Mantener el peso dentro de un rango saludable, realizar cambios permanentes en tus hábitos alimenticios y de actividad física. Motívate recordando los beneficios de bajar de peso (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012).

Modelo teórico***Teoría del déficit de auto cuidado:***

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

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.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería. Ha descrito la teoría general del autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993).

El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse

y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. (Triviño, Z. 2005).

Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos.

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo y analítico porque se analizaron las respuestas del paciente para identificar sus necesidades y problemas potenciales. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería, el mismo que consta de cinco fases: Valoración donde se realizó la recolección de datos de forma sistemática y ordenada; luego de organizar los datos se pasó al proceso de Diagnóstico de Enfermería donde se realizó el análisis de los datos, la identificación de necesidades y problemas de salud, así como los riesgos y fortalezas plasmadas en los diagnósticos de enfermería; una vez concluida esta fase se pasó a la Planificación, donde se realizó la priorización de los diagnósticos enfermeros, se elaboró los objetivos, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar; luego en la Ejecución se administraron al paciente las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-psico-socio-espiritual; finalmente la evaluación donde se determinó si el paciente mejoraba, permanecía estable o se deterioraba .

Sujeto de estudio

Paciente adulta mayor de 65 años, identificada con las iniciales A.C.Z, con diagnóstico médico : Post Operada Inmediato Colectomía Laparoscopia más Destechamiento de Quistes Hepáticos en la unidad de recuperación post anestésica de un Hospital de EsSalud de Lima.

Delimitación geográfica temporal

El proceso de atención de enfermería se aplicó en la unidad de recuperación posanestésica de un Hospital de EsSalud de Lima, ubicada en el Distrito de Villa María del Triunfo, Av. Defensores de Lima con la Av. 26 de noviembre sin número, fundado el 30 de abril del año 2014, cuenta con diversas especialidades médicas.

La unidad de Recuperación Post Anestésica consta de 10 camas para su atención del paciente post operado inmediato, cuenta de 10 licenciadas en enfermería y 10 técnicos en enfermería, en turno rotativos y medios turnos, cuenta con 32 Médicos Anestesiólogos, 1 Médico por turno en el servicio de Reanimación Post Anestésica, la proporción del cuidado de enfermería es de 5 paciente a 1 enfermera.

El total de ingreso de paciente a la unidad de Recuperación Post Anestésica es aproximadamente de 25 pacientes por día, de diversas especialidades como: Otorrinolaringología, procedimientos de Gastroenterología, Traumatología, Cirugía General, Urología, Neurocirugía, Odontopediatria y Ginecológicas.

La estructura física de la unidad de Recuperación Post Anestésica cuenta con un monitor multiparámetros para cada cama, balastro que tiene luz, oxígeno empotrado, punto de aspiración, punto de entrada de electricidad, contamos con 1 coche de paro con su desfibrilador, y 10 ventiladores savina que se rotan semanalmente, con un ventilador portátil oxilog, con un ambiente de ropería, coche de unidosis para la preparación de medicamentos, cortinas corredizas en “U” para la individualidad del paciente.

Técnica de recolección de Datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Guía de Valoración de Marjory Gordon, que consta de once

patrones funcionales de salud, tales como: Percepción - control de la salud, nutricional - metabólico, eliminación, actividad, - ejercicio, descanso - sueño, perceptivo - cognitivo, autopercepción - autoconcepto, relaciones – rol, sexualidad - reproducción, tolerancia afrontamiento al estrés, valores y creencias. Para la organización de los cuidados, se utilizó el formato del plan de cuidados funcional que consta de: diagnóstico del enfermero, objetivo general, resultados esperados, intervenciones de enfermería, ejecución y evaluación.

Consideraciones Éticas

En este trabajo se respetaron los principios éticos durante la aplicación como son; la participación libre mediante un consentimiento informado y voluntaria.

Los actos humanos son aquellos actos libres, racionales y voluntarios, es decir, aquellos actos sobre los cuales la persona tiene conciencia del control que puede realizar sobre ellos.

Los principios éticos principales que debemos tener en cuenta para la buena práctica de nuestra profesión están encaminados a restablecer la salud de los individuos; mediante los conocimientos de los siguientes valores y principios:

Valor fundamental de la vida humana: representa la inviolabilidad de la vida humana.

El derecho a la vida: es un derecho de superioridad que responsabiliza a cada ser humano de su propia vida.

Beneficencia y no maleficencia: es la obligación de hacer el bien y evitar el mal.

Doble efecto: orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Justicia: en la profesión de enfermería no se refiere a la disponibilidad de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas del usuario en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico; y que se introduce en un trato humano.

Autonomía: simboliza a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones acerca de sus valores y convicciones personales que es respetar la individualidad.

Confiabilidad: se refiere al personal de enfermería que se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y honestidad al transmitir información, dar confianza, realizar procedimientos propios de la profesión y ofrecer ayuda. El personal de enfermería debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad a los usuarios y personas que lo requieran.

Tolerancia: es el valor de la dignidad humana. Hace referencia a un mal que sea permitido por una razón determinada, la enfermería debe ser capaz de identificar la tolerancia de la debilidad y de un mal entendido respecto a la libertad y a la democracia, excluyendo el fanatismo, sin hacerse cómplice de sus errores en sus decisiones y actuaciones.

Privacidad: el fundamento de este principio es la intimidad de una persona, familia o grupo que consiste en no divulgar y permitir que se conozca la información confidencial, que directa o indirectamente se obtenga de la vida, la salud y la enfermedad y las causas de las muertes de quienes de algún modo se relacionen al ejercicio profesional, por lo tanto, la enfermera debe de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar a la dignidad de las personas a su cuidado.

Veracidad: se define como la obligación a decir la verdad y no mentir o engañar a otro, es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y en las relaciones de atención a la salud, tenemos el deber de ser veraces en el trato con el usuario a nuestro cuidado.

Fidelidad: obligación que se refiere a cumplir con los compromisos en relación al cuidado y el personal de enfermería con el cumplimiento de promesas y el mantenimiento de la confidencialidad.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 3. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnostico 1	1	20				
Diagnostico 2	1	20				
Diagnostico 3			1	20		
Diagnostico 4			1	20		
Diagnostico 5			1	20		
Total	2	40	3	60		

Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se evidencia que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 60% fueron parcialmente alcanzados, el 40% objetivo alcanzado.

Las acciones de enfermería son priorizadas en cuanto identifiquemos los problemas durante la observación, valoración general y exhausta del paciente post operado inmediato, ya que por su condición no verbalizan los problemas por estar con efectos de sedantes y anestésicos.

Las características principales de las complicaciones de las cirugías laparoscópicas son importantes manejarlas, es por ello que se logró aplicar con mayor éxito este proceso de atención de enfermería.

Análisis de los diagnósticos

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor, EVA: 5/10.

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2009) definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nocicepción puede estar influida por otros factores. Según los tipos de dolor tenemos:

Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

Existen varias escalas de valoración para evaluar el dolor. Hay escalas de valoración de la intensidad y el alivio del dolor de un solo apartado, como la escala analógica visual (unidimensional) o la escala de valoración verbal, y evaluaciones de varios apartados (multidimensionales) que no sólo miden la intensidad del dolor, sino también otras dimensiones de la experiencia del dolor, como aspectos emocionales, afectivos, cognitivos y sociales. (Jorge Malouf, Josep-E.Baños; 2003)

La valoración del dolor con una escala analógica visual EVA, es una parte esencial de la evaluación del dolor. Esto permite hacer alguna forma de comparación y facilita la evaluación de la eficacia del tratamiento. La facilidad de uso de la EVA ha conllevado su adopción generalizada para medir la intensidad del dolor en estudios clínicos. Además, la Escala Visual Análoga de intensidad del dolor ha demostrado de manera sistemática sensibilidad a los cambios del grado de dolor asociado al tratamiento, sobre todo en estados de dolor agudo.

El paciente a la valoración, después que despierta esporádicamente de los efectos del anestésico, se manifiesta por medio de gestos la sensación de dolor, facies de dolor, diaforesis e intranquilidad, por ello evaluamos la escala numérica del dolor un EVA de 5– 10 puntos, de acuerdo a la valoración se realiza las actividades e intervenciones de enfermería.

La paciente en estudio, presenta dolor, y lo notamos por la expresión facial del dolor y la intranquilidad, midiendo con la escala visual análogo del dolor, EVA: 5/10 puntos.

Hipotermia relacionada con efectos post anestésicos evidenciado por temperatura corporal de 35. 8° C, escalofríos, piel fría.

El diagnóstico de hipotermia primaria o hipotermia relacionada con trauma se establece exclusivamente mediante la historia clínica y el examen físico, signos y síntomas. El estrés producido por temperaturas bajas estimula el sistema nervioso simpático, lo que produce taquicardia, vasoconstricción periférica y temblor. El flujo sanguíneo cerebral desciende 6% por cada grado centígrado que baja la temperatura

corporal. Las manifestaciones neurológicas son fatiga, confusión, alucinaciones, letargia (Edgar Celis, 1996).

Según la guía de manejo de Hipotermia en Cirugía, define La hipotermia (temperatura corporal central menor de 36° C) es el trastorno de la temperatura más frecuente en pacientes quirúrgicos. En general, debe ser evitada para reducir la morbimortalidad y los costes derivados. La temperatura debe ser considerada como una constante vital más y, todo el personal implicado en el cuidado del paciente quirúrgico debe estar concienciado con el sostenimiento de la misma dentro de la normalidad. El mantenimiento de la temperatura corporal es el resultado del balance entre la producción y la pérdida de calor.

La regulación de la temperatura se lleva a cabo mediante un sistema de retroalimentación positiva y negativa en el sistema nervioso central. El mejor método para asegurar la normotermia es la prevención. Es obligado el calentamiento activo intraoperatorio y en el post operatorio del paciente. El sistema más eficaz, sencillo y barato para prevenir y tratar la hipotermia es el que emplea aire caliente.

La paciente en estudio, presenta Hipotermia y lo notamos por presentar Taquicardia, Escalofríos, Piel fría al tacto, y a la valoración de T° 35.8 con datos específicos.

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

Según las investigaciones refiere que este diagnóstico de enfermería o etiqueta se utiliza cuando existen lesiones amplias, más profundas de la dermis que abarcan distintas estructuras.

La herida es la respuesta a una agresión mecánica, provocada por un acto quirúrgico o un traumatismo, entendiendo como tal toda acción violenta ejercida sobre el organismo que de cómo resultado una solución de continuidad de los tejidos.

La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma.

Según la OMS, hay que tener en cuenta el proceso de cicatrización de las heridas:

La fase inflamatoria: la respuesta vascular y celular es inmediata. Cuando hay lesiones de los vasos sanguíneos microscópicos, los diversos componentes de la sangre salen del espacio vascular durante unos dos o tres días, con lo que surge edema, color, rubor y dolor en el área lesionada.

Fase de epitelización: comienza a las 24 horas con la migración de las células de la capa basal de la epidermis hacia la herida.

Fase celular o de neoformación vascular: se inicia a las 24-48 horas con la transformación de las células mesenquimales en fibroblastos.

Fase proliferativa: Durante un periodo comprendido entre cinco y 20 días se produce colágeno, se forma tejido de granulación e incrementa la resistencia de la herida a la tracción.

La paciente en estudio presenta lesión tisular por herida operatoria, por lo que presenta deterioro de la integridad tisular de la salud del paciente, por lo tanto, una mala manipulación sin técnica aséptica puede llevar a un deterioro de la herida operatoria y luego a una infección generalizada.

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos y disminución de la hemoglobina (Hb: 9.1 g/d).

Según la Infusión Nurses Society (2011) define a la canalización venosa periférica en la colocación de una cánula en el interior de una vena para mantener un acceso venoso abierto. Los vasos más adecuados para la venopunción son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basílica y vena mediana del brazo. La colocación de este equipo produce en la piel la ruptura de la misma, disponiendo de esta manera una puerta de acceso para los microorganismos.

Por otro lado, Richard (2006), nos dice que la sonda vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior. El cateterismo o sondaje vesical es un procedimiento invasivo frecuente en los ingresos hospitalarios, puesto que se realiza en un 10-15% de estos, y es la causa más frecuente de infección urinaria (Pearson, 2010).

Los mecanismos de contagio más comunes son la contaminación en el momento del sondaje, ya sea por microorganismos de la región perineal o por contaminación de las soluciones antisépticas, instrumental, etc., y la higiene deficiente y/o incorrecta de las manos del personal de salud al efectuar el sondaje o al manipular la sonda, puesto que

ambos facilitan la migración retrógrada de microorganismos por la luz de la sonda. La duración del sondaje urinario es también un factor importante que determina la probabilidad de adquirir una infección urinaria: a los 10 días, cerca del 50% de los pacientes sondados pueden presentar bacteriuria y a los 28 días aparece prácticamente en el 100% de los casos (Pearson, 2010).

La paciente en estudio presenta líneas invasivas, los mismos que ponen en riesgo la salud del paciente. En primer lugar, el paciente tiene colocado catéter venoso periférico en el miembro superior Izquierdo, por lo tanto, una mala manipulación sin técnica aséptica nos puede llevar a una infección en la zona de inserción y luego a una infección generalizada.

También tiene colocado una sonda vesical, que, si no es manipulado responsable y asépticamente, puede causar una posible infección de las vías urinarias deteriorando la salud del paciente.

Riesgo de sangrado relacionado con herida operatoria y dren Penrose.

El Sangrado o Hemorragia es el escape de sangre del sistema vascular a través de una solución de continuidad que se produce a cualquier nivel del mismo, esto es corazón, arterias, venas y territorio capilar.

Cuando el sangrado se produce a nivel de vasos muy pequeños o del territorio capilar los puntos sangrantes pueden alcanzar una superficie muy amplia por donde salen de manera continua pequeñas cantidades de sangre por cada punto sangrante.

El sangrado post-operatorio es sangrar después de la cirugía. La incisión puede sangrar, pero el sangrado también puede ocurrir en el interior de su cuerpo. El sangrado

puede empezar de inmediato o se puede iniciar un par de días después de la cirugía. El sangrado post-operatorio puede ser de peligro mortal.

Se puede evaluar mediante el vendaje que cubre su incisión está empapado de sangre, ansiedad o confusión, ritmo cardíaco más rápido de lo acostumbrado para usted, respiración más rápida de lo normal para usted o tiene dificultad para respirar, orina menos que lo acostumbrado para usted o nada en absoluto.

La paciente en estudio presenta drenajes con secreción serohemática por traumatismo y una intervención quirúrgica, los mismos que ponen en riesgo la salud del paciente. Porque puede causar una posible complicación de sangrado mayor deteriorando la salud del paciente.

Discusión

La paciente en estudio, adulta mayor con antecedente patológicos de Diabetes Mellitus y de Hipertensión Arterial, presenta dolor que se define como una sensación desagradable que es ocasionada por una lesión tisular, real o potencial, mediante el cual es evaluada en la paciente por medio de la expresión facial del dolor mostrando intranquilidad y midiendo con la escala visual análogo del dolor, EVA: 5/10, El dolor es una de las complicaciones más comunes de una intervención quirúrgica, y por ello es parte fundamental de los cuidados priorizados de la atención de enfermería en el servicio de Reanimación post Anestésico de un Hospital de EsSalud de Lima.

La paciente en estudio, intervenida de Post Operada Inmediato Colectomía Laparoscopia más Destechamiento de Quistes Hepáticos, presenta hipotermia que es uno

de las complicaciones de las cirugías y de la aplicación de los anestésicos, se evalúa a la paciente y notamos que presentó taquicardia mayor de 100 pulsaciones del corazón por minuto, se observó escalofríos, piel fría al tacto y a la valoración de T° fue de 35.8 datos específicos. Se sabe que la hipotermia es la temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación, en muchos casos es una de las complicaciones que pueden llevar a la muerte del paciente, por ello las acciones de la enfermera en este proceso de Atención de Enfermería, se priorizo la hipotermia, para mejor manejo de su paciente en la unidad de Recuperación post Anestésico de un Hospital de EsSalud de Lima.

La paciente en estudio presenta lesión tisular por herida operatoria, se sabe que las Intervenciones quirúrgicas presentan complicaciones en la herida in situ, Infección de la herida, eventración, la aplicación de nuestra atención de cuidados de enfermería en el paciente pos operado inmediato, se define como lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, capsula articular y/o ligamento, para ello la vigilancia de signos y síntomas de infección o de flogosis en nuestra valoración cefalocaudal es importante para su pronta recuperación de la paciente, por ello se toma como prioridad el cuidado de la piel en la unidad de Recuperación post Anestésico de un Hospital de EsSalud de Lima.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

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

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

Se logra alcanzar los objetivos propuestos en su mayoría parcialmente alcanzados y alcanzados gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Las acciones de enfermería son priorizadas en cuanto se identificaron los problemas durante la observación, valoración general y exhausta del paciente posoperado inmediato, ya que por su condición no verbalizan los problemas por estar con efectos de sedantes y anestésicos.

Las características principales de las complicaciones de las cirugías laparoscópicas son importantes manejarlas, es por ello que se logró aplicar con mayor éxito este proceso de atención de enfermería, disminuyendo y mejorando los problemas del paciente en su recuperación.

Recomendaciones

Es necesario que el Departamento de Enfermería de la unidad de Recuperación Post Anestésico, evalúe a su personal profesional de Enfermería diariamente para poder determinar cuáles son los factores o motivos por el cual el profesional no aplica las acciones de Bioseguridad.

Es conveniente para el personal enfermero saber identificar y determinar cuáles las posibles complicaciones, causas y características de riesgo con las complicaciones de las Colelap sus consecuencias, con el fin de minimizar los factores implicantes para la aparición de los riesgos en el servicio, brindando cuidados que no tienen calidad.

A la Universidad Peruana Unión ciencias de la Salud con sus programas, es recomendable seguir realizando trabajos de investigación sobre el proceso de atención de enfermería en paciente posoperado inmediato para identificar los resultados, si se ha logrado cambios.

Por todo lo expuesto esta investigación es importante porque servirá de guía para la realización de otros proyectos de investigación al área correspondiente de salud.

Referencias bibliográficas

- Beers, Mark H. y Robert Berkow. *Cardiovascular Disorders. The Merck Manual of Geriatrics*. Versión Internet 2000.
- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al día*, 163-180.
- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. In F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., pp. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Brenes Coto, L. (2013, setiembre). *revista medica de la universidad de costa rica* . Retrieved from <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12433/10000-14261-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- bulechek, G. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. España: DRK.
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Cortez Cuaresma , G. (2017). *Guia para aplicar taxonomia II. NANDA I. NIC. NOC*. Lima: Rodhas.
- CORTEZ, G. (2017). *Guia para aplicar taxonomia ii nanda i nic noc*. lima: rodhas .
- Cruz, C., & Estecha, A. (2005). *Shock septico*. Malaga.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Retrieved from www.reeme.arizona.edu

- Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. In *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 363-370).
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermería intensiva*, 74-82.
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Herdman, H. (2015 - 2017). *NANDA Diagnosticos enfermeros*. España: DRK.
- Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la practica de enfermería* (Tercera ed.). Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Ibañez Aguirre, F. (2017, agosto). *cuidados de enfermería con pacinetes de cancer de colon*. Retrieved from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-cancer-de-colon/2/>
- Jhonson, M. (2014). *Clasificacion de resultados de enfermería NOC*. España: DKR.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.
- Kotcher, J., & Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirurgica: teorías, técnicas y procedimiento*. Barcelona: Panamericana.
- Lopez Rocha, S. (2016). *Manual de Enfermería Medico Quirurgico* . Lima.
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacologi medica*. Buenos aires: Catedras.
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Muñoz, A., Garcia, C., & Lopez, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.

- Perez, G. (2016). *Gasometria Arterial*. Retrieved from <https://www.gasometria.com/>
- Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- ROCHA, S. L. (2016). *MANUAL DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO*. LIMA.
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapeutica medica*. Madrid: Elsevier.
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirurgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina critica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermeria medico- quirurgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.
- Tovar Noroña, J. (2013). *Planes de Cuidado de Enfermeria por patologia medica*. huancayo.
- Witter, B. (2000). *Tratado den enfermeria practica*. Mexico: Interamericana.

Apéndice

Apéndice A: 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 a paciente post operado de Colectomía Laparoscópica más Destechamiento de Quistes Hepáticos. Unidad de Recuperación Post Anestésica de un Hospital de Es Salud”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: En la Unidad de Recuperación Post Anestésica Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Liz Yanina Huarcaya Rivera, bajo la asesoría de la Lic. María teresa Cabanillas La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre del paciente: A.C.Z DNI:

Fecha: 23 de enero del 2018

Firma del paciente

.

Apéndice B: Guía de valoración

GUÍA DE VALORACIÓN

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: ARRIBASPLATA CABANILLAS ZOILA	Edad: 65 años Sexo: Femenino Fecha de ingreso al servicio: 23/ 01/ 18
Hora: 23:20 HC: 1172210 Cama de REA: Procedencia: Ambulatorio	Hospitalización: Emergencia: <input checked="" type="checkbox"/> Otro
Dx. PRE Operatorio: COLELAP Interv. Quirúrgica Realizada: PO COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA + DESTECAMIEN TO DE QUISTES HEPATICOS	
Médico cirujano: DR. HIDALGO FLORES, E. Médico Anestesiólogo: DR. PACHECO INGARUCA, D.	Tiempo Intraoperatorio: 1.5 horas Tipo
de Anestesia: General Enfermera que recepciona: Lic. Liz Huarcaya	
Funciones Vitales: Fc: 110 x SatO2: 98 % P/A: 97/60 Tº: 35.8 Fr: 17	Peso: 65 kg Estatura: 1.58 cm

<p>PATRÓN 1: PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD</p> <p>Antecedentes de Enfermedad: NO () SI (x) HTA (x) DM (x) Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Medicación Habitual: Losartan 50 mg c/ 12 horas Metformina 850 mg c/ 24 horas Antecedente Quirúrgicos: NO (x) SI () Alergias: NO (x) SI () OTROS: _____ Brazaletes de RAM: NO (x) SI () en _____ Medicamentosa: _____ No _____ Alimentos: _____ No _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco: NO (x) SI () Consumo de alcohol: NO (x) SI () Consumo de drogas: NO (x) SI () Estado de higiene: Buena () Regular (x) Mala () Uñas contaminadas, hongos en pies</p> <p>PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO</p> <p>Estado de la piel: Húmedas: () Secas: (x) Otros: _____ Pálidas (x) Ictéricas () Cianótica: () Diaforesis: NO (x) SI () Termorregulación: Escalofríos (x) Piloerección () Cavidad oral: Mucosa oral: Intacta (x) Lesiones () Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta (x) Prótesis () NPO: NO () SI (x) Tiempo: + de 24 horas Nutrición Parenteral: NO (x) SI () SNG: NO (x) SI () Alimentación () Drenaje: NO (x) SI () _____ Características: _____ Vómitos: NO (x) SI () Náuseas: NO (x) SI () Regurgitaciones: NO (x) SI () Abdomen: Blando () Depresible () Globuloso () Distendido (x) Timpánico () Doloroso (x) RHA: Presentes () Disminuidos (x) Ausentes () Aumentados ()</p> <p>Herida operatoria: NO () SI (x) Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso () Moderado () Severo () Cantidad: _____ cc Drenajes: NO () SI (x) Tipos: DPR Especificar: Serohemático Volumen: 300 cc</p> <p>PARENTERAL INTRAOPERATORIO: Ingresos Solución Salina: NO () SI (x) Volumen: 600 cc Solución Dextrosa: NO (x) SI () Volumen: cc</p>	<p>Coloides: SI () NO (x) Vol: _____ Tratamiento: Volumen: 600 cc Hemoderivados: NO (x) SI () BH: + 300 CC PARENTERAL POST ANESTESICO - RECUPERACIÓN: Ingresos Solución Salina: NO () SI (X) Volumen: 800 cc Solución Dextrosa: NO (X) SI () Volumen: _____ cc Hemoderivados: NO (X) SI () Plasma Fresco: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc Paquete Globular: Paquetes: _____ Volumen: _____ cc BH: + 400 CC</p> <p>PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</p> <p>Presencia de líneas invasivas: Tipo: Sonda Foley NO () SI (X) Talla Vesical NO (X) SI () Características de la orina: Clara () Coluria (X) Hematúrica () Sedimentosa () Diuresis: 200 cc Irrigación vesical: NO (X) SI () Cuanto por pasar: _____ cc Características de la orina: Clara () Hematúrica: ___/ +++ Reflejo urinario: SI () NO (X) Vol: _____ cc Colostomía: NO () SI (X) Vol: 300 cc Características: Bolsa de Colostomía con DPR</p> <p>PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO</p> <p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</p> <p>Respiración: Superficial (x) Profunda () Polipnea: NO (x) SI () Bronco espasmo: NO (x) SI () Ruidos respiratorios: Claros (x) Disminuidos () Ausentes () Crepitantes () Roncantes () Sibilantes (x) Tos ineficaz: NO (x) SI () Reflejo de la tos: Presente Disminuido x Ausente Secreciones: NO (x) SI () Características: _____ O2: NO () SI (x) Modo: Mascara Reservorio l/min./FIO2: 70 % TET: () Traqueotomía: () VM: () Sat. O2: _____ Drenaje torácico: D/I NO () SI ()</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA</p> <p>Ruidos cardiacos: Rítmicos (x) Arrítmicos () Pulso: 110 X' Regular () Irregular () Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente () Llenado capilar: menos 2 Edema: NO (x) SI () Localización: _____ + (0 - 0.65 cm) () ++ (0.65 - 1.25cm) () +++ (1.25 - 2.50cm) () Riego periférico MII Tibia Fría (x) Caliente MID Tibia Fría (x) Caliente MSI Tibia Fría (x) Caliente MSD Tibia Fría (x) Caliente Marcapasos: NO (x) SI () Tipo: _____</p>
---	--

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: Si
 Catéter Central: No
 Línea arterial: No
 Catéter epidural: No

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1: Independiente () 3: Totalmente dependiente (x)
 2: Parcialmente dependiente ()
 3: Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez (x)
 Contractura () Parálisis ()
 4: Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)
 Comentarios adicionales: _____

ESCALA MORSE - RIESGO DE CAIDA		
Antecedentes de caída	NO	0
	SI	25
Diagnóstico secundario	NO	0
	SI	15
Ayuda para deambular		0
		5
		0
Vía venosa	NO	0
	SI	0
Marcha		0
		5
		0
Alterada requiere asistencia		0
Conciencia / Estado mental		
	Consciente de sus capacidades y limitaciones	
No consciente de sus limitaciones		5

Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo alto
Hasta 24	25 - 44	45 y mas

Riesgo: 60 pts

PATRÓN 6: PERCEPTIVO - COGNITIVO

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta Verbal
Espontánea 4	Espontánea, normal 6	Orientada 5
A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa 4
Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras inapropiadas 3
Ninguna 1	Descorticación 3	Sonidos incomprensibles 2
	Descerebración 2	Ninguna 1
	Ninguna 1	

Puntaje: _____ pts. Paciente con efectos de Anestesia

Riesgo de autolesión SI ____ NO: X

Escala de Valoración del Dolor EVA:



Puntaje 0 al 10: 5 pts.

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características	Puntos	
Actividad	Muevo 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Muevo 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	PA ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA ≥ 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO ₂	Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

Puntaje: 6 Pts.

ESCALA DE SEDACION – AGITACION RASS:

4	3	2	1	0	1	2	3	4	5

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Colabora: NO () SI (X) No Colabora: NO () SI ()
 Tranquilo: NO (X) SI ()
 Ansioso: NO () SI (X)
 Negativo: NO (X) SI ()
 Triste-lloroso: NO (X) SI ()
 Reservado: NO (X) SI () Temeroso: NO () SI (X)
 Irritable: NO (X) SI () Indiferente: NO (X) SI ()
 Preocupaciones principales /comentarios: _____

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Ocupación: Empleada Domestica
 Estado civil: Soltero () Casado/a (x)
 Conviviente () Divorciado/a () Otros: _____
 ¿Con quién vive?
 Solo () Con su familia (x) Otros: _____
 Fuentes de apoyo: Familiar (x) Social () Otros _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Genitales:
 Sangrado vaginal: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()
 Cantidad: _____ cc
 Características: _____
 Tapón Vaginal: NO (x) SI () _____

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Religión: Católica
 Restricciones religiosas: Ninguna
 Otros: _____

Firma y Sello de la Enfermera:

Apéndice C: Kardex de enfermería

UNIDAD DE RECUPERACION

Paciente: A.C.Z

Cama: 04

Procedencia: Emergencia

Diagnóstico: Post Operada Inmediato Colectomía Laparoscopia más Destechamiento de Quistes Hepáticos.

Edad:

HC:

Ram: Niega

FECHA	23/01/18	24/01/18
Dextrosa 5% 1000cc c/ 12 hr.	I - II	
Hipersodio 20% (1/2 amp)	I - II	
Hipersodio 20% (1/2 amp)	I - II	
Ceftriaxona 2 gr EV c/ 24 Hr.	24	
Metamizol 1 gr EV c/ 8 Hr.	14 - 22 - 06	
Ranitidina 50 mg EV c/ 8 Hr.	14 - 22 - 06	
Metoclopramida 10 mg EV c/8 Hr.	14 - 22 - 06	
DIETA	NPO	
PROCEDIMIENTOS		
INVASIVOS:		
Sonda Foley:		
Sonda Nasogástrica:		
Catéter periférico:		

Apéndice D: Fichas farmacológicas

Nombre genérico: Ceftriaxona.

Nombre comercial: Rocefalín.

Clasificación: Antibiótico.

Indicaciones: Tratamiento de septicemia, infecciones intra abdominales, ginecológicas, del tracto respiratorio, de la piel y de los tejidos blandos, infecciones urinarias complicadas e infecciones óseas. Tratamiento de la endocarditis bacteriana. Tratamiento de la meningitis bacteriana. Tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario. Tratamiento de enfermedad inflamatoria pélvica. Profilaxis de infecciones en intervenciones quirúrgicas.

Mecanismo de acción: La ceftriaxona, como todos los antibióticos beta-lactámicos es bactericida, inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina (PBPs)" que se localizan en dicha pared. Las PBPs son responsables de varios de los pasos en la síntesis de la pared bacteriana y su número oscila entre varios cientos a varios miles de moléculas en cada bacteria. Estas proteínas son diferentes para cada especie bacteriana, por lo que la actividad de cada uno de los antibióticos b-lactámicos depende de la capacidad de estos para acceder y unirse a dichas proteínas. En todos los casos, una vez que el antibiótico se ha unido a las PBPs estas pierden su capacidad funcional, con lo que la bacteria pierde su capacidad para formar la pared, siendo el resultado final la lisis de la bacteria. Esta lisis se debe a las autolisinas bacterianas cuya actividad es, al parecer exaltada por los cefalosporinas de segunda y tercera generación, que son capaces de interferir con un inhibidor de las autolisinas.

La presencia de un grupo aminotiazolilacetilo y de una cadena lateral en la posición 7 de un grupo metoximino aumenta la actividad antibacteriana de la ceftriaxona, en particular frente a las enterobacterias.

Reacción adversa/efectos adversos:

Frecuentes: náusea, vómito, diarrea moderada, dolor abdominal, anorexia, candidiasis oral, dolor en el sitio de la inyección intramuscular.

Poco frecuentes: reacciones alérgicas leves, prurito, erupción cutánea.

Dosis:

Adultos: La dosis usual para el tratamiento de infecciones causadas por organismos susceptibles es de 1-2 g en una sola administración o dividida en 2 dosis diarias, dependiendo del tipo y severidad de la infección.

Dosis pediátrica: Para el tratamiento de infecciones serias y otras infecciones del SNC causadas por organismos susceptibles la dosis usual para neonatos y niños menores de 12 años es de 50-75 mg/kg, no excediendo de 2 g diarios en dosis iguales divididas cada 12 horas.

Cuidados de enfermería:

Lavado de manos

Tener en cuenta los cinco correctos.

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

Control de signos vitales. y B.H.

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

Observar reacciones de hipersensibilidad. Hipoprotrombinemia.

Administrar líquidos y electrolitos en caso de colitis pseudomembranosa moderada.

Observar cavidad oral y realizar higiene oral en caso de presentar candidiasis. 10.

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

Nombre genérico: Metamizol.

Nombre comercial: Antalgina. Nolotil.

Clasificación: Antiinflamatorio, analgésico.

Indicaciones: Dolor agudo post-operatorio o post-traumático. Dolor de tipo cólico. Dolor de origen tumoral. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos.

Mecanismo de acción: Antipirético por excelencia, aunque su mecanismo de acción provoca una elevación de la temperatura en los primeros 20-30 min de acción (debe acompañarse de medidas antitérmicas físicas).

Reacciones adversas/efectos adversos: La administración de metamizol puede aumentar el riesgo de reacciones anafilácticas y agranulocitosis. Ambas reacciones pueden aparecer en cualquier momento después de iniciado el tratamiento y no muestran relación con la dosis diaria administrada. El riesgo de aparición de un shock anafiláctico parece ser mayor con las formas parenterales. En raras ocasiones se ha observado disminución del número de plaquetas en sangre. Pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad en la piel y en las membranas mucosas. Muy raramente se han descrito graves reacciones cutáneas con aparición de ampollas, que incluso pueden amenazar la vida. En pacientes con fiebre alta y/o tras una inyección rápida, puede haber una disminución de la tensión, sin signos de hipersensibilidad. Se han descrito ocasionalmente problemas renales con inflamación, disminución de la cantidad de orina y aumento de la excreción de proteínas con la orina,

principalmente en pacientes con depleción de volumen, en pacientes con historia previa de insuficiencia renal o en casos de sobredosis. Puede producirse dolor en el punto de inyección, especialmente tras la administración intramuscular.

Dosis:

Vía oral: de 1 a 2 g cada 8 horas

Vía parenteral: una ampolla de 2 g de metamizol por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, salvo criterio médico, sin sobrepasar las 3 ampollas por día.

Cuidados de enfermería:

Observar la aparición de efectos colaterales y RAM.

Administrar en vía periférica, verificar su permeabilidad.

Valorar la presencia de trastornos hematológicos.

Se puede administrar con o sin alimentos (disminuir trastornos gastrointestinales).

Si se administra por vía IM debe ser profunda.

Si es Ev directa debe ser lenta 3 – 5 min.

Si es Ev intermitente administrar por Volutrol.

Si es Ev intermitente diluir en 50 – 100ml de SF o Dext. 5% en 30 – 60 min.

Control de las funciones vitales.

La administración EV rápida puede provocar sensación de calor, sofoco, palpitaciones, náusea, hipotensión y shock

Nombre genérico: Ranitidina.
Nombre comercial: Alquen. Coralen.
Clasificación: Antiulceroso.

Indicaciones: Tratamientos cortos de úlcera duodenal activa durante 4 semanas. Terapia de mantenimiento para pacientes con úlcera duodenal después del periodo agudo a dosis menores. En el tratamiento de hipersecreción patológica (síndrome Zollinger-Ellison y mastocitosis sistémica). En úlcera gástrica activa para tratamientos cortos y después para terapia de mantenimiento por periodos de 6 semanas. En el tratamiento del síndrome de reflujo gastroesofágico. En esofagitis erosiva diagnosticada por endoscopia.

Mecanismo de acción: La Ranitidina inhibe de forma competitiva la unión de la histamina a los receptores de las células parietales gástricas (denominados receptores H₂) reduciendo la secreción de ácido basal y estimulada por los alimentos, la cafeína, la insulina o la pentagastrina. La ranitidina reduce el volumen de ácido excretado en respuesta a los estímulos con lo cual, de forma indirecta, reduce la secreción de pepsina. La ranitidina no tiene ningún efecto sobre la gastrina, ni afecta el vaciado, la motilidad gástrica, la presión intraesofágica, el peristaltismo o las secreciones biliares y pancreáticas. Tampoco tiene propiedades anticolinérgicas. La ranitidina muestra un efecto cicatrizante sobre la mucosa gastrointestinal, protegiéndola de la acción irritante del ácido acetilsalicílico y de otros fármacos antiinflamatorios no esteroídicos. Los antagonistas H₂ sólo no erradican el *Helicobacter pylori* y se deben utilizar siempre asociados a un régimen antibiótico adecuado con 2 o más antibióticos como la amoxicilina + claritromicina, amoxicilina + metronizadol, u otras combinaciones.

La ranitidina estimula ligeramente la secreción de prolactina, pero no tiene ningún efecto sobre la secreción de gonadotropina, TSH o GL. Tampoco afecta los niveles plasmáticos de cortisol, aldosterona, andrógenos o estrógenos.

Reacción adversa/efectos adversos:

Poco frecuentes: dolor abdominal, estreñimiento, náuseas (estos síntomas mejoran generalmente con el tratamiento continuado).

Dosis:

Una tableta de 150 mg 2 veces diarias, por la mañana y antes de acostarse o una tableta de 300 mg antes de acostarse. Ampollas: Adultos y niños mayores de 12 años 50 mg I.M. cada 6-8 horas.

Cuidados de enfermería:

Planificar el horario de administración.

Monitorizar constantes vitales y nivel de sensorio.

Administrar EV directa en forma lenta en 5 minutos, diluyendo los 50 mg en 20 ml de solución salina, glucosada o Suero fisiológico, en un lapso de 15 – 30 min.

La administración EV intermitente es preferible por el riesgo de bradicardia.

Valorar la función renal en pacientes con enfermedad renal (ajustar dosis) ya que su eliminación es renal y se debe usar con precaución en insuficiencia hepática.

Nombre genérico: Metoclopramida.

Nombre comercial: Primperan.

Clasificación: Antiemético.

Indicaciones: Tratamiento sintomático de náuseas y vómitos. Trastornos funcionales de la motilidad digestiva. Preparación de exploraciones del tubo digestivo.

Prevención y tratamiento de las náuseas y de las emesis provocadas por radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia antineoplásica. Prevención de náuseas y vómitos postoperatorios.

Mecanismo de acción: Antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina (vómito inducido). Antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT₃ y agonismo de los receptores 5-HT₄ implicados en el vómito provocado por la quimioterapia. También posee una actividad procinética: Antagonismo de los receptores D2 al nivel periférico y acción colinérgica indirecta a facilitar la liberación de acetilcolina.

Reacción adversa/efectos adversos: Muy frecuentes: Somnolencia, confusión. Frecuentes: Depresión. Poco frecuentes: Discinesia tardía, Frecuentes: Diarrea, Hipotensión, bradicardia, Astenia. Raro: Reacciones alérgicas

Dosis: Solución oral: 100 mg de metoclopramida por cada 100 ml y 260 mg de metoclopramida por cada 100 ml. Comprimidos: 10 mg de metoclopramida por comprimido. Solución Inyectable: ampollas conteniendo 10, 50, 100 y 150 mg de metoclopramida.

Cuidados de enfermería:

Monitoreo de constantes vitales y nivel de conciencia.

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

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

La administración IM debe ser profunda.

Debe administrarse antes de las comidas y al acostarse.

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

Aplicar los cinco correctos.

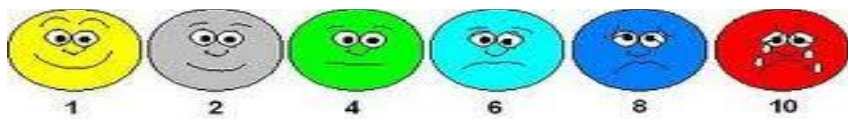
Proteger de la luz.

Apéndice E: Escalas.

Escala de Glasgow: 13 puntos

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta Verbal	
Espontánea	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

Escala del dolor EVA: 5



1
LEVE

2

4
MODERADO

6

8

10
INTENSO

Escala de Ramsay

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Escala de Aldrete

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	PA \leq 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO ₂	Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0