

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de
laparotomía exploratoria por trauma abdominal de la Unidad de
Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018**

Autora:

Raquel Mondalgo Ccoicca

Asesora:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

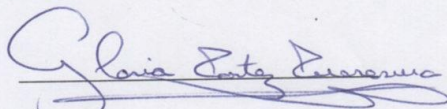
Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018”***, constituye la memoria que presentan la licenciada: MONDALGO CCOICCA RAQUEL, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los diecisiete días del mes de setiembre de 2018.



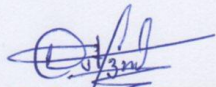
Mg. Gloria Cortez Cuaresma

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

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



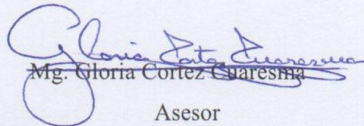
Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Gloria Cortez Cuarensma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A Dios por ser mi fortaleza necesaria para seguir cumpliendo mis metas y ser mi guía en cada momento de mi vida.

A mis padres y a mi hija por brindarme su amor infinito y su apoyo incondicional en todo momento.

A mis amistades por darme el apoyo en seguir alcanzando mis metas y a mis profesores que me han guiado en todo este periodo de estudio.

Agradecimientos

A Dios por darme salud, por otorgarme una familia maravillosa, por permitirme seguir alcanzado mis metas y rodearme de gente buena que me enseña a crecer cada día tanto en lo personal como en lo profesional.

Índice

Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
Símbolos usados.....	xii
Resumen.....	xiv
Capítulo I.....	15
Proceso de Atención de Enfermería.....	15
Valoración	15
Datos generales.	15
Motivo de ingreso.	15
Situación problemática.....	16
Funciones biológicas.....	17
Medidas antropométricas.	17
Indicaciones terapéuticas.	17
Exámenes complementarios.....	18
Valoración según patrones funcionales de salud.	21
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	25

Diagnóstico de enfermería	28
Análisis de las etiquetas diagnósticas.	28
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.	31
Planificación.....	32
Priorización de los diagnósticos enfermería.	32
Planes de cuidados.	34
Ejecución.....	45
SOAPIE.....	45
Evaluación.....	50
Capítulo II	53
Marco teórico	53
Antecedentes internacionales.....	53
Antecedentes nacionales	54
Antecedentes locales	55
Marco conceptual.....	56
Trauma abdominal.	56
Acidosis metabólica.	58
Diabetes mellitus.....	60
Modelo teórico	62
Dorotea Orem: Teoría del déficit de autocuidado.....	62

Capítulo III.....	65
Materiales y métodos	65
Tipo y diseño.....	65
Sujeto de estudio	65
Delimitación geográfica temporal.....	65
Técnica de recolección de datos.....	66
Consideraciones éticas	67
Capítulo IV.....	69
Resultados	69
Análisis de los diagnósticos	69
Discusión.....	77
Capítulo V	79
Conclusiones	79
Recomendaciones.....	82
Bibliografía	84

Índice de tablas

Tabla N°1: 1° Diagnóstico de enfermería	33
Tabla N°2: 2° Diagnóstico de enfermería	36
Tabla N°3: 3° Diagnóstico de enfermería	39
Tabla N°4: 4° Diagnóstico de enfermería	41
Tabla N°5: 5° Diagnóstico de enfermería	44
Tabla N°6: 1° SOAPIE	47
Tabla N°7: 2° SOAPIE	49
Tabla N°8: 3° SOAPIE	50
Tabla N°9: 4° SOAPIE	51
Tabla N°10: 5° SOAPIE	53
Tabla N°11: Evaluación del 1° Diagnóstico de enfermería	55
Tabla N°12: Evaluación del 2° Diagnóstico de enfermería	55
Tabla N°13: Evaluación del 3° Diagnóstico de enfermería	916
Tabla N°14: Evaluación del 4° Diagnóstico de enfermería	916
Tabla N°15: Evaluación del 5° Diagnóstico de enfermería	57
Tabla N°16: Resultados.....	74

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración	883
Apéndice B: Consentimiento informado.....	916
Apéndice C: Kardex	927
Apéndice D: Fichas farmacológicas.....	98
Apéndice G: Otros.....	983

Símbolos usados

AGA	Análisis de gases arteriales
cc	Centímetro cúbico
cm	Centímetro
CO ₂	Dióxido de Carbono
Ev	Endovenoso
Fc	Frecuencia cardíaca
Fr	Frecuencia respiratoria
Imc.	Índice de masa corporal
Kg	Kilogramo
min	Minutos
ml	Mililitros
mg/dl	Miligramos por decilitros
mmhg	Milímetros de mercurio
Mt.	Metro
NPO	Nada por vía oral
PA.	Presión arterial
PAE	Proceso de Atención de Enfermería

Sat. O2	Saturación de oxígeno
SNG	Sonda nasogástrica
T°	Temperatura
TET	Tubo endotraqueal
URPA	Unidad de recuperación posanestésica

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente con diagnóstico médico, laparotomía exploratoria con rafia de colon transverso y de páncreas por trauma abdominal con arma blanca atendido en la unidad de recuperación post anestésica de un hospital de EsSalud con el fin de mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnóstico enfermero y planificación de cuidados individualizados orientados a la solución de los mismos. Metodología, el diseño de la investigación fue el estudio caso descriptivo analítico; se utilizó el proceso de atención de enfermería que consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como técnica. Se utilizó la observación y la entrevista; el instrumento aplicado fue la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon adaptado por la investigadora y para la organización de los cuidados el formato del plan de cuidados. Resultado, después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de los cinco diagnósticos de enfermería propuestos el 80% fueron parcialmente alcanzados y el 20% fueron alcanzados. Conclusión, se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo y se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, laparotomía exploratoria

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre:	N.O.C
Fecha de nacimiento:	24/11/77
Edad:	40 años
Sexo:	Masculino
Fecha de ingreso:	21/01/2018
Hora:	5:25 am
HC:	1049654
Cama de:	URPA 5
Procedencia:	Emergencia
Dx. Pre operatorio:	Trauma abdominal por arma blanca
Intervención quirúrgica:	Laparotomía Exploratoria
Dx Postoperatorio:	Laparotomía exploratoria con rafia de colon transverso y de páncreas.
Tiempo Intraoperatorio:	3h 25 min
Tipo de anestesia:	General

Motivo de ingreso.

Paciente de 40 años ingresa a la unidad de recuperación post anestésica (URPA) procedente del servicio de sala de operaciones, tras ser intervenido de laparotomía exploratoria con rafia de colon transverso y de páncreas por haber sido víctima de agresión con arma blanca en zona

abdominal y región lumbar, con antecedente de ingesta de alcohol, abdomen levemente distendido.

Situación problemática.

Paciente varón de 40 años de edad con iniciales NOC, post operado inmediato de laparotomía exploratoria con rafia de colon transverso y de páncreas, bajo los efectos de anestesia general, ingresa a la unidad de recuperación post anestésica, proveniente de sala de operaciones, con aldrete 4, tubo endotraqueal fijado en 22 cm conectado a ventilador mecánico modo control de volumen – ventilación mandatoria controlada (VC-CMV), fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) 0.50%, relación inspiración/expiración (T.I) 1.2, presión positiva al final de la expiración (PEEP) 5 saturación de oxígeno 100%, escala de la agitación y sedación Richmond (RASS) -5, posición en decúbito dorsal. Se observa edema palpebral izquierda, portador de sonda nasogástrica (SNG) (colocado 21/01/18) conectado a bolsa colectora, con contenido porráceo 40 ml, secreciones densas en boca, en regular cantidad, mucosas orales secas y piel pálida. En flanco izquierdo gasa cubierta con apósito transparente limpio y seco, en línea media supra e infra umbilical herida de aproximadamente 12 cm afrontada con grapas cubierta con apósitos más esparadrapo a tensión limpio y seco; drenes jackson pratt en flanco derecho e izquierdo; el derecho tiene regular contenido serohemático 150 ml; dren del flanco izquierdo con escaso contenido serohemático, tiene 2 vías periféricas catéter n°18 perfundiendo cloruro de sodio al 9% 500 ml por pasar a 180cc/h, uso de sonda foley permeable (colocado 21/01/18) conectada a bolsa colectora orina en poca cantidad y de color oscura 100 ml, miembros inferiores con vendaje compresivo, uñas de miembros superiores e inferiores se encuentran sucias.

PA= 98/52 mmhg - Fc= 108 por min - Fr= 14 por min - Sat.= 100% - T°= 35°C

Funciones biológicas.

Apetito: NPO

Sed: no evaluable por anestesia general

Sueño: no evaluable por anestesia general

Deposición: 0, día anterior con normalidad.

Diuresis: 100 ml en sala de operaciones

Medidas antropométricas.

Peso: 75 kg.

Talla: 1.65 mt.

IMC: 27.55

Interpretación: sobrepeso

Indicaciones terapéuticas.

NPO + SNG a gravedad

Suero fisiológico 0.9% 1000 Ev c/8h

Ceftriaxona 2gr Ev c/24h

Metronidazol 500 mg Ev c/8h

Ranitidina 50 mg Ev c/8h

Metoclopramida 10 mg Ev c/8h

Metamizol 1 gr Ev c/8h

Tramadol 100 mg Ev c/8h

Bicarbonato 8.5% 7 amp. Ev. stat

AGA

Exámenes complementarios.

Hemograma Pre operatoria 21/01/18 Hora: 2:56 am.

	Resultado	Valores Ref.
Hemoglobina	12.2 g/dl	(14 g/dl – 18g/dl)
Hematocrito	36.3%	(40 % – 54 %)
Número total de plaquetas	193.0 x 10 ³ cel/ul	(150 - 450) (10 ²)
Número total leucocitos	15920 cel./mm³	(4000 cel/mm ³ – 11500 cel/mm ³)
Tiempo de Protrombina	11.4 sg	(9.9 sg – 11.8 sg)
INR	1.12	(0.85 – 1.15)
Urea	26 mg/dl	(15 mg/dl – 50 mg/dl)
Creatinina	0.85 mg/dl	(0.7 mg/dl – 1.3 mg/dl)

El hemograma completo es un examen cualitativo y cuantitativo de las células sanguíneas del organismo, mide el recuento específico de la sangre, los glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y hematocrito, los resultados obtenidos de dicho examen permite conocer el funcionamiento sanguíneo adecuado o hallar alguna anomalía que nos podría orientar el diagnóstico preciso.

Hemoglobina: “Esta formada por aminoácidos que constituyen una proteína, átomos de hierro y un pigmento rojizo denominado porfirina. La reducción de la concentración de la hemoglobina se asocia a una pérdida de sangre moderada y grave” (Fuller, 2012, p. 427).

Hematocrito: “Indica el porcentaje de eritrocitos en las células de la sangre. El recuento de eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito suelen aumentar y disminuir como consecuencia de factores” (Fuller, 2012, p. 428).

El grupo hemo también es conocido como grupo hem. Constituye un componente no aminoacídico en la estructura de la hemoglobina y es el responsable del color rojizo característico, cuando este grupo se une con el oxígeno toma un color rojo intenso que se evidencia en la sangre arterial la cual transporta sangre oxigenada, cuando no interacciona con el oxígeno toma un color más oscuro en este caso es la sangre venosa que transporta sangre desoxigenada.

Leucocitos: “son responsables de la respuesta inmunitaria del cuerpo. El aumento del nivel de los glóbulos blancos, también denominados leucocitos, indica que el sistema inmunitario está reaccionando a un problema subyacente” (Fuller, 2012, p. 428).

Análisis.

Según los análisis del hemograma el paciente presenta hemoglobina (Hb) por debajo de los valores normales (**12.2 g/dl**) que indica anemia leve, debido a la pérdida cuantiosa de sangre en el acto quirúrgico. Una de las funciones importantes de la hemoglobina, en circunstancias adecuadas, es el transporte de oxígeno hacia los tejidos que logra satisfacer las demandas del organismo, actúa como buffer contribuyendo a mantener un Ph constante en la sangre, cuando disminuye la hemoglobina influye directamente en el oxígeno provocando una disminución; debido a esta influencia no permite un adecuado transporte de oxígeno en los órganos nobles de la economía causando hipoxia. Se observa también en los resultados del hemograma un incremento de los glóbulos blancos (leucocitosis) (**15920 cel./mm³**) infección ocasionada por la presencia de microorganismos patógenos, que podría complicar el estado de salud del paciente en el post operatorio.

AGA 21/01/18 Hora: 2:56 am

	Resultado	Valores Ref.
Ph	7.244	(7.38 – 7.43)
PCO2	38.4 mm hg	(35 mm hg – 45 mm hg)
PO2	287.4 mm hg	(73 mm hg – 105 mm hg)
Bicarbonato actual	16.2 mEq/l	(22 mEq/l – 26 mEq/l)
Saturación de O2	98.9 %	(95 %– 100 %)
Sodio en Gasometría Arterial	136.7 mEq/l	(135 mEq/l – 145 mEq/l)
Potasio en Gasometría Arteria	4.45 mEq/l	(3.5 mEq/l – 5.5 mEq/l)
Cloro en Gasometría Arterial	114 mEq/l	(100 mEq/l – 106 mEq/l)
Ácido Láctico (Lactato) Gases	30.9 mg/dl	(0 mg/dl – 22.6 mg/dl)

La gasometría arterial es un examen útil para evaluar la oxigenación, ventilación, la perfusión y los desequilibrios ácido -base.

“La acidosis metabólica se produce a partir de un aumento de ácido metabólico o una disminución de base (bicarbonato)” (Potter, 2015, p. 890).

Según Potter (2014), el Ph es un logaritmo negativo de la concentración de H⁺ libre lo cual indica cuán ácida o alcalina pueden ser. Los valores debajo de 7,35 indican una anormalidad ácida y cuando se encuentra por encima de 7,45 una anormalidad alcalina. Pequeños cambios son clínicamente importantes en el diagnóstico.

Bicarbonato: “es la concentración de bicarbonato basal una medida del funcionamiento de los riñones respecto a los ácidos metabólicos, la disminución indica que la sangre tiene demasiados ácidos” (Potter, 2015, p. 889).

Según Smeltzer y Bare (2016), el cloro es un anión principal, ayuda a mantener el equilibrio ácido básico y actúa como amortiguador en el intercambio de gases en los eritrocitos. Se encuentran en los jugos gástricos, pancreáticos, el sudor, la bilis y la saliva.

“La hipercloremia se diagnostica cuando la concentración sérica de cloro excede. Pueden ocurrir hipernatremia, pérdida de bicarbonato y acidosis metabólica” (Smeltzer y Bare, 2013, p. 293).

Análisis.

Según los análisis del AGA, se observa que el paciente presenta una acidosis metabólica consecuencia de la suma de los ácidos fijos o la pérdida de bicarbonato, se evidencia según resultado del Ph (**7.244**), el PCO₂ se encuentra dentro del rango normal, el bicarbonato (**16.2 mEq/l**) demuestra que hay demasiado ácido en los líquidos corporales, que puede llevar a que se presente un shock o la muerte, también evidenciamos hipercloremia (**114 mEq/l**) que es adyacente a la acidosis metabólica, significa la disminución de bicarbonato, por el contrario hay un aumento del cloro para mantener la electroneutralidad del medio.

También se observa un aumento de ácido láctico (**30.9 mg/dl**) en sangre dando como respuesta a la deficiencia en la utilización del oxígeno a nivel de las células logrando así la disminución del bicarbonato.

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón 1: Percepción control de la salud.

- Antecedentes de diabetes mellitus.
- Medicación habitual Metformina 850 mg después del almuerzo.
- Toma bebidas alcohólicas en eventos especiales.
- Primera intervención quirúrgica.

- Niega alergias.
- Regular estado de higiene, uñas de miembros superiores e inferiores se encuentran sucias.

Patrón 2: Nutricional metabólico.

- Paciente con sobrepeso.
- Nada por vía oral (NPO)
- Hemoglobina de 12.2 g/d.
- Glicemia capilar de 165 mg/dl.
- Sonda nasogástrica a gravedad con contenido porráceo 40 ml en bolsa colectora.
- Dentadura completa.
- Comisura labial izquierda presenta laceración por golpe.
- No presenta vómitos
- Piel pálida, fría y seca.
- Mucosas orales secas.
- Temperatura corporal de 35°C.
- Piloerección o piel de gallina o reflejo pilomotor.
- Abdomen globuloso.
- Ruidos hidroaéreos presentes.
- Herida operatoria de aproximadamente 12 cm afrontada con grapas cubierta con apósitos limpio y secos.
- 2 drenes jackson pratt en flanco derecho e izquierdo; el derecho con regular contenido serohemático 150 ml; el izquierdo con escaso contenido serohemático.
- Transfusión sanguínea de 2 paquetes globulares vol. 570 ml en sala de operaciones.
- Balance hídrico (BH) en sala de operaciones – 686.25cc.

Patrón 3: Eliminación.

- Portador de sonda foley permeable n°14 conectado a bolsa colectora.
- Orina de color oscura 100 ml.
- Deposición ausente (posoperatorio inmediato), día anterior con normalidad.
- Ausencia de ostomías.

Patrón 4: Actividad – ejercicio.***Actividad respiratoria.***

- Frecuencia respiratoria de 14 por minuto.
- Secreciones densas en boca y en regular cantidad.
- Portador de tubo endotraqueal (TET).
- Conectado a ventilador mecánico modo VC-CMV
- Respiración profunda.
- Disminución de pasaje de aire en ambos campos pulmonares.
- Ruidos respiratorios disminuidos.
- Presencia de roncantes.
- Anestesia general.
- Ausencia del reflejo tusígeno.
- Ausencia de drenaje torácico.
- Gasometría arterial PH=7.24, HCO₃= 16.2 meql, PCO₂= 38.4 mmhg.
- Actividad circulatoria
- Frecuencia cardíaca: 108 x´.
- Presión arterial: 98/52 mmhg.
- Ruidos cardíacos rítmicos.

- Pulso regular.
- Pulso periférico normal.
- Llenado capilar menos 2”.
- Ausencia de edemas en miembros superiores e inferiores.
- Edema en rostro, párpado superior izquierdo producto de un golpe.
- Piel fría.
- Portador de 2 vías periféricas catéter n° 18 perfundiendo ClNa al 9% 500 ml pp. a 180cc/h.
- Fuerza muscular disminuida.
- Grado de dependencia IV.

Patrón 5: Sueño – descanso.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general.

Patrón 6: Perceptivo - cognitivo.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general.
- Escala de Aldrete 4 Ptos.
- RASS -5

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto.

- Paciente bajo efectos de anestesia, no evaluable

Patrón 8: Rol – relaciones.

- Familiar refiere que paciente trabaja en mantenimiento para empresa de servicios generales.
- Conviviente
- Vive con su familia esposa, tiene dos hijos y cuenta con apoyo de familiares.

Patrón 9: sexualidad – reproducción.

- Paciente de sexo masculino y tiene dos hijos.

Patrón 10: Afrontamiento - tolerancia al estrés.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general, no evaluable.

Patrón 11: valores – creencias.

- Católico no practicante.

Hallazgos significativos por patrones funcionales.***Patrón 1: Percepción control de la salud.***

- Antecedentes de diabetes mellitus.
- Toma bebidas alcohólicas en eventos especiales.
- Post operado inmediato.
- Regular estado de higiene uñas de miembros superiores e inferiores sucias.
- Patrón 2: Nutricional metabólico.
- Hemoglobina de 12.2 g/d.
- Glicemia capilar de 165 mg/dl.
- Sonda nasogástrica a gravedad con contenido porráceo 40 ml en bolsa colectora.
- Piel pálida, fría y seca.
- Mucosas orales secas.
- Temperatura corporal de 35°C.
- Piloerección o piel de gallina o reflejo pilomotor.
- Herida operatoria de aproximadamente 12 cm afrontada con grapas cubierta con apósitos limpios y secos.
- 2 drenes jackson pratt en flanco derecho e izquierdo; el derecho con regular contenido serohemático 150 ml; el izquierdo con escaso contenido serohemático.
- Balance hídrico (BH) en sala de operaciones – 686.25cc.

Patrón 3: Eliminación.

- Portador de sonda foley permeable n°14 conectado a bolsa colectora.
- Orina de color oscura 100 ml.

Patrón 4: Actividad – ejercicio.***Actividad respiratoria.***

- Frecuencia respiratoria de 14 por minuto.
- Secreciones densas en boca y en regular cantidad.
- Portador de tubo endotraqueal (TET).
- Conectado a ventilador mecánico modo VC-CMV
- Respiración profunda.
- Disminución de pasaje de aire en ambos campos pulmonares.
- Ruidos respiratorios disminuidos.
- Presencia de roncales.
- Anestesia general.
- Ausencia del reflejo tusígeno.
- Gasometría arterial PH=7.24, HCO₃= 16.2 meql, PCO₂= 38.4 mmhg.

Actividad circulatoria.

- Frecuencia cardíaca: 108 x´.
- Presión arterial: 98/52 mmhg.
- Edema en rostro, parpado superior izquierdo producto de un golpe.
- Piel fría.
- Portador de 2 vías periféricas catéter n° 18 perfundiendo cloruro de sodio al 9% 500 ml por pasar a 180cc/h.

- Fuerza muscular disminuida.
- Grado de dependencia IV.

Patrón 5: Sueño–descanso.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general, no evaluable

Patrón 6: perceptivo-cognitivo.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general.
- Escala de Aldrete 4 ptos.
- RASS -5.

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general, no evaluable

Patrón 8: Rol – relaciones.

- Familiar refiere que paciente trabaja en mantenimiento para empresa de servicios generales.
- Conviviente

Patrón 9: sexualidad – reproducción

- Paciente bajo los efectos de anestesia general, no evaluable

Patrón 10: Afrontamiento - tolerancia al estrés.

- Paciente bajo los efectos de anestesia general, no evaluable

Patrón 11: valores – creencias

- Esposa refiere que paciente es católico.

Diagnóstico de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

1. Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Código: 00031

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física

Página: 395

Definición: “Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” (NANDA, 2015 - 2017, p. 395).

Características definitorias: Sonidos respiratorios anormales: roncantes, ausencia de reflejo tusígeno y secreciones densas.

Factor relacionado: TET, mucosidad excesiva (secreciones).

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantes.

2. Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos

Código: 00027

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

Definición: “Disminución de líquido intravascular, intersticial y o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio” (NANDA, 2015 - 2017, p. 177).

Características definitorias: Piel seca, mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= - 686.25).

Factor relacionado: Pérdida activa de volumen de líquidos.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por piel y mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).

3. 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, 2015 - 2017, p. 427).

Características definitorias: Piel fría al tacto, T°= 35°C y piloerección.

Factor relacionado: Temperatura ambiental baja.

Diagnóstico de enfermería: Hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.

4. Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases.

Código: 00030

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 4 Función respiratoria

Página: 204

Definición: “Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo – capilar” (NANDA, 2015 - 2017, p. 204).

Características definitorias: Gasometría arterial anormal y piel pálida.

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilación perfusión.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal y piel pálida.

5. Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea

Código: 00030

Dominio: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Clase: 4 Actividad/reposo

Página: 240

Definición: “Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida” (NANDA, 2015 - 2017, p. 240).

Características definitorias: aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de O₂ y asincronía ventilatoria.

Factor relacionado: alteración del metabolismo.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

- Riesgo de sangrado relacionado con procedimiento quirúrgico reciente.
- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO₃= 16.2 meql - PCO₂= 38.4 mmhg) y piel pálida.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantos.
- Hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.
- Riesgo de aspiración relacionado con tos ineficaz y presencia de TET.
- Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular (herida operatoria).
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- Gestión ineficaz de la salud relacionada con conocimientos insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por consumo de alcohol.
- CP: Diabetes mellitus.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por piel y mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).

- Deterioro de la movilidad física relacionado con los efectos de anestesia general evidenciado por movimiento enlentecido y dificultad para girarse.
- Riesgo de caídas relacionado con periodo de recuperación post operatoria.
- Déficit del autocuidado: baño relacionado con alteración de la función cognitiva evidenciado por deterioro de la habilidad para acceder al baño.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.
- CP: Acidosis metabólica.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncales.
2. Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por piel y mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).
3. Hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.
4. Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO₃= 16.2 meql - PCO₂= 38.4 mmhg) y piel pálida.
5. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.

6. Riesgo de aspiración relacionado con tos ineficaz y presencia de TET.
7. Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular (herida operatoria).
8. Riesgo de sangrado relacionado con procedimiento quirúrgico reciente.
9. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
10. Deterioro de la movilidad física relacionado con los efectos de anestesia general evidenciado por movimiento enlentecido y dificultad para girarse.
11. Riesgo de caídas relacionado con periodo de recuperación post operatoria.
12. Déficit del autocuidado: baño relacionado con alteración de la función cognitiva evidenciado por deterioro de la habilidad para acceder al baño.
13. Gestión ineficaz de la salud relacionada con conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por consumo de alcohol.
14. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.
15. CP: Diabetes mellitus.
16. CP: Acidosis metabólica.

Planes de cuidados.

Diagnóstico de enfermería.

Limpeza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantos.

Tabla 1
Plan de cuidados del 1° diagnóstico de enfermería

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General		
El paciente mantendrá limpieza eficaz de las vías aéreas durante el turno.	1. Realizar lavado de manos antes y después de cada proceder.	1. “La higiene de manos previene la diseminación de microorganismos y evita la transmisión de infecciones” (Lynn, 2014, p. 52).
<i>Resultados esperados</i>	2. Hiperoxigenar al paciente antes de la aspiración.	2. “Previene hipoxia durante el procedimiento y restablece el suministro de oxígeno” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 652).
– El paciente presentará secreciones en menor cantidad.	3. Nebulizar con 5 cc de suero fisiológico y luego según requerimiento.	3. “La humidificación mediante nebulización mejora la depuración mucociliar, el mecanismo natural de cuerpo para eliminar moco y restos celulares del tracto respiratorio” (Potter, 2015, p. 838).
– Paciente presentará disminución de roncantos a la auscultación.		
– El paciente recuperará el reflejo tusígeno progresivamente.		

-
- | | |
|---|---|
| 4. Efectuar vibroterapia después de cada nebulización. | El suero fisiológico ayuda a la fluidificación de las secreciones. |
| 5. Realizar aspiración de secreciones cada vez que sea necesario. | 4. Según Fuentes (2012) con la fisioterapia se pretende eliminar las secreciones alveolares, aumentar la capacidad pulmonar, disminuir el trabajo respiratorio y mejorar la saturación de oxígeno.
5. Permite mantener las vías aéreas permeable.
“Facilita los mecanismos de ventilación y oxigenación, así como la prevención de complicaciones”
(Nascimento y Pantoja, 2016, p. 154). |
| 6. Valorar las características de las secreciones por TET y boca, luego cada turno 8 am -14pm – 20pm y según lo requiera. | 6. “La presencia de patógenos en la cavidad bucal, está directamente relacionado con el aumento del índice de neumonía nosocomial”
(Fuentes, 2012, p. 68). |
| 7. Monitorizar los niveles de Saturación de O2 continuamente. | 7. Permite la detección precoz y fiable de la hipoxemia. |
| 8. Auscultar ambos campos pulmonares después de cada terapia respiratoria. | 8. “Es una técnica de exploración más importante para valorar el flujo de aire |
-

9. Efectivizar la higiene bucal con gasas blandas y con antiséptico.	adecuado a través de las vías aéreas” (Morillo, 2016, p. 95).
10. Valorar la permeabilidad de las vías aéreas en cada turno 8 am -14pm – 20pm.	9. “Evitar proliferación de bacteria” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 100). 10. “La obstrucción de las vías aéreas superiores promueve el aumento del esfuerzo respiratorio y compromete la oxigenación” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 97).
11. Anotar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno 8 am -14pm – 20pm.	11. Nos permite plasmar los cuidados que se brinda en cada turno y mantener la continuidad del cuidado.

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).

Tabla 2
Plan de cuidados del 2° diagnóstico de enfermería

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General El paciente presentará volumen	1. Evaluar el estado de la piel y turgencia, luego en cada	1. “La pérdida de agua afecta la capacidad de la piel en

<p>adecuado de líquidos durante el turno.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>– El paciente presentará piel y mucosas orales hidratadas.</p> <p>– El paciente evidenciará flujo urinario con características claras.</p> <p>– El paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de los parámetros normales.</p> <p>– El paciente presentará balance hídrico positivo durante el turno.</p>	<p>turno 8 am -14 pm – 20 pm.</p> <p>2. Valorar y realizar balance hídrico estricto cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>3. Administrar la reposición prescrita de líquidos intravenosos cloruro de sodio al 9% 900 ml en 2 horas.</p> <p>4. Cuantificar el volumen, las características del drenaje y valorar los apósitos de la herida operatoria en cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>5. Vigilar: cantidad, color, consistencia del contenido nasogástrico drenado en cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>6. Evaluar y cuantificar diuresis horaria, el flujo urinario cada hora.</p>	<p>recuperar su posición original” (Hurst, 2013, p. 31).</p> <p>2. “Para determinar las necesidades de reposición de líquido y asegurar que esta sea adecuada” (Hurst, 2013, p. 33).</p> <p>3. “Para garantizar la hidratación” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 94). El cloruro de sodio es una solución isotónica con la sangre, no genera cambios en la presión osmótica.</p> <p>4. Permite cuantificar e identificar precozmente las pérdidas sanguíneas activas.</p> <p>5. Permita identificar complicaciones como ilio paralítico, drenaje excesivo y sangrado.</p> <p>6. “El flujo urinario es un indicador del riesgo renal, en el déficit de volumen hídrico grave es posible que los riñones no reciban un riego adecuado lo que causa disminución de la producción</p>
--	--	--

-
- | | |
|--|--|
| | de orina” (Hurst, 2013, p. 33). |
| 7. Realizar control de exámenes de laboratorio electrolitos y hemograma. | 7. Nos permite identificar cambios en los valores normales de los electrolitos o si hay una disminución de la hemoglobina. |
| 8. Administrar hemoderivados según corresponda. | 8. Permite restituir la pérdida activa sanguínea para evitar un shock hipovolémico. |
| 9. Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio hídrico persiste o empeora. | 9. La coordinación del equipo multidisciplinario nos va a permitir actuar de manera oportuna. |
| 10. Documentar los cambios en la piel y las mucosas en las notas de enfermería cada turno 8 am -14pm – 20pm. | 10. Permite el registro en un documento legal con el fin de seguir con el cuidado continuo en cada turno. |
-

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Diagnóstico de enfermería.

Hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.

Tabla 3
Plan de cuidados del 3° diagnóstico de enfermería

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>General</p> <p>El paciente presentará temperatura corporal entre 36°C y 37°C después de aplicar las medidas terapéuticas.</p>	<p>1. Vigilar los signos vitales cada 15 min, especialmente la t° corporal.</p>	<p>1. “Para prevenir la hipotermia, contribuyendo a la estabilidad metabólica, la oxigenación y la hemodinámica” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 93).</p>
<p><i>Resultados esperados.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – El paciente presentará piel tibia al tacto. – Paciente evidenciará ausencia de piloerección durante el turno. 	<p>2. Identificar los factores médicos ambientales y de otro tipo que puede precipitar la hipotermia, en cada turno.</p> <p>3. Colocar y mantener la manta térmica hasta recuperar la temperatura corporal ideal.</p> <p>4. Observar el color y la temperatura de la piel cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>5. Monitorizar los síntomas de hipotermia leve y la hipotermia moderada.</p>	<p>2. Nos permite identificar qué mecanismos actúan en la pérdida de calor, con el fin de evitar complicaciones.</p> <p>3. “Sirve para mantener o aumentar la temperatura corporal mediante la transferencia de calor” (Potter, 2011, p. 360).</p> <p>4. “Una reducción en la temperatura de la piel a menudo se acompaña de palidez y refleja una disminución del flujo sanguíneo” (Potter, 2015, p. 492).</p> <p>5. Nos va a permitir evitar complicaciones como: alteración de la coagulación</p>

- | | |
|---|--|
| 6. Registrar los cuidados en las notas de enfermería en cada turno 8 am -14pm – 20pm. | y la ineficacia de la función plaquetaria.
6. Permite el registro en un documento legal con el fin de seguir con el cuidado continuo en cada turno. |
|---|--|

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO₃= 16.2 meql - PCO₂= 38.4 mmhg) y piel pálida.

Tabla 4
Plan de cuidados del 4º diagnóstico de enfermería

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General El paciente mejorará el intercambio de gases durante el turno.	1. Valorar el color de la piel y el llenado capilar, cada turno 8 am 14pm – 20pm.	1. Según Potter (2015) nos va a permitir determinar si la suficiencia del flujo sanguíneo es adecuada para el transporte de oxígeno hacia los tejidos.
Resultados esperados – El paciente presentará gasometría arterial con valores	2. Monitorizar los signos vitales en especial la saturación de O ₂ . Cada 15 min.	2. “Es una manera rápida y eficiente de controlar el estado de un paciente o identificar problemas y evaluar su respuesta a la intervención” (Potter, 2015, p. 429).

<p>normales durante el turno.</p> <p>– El paciente presentará piel con coloración normal.</p>	<p>3. Vigilar el patrón respiratorio: frecuencia, ritmo, profundidad, el uso de los músculos accesorios y disnea cada turno 8 am -14pm – 20pm y durante.</p> <p>4. Realizar examen de AGA según indicación.</p> <p>5. Valorar los resultados del AGA (PO₂, PCO₂, PH y HB).</p> <p>6. Administrar medicamento bicarbonato 8.4% 7 ampollas en stat indicado por el médico según valores del AGA.</p> <p>7. Monitorizar gasometría arterial, Ph arterial, PaCO₂ y HCO₃ y los mecanismos compensadores presentes según requerimiento.</p>	<p>3. “Mantenimiento de la oxigenación y la ventilación” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 94).</p> <p>4. “Es un análisis de sangre arterial que aporta información sobre el intercambio de gases en los alveolos, así como el equilibrio ácido-base” (Morillo, 2016, p. 95).</p> <p>5. Según Morillo (2016) la valoración del Po₂ nos indica la cantidad de oxígeno que los pulmones liberan en la sangre, PCO₂ indica la capacidad que tiene el pulmón de eliminar el dióxido de carbono, PH indica la capacidad renal para reabsorción o excretar el bicarbonato.</p> <p>6. La administración de medicamentos nos va a permitir corregir dicha alteración en la gasometría arterial.</p> <p>7. “Los resultados de ese examen proporcionan parámetros para evaluar la oxigenación y ajustar la</p>
---	---	--

	asistencia ventilatoria” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 178).
8. Documentar los cuidados realizados en las notas de enfermería cada turno 8 am - 14pm – 20pm.	8. Permite el registro en un documento legal con el fin de seguir con el cuidado continuo en cada turno.

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.

Tabla 5
Plan de cuidados del 5° diagnóstico de enfermería

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
General El paciente recuperará la ventilación espontánea progresivamente en un periodo corto de tiempo. <i>Resultados esperados</i> – El paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de	1. Evaluar el color de la piel y el llenado capilar, cada turno 8 am -14pm – 20pm. 2. Monitorizar los parámetros ventilatorios del paciente y el ventilador mecánico. 3. Vigilar la sincronía paciente/ ventilador cada turno 8 am - 14pm – 20pm.	1. Determina la suficiencia del flujo sanguíneo necesario para transportar oxígeno a los tejidos. 2. “Puede ocurrir cambios o fallas en el ventilador, pueden detectarse si se controlan con frecuencia” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 109). 3. Garantiza una adecuada sustitución de la función respiratoria fisiológica.

<p>los valores normales.</p> <p>– El paciente presentará saturación de oxígeno mayor de 95%.</p> <p>– El paciente presentará sincronía ventilatoria.</p>	<p>4. Valorar el esfuerzo respiratorio cada hora.</p> <p>5. Revisar los resultados de la gasometría arterial y comunicar al médico para las modificaciones de los valores.</p> <p>6. Mantener la alineación del TET colocando los tubos del ventilador en posición correcta cada turno 8 am - 14pm – 20pm.</p> <p>7. Observar la simetría del movimiento del tórax cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>8. Mantener la cabecera en ángulo de 30° cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p> <p>9. Verificar la correcta insuflación del cuff.</p> <p>10. Cerciorarse regularmente que todas las conexiones del ventilador funcionen adecuadamente cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p>	<p>4. “Los cambios en el patrón respiratorio pueden indicar signos de agravamiento de la enfermedad” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 97).</p> <p>5. Permite valorar el intercambio gaseoso y poder modificar en el ventilador los parámetros de oxigenación y ventilación.</p> <p>6. Permite que no ejerzan presión y deformen el tubo.</p> <p>7. Determina la suficiencia del patrón respiratorio; la asimetría puede indicar hemotórax o neumotórax.</p> <p>8. Permite la expansibilidad de la caja torácica.</p> <p>9. “Para evitar bronco aspirado y fugas en la ventilación” (Fuentes, 2012, p. 99).</p> <p>10. “Asegurarse del funcionamiento adecuado de las alarmas, si el tubo del circuito tuviera pliegues o estuviera desconectado, la alarma sonara alertando</p>
--	--	--

-
- inmediatamente al equipo”
(Nascimento y Pantoja,
2016, p. 183).
11. Mantener los niveles de agua establecidos en humidificador. 11. “La humidificación evita el resecamiento de las mucosas del aparato respiratorio, además facilita la fluidificación de las secreciones en las vías respiratorias” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 177).
12. Comprobar que las alarmas del ventilador estén conectadas en cada turno 8 am -14pm – 20pm. 12. “Asegurarse del funcionamiento normal de las alarmas cuando se recibe la guardia. Si se produce una desconexión o se dobla el tubo del circuito” (Nascimento y Pantoja, 2016, p. 109).
13. Realizar cambios posturales cada 2 horas. 13. Previene el riesgo de desarrollar atelectasias y ulcera por presión.
14. Anotar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador cada turno 8 am -14pm – 20pm. 14. Permite el registro en un documento legal con el fin de seguir con el cuidado continuo en cada turno.

Ejecución**SOAPIE.**

Tabla 6
SOAPIE del 1° diagnóstico de enfermería

Fecha/hora	Intervenciones
21/01/18 5:25 AM	<p>S No evaluable, bajo los efectos de anestesia general.</p> <p>O Se encuentra bajo los efectos de anestesia general, aldrete 4, con presencia de TET, se observa secreciones densas, abundantes en boca, roncantes y ausencia de reflejo tusígeno.</p> <p>A Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantes.</p> <p>P Paciente mantendrá limpieza eficaz de las vías aéreas durante el turno. Paciente presentará secreciones en menor cantidad. Paciente presentará disminución de roncantes a la auscultación. Paciente recuperará el reflejo tusígeno progresivamente.</p> <p>I Se realizó lavado de manos antes y después de cada proceder. Se hiperoxigenó al paciente antes de la aspiración. 5:45 am se nebulizó con 5 cc de suero fisiológico y luego según requerimiento. 5:55 am se aspiró secreciones. Se valoró las características de las secreciones por TET y boca, luego cada turno 8 am -14pm – 20pm y según requerimiento. Se monitorizó los niveles de saturación de O2 continuamente. Se auscultó ambos campos pulmonares después de la terapia respiratoria. Se efectivizó la higiene bucal con gasas blandas y con antiséptico. Se anotó los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno 8 am -14pm – 20pm.</p>

- E Objetivo parcialmente alcanzado (OPA) paciente evidencia secreciones en menor cantidad y disminución de roncales, pero aún continua con ausencia de reflejo tusígeno.

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Tabla 7
SOAPIE del 2° diagnóstico de enfermería

Fecha/hora	Intervenciones
21/01/18 5:25 AM	<p>S No evaluable, bajo los efectos de anestesia general.</p> <p>O Paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia general, presenta piel y mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).</p> <p>A Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).</p> <p>P Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno. Paciente presentará piel y mucosas orales hidratadas. Paciente presentará flujo urinario con características claras. Paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de los parámetros normales. Paciente presentará balance hídrico positivo durante el turno.</p> <p>I 5:30 am se evaluó el estado de la piel y turgencia, luego en cada turno 8 am – 14pm –20pm. Se valoró y se realizó el balance hídrico estricto en cada turno 8 am 14pm - 20pm. 5:40 am se repuso líquidos intravenosos, cloruro de sodio al 9% 900 ml en 2 horas.</p>

Se cuantificó el volumen y las características del drenaje y se valoró los apósitos de la herida operatoria en cada turno 8 am – 14pm – 20pm.

Se vigiló: cantidad, color, consistencia del contenido nasogástrico drenado.

Se evaluó y cuantificó la diuresis, el flujo urinario cada hora.

Se documentó los cambios en la piel y las mucosas en las notas de enfermería, cada turno 8 am – 14pm – 20pm.

- E Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): Paciente presenta flujo urinario adecuado y clara, balance hídrico positivo, pero aun continua con frecuencia cardíaca aumentada, piel y mucosas orales secas.

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Tabla 8
SOAPIE del 3° diagnóstico de enfermería

Fecha/hora	Intervenciones
21/01/18 5:25 AM	<p>S No evaluable.</p> <p>O Paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia general, Aldrete 4, piel fría al tacto y t° corporal de 35°C.</p> <p>A Hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.</p> <p>P Paciente presentará temperatura corporal entre 36°C y 37°C después de aplicar las medidas terapéuticas.</p> <p>I Se vigiló los signos vitales cada 15 min, especialmente la t° corporal.</p> <p>Se identificó factores médicos ambientales y de otro tipo que puede precipitar la hipotermia.</p> <p>Se colocó y se mantuvo la manta térmica hasta recuperar la temperatura corporal ideal.</p> <p>Se observó el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Se monitorizó los síntomas de hipotermia leve y la hipotermia</p>

moderada.

Se registró los cuidados en las notas de enfermería en cada turno.

- E Objetivo Alcanzado (OA): Paciente presenta piel tibia al tacto, ausencia de piloerección y temperatura corporal de 36°C.
-

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Tabla 9
SOAPIE del 4° diagnóstico de enfermería

Fecha/hora	Intervenciones
21/01/18 5:25 AM	<p>S No evaluable, bajo los efectos de anestesia general.</p> <p>O Paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia general, presenta, gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO3= 16.2 meql – PCO2= 38.4 mmhg), FxC: 110x' y piel pálida.</p> <p>A Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO3= 16.2 meql - PCO2= 38.4 mmhg) y piel pálida.</p> <p>P Paciente mejorará el intercambio de gases durante el turno. Paciente presentará gasometría arterial con valores normales durante el turno. El paciente presentará piel con coloración normal</p> <p>I 5:25 am se valoró el color de la piel y el llenado capilar cada 30 min luego cada turno 8 am - 14 pm – 20pm. Se monitorizó los signos vitales, en especial la saturación de O2. cada 15 min. Se vigiló el patrón respiratorio: Frecuencia, ritmo, profundidad, el uso de los músculos accesorios y disnea cada turno 8 am – 14 pm – 20 pm y durante. 6:00 am se administró bicarbonato 8.4% 7 ampollas en stat indicado por el médico según valores del AGA. Se monitorizó gasometría arterial, Ph arterial, PaCO2 y HCO3 y los</p>

mecanismos compensadores presentes según requerimiento.

Se documentó los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno 8 am -14pm – 20pm.

- E Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): Paciente presenta gasometría arterial normal PH=7.42 – PCO₂= 36.4 - HCO₃= 23.1 meql, pero aun continua con piel pálida.
-

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Tabla 10
SOAPIE del 5° diagnóstico de enfermería

Fecha/hora	Intervenciones
21/01/18 5:25 AM	<p>S No evaluable, bajo los efectos de anestesia general</p> <p>O Paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia general, aldrete 4, con presencia de TET conectado a ventilador mecánico modo control de volumen – ventilación mandatoria controlada (VC-CMV), fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) 0.50%, relación inspiración/expiración (T.I) 1.2, presión positiva al final de la expiración (PEEP) 5, saturación de oxígeno 100%, RASS -5, frecuencia cardíaca 107x´.</p> <p>A Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.</p> <p>P Paciente recuperará la ventilación espontánea progresivamente en un periodo corto de tiempo. Paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de los valores normales. Paciente presentará saturación de oxígeno mayor de 95%. Paciente presentará sincronía ventilatoria.</p> <p>I Se evaluó el color de la piel y el llenado capilar, luego en cada turno 8 am -14pm – 20pm. Se monitorizó los parámetros ventilatorios del paciente y el ventilador mecánico. Se vigiló la sincronía paciente/ventilador cada turno 8 am – 14pm – 20pm.</p>

-
- Se valoró esfuerzo respiratorio cada hora.
- Se mantuvo la alineación del TET colocando los tubos del ventilador en posición correcta cada turno 8 am -14pm – 20pm.
- Se verificó la correcta insuflación del cuff.
- Se mantuvo los niveles de agua establecidos en humidificador.
- Se comprobó que las alarmas del ventilador estén conectadas en cada turno 8 am -14pm – 20pm.
- Se anotó todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador en cada turno 8 am -14pm – 20pm.
- E Objetivo Parcialmente alcanzado (OPA): Paciente presenta Sat. O2 100%, sincronía ventilatoria pero aun continua con frecuencia cardíaca aumentada.
-

Datos obtenidos de los hallazgos del paciente (Elaboración propia del autor)

Evaluación

Tabla 11
Evaluación del 1° diagnóstico de enfermería

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo: El paciente mantendrá limpieza eficaz de las vías aéreas durante el turno.</p> <p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>El paciente presentará secreciones en menor cantidad.</p> <p>El paciente presentará disminución de roncales a la auscultación.</p> <p>El paciente recuperará el reflejo tusígeno progresivamente.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado (OPA), El paciente evidencia secreciones en menor cantidad y disminución de roncales, pero aun continua con ausencia de reflejo tusígeno.</p>

Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería (Elaboración propia del autor)

Tabla 12
Evaluación del 2° diagnóstico de enfermería

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo: el paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno.</p> <p><i>Resultado esperado:</i></p> <p>El paciente presentará piel y mucosas orales hidratadas.</p> <p>El paciente presentará flujo urinario con características claras.</p> <p>El paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de los parámetros normales.</p> <p>El paciente presentará balance hídrico positivo durante el turno.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): El paciente presenta flujo urinario adecuado y clara, balance hídrico positivo, pero aun continua con frecuencia cardíaca aumentada, pie y mucosas orales secas.</p>
<p>Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería (Elaboración propia del autor)</p>	

Tabla 13
Evaluación del 3° diagnóstico de enfermería

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo: El paciente presentará temperatura corporal entre 36°C y 37°C después de aplicar las medidas terapéuticas.</p> <p><i>Resultado esperado</i></p> <p>El paciente presentará piel tibia al tacto.</p> <p>El paciente evidenciará ausencia de piloerección durante el turno.</p>	<p>Objetivo Alcanzado (OA): El paciente presenta piel tibia al tacto, ausencia de piloerección y temperatura corporal de 36°C.</p>
<p>Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería (Elaboración propia del autor)</p>	

Tabla 14
Evaluación del 4° diagnóstico de enfermería

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo: El paciente mejorará el intercambio de gases durante el turno.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>El paciente presentará gasometría arterial con valores normales durante el turno.</p> <p>El paciente presentará piel con coloración normal.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): Paciente presenta gasometría arterial normal PH=7.42 – PCO2= 36.4 - HCO3= 23.1 meql, pero aun continua con piel pálida.</p>
<p>Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería (Elaboración propia del autor)</p>	

Tabla 15
Evaluación del 5° diagnóstico de enfermería

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo: El paciente recuperará la ventilación espontánea progresivamente en un periodo corto de tiempo.</p> <p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>El paciente presentará frecuencia cardíaca dentro de los valores normales.</p> <p>El paciente presentará saturación de oxígeno mayor de 95%.</p> <p>El paciente presentará sincronía respiratoria.</p>	<p>Objetivo Parcialmente alcanzado (OPA): El paciente presenta Sat. O2 100%, sincronía ventilatoria pero aun continua con frecuencia cardíaca aumentada.</p>
<p>Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería (Elaboración propia del autor)</p>	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Antecedentes internacionales

Ruiz (2017) realizó el trabajo titulado: “caso clínico de un paciente politraumatizado que es intervenido de cirugía abdominal, ingresado en la unidad de cuidados críticos quirúrgicos de un Hospital General” en España. Objetivo: evaluar la efectividad del cuidado. Metodología, estudio descriptivo analítico, que se apoya en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y hace uso como instrumentos diversas escalas teniendo como prioridad la de Glasgow, siendo necesaria la vigilancia del estado de consciencia en pacientes politraumatizados, así como el uso de la Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS) para evaluar el dolor en pacientes sedados, entre otras. Se aplican una serie de cuidados básicos de enfermería y se dirige en mayor profundidad en los cuidados centrados en las alteraciones del intercambio gaseoso y prevención de complicaciones derivadas de la ventilación mecánica como la neumonía, y en los cuidados derivados del traumatismo abdominal y del daño hepático. Resultados, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, fueron: Dolor abdominal agudo r/c traumatismo abdominal m/p inquietud y aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial; riesgo de deterioro de la función hepática r/c laceración hepática; deterioro de la integridad cutánea r/c traumatismo abdominal y disminución el gasto cardíaco r/c sangrado de la herida quirúrgica; deterioro de la movilidad física r/c proceso patológico m/p encamamiento; riesgo de infección r/c catéter venoso central y por los drenajes, tubo endotraqueal, sonda vesical y sonda nasogástrica. Conclusiones la aplicación del plan de cuidado integral es efectiva, porque permite el logro de resultados de la intervención de enfermería centrándose en la individualidad del paciente acerca del cuidado.

Rodriguez (2014), en un estudio aplicado a un paciente con diagnóstico de trauma abdominal cerrado más laparotomía exploratoria se encuentra hospitalizado en el servicio de cirugía de varones de un hospital de Bolivia, tuvo como objetivo mejorar el estado del paciente durante su estadía por el servicio de cirugía de varones, aplicando los diagnósticos de enfermería para lograr identificar las complicaciones y dolencias del paciente. La metodología es tipo descriptivo y analítico, se utilizó el proceso de atención de enfermería en el cual se incluyó las cinco fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En la valoración se aplicó según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para identificar los problemas del paciente. Resultados, al analizar todos los datos recolectados de la guía valoración se identificaron los diagnósticos a trabajar los cuales se priorizaron según la necesidad, para luego obtener mejores resultados. Se concluye que los diagnósticos de enfermería evidenciados se logran resolver parcialmente.

Antecedentes nacionales

Para Leque (2010), en su estudio realizado en paciente con diagnóstico de embarazo ectópico procedimiento quirúrgico realizado laparotomía exploratoria del hospital de Essalud en Juliaca - Puno, tuvo el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones de los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico. Metodología es un estudio de tipo descriptivo y analítico, como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, mediante los patrones funcionales. Resultados, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios post operatorio, déficit de volumen de líquidos relacionada con la pérdida activa de volumen de líquidos, dolor agudo relacionado con agente lesivo físico y biológico secundario a herida operatoria, riesgo de

desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a anestesia, procedimiento y ambiente quirúrgico secundario $T^{\circ} 35.7^{\circ}C$, riesgo de caídas relacionado a estado postoperatorio, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado a factores biológicos, restricción de dieta y aumento en la necesidad de nutrientes secundario a la cirugía.

Conclusiones, se concluye que los diagnósticos presentados se lograron satisfactoriamente.

Antecedentes locales

Llacza, M. (2017) El estudio es realizado en paciente con diagnóstico de trauma abdominal (arma blanca) procedimiento quirúrgico realizado laparotomía exploratoria del Hospital Nacional San Juan de Lurigancho, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones de los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico mediante cuidados de enfermería brindando una atención con calidad para satisfacer las necesidades reales o potenciales. Metodología es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, mediante dominios. Resultados, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios post operatorio, riesgo de asfixia R/C reducción de la habilidad motora por efectos de la anestesia, limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de las secreciones E/P roncus, riesgo de sangrado R/C traumatismo de los tejidos y dolor agudo R/C traumatismo de los tejidos secundarios a intervención quirúrgica. Conclusiones. Se concluye que el diagnóstico riesgo de asfixia, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de sangrado y dolor agudo los resultados esperados se lograron satisfactoriamente.

Ledesma (2012) El estudio realizado en paciente con diagnóstico Post operado de Laparotomía exploratoria, aproximadamente de 70 años, se encuentra internado en el Hospital 2 de Mayo, servicio de cirugía, tuvo como Objetivo mejorar el estado del paciente mediante los diagnósticos de enfermería, identificando los factores de riesgo para la solución de los mismos en cada una de las intervenciones a realizar. Metodología, es un estudio de tipo descriptivo y analítico en cual se utilizó el proceso de atención de enfermería, incluyendo las cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Resultados, al analizar los datos recolectados por medio de la guía valoración se identificaron diferentes diagnósticos según la necesidad y patologías del paciente como dolor agudo, alteración del intercambio gaseoso, riesgo de infección, ansiedad. Conclusión: Se concluye que los diagnósticos evidenciados se logran resolver parcialmente.

Marco conceptual

Trauma abdominal.

Según Quispe, 2017 el trauma abdominal está presente en un 13% a 15% de los accidentes fatales. El trauma cerrado representa el 65% del total de casos, el trauma abierto representa el 35% del total de casos, de este último, las heridas por arma blanca constituyen el 30%.

Según Smeltzer y Bare (2016) las lesiones intrabdominales se caracterizan por penetrantes o contundente.

Penetrantes: “Las heridas por disparo de arma de fuego, heridas de arma blanca, requieren casi siempre medidas quirúrgicas” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 2165).

Contundente: “pueden ser resultar de los accidentes en vehículos de motor, caídas, golpes o explosiones” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 2165).

Etiología:

- Accidentes de tránsito
- Accidentes de bicicleta
- Heridas de bala
- Heridas por arma blanca

Fisiopatología:

Un trauma abdominal puede ser mortal, debido a que los órganos abdominales, en especial los de espacio retroperitoneal, puede sangrar profusamente.

Los órganos abdominales sólidos tales como el hígado y los riñones sangran profusamente cuando son cortados o rotos. Cuando se produce lesión en bazo puede ser mortal.

Signos y síntomas:

- Pérdida de la conciencia
- Hipertensión
- Bradicardia
- Palidez intensa
- Sudoración fría
- Dolor
- Vómito

Diagnóstico:

- Examen físico
- Estudios radiológicos
- Tomografía
- Ecografía

Tratamiento: Laparotomía exploratoria.

Según Fuller (2012) es el término empleado para describir una incisión hecha a través de la pared abdominal y permitir al cirujano realizar una operación sobre los contenidos de la cavidad.

Existen 2 tipos:

Abierto: requiere una incisión quirúrgica estándar.

Endoscópico (laparoscopia): se realiza mediante pequeñas incisiones para observar y manipular los órganos.

Complicaciones.

- Shock hipovolémico
- Shock séptico
- Evisceración

Paciente en estudio, diagnosticado por trauma abdominal por arma blanca, la lesión producida comprometió pared abdominal y región lumbar, medios diagnósticos que le realizaron tomografía de emergencia, presentaba piel fría, sudoración, palidez y pérdida de la conciencia, ingresa a quirófano para realizarle una laparotomía exploratoria, presenta hipotensión y vomito porráceo, luego de la cirugía ingresa a la unidad de recuperación post anestésica, no presenta complicación alguna.

Acidosis metabólica.

Según Smeltzer y Bare (2016) la acidosis metabólica es un trastorno clínico que se caracteriza por la disminución del PH (incremento de la concentración del h⁺).

Etiología.

- Cetoacidosis diabética.
- Acidosis láctica.

- Deshidratación severa.
- Insuficiencia renal.

Fisiopatología:

- Aumento en la producción de ácidos fijos.
- Pérdida de bicarbonato a través de los riñones.
- Incapacidad de los riñones para excretar hidrógeno.

Signos y síntomas.

- Cefalea
- Falta de energía
- Somnolencia
- Shock

Diagnóstico.

- Gasometría arterial.
- Electrolitos en suero.
- Ph de la orina.

Tratamiento.

- Administración de bicarbonato de sodio.

Complicaciones:

- Shock o muerte.

Paciente en estudio, post operado de una laparotomía exploratoria, bajo los efectos de anestesia general, conectado a ventilador mecánico, pérdidas sanguíneas de gran volumen en el intraoperatorio, presenta una alteración en la gasometría arterial, previa coordinación e

indicación médica se administrará medicamento para la corrección de la misma, no presenta complicación sobreagregada.

Diabetes mellitus.

“La diabetes mellitus es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizados por concentraciones elevadas de glucosa en sangre (hiperglucemia), consecuencias de alteraciones de la secreción, acción o ambas, de la insulina” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 1197).

Clasificación.

Según la American Diabetes Association (ADA, 2018) clasifica en:

Diabetes tipo I: Según (ADA, 2018) el cuerpo no produce insulina, esta hormona es necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos en energía necesaria para la vida, solo el 5% de las personas con diabetes tienen este tipo, con la ayuda de la terapia e insulina y otros tratamientos tienen una vida larga y feliz.

Diabetes tipo II: Según (ADA, 2018) el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para producir el combustible básico de las células del cuerpo, cuando la glucosa se acumula en la sangre y no ingresa a las células puede producir complicaciones en la diabetes.

Diabetes gestacional: se produce en el embarazo sin ser diabética.

Fisiopatología.

- Secreción deficiente de insulina en el páncreas.
- Incremento de la producción basal de glucosa hepática.
- Deficiente absorción gastrointestinal de la insulina.

Signos y síntomas.

Según la American Diabetes Association (ADA, 2018) los síntomas son típicos. Sin embargo, algunas personas con diabetes tipo 2 tienen síntomas tan leves que pasan desapercibidos, estos son:

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Fatiga
- Pérdida de peso: a pesar que está comiendo más.
- Hormigueo, dolor o entumecimiento en las manos/pies.

Diagnóstico.

- Glicemia a las 2 horas después de una sobrecarga oral.
- Glucemia en ayunas

Tratamiento.

- Farmacoterapia
- Dieta
- Control de la glicemia capilar

Complicaciones.

Según Pallardo (2013) las complicaciones de la diabetes son:

- Retinopatía diabética
- Hipoglicemia
- Aterosclerosis
- Neuropatía diabética

- Shock o muerte.
- Pie diabético.
- Acidosis metabólica
- Cetoacidosis diabética.

Cuidados de enfermería.

- Balance hídrico estricto.
- Control de funciones vitales
- Control de glucemia capilar antes de los alimentos.

En relación con el paciente post operado inmediato con antecedente de DM de tipo II, toma medicamento metformina 850 mg 1 vez al día. El paciente se encontraba en estado étílico, la importancia de la educación y la concientización de la enfermedad podría evitar complicaciones en su estado de salud. El aumento de la glucemia en sangre desacelera el proceso de la cicatrización de la herida operatoria.

Modelo teórico

Dorotea Orem: Teoría del déficit de autocuidado.

Según Raile y Marriner (2011) Orem basó su teoría de manera general en 3 teorías relacionadas:

Teoría del autocuidado.

Según Raile y Marriner (2011), Orem explica que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos con un objetivo que está orientado al cuidado de sí mismo y la capacidad que tiene el individuo de iniciar actividades para mantener la vida, salud y el bienestar. Define tres requisitos donde el individuo debe realizar acciones para cuidar de sí mismo.

Requisitos del autocuidado universal.

Incluye el aporte suficiente de aire, el aporte suficiente de alimentos, el aporte suficiente de agua, el aporte suficiente de proceso de alimentación, el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso, el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales.

Requisitos del autocuidado de desarrollo.

Aquí se promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevención de las condiciones adversas y disminuir los efectos de dichas situaciones en las etapas distintas del proceso evolutivo, niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos del autocuidado en caso de desviación de la salud.

Se encuentra sujeto a los estados de salud. El autocuidado se produce cuando la persona en estado de madurez es capaz de proveer su salud por interés propio manteniéndose sano logrando satisfacción y desarrollo.

Teoría del déficit de autocuidado.

Explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos que se encuentran sometido a limitaciones a causa de su salud, por tal motivo no puede asumir el autocuidado, se determina cuando y porque se necesita de la intervención de enfermería.

Teoría de sistemas de enfermero.

Según Raile y Marriner (2011), son acciones deliberadas de las prácticas de acuerdo a las necesidades terapéuticas del autocuidado de sus pacientes. El método de ayuda son las secuencias de acciones que resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de la persona. Se identifican tres tipos de sistemas:

Sistema de enfermería totalmente compensadores.

La enfermera realiza el cuidado total del paciente:

Sistema de enfermería parcialmente compensadores.

La enfermera proporciona medidas para el autocuidado, compensa la limitación y ayuda al paciente.

Sistema de enfermería apoyo – educación.

La enfermera ayuda a los individuos para que sean capaces de realizar sus actividades, pero sin ella no podrían realizarlo.

La teoría Déficit del autocuidado de Dorotea Orem considera a la persona como un organismo biológico, racional y pensante, que en un estado de madurez tiene la capacidad de iniciar actividades para cuidar de sí mismo.

El paciente de estudio, según la teoría de Orem, presenta un déficit del autocuidado encontrándose totalmente dependiente, por consiguiente no tiene la capacidad de cuidar de sí mismo; durante este proceso la interacción del personal de enfermería brinda la asistencia directa en el autocuidado según sus requerimientos; asume las actividades de brindar cuidados secuenciales, integrales encaminados a contribuir la recuperación de la salud del paciente, en el unidad de recuperación post anestésica (entorno), con el fin de compensar las limitaciones para que en el menor tiempo posible el paciente tenga la capacidad de cuidar de sí mismo.

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

Es un estudio de caso de tipo descriptivo analítico. La metodología empleada fue el proceso de atención de enfermería. Se utilizó, como instrumento, la guía de valoración de ingreso del paciente a la unidad de recuperación post anestésica (URPA) correspondiente a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon que fue adaptada por la investigadora en función a la capacidad resolutive del servicio y las características del paciente.

Sujeto de estudio

Paciente adulto mayor de 40 años, identificado con las iniciales NOC, post operado inmediato de laparotomía exploratoria conectado a ventilador mecánico en la unidad de recuperación post anestésica (URPA).

Delimitación geográfica temporal

Un hospital de EsSalud ubicado en la Avenida 26 de noviembre, en el distrito de Villa María del Triunfo. Fundado el 30 de abril del 2014, consta de las siguientes especialidades médicas cómo: medicina general, medicina interna, medicina física y rehabilitación, cardiología, dermatología, endocrinología, emergencias, gastroenterología, geriatría, nefrología, neumología, neurología, pediatría – neonatología, reumatología, anestesiología, cirugía general, gineco – obstetricia, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología, neurocirugía, centro quirúrgico donde se encuentra la unidad de recuperación post anestésica.

La unidad en general consta de 10 camas para la atención del paciente post operado inmediato, 10 profesionales de enfermería y 10 técnicos en turnos rotativos y medios turnos, 32 anestesiólogos 1 en 12 horas cada uno, la proporción enfermera paciente es de 1 a 5.

El ingreso de pacientes es de 25 pacientes por día, las afecciones más frecuentes son: cirugías de emergencias, generales, ginecológicas, otorrinolaringología, odontopediatría, traumatología, urología, nefrología y neurocirugía.

La unidad de recuperación post anestésica en general, cada unidad tiene cortina corrediza en U, cuenta con un monitor multiparámetro, balastro que incorpora luz, oxígeno empotrado, punto de aspiración y de electricidad, cuenta con 10 ventiladores savina que se rota semanalmente, un ventilador portátil oxilog, 1 coche de paro, 1 calentador de fluidos, 10 bombas de infusión, 8 mantas térmicas adulto y 5 pediátricos, 1 coche de ropería, coche de unidosis para la preparación de medicamentos, 1 coche de curaciones, 1 ekg, 1 aspirador de mesa, 1 desfibrilador, un cuarto limpio y sucio.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica empleada, la observación, recopilación de datos de la historia clínica y el instrumento para recolectar los datos fue la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon adaptado por la investigadora.

Según Benavides (2013), Patrón es una expresión de integración psicosocial las cuales son: Patrón de Percepción – Manejo de la salud, Patrón Nutricional – Metabólico, Patrón de Eliminación; Patrón de Actividad – Ejercicio; Patrón de Reposo y Sueño; Patrón Cognitivo – Perceptual; Patrón de Autopercepción – Autoconcepto; Patrón de Rol – Relaciones; Patrón de Sexualidad – Reproducción; Patrón de Afrontamiento – Tolerancia al Estrés y Patrón de Valores y Creencias.

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

Para la revisión, se utilizó la historia clínica, kardex, registro de enfermería y la técnica de observación documentaria.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de la investigación, se utilizaron los principios bioéticos: Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

El principio de Beneficencia, comporta la obligatoriedad de hacer el bien, respetando la dignidad del paciente, maximizando los beneficios posibles.

Con respecto al paciente se brinda una atención continua, oportuna y segura considerando la individualidad de la persona con el fin de mejorar el estado actual del paciente.

El principio de no Maleficencia, obliga no solo a no hacer el mal, sino también, a tratar a las personas con igual consideración y respeto a la dignidad, tratando de minimizar los posibles daños.

Con respecto a este principio se dio el cuidado de enfermería ofreciendo una atención con calidad con el fin de minimizar riesgos y favorecer la salud.

Justicia, hay que tratar a todos con justicia, con equidad, todos somos básicamente iguales y merecemos consideración y respeto.

En el paciente de estudio se cumplió este principio dándole un cuidado individualizado respetando sus costumbres, religión y grado de dependencia.

El principio de autonomía se entiende como la forma de libertad personal para tomar sus propias decisiones. En los pacientes esta autonomía se expresa a través del Consentimiento Informado.

En el caso del paciente por encontrarse en un estado no competente, las decisiones las debe tomar el representante legal.

Para la atención directa al paciente se han tenido presente los principios de: responsabilidad, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, confianza y dignidad.

En la atención directa al paciente se tuvieron en cuenta el consentimiento informado, el respeto, la dignidad, responsabilidad, confidencialidad y confianza.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 16

Cumplimiento de los objetivos relacionados a los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
<i>Diagnóstico 1</i>			1	20%		
<i>Diagnóstico 2</i>			1	20%		
<i>Diagnóstico 3</i>	1	20%				
<i>Diagnóstico 4</i>			1	20%		
<i>Diagnóstico 5</i>			1	20%		
Total	1	20%	4	80%		

Datos obtenidos del plan de cuidados de enfermería y evaluación (Elaboración propia del autor)

Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 80% fueron parcialmente alcanzados y el 20% fueron alcanzados.

Análisis de los diagnósticos

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantes.

Análisis.

“Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” (Nanda, 2015-2017, p.395). Las vías respiratorias

normalmente se encuentran permeables en una persona sana, esto permite que el pasaje de aire sea adecuado y logre producir una respiración adecuada.

Según Smeltzer y Bare (2016), la tos es un reflejo que protege a los pulmones del acumulo de secreciones y la inhalación de cuerpos extraños. Este reflejo puede verse afectado por la debilidad o la parálisis de los músculos respiratorios, puede ocurrir también por la inactividad prolongada o la depresión de los centros bulbares cerebrales.

“Los ruidos respiratorios normales se distinguen por su localización sobre un área específica del pulmón y se identifican como ruidos respiratorios vesiculares, broncovesiculares y bronquiales” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 503).

Los ruidos respiratorios anormales como los roncantes se deriva muchas veces por el acumulo de secreciones o edemas. “La intubación endotraqueal proporciona una vía respiratoria patente cuando el sujeto esta con sufrimiento respiratorio resistente a métodos simples” (Smeltzer y Bare, 2016, p. 646).

El paciente en estudio post operado inmediato de laparotomía exploratoria se encuentra bajo los efectos de anestesia general, causando una depresión respiratoria, pérdida de la conciencia voluntaria y ocasionando una disminución del tono de los músculos respiratorios trayendo como consecuencia la relajación de los mismos; en consecuencia, el paciente no puede realizar por sí mismo una buena ventilación. Asimismo, presenta ausencia del reflejo tusígeno lo cual no permite expectorar adecuadamente las secreciones presentes producto de la debilidad de los músculos respiratorios. A la auscultación de ambos campos pulmonares, se evidencia disminución de los ruidos respiratorios, se escucha roncantes esto impide que haya un buen pasaje de aire en ambos campos pulmonares, se observa secreciones densas en boca de regular cantidad impidiendo la permeabilidad de las vías aéreas, presenta TET (tubo endotraqueal).

La presencia de secreciones podría causar una complicación como la aspiración de las mismas llegando a producir una neumonía aspirativa complicando el estado actual de post operado y la larga estancia en su recuperación. La importancia de la permeabilidad de las vías aéreas es fundamental para que se produzcan todos los procesos de los mecanismos de la respiración para la recuperación pronta del paciente considerando menor riesgo posible para su mejoría.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por mucosas secas, orina oscura, aumento de la frecuencia cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25).

Análisis.

“Disminución de líquido intravascular, intersticial y o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio” (Nanda, 2015-2017, p.177).

Según Hurst (2013), el déficit de volumen de líquidos también hipovolemia se da cuando no hay líquido suficiente en el espacio vascular causado por una disminución rápida de líquidos debido a muchas causas como hemorragia o tras una quemadura. También se puede dar por causas menos evidente como vómito excesivo, diarrea, aspiración por sonda nasogástrica y toracocentesis.

El agua constituye el 60% del peso corporal y es distribuido en dos compartimentos el intracelular y el extracelular. El 20% constituye el extracelular donde se encuentra conformado por el plasma, fluido intersticial y el líquido transcelular, el 40% forma el intracelular donde se hallan todas las células del cuerpo. La pérdida de líquidos en el organismo puede afectar el equilibrio entre el intra y el extracelular. El déficit de volumen de líquidos ocurre cuando se pierde agua y electrolitos de la misma proporción que se encuentran los líquidos corporales

normales. El aumento de la frecuencia cardíaca se da como mecanismo de compensación del gasto cardíaco.

Según Hurts (2013), la orina concentrada se produce cuando el organismo trata de retener líquidos del cuerpo, este proceso sucede cuando los riñones tratan de conservar agua para que se produzca todos los procesos fisiológicos generando desechos producto de los procesos que necesitan ser eliminados por los riñones por lo cual aumenta su concentración y se evidencia la orina con características oscuras.

La piel seca se evidencia cuando el cuerpo intenta compensar los líquidos mediante los riñones lo cual significa que no hay una buena distribución de líquidos a nivel corporal, la pérdida activa de volumen de líquidos se debe a muchas causas como la presencia de drenajes, hemorragias activas y una deficiente restitución de líquidos intravenosos.

El paciente intervenido quirúrgicamente de laparotomía exploratoria ha tenido pérdidas sanguínea cuantiosas durante el acto quirúrgico produciendo una disminución del volumen de líquidos evidenciando por mucosas y piel seca, orina oscura y aumento de la frecuencia cardíaca, presencia de drenajes teniendo un balance negativo en el intraoperatorio; estas pérdidas considerables en el cuerpo causan un desequilibrio en el correcto funcionamiento de los órganos, a consecuencia de este desequilibrio el cuerpo trata de obtener volumen efectivo circulante para asegurar una buena perfusión y oxigenación tisular. Se manifiestan cambios en el tono simpático produciendo aumento de la frecuencia cardíaca, paralelamente hay liberación de renina – angiotensina como respuesta de los riñones ante una disminución de la perfusión renal que al mismo tiempo estimula la liberación de aldosterona para la regulación del volumen, el hipotálamo secreta vasopresina aumentando la reabsorción de agua en el tubo colector del riñón

eliminando la orina concentrada (oscura), si esta deficiencia continúa podría ocasionar múltiples complicaciones dañando el sistema renal y otros.

Hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto.

Análisis

“Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” (Nanda, 2015-2017, p.427).

La piel es un órgano que produce protección en la regulación de la temperatura corporal, la mayor parte de pérdida de calor se produce en la superficie de la piel.

“La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producido por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo” (Potter, 2015, p. 430).

“La hipotermia es la pérdida de calor durante una exposición prolongada al frío, sobrecarga la capacidad del cuerpo por producir calor” (Potter, 2015, p.434).

La piloerección es un mecanismo que sirve para atrapar una capa de aire caliente cerca de la piel. “La pérdida de calor por radiación puede ser considerable durante una cirugía cuando la piel del paciente está expuesto a un entorno frío” (Potter, 2015, p.431).

El centro regulador de la temperatura corporal se encuentra en el hipotálamo. La anestesia general causa inhibición significativa sobre el control regulador de la temperatura.

Paciente en estudio post operado inmediato de laparotomía exploratoria se encuentra bajo los efectos de anestesia general, durante las primeras horas de cirugía se da la primera fase que es una disminución de la temperatura corporal como resultado de una redistribución del calor corporal en los tejidos periféricos, esta redistribución es ocasionada por la inhibición de la vasoconstricción tónica, la segunda fase es más lenta, lo que ocasiona una mayor pérdida de

calor excediendo a la producción metabólica, a eso se adiciona la temperatura ambiental baja constante logrando mantener una temperatura corporal baja, esta se evidenciada mediante la piloerección y piel fría al tacto.

La exposición sostenida permanentemente a una temperatura ambiental baja a la cual se añade un régimen terapéutico ocasionan múltiples complicaciones como por ejemplo el retraso en la actividad de los factores de la coagulación, retraso en la cicatrización e incremento de riesgo de infección de la herida operatoria.

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal (PH=7.24 - HCO₃= 16.2 meql - PCO₂= 38.4 mmhg) y piel pálida.

Análisis.

“Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo – capilar” (Nanda, 2015-2017, p.204).

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

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

Ahanatha (2017) el acino es la unidad primaria del intercambio gaseoso, su capacidad residual funcional depende del estado de insuflación del pulmón.

El análisis de los gases arteriales es una prueba que proporciona una información más directa sobre la función ventilatoria. Estos gases sanguíneos determinan el Ph, la saturación y la presión parcial de O₂, así como la presión parcial de dióxido de carbono.

Cuatro alteraciones diferentes pueden aparecer cuando se rompe el equilibrio ácido básico: acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria, acidosis metabólica y alcalosis metabólica. En las últimas alteraciones el sistema respiratorio intenta compensar la alteración del Ph.

Ahanatha (2017) la ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, el ventilador es una máquina que ayuda a las personas a respirar cuando esta por sí misma no puede respirar los suficiente.

El paciente en estudio post operado inmediato bajo los efectos de anestesia general, este régimen terapéutico ocasiona que los músculos respiratorios no se encuentren con la tonicidad adecuada para poder realizar por sí mismo una buena ventilación, ocasionando una disminución en el intercambio gaseoso, estado actual que podría impedir una adecuada liberación de CO₂.

En el análisis de los gases arteriales se puede evidenciar una alteración en la gasometría donde el Ph se encuentra disminuido teniendo un valor de 7.244, el bicarbonato tiene un resultado de 16.2 mEq/l y el PCO₂ se encuentra dentro de los rangos normales en un valor de 38.4 mmhg dando como diagnóstico acidosis metabólica producto de una insuficiencia circulatoria que produce acumulo de ácido láctico, sino se corrige podría causar un shock o la muerte. El paciente se encuentra en ventilación mecánica, este apoyo va a permitir el control del patrón respiratorio hasta que corrija el proceso patológico que presenta en estos momentos.

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria.

Análisis.

“Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la

respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida” (Nanda, 2015-2017, p.240).

Ahanatha (2017) La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, el ventilador es una máquina que ayuda a las personas a respirar cuando esta por sí misma no puede respirar lo suficiente.

“La ventilación mecánica tiene como objetivo fundamental optimizar el intercambio gaseoso y reducir el trabajo respiratorio, siendo un método indispensable para el mantenimiento de la vida del paciente agudo grave” (Aragonez, 2016, p. 197).

La ventilación es un proceso mecánico de movilización de aire hacia el interior y el exterior de los pulmones con el fin de introducir oxígeno en el alveolo dando lugar al intercambio gaseoso, los músculos respiratorios deben ejercer la suficiente fuerza para superar la resistencia del sistema respiratorio y movilizar la pared torácica y expandir los pulmones con el fin de lograr adecuadamente este proceso. El objetivo de la ventilación mecánica es reducir el trabajo de los músculos respiratorios, reclutar alveolos colapsados, mejorar la oxigenación y lograr efectivamente una distribución adecuada del volumen corriente.

Según Ahanatha (2017), el ventilador puede ser utilizado para ayudar a los pulmones a respirar hasta que la persona se recupere.

Cuando el enfermo experimenta disminución continua de la oxigenación (PaO_2), aumenta la concentración de dióxido de carbono en sangre arterial ($PaCO_2$) y la acidosis es persistente, se precisa de la ayuda de la ventilación mecánica.

La fatiga de los músculos respiratorios conduce una serie de cambios en la mecánica del sistema respiratorio, la cual produce una disminución de la distensibilidad pulmonar y de la caja

torácica por lo consiguiente aumenta la carga del trabajo respiratorio. La saturación de oxígeno nos permite medir la cantidad de oxígeno disponible en la sangre.

La frecuencia cardíaca aumentada es un mecanismo compensatorio el cual es producido por una vasoconstricción de arteriolas y arterias con el fin de mantener la presión de perfusión del gasto cardíaco logrando mantener las presiones del llenado.

El paciente en estudio post operado inmediato de laparotomía exploratoria se encuentra bajo los efectos de anestesia general, este estado produce una disminución en la tonicidad de los músculos respiratorios por tal motivo se encuentren sin la tonicidad necesaria para realizar por sí mismo la ventilación adecuada produciendo una hipoventilación alveolar, cuando se produce una disminución de oxígeno tisular da lugar a que se presenten alteraciones en el metabolismo celular dando lugar a un trastorno llamado acidosis metabólica por tal motivo se encuentra conectado al ventilador mecánico que le proporcionará conservar la respiración de manera automática logrando la administración del oxígeno adecuado y el control del patrón respiratorio hasta el proceso de su recuperación.

Discusión

Un traumatismo abdominal es causado por un agente que produce lesiones de gran magnitud, esta puede ser contundente o penetrante. El trauma abdominal representa en un 13% a 15% de los accidentes fatales, las heridas por arma blanca constituyen el 30%, en este caso se presenta un paciente con traumatismo abdominal por arma blanca, y el procedimiento realizado para la exploración de órganos dañados es la laparotomía exploratoria bajo anestesia general, dicha intervención es de gran complejidad por ende puede presentar posibles complicaciones como shock hipovolémico, shock séptico y evisceración.

Una vez que el paciente post operado inmediato llega a la URPA, el objetivo principal

de enfermería, es realizar una valoración integral al paciente, y detectar oportunamente la sintomatología relevante que puedan estar señalando la presencia de un problema o la posibilidad de que se presente y complicar la recuperación del paciente.

La limpieza ineficaz de las vías aéreas, déficit volumen de líquidos, hipotermia, deterioro del intercambio de gases y deterioro de la ventilación espontánea fueron los problemas hallados en la paciente post intervención quirúrgica, se identificaron con la finalidad de dar solución mediante las intervenciones de enfermería, logrando cumplir en lo posible los objetivos propuestos. En los estudios de Llacza (2017) y Ruiz (2017), también se pueden apreciar que estos diagnósticos están presentes en pacientes post operados con apoyo ventilatorio y en situaciones similares.

La finalidad de los cuidados de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica es brindar una atención secuencial de cuidados especializados, individualizado y humanizado que brinda el profesional permitiendo así adquirir autonomía profesional y mejorar las practicas diarias; también nos permite lograr una intercomunicación con otros profesionales que en apoyo conjunto nos va a permitir lograr la recuperación adecuada del paciente.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Después de la atención directa al paciente y de la indagación bibliográfica respectiva cumpliendo con todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería se concluye que los resultados fueron la elaboración de cinco planes de cuidados donde se cumplieron los objetivos en un 20% alcanzados y el 80% fueron parcialmente alcanzados, que a continuación se mencionan:

1. El diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de TET, mucosidad excesiva evidenciado por ausencia de reflejo tusígeno y roncantes cuyo objetivo principal fue mantener limpieza eficaz de las vías aéreas durante el turno fue parcialmente alcanzado debido a que el paciente continuaba con ausencia del reflejo tusígeno, pero se tuvo como resultado secreciones en menor cantidad y disminución de roncantes a la auscultación a través de las intervenciones de enfermería, realizar lavado de manos antes y después de cada proceder, hiperoxigenar antes de la aspiración, nebulizar con 5 cc de suero fisiológico, realizar vibroterapia después de cada nebulización, realizar aspiración de secreciones, valorar las características de las secreciones por TET y boca cada turno, monitorizar los niveles de Saturación de O₂ continuamente, realizar auscultaciones de ACP después de cada terapia respiratoria, realizar higiene bucal con gasas blandas y con antiséptico, valorar la permeabilidad de las vías aéreas en cada turno y registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería en cada turno.
2. Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por piel y mucosas orales secas, orina oscura, aumento de la frecuencia

cardíaca y balance hídrico negativo (BH= -686.25), cuyo objetivo principal es mantener un volumen adecuado de líquidos durante el turno, fue parcialmente resuelto debido a que el paciente continuaba con frecuencia cardíaca aumentada, piel y mucosas orales secas, pero se tuvo como resultado flujo urinario adecuado y clara, balance hídrico positivo a través de las intervenciones de enfermería, valorar el estado de la piel y turgencia en cada turno, valorar y realizar balance hídrico estricto cada turno, administrar la reposición prescrita de líquidos intravenosos cloruro de sodio al 9% 900 ml en 2 horas, registrar el volumen y las características del drenaje y valorar los apósitos de la herida operatoria en cada turno, monitorizar: cantidad, color, consistencia del contenido nasogástrico drenado cada turno, valorar la diuresis horaria y el flujo urinario cada hora, realizar control de exámenes de laboratorio electrolitos y hemograma, administrar hemoderivados según corresponda, consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio hídrico persiste o empeora, documentar los cambios en la piel y las mucosas en las notas de enfermería cada turno.

3. El diagnóstico hipotermia relacionada con temperatura ambiental baja evidenciado por piloerección y piel fría al tacto, cuyo objetivo principal fue presentar temperatura corporal entre 36°C y 37°C después de aplicar las medidas terapéuticas fue alcanzado, y como resultado se obtuvo piel tibia al tacto, ausencia de piloerección y temperatura corporal de 36°C a través de las intervenciones de enfermería monitorizar los signos vitales cada 15 min, especialmente la t° corporal, identificar los factores médicos ambientales y de otro tipo que puede precipitar la hipotermia en cada turno, colocar la manta térmica hasta recuperar la temperatura corporal ideal, observar el color y la temperatura de la piel en

cada turno, monitorizar los síntomas de hipotermia leve y la hipotermia moderada, documentar los cuidados en las notas de enfermería en cada turno.

4. El diagnóstico deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal ($\text{PH}=7.24$ - $\text{HCO}_3=16.2$ meql - $\text{PCO}_2=38.4$ mmhg) y piel pálida cuyo objetivo principal fue mejorar el intercambio de gases durante el turno después de aplicar las medidas terapéuticas fue parcialmente alcanzado debido a que el paciente aun presentaba piel pálida. Se tuvo como resultado gasometría arterial normal $\text{PH}=7.42$ - $\text{PCO}_2=36.4$ - $\text{HCO}_3=23.1$ meql a través de las intervenciones de enfermería como valorar el color de la piel y el llenado capilar, monitorizar los signos vitales Sat. O₂. Cada 15 min, monitorizar el patrón respiratorio: Frecuencia, ritmo, profundidad, el uso de los músculos accesorios y disnea cada turno y durante, mantener al paciente en posición semifowler de 30° y durante, realizar examen de AGA según indicación, valorar los resultados del AGA (PO₂, PCO₂, PH y HB), administrar medicamento bicarbonato 8.4% 7 ampollas en stat indicado por el médico, monitorizar gasometría arterial, Ph arterial, PaCO₂ y HCO₃ y los mecanismos compensadores presentes según requerimiento, registrar los cuidados realizados en las notas de enfermería cada.
5. El diagnóstico deterioro de la Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca, desaturación de oxígeno y asincronía ventilatoria cuyo objetivo principal es recuperar la ventilación espontánea progresivamente en un periodo corto de tiempo fue parcialmente alcanzado debido a que el paciente continuaba con frecuencia cardíaca aumentada, se tuvo como resultado sat. O₂ 100% y sincronía ventilatoria a través de las intervenciones de

enfermería como la valoración del color de la piel y el llenado capilar, cada turno, monitorizar los parámetros ventilatorios del paciente y el ventilador mecánico, valorar la sincronía paciente/ ventilador cada turno, valorar el esfuerzo respiratorio cada hora, valorar la gasometría arterial según requerimiento, mantener la alineación del TET colocando los tubos del ventilador en posición correcta cada turno, inspeccionar la simetría del movimiento del tórax cada turno mantener la cabecera en ángulo de 30° cada turno, valorar la correcta insuflación del cuff, comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador cada turno, mantener niveles de agua establecidos en humidificador, asegurar que las alarmas del ventilador estén conectadas cada turno, realizar cambios posturales cada 2 horas, registrar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador cada turno.

Recomendaciones

Se recomienda al departamento de enfermería implementar una guía de valoración de ingreso al paciente post operado inmediato en la unidad de recuperación post anestésica del hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, con el propósito de agilizar la valoración y protocolizar los cuidados de enfermería en la atención al paciente mejorando de esta manera los resultados o respuestas del paciente.

Que la enfermera especialista de RPA debe tener conocimiento amplio y manejo de los diagnósticos de enfermería para brindar asistencia oportuna y de calidad al paciente posoperado inmediato, iniciando por la identificación de problemas reales y potenciales con el fin de prevenir complicaciones en coordinación con el equipo multidisciplinario.

Contar con planes de cuidados estandarizados para facilitar la atención al paciente según sus repuestas y o necesidades.

Sensibilizar al equipo de enfermeras de la unidad de Recuperación post Anestésica Para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado directo al paciente.

Bibliografía

- Ahanatha, S. (2017). *Ventilación Mecánica. Fácil de hacer* (1era ed.). Mexico: Brothers Medical Publishers (P), LTD.
- American Diabetes Association. (Agosto de 2018). Obtenido de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/symptoms/?loc=db-slabnav>
- Aragonez, R., & De Rojas, J. P. (2016). *Cuidados Intensivos*. Madrid - España: Medica panamericana.
- Benavides, L. (14 de Agosto de 2013). *Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon*. Obtenido de <https://prezi.com/b36qk13byane/valoracion-por-patrones-funcionales-de-marjory-gordon/>
- Calvo Barbado, D. M. (Octubre de 2014). *Infomed - Centro Nacional de información de Ciencias Médicas*. Obtenido de <http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ResourceId=705>
- Catalogo de Medicamentos Genericos*. (2007). Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ceftriaxona.htm
- El Cuidado*. (9 de Junio de 2012). Obtenido de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
- Fuentes, C., & Bonet, A. (2012). *Manual de enfermería intensiva* (1era ed.). España: Documento Universitaria.
- Fuller, J. (2012). *Instrumentación Quirúrgica. Principios y práctica* (5ta ed.). España, España: Medica panamericana S.A.C.F.
- Gutierrez Muñoz, F. (Junio de 2011). *Ventilación Mecánica. Acta Médica Peruana*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006

- Hurst, M. (2013). *Enfermería Médico Quirúrgico* (1era ed.). Manual Moderno S.A.
- Lynn, P. (2014). *Enfermería Clínica de Taylor Vol I*. España: Lippincott Williams and Wilkins.
Wolters Kluwer Health.
- MedWave. *Revista Biomédica Revisada por Pares*. (Agosto de 2007). Obtenido de
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgica/2/2796>
- Minsa. (2014). *Digemid. Minsa*. Obtenido de
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Metronidazol.pdf>
- Minsa. (2014). *Digemid. Minsa*. Obtenido de
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ranitidina.pdf>
- Morillo, J., & Fernandez, D. (2016). *Enfermería Clínica I. Cuidados Generales y especialidades médico-quirúrgicas*. España: El Sevier.
- NANDA. (2015 -2017). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación*. España: El Sevier.
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2016). *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal* (5ta ed.). Medica Panamericana.
- Pallardo, L. F. (2010). *Endocrinología Clínica* (2 ed.). Madrid: Diaz de Santos, S.A.
- Potter, P. (2015). *Fundamento de Enfermería* (8va ed.). España: El Sevier.
- Potter, P., & Perry, A. (2011). *Guía Mosby: Técnicas y procedimientos en enfermería* (7ma ed.). España: El sevier.
- Quispe, M. (2017). *Scribd*. Obtenido de
<https://www.scribd.com/presentation/354793388/Exposicion-Trauma-Abdominal-Final>
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelo y Teorías en enfermería* (7ma ed.). España: ElSevier.
- Reyes, E. (2015). *Fundamentos de Enfermería* (2da ed.). Mexico: Manual Moderno S.A.

Smeltzer, S., & Bare, B. (2016). *Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica* (12 ed.).

Barcelona, España: Lippincott Williams and Wilkins. Wolter Kluwer Health.

Vidal Vademecum Spain. (2010). Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-ranitidina-a02ba02#ampshare=http://www.vademecum.es/principios-activos-ranitidina-a02ba02>

APENDICE

Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente (X)
 Secreciones: NO () SI (X)
 Características: **densas en zona bucal.**
 O2: NO () SI (X) Modo: _____ l/min./FIO2: _____
 TET: (X) Traqueotomía: () VM: (X) Sat.O2: 100%
 Drenaje torácico: D/I NO (X) SI ()

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

FC: **108x'** P.A: **98/52 mmhg**
 Ruidos cardíacos: Rítmicos (X) Arrítmicos ()
 Pulso: _____ Regular (X) Irregular ()
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()

Llenado capilar: <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 ()

Marcapaso: NO () SI () Tipo: _____

Presencia de líneas invasivas:
 Catéter periférico: **2**
 Catéter Central: _____
 Línea arterial: _____
 Catéter epidural: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOQUIDAD

1: Independiente () 3: Totalmente dependiente (X)
 2: Parcialmente dependiente ()
 Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()
 Contractura () Parálisis ()
 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
		15
		30
Vía venosa	NO	0
	SI	20
Marcha		
Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0
Débil		15
Alterada requiere asistencia		30
Conciencia / Estado mental		
Consciente de sus capacidades y limitaciones		0
No consciente de sus limitaciones		15

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

Riesgo: **Alto**

PATRÓN 6: PERCEPTIVO - COGNITIVO

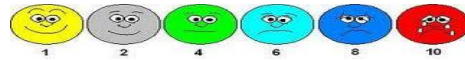
Escala de coma de Glasgow

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	

Puntaje: _____ pts. Paciente bajo efectos de anestesia

Riesgo de autolesión SI () NO (X)

Escala de Valoración del dolor EVA:



LEVE MODERADO INTENSO

Puntaje 0 al 10: _____ pts. Paciente bajo efectos de anestesia

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 ≤ 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: 4 Pts.

ESCALA DE SEDACION – AGITACION RASS:

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

**PATRÓN 7 Y 10: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO
TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRES**

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

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Ocupación: **Trabaja para una SERVIS**
Estado civil: Soltero () Casado/a ()
Conviviente () Divorciado/a () Otros: _____
¿Con quién vive?
Solo () Con su familia () Otros: **Esposa y 2 hijos**
Fuentes de apoyo: Familiar () Social () Otros _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

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

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Religión: **Católica**
Restricciones religiosas: _____
Otros: _____

Firma y Sello de la Enfermera:


Raquel Mondulgo Ceniceta
Lic. en Enfermería
CEP: 57981

Apéndice B: Consentimiento informado

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a.....", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: Área de Recuperación post anestésica..... Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. RAQUEL MONDALVO CCA 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: Janeth PLACIDO FLORES (PAREJA)

DNI: 44892637 Fecha: 25/11/18



Firma del paciente

Apéndice C: Kardex

MEDICAMENTOS	6:00	14:00	22:00
SUERO (SODIO CLORURO) 0.9% 1L inyectable: frecuencia: 1 FRA CADA 8 HORAS.	R		
CEFTRIAXONA 1G inyectable: frecuencia: 2 GR CADA 24 HORAS	R en Sop		
METRONIDAZOL 500 mg/100ml inyectable: frecuencia: 1 AMP CADA 8 HORAS.	R en Sop		
RANITIDINA 50 mg/2ml inyectable: frecuencia: 1 AMP CADA 8 HORAS.	R en Sop		
METOCLOPRAMIDA 10 mg/2ml inyectable: frecuencia: 1 AMP CADA 8 HORAS.	R en Sop		
METAMIZOL 1g/2ml inyectable: frecuencia: 1 AMP CADA 8 HORAS.	R en Sop		
TRAMADOL 100 mg/2ml inyectable: frecuencia: 1 AMP CADA 8 HORAS.	R en Sop		
BICARBONATO 8.4% 7 AMP STAT	R		

Apéndice D: Fichas farmacológicas

Nombre genérico: SUERO FISIOLÓGICO 0.9% 1000

Clasificación: solución cristaloides

Indicaciones: regular el volumen plasmático, el equilibrio ácido básico.

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

Reacción adversa/efectos adversos: pacientes con hipercloremia, hipernatremia, hipertensión deberá vigilarse cuidadosamente el aporte de sodio.

Dosis: Max. 1000ml – 2000 ml

Cuidados de enfermería:

- Balance hídrico estricto.
- Valoración adecuada en la administración de paciente con problemas cardíacos, renales e hipertensos.
- Control de electrolitos por laboratorio.

Nombre genérico: CEFTRIAXONA

Nombre comercial: ROCEPHIN, CEFABRONCOL

Clasificación: Cefalosporina de 3era generación

Indicaciones: Tratamiento de septicemia, infecciones intraabdominales, ginecológicas, del tracto respiratorio inferior, de la piel y de los tejidos blandos, infecciones urinarias complicadas e infecciones óseas.

Mecanismo de acción: Beta-lactámico, bactericida, inhibe la síntesis de la pared bacteriana.

Reacción adversa/efectos adversos: molestias gastrointestinales, deposiciones blandas o diarrea, náuseas, vómito; estomatitis y glositis, anemia hemolítica, trombocitopenia.

Dosis: 500 mg-2 g/día vía IM o IV como dosis única; Para profilaxis preoperatoria 1 g, administrado 30 minutos antes de la intervención.

Cuidados de enfermería:

- Valorar las características de la piel.

- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Valorar características y frecuencia de los vómitos.
- Valorar las características de las deposiciones y las frecuencias.
- Control de hemograma.
- Administrar líquidos a voluntad y a reposición de pérdidas.

Nombre genérico: METRONIDAZOL

Nombre comercial: FLAGYL

Clasificación: Anaerobicida, amebicida

Indicaciones: infecciones causadas por microorganismos anaeróbicos, vaginosis, uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica, tracto respiratorio bajo, etc.

Mecanismo de acción: amebicida, bactericida y tricomonicida, actúa sobre las proteínas que inhiben la síntesis de ácidos nucleicos.

Reacción adversa/efectos adversos: intolerancia gastrointestinal, diarrea, mareos, sequedad de boca, flebitis en el sitio de inserción, náuseas, vómitos, cefalea y oscurecimiento de la orina.

Dosis: 500 mg a 750 mg vía oral cada 8 horas; 500mg a 750 mg cada 6 a 8h.

Cuidados de enfermería:

- Control de las funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Control y características de la frecuencia de las diarreas.
- Prevenir el riesgo de lesión.
- Control de la ingesta de alimentos y líquidos.
- Control y características de la diuresis.
- Administrar líquidos a voluntad.
- Realizar balance hídrico.

Nombre genérico: RANITIDINA

Nombre comercial: ATURAL, RANIT, ZANTAC

Clasificación: Antagonista H2 de acción selectiva

Indicaciones: En úlcera gástrica activa para tratamientos cortos y después para terapia de mantenimiento por periodos de 6 semanas, tratamiento del síndrome de reflujo gastroesofágico, esofagitis erosiva diagnosticada por endoscopia.

Mecanismo de acción: antagonista de los receptores H₂ de la histamina de las células parietales del estómago.

Reacción adversa/efectos adversos: estreñimiento, mareos o cefalea, náuseas eritema cutánea, dolor de estómago, latidos cardíacos lentos.

Dosis: 150mg 2 veces al día o 300 mg en las noches; 50 mg ev cada 6 a 8 h

Cuidados de enfermería:

- Control de las funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Prevenir el riesgo de lesión.
- Valorar características de la piel.
- Valorar el umbral de dolor.
- Valorar evacuaciones diarias y consistencias de las heces.
- Administrar líquidos a voluntad.

Nombre genérico: METOCLOPRAMIDA

Nombre comercial: PRIMPERAN, METOCYL

Clasificación: Gastrocinético, antiemético central y periférico.

Indicaciones: Esofagitis, dispepsia, náuseas, vómitos, hernia hiatal, gastritis y gastroparesia.

Mecanismo de acción: bloqueante dopaminérgico: coadyuvante del vaciado gastrointestinal, estimulantes peristálticos. Inhibe la relajación del musculo liso gástrico.

Reacción adversa/efectos adversos: Cansancio, decaimiento, fatiga y lasitud; insomnio, cefalea, confusión, mareos, con menos frecuencia se le asocia con depresión mental con tendencias suicidas, ansiedad, temores, hipotensión, y diarrea.

Dosis: adulto 10 mg IV O IM CADA 4 – 6 H – Niños 0.1 – 0.2 mg/kg IV 6 – 8 h

Comprimido 10 mg Cada 8 h

Cuidados de enfermería:

- Control de funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.

- Prevenir el riesgo de lesión.
- Valorar el umbral de dolor.
- Mantener cama con barandas.
- Mantener paciente en vigilancia.
- Educar que no maneje mientras toma medicamento.
- Control y características de la frecuencia de las diarreas.

Nombre genérico: METAMIZOL SODICO

Nombre comercial: ANTALGINA, NOVALGINA, REPRIMAN FENALGINA, PROALGEN

Clasificación: Analgésico, antipirético, antiespasmódico y antiinflamatorio.

Indicaciones: dolor severo, dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior

Mecanismo de acción: actúa reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatorias.

Reacción adversa/efectos adversos: náuseas, vómitos, irritación gástrica, hipotensión, reacciones anafilácticas.

Dosis: Adultos: 0.5 a 1 gr IM / ev; Niños: 10 a 12mg/kg IM

Cuidados de enfermería

- Control de las funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Realizar balance hídrico.
- Valorar cualquier signo de anafilaxia.
- Administrar líquidos a voluntad.

Nombre genérico: TRAMADOL

Nombre comercial: TRAMAL

Clasificación: analgésico narcótico

Indicaciones: dolor moderado a severo, tanto agudo como crónico.

Mecanismo de acción: analgésico de acción central, agonista de los receptores opioides delta y kappa.

Reacción adversa/efectos adversos: náuseas, somnolencia, cefaleas, vértigo, sequedad bucal, constipación y rash.

Dosis: 100mg – 200 mg IM, 100 mg EV,

Cuidados de enfermería:

- Control de las funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Valorar el umbral de dolor.
- Valorar el patrón respiratorio.
- Valorar las mucosas orales.
- Administrar líquidos a voluntad.

Nombre genérico: SODIO BICARBONATO 8.4%

Nombre comercial:

Clasificación: Solución electrolítica alcalinizante.

Indicaciones: estados acidóticos crónicos, leve a moderada, como coadyuvante en el tratamiento. Uricosúrico de la gota, hiperacidez, tratamiento de úlcera péptica, como alcalinizante del pH de la orina.

Mecanismo de acción: alcalinizante sistémico.

Reacción adversa/efectos adversos: en uso crónico puede dar lugar a alcalosis sistémica.

Dosis: parada cardíaca 1meq/kg IV

Cuidados de enfermería

- Control de las funciones vitales.
- La administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Realizar balance hídrico.
- Control de AGA arterial.

Escala de coma de Glasgow

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 morse – riesgo de caída

ESCALA MORSE - RIESGO DE CAIDA		
Antecedentes de caída	NO	0
	SI	25
Diagnóstico secundario	NO	0
	SI	15
Ayuda para deambular		0
		15
		30
Vía venosa	NO	0
	SI	20
Marcha		
Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0
Débil		15
Alterada requiere asistencia		30
Conciencia / Estado mental		
Consciente de sus capacidades y limitaciones		0
No consciente de sus limitaciones		15

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

Escala de Aldrete

Escala Aldrete		
Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante ordenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante ordenes	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	Complemente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO2	Mantiene SaO2 > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O2 para mantener la SaO2 < 90%	1
	SaO2 <90% con O2 suplementario	0