

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía
exploratoria pos trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post Anestesia
de un hospital de Lima, 2018**

Por

Elizabeth Maribel Salinas Rojas

Asesora:

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

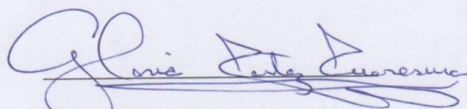
Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: "*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria pos trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post Anestesia de un hospital de Lima, 2018*", constituye la memoria que presentan la licenciada: SALINAS ROJAS ELIZABETH MARIBEL, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



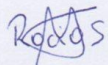
Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía
exploratoria pos trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post Anestesia
de un hospital de Lima, 2018

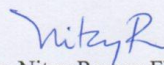
TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR


Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Presidente


Mg. Nitzy Ramos Flores

Secretario


Mg. Gloria Cortez Cagresma

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A Dios por estar en cada momento de mi vida, por ser mi guía y luz en mi camino en cada paso que doy y por su inmenso amor incondicional.

A mi familia por su gran apoyo.

A mis docentes por sus grandes enseñanzas y paciencia, así mismo a mis compañeras y nuevas amistades de la especialidad.

Agradecimiento

A Dios por haberme acompañado y guiado para culminar y logro mis metas, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad, así mismo agradecerle por la familia que me dio y por colocar en mi camino personas extraordinarias que me acompañaron durante todo este tiempo, a mis docentes gracias por su apoyo brindado, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Índice

Resumen.....	12
Capítulo I	14
Proceso de Atención de Enfermería.....	14
Valoración	14
Datos generales	14
Resumen de motivo de ingreso.....	14
Situación problemática	15
Exámenes Auxiliares	16
Indicaciones Terapéuticas.....	18
Valoración según patrones funcionales de salud	19
Hallazgos significativos por patrones funcionales	21
Diagnósticos de enfermería	23
Enunciados de los diagnósticos de enfermería y CP	26
Planificación	27
Priorización de los diagnósticos enfermería	27
Planes de cuidado	29
Ejecución	38
Evaluación	42
Capítulo II.....	45
Marco teórico	45
Antecedentes de la investigación.....	45
Marco conceptual	50

Abdomen Agudo Quirúrgico	50
Trauma Abdominal Cerrado	52
Medios diagnósticos.	53
Hemoperitoneo por Traumatismo Hepático	54
Laparotomía Exploratoria	56
Modelo teórico.....	58
Capítulo III.....	60
Materiales y Métodos.....	60
Tipo y diseño	60
Sujeto de estudio.....	60
Delimitación geográfica temporal	60
Técnica de recolección de datos	61
Capítulo IV.....	63
Resultado, Análisis y Discusión	63
Resultados.....	63
Análisis de los diagnósticos.....	63
Discusión	68
Capítulo V.....	72
Conclusiones y Recomendaciones	72
Conclusiones.....	72
Recomendaciones	74
Referencias.....	76
Apéndice	79

Apéndice A: Guía de Valoración	79
Apéndice B: Consentimiento informado	81
Apéndice C: Kárdex	82
Apéndice D: Fichas farmacológicas	83
Apéndice F: Escalas de evaluación	91
Apéndice G: Otros	93

Índice de tablas

Tabla 1. Hemograma completo.....	16
Tabla 2. Bioquímica.....	18
Tabla 3. Plan de cuidados diagnóstico Dolor agudo.....	29
Tabla 4. <i>Plan de cuidados diagnóstico Déficit de volumen de líquidos</i>	31
Tabla 5. Plan de cuidados Riesgo de sangrado.....	33
Tabla 6. Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de aspiración.....	35
Tabla 7. Plan de cuidados diagnóstico Limpieza ineficaz de vías aéreas.....	36
Tabla 8. SOAPIE Dolor agudo.....	38
Tabla 9. SOAPIE Déficit de volumen de líquido.....	38
Tabla 10. SOAPIE Riesgo de sangrado.....	39
Tabla 11. SOAPIE Riesgo a aspiración.....	40
Tabla 12. SOAPIE Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	41
Tabla 13. Evaluación de objetivos del diagnóstico Dolor agudo.....	42
Tabla 14. Evaluación de objetivos del diagnóstico Déficit de volumen de líquidos.....	42
Tabla 15. Evaluación de objetivos del diagnóstico Riesgo de Sangrado.....	43
Tabla 16. Evaluación de objetivos del diagnóstico Riesgo de aspiración.....	43
Tabla 17. Evaluación de objetivos Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	44
Tabla 18. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de Enfermería.....	63

Símbolos usados

BHE	Balance hídrico estricto
Cm	centímetro
D/C	descartar
IMC	Índice de masa corporal
IV	Intravenosa
mg/dl	miligramos por decilitros
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
SF	Sonda Foley
SNG	Sonda nasogástrica
T°	Temperatura
URPA	Unidad de recuperación Postanestésica
EVA	Evaluación visual analógica
R/C	relacionado con
DPR	dren pen rose
NPO	nada por via oral

Resumen

Se realizó el estudio del paciente con diagnóstico posoperatorio de laparotomía exploratoria pos trauma abdominal cerrado, de un Hospital de Lima del MINSA, teniendo como Objetivo contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. Metodología Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se aplicó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Resultados: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente, evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje 6 según la escala de evaluación visual analógica (EVA); déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc) y balance hídrico negativo 150 (BH) (intraoperatorio); riesgo de sangrado relacionado con proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático; riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG); limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia, evidenciado por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncales. Se concluye que los diagnósticos dolor agudo, déficit de volumen de líquido, riesgo de aspiración y limpieza ineficaz de vías aéreas

fueron alcanzados de acuerdo a los objetivos específicos planteados, y el diagnóstico riesgo de sangrado fue parcialmente alcanzado.

Palabras Claves: Laparotomía exploratoria, trauma abdominal cerrado y cuidados de enfermería.

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

- Nombre: M.V.M
- Sexo: Masculino
- Edad: 30 años
- Lugar de Procedencia: Lima
- Servicio: Unidad de Recuperación Post anestesia
- N° de cama: 01
- Fecha de ingreso al hospital: 19 - 01- 2018
- Fecha de ingreso al servicio: 20-01-2018
- Días de hospitalización: Post operatorio inmediato
- Fecha de valoración: 20-01-2018
- Hora: 07:30 am
- Diagnóstico médico: Hemoperitoneo y Trauma hepático III°

Resumen de motivo de ingreso

Adulto joven de sexo masculino de 30 años de edad ingresa al servicio de Recuperación post anestésica (URPA) procedente de Sala de operaciones (SOP) con diagnóstico post operatorio de laparotomía exploratoria y taponamiento hepático por Hemoperitoneo y Trauma hepático III°. Producido por un accidente de tránsito.

Situación problemática

Paciente joven de sexo masculino, ingresa a la Unidad de Recuperación Pos anestesia en camilla, abrigado con cobertor, pálido, bajo efectos de anestesia, con sonda nasogástrica (SNG) a gravedad, conectado a bolsa colectora de contenido escaso, en aparente regular estado general, nutricional e hidratación, buen estado de higiene, facie con expresión de dolor, con presencia de tubo de Guedel, ventilando espontáneamente, saturación de oxígeno 94%, presencia de secreciones bucofaríngeas en regular cantidad, mucosas orales secas, con escoriaciones en rostro, abdomen ligeramente distendido, herida operatoria de 10 centímetros aproximadamente. Cubierta con gasas limpias en región línea media, drenaje laminar o Penrose a nivel flanco derecho conectado a bolsa colectora con contenido escaso de secreción hemática, con sonda vesical permeable, orina escasa y concentrada (20cc), miembro inferior izquierdo edematizado con férula de yeso y vendaje elástico limpios, buena perfusión distal, fuerza muscular disminuida, miembro inferior derecho vendado, turgencia de piel disminuida, vía periférica permeable en ambos miembros superiores, miembro superior izquierdo con Cloruro de Sodio 0.9% 1000cc por pasar, con tratamiento de: Metamizol 2gr, Tramal 100 mg, Ranitidina 50 mg, presenta vía clampada en miembro superior derecho. Grado de dependencia III.

Funciones Vitales.

- Presión Arterial: 160/60 mmHg
- Presión Media: 84mmHg
- Frecuencia respiratoria: 18 x'
- Frecuencia cardiaca: 110 x'
- Temperatura: 36.8°C
- Saturación O2: 94%

Función biológica.

- Apetito: NPO
- Sed: No valorable por sedoanalgesia
- Sueño: sedoanalgesia
- Deposición: no presenta
- Diuresis: Escaso y concentrada (20cc)
- BH: -150 (en quirófano)

Medidas antropométricas.

- Peso: 70 kg aprox.
- Talla: 1.68cm
- IMC: 24.82

Interpretación: Estado nutricional normal

Exámenes Auxiliares**Tabla 1.** *Hemograma completo.*

	Valores obtenidos	Valores Normales
Hemoglobina	9.2mg/dl	12-16 mg/dl
Hematocrito	29.9%	42-52%
Leucocitos	8 300cel/mm ³	5000-10000 cel/mm ³
Plaquetas	220 000cel/mm ³	150000-450000 cel/mm ³
Neutrófilos	52.5%	50-60%
Linfocitos	34%	20-40%
Monocitos	4.2%	3-7%
Eosinofilos	0.2%	1-4%
Basófilos	0.1%	0-1%
Coagulación	8 segundos	5 -15

Sangría	2 segundos	1 - 4
T.Protrombina	13.5 seg.	12 -15

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

Los glóbulos blancos son responsables de la respuesta inmunitaria del cuerpo ayudan al cuerpo a combatir infecciones. El aumento de los glóbulos blancos se denomina leucocitosis indica que el sistema inmunitario está reaccionando a un problema subyacente. Dentro de este grupo se encuentran los granulocitos quienes la conforman son: basófilos, son los que se asocian con los estados de inflamación crónica como cáncer o leucemia, su aumento se llama basofilia, suele asociarse con sinusitis, hipotiroidismo y anemia hemolítica, su disminución se denomina basopenia y se observa en pacientes con tratamiento prolongado con corticoides. Otro grupo son los eosinófilos su concentración aumenta en las reacciones alérgicas, infecciones parasitarias.

En el presente estudio el paciente presentó los resultados de Hematocrito (29.9%) siendo lo normal (42-52%), lo cual indica que está disminuido, los glóbulos rojos (hematíes o eritrocitos) transportan oxígeno a través de la corriente sanguínea a todas las células del organismo, en el caso del paciente los hematíes no están llegando en cantidad suficiente a las células para mantener la homeostasis del organismo, siendo esto muy importante para mantener los órganos sanos. La causa de este problema es el sangrado masivo que presentó el paciente, por traumatismo hepático (órgano hematopoyético por excelencia), lo cual ha generado también el descenso de la hemoglobina (Hb 9.2mg/dl) siendo lo normal (12-16mg/dl); la hemoglobina permite a los glóbulos rojos distribuir

el oxígeno por todo el cuerpo. La cantidad de oxígeno en los tejidos del cuerpo depende de la cantidad de hemoglobina que se encuentra en las células rojas de la sangre. Sin suficiente hemoglobina, los tejidos carecen de oxígeno y el corazón y los pulmones tienen que trabajar más para tratar de compensar esta deficiencia. Por lo tanto es importante reponer dicha pérdida, así prevenir complicaciones como; problemas de intercambio gaseoso, shock hipovolémico, entre otros.

Tabla 2. Bioquímica.

	Valores obtenidos	Valores normales
Glucosa	90 mg/dl	70 – 105 mg/dl
Urea	22 mg/dl	15 – 40 mg/dl
Creatinina	1 mg/dl	0,5 – 1.2
Inmunología:		
HIV prueba rápida		Negativo
Serológica		Negativo

Indicaciones Terapéuticas

- SNG a gravedad
- NPO
- Cloruro de Sodio 0.9% x 1000 ml I-II-III 45gotas x minuto
- Dextrosa al 5% AD 1000ml I-II 26gotas x minuto
- Hipersodio al 20% 1amp x vía EV
- Kalium al 14.4% 1amp x vía EV
- Omeprazol 40 mg c/12 horas x vía EV
- Ceftriaxona 1gr c/12 horas x EV
- Metamizol 2 gr c/ 8 horas x EV

- Monitoreo Hb C/4hras
- Control de funciones vitales
- Balance hídrico estricto.

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón percepción/control de la salud.

Paciente post operado de laparotomía exploratoria y taponamiento hepático por accidente de tránsito, en aparente regular estado general, buen estado de higiene, con lesión (fisura) en pierna izquierda, con férula de yeso y vendaje elástico limpios.

Patrón nutricional/metabólico.

Paciente presenta piel tibia, pálida, turgencia disminuida, con temperatura de 36.8° C, mucosas orales secas, abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaereos disminuidos, herida operatoria reciente cubierta con apósito de gasas limpias y secas, con drenaje laminar conectado a bolsa colectora de contenido hemático escaso, con balance hídrico estricto (BHE) en el intraoperatorio (negativo 150cc), en miembro superior izquierdo presenta fluidoterapia con cloruro de sodio (CLNA) 0.9% 1000cc por pasar. Tratamiento farmacológico: metamizol 2gr. EV, tramal 100mg. EV, ranitidina 50mg. EV. Con hemoglobina 9.2mg/dl y hematocrito 29.9%. Estado nutricional normal. Con trauma hepático.

Patrón eliminación.

Paciente con abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, sonda vesical permeable (20/01/2018), flujo urinario escaso y concentrado (20cc en 1era hora post operado), deposición no presenta, balance hídrico negativo 150 (intraoperatorio).

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

Paciente en posición semifowler, con tubo de Guedel, saturación de oxígeno 94%, FR 18x minuto, secreciones bucofaríngeas en regular cantidad, blanquecinas y fluidas, roncus en ambos campos pulmonares, respiración superficial, tos ineficaz.

Actividad circulatoria.

Paciente con presión arterial PA110/60mmhg, frecuencia cardiaca FC110 por minuto, irregular, pulso periférico aumentado 92 x minuto, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores (19/01/2018), miembro inferior izquierdo edematizado, con férula de yeso y vendaje elástico limpio (20/01/18) y miembro inferior derecho vendado.

Capacidad de autocuidado.

Paciente con bata limpia, buena higiene corporal, fuerza muscular disminuida a predominio en miembro inferior izquierdo por edema producto del accidente, grado de dependencia III. Post operado 2 horas.

Patrón descanso / sueño.

No valorable por pseudoanalgesia.

Patrón perceptivo / cognitivo.

Paciente somnoliento por efectos de la anestesia, con escala de RAMSAY 3 solo responde órdenes, ALDERETE 7 actividad motora moviliza brazos y piernas de forma espontánea, respiración limitada, circulación presión arterial dentro de los parámetros normales, conciencia responde cuando se le llama.

Patrón autopercepción / autoconcepto.

No valorable por pseudoanalgesia

Patrón relaciones / rol.

En la historia clínica está registrado que el paciente es chofer de mototaxi, vive con su esposa y sus dos menores hijos. Según refiere su esposa llevan una buena relación familiar.

Patrón sexualidad / reproducción.

Paciente de sexo masculino, casado y tiene dos hijos.

Patrón Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Paciente al despertar de la anestesia, pregunta constantemente por su esposa, además refiere: ¿ya me operaron?, ¿dónde estoy?

Patrón valores y creencias.

Paciente católico.

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

Paciente post operado de laparotomía exploratoria y taponamiento hepático (20/01/18) por accidente de tránsito, en aparente regular estado general, con lesión (fisura) en pierna izquierda con férula de yeso y vendaje elástico.

Patrón nutricional / metabólico.

Paciente con sonda nasogástrica (SNG) a gravedad, nada por vía oral (NPO), mucosas orales secas, piel turgencia disminuida, abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria en línea media cerrada con gasas secas y limpias, dren Pen Rose (DPR) conectado a bolsa colectora de escaso contenido hemático, con escoriaciones en diversas partes del cuerpo, Hb: 9.2mg/dl, Hcto: 29.9%. Paciente al despertar de la anestesia refiere tener sed.

Patrón eliminación.

- Deposiciones: no presenta
- Diuresis: 20cc en 1 era hora post operatorio
- Sonda vesical (20/01/2018)
- BH: negativo 150 (intraoperatorio)

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

Paciente en posición semifowler, tubo de Guedel, FR 18x minuto, Sat O2 99%, roncales en ambos campos pulmonares, secreciones bucofaríngea blanquecinas fluidas en regular cantidad, respiración superficial, tos ineficaz.

Actividad circulatoria.

Paciente con FC 110x', catéter venoso periférico en ambos miembros superiores (19/01/18), lesión (fisura) en miembro inferior izquierdo con férula de yeso y vendaje elástico.

Capacidad de autocuidado.

Paciente grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida, movilidad de miembro inferior izquierdo limitada, en aparente regular estado general.

Patrón descanso- sueño.

Paciente con pseudoanalgesia.

Patrón perceptivo cognitivo.

Paciente con escala de RAMSAY 3 solo responde ordenes, test de ALDERETE 7 respiración limitada, responde cuando se le llama, y piel pálida

Patrón autopercepción / autoconcepto.

Paciente con pseudoanalgesia

Patrón relaciones y rol.

En la historia clínica está registrado que el paciente es chofer de mototaxi, vive con su esposa y sus dos menores hijos.

Patrón sexualidad / reproducción.

Casado, 2 hijos.

Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés.

Paciente al despertar de la anestesia, pregunta constantemente por su esposa, además refiere: ¿ya me operaron?, ¿dónde estoy?

Patrón valores y creencias.

Paciente católico, refiere: “hace tiempo no asisto a misa”.

Diagnósticos de enfermería

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado

Código: 00206

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 2 Lesión física

Página: 401

Definición: Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud

Factor de riesgo: Proceso quirúrgico reciente y traumatismo hepático.

Enunciado de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con (R/C) proceso quirúrgico y traumatismo hepático.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquido

Código: 00027

Dominio: 2 nutrición

Clase: 5 Hidratación

Página: 177

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

Factor relacionado: pérdida activa de volumen de líquidos (2200cc) sangre y líquidos, en el intraoperatorio,

Características definitorias: disminución de la turgencia de la piel, mucosas orales secas, aumento de la frecuencia cardíaca (110xmin), orina escasa (20cc) y concentrada, y BH negativo 150 (intraoperatorio)

Enunciado de enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida abundante sanguínea y líquidos en el intraoperatorio evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc) y BH negativo 150 (intraoperatorio).

Etiqueta diagnóstica: Dolor Agudo

Código: 00132

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 confort físico

Página: 439

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

Factor relacionado: Agente lesivo físico, presencia de herida operatoria reciente

Características definitorias: expresión facial de dolor, taquicardia, puntaje de 6 según la escala de evaluación visual analógica (EVA).

Enunciado de enfermería: Dolor agudo Relacionado con (R/C) agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según escala de EVA.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración

Código: 00039

Dominio 11: seguridad / protección

Clase 2: Lesión física

Página: 381

Definición: Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud

Factor de riesgo: presencia de tubo de Guedel, inmovilidad, estado de somnolencia por efectos de anestesia.

Enunciado de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con (R/C) disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal (tubo de guedel y SNG).

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Código: 00031

Clase 2: lesión física

Dominio 11: seguridad/protección

Página: 395

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

Factor relacionado: Secreciones en los bronquios, inmovilidad, somnolencia por efectos de anestesia.

Características definitorias: tos ineficaz, presencia de tubo de Guedel, secreciones blanquecinas en regular cantidad, roncantes.

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con (R/C) presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia evidenciada por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantes.

Enunciados de los diagnósticos de enfermería y CP

CP: Anemia

Riesgo de sangrado relacionado con proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico por trauma hepático.

Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc), BH negativo (intraoperatorio)

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia, evidenciado por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantes.

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG).

Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos.

Deterioro de la movilidad relacionado con disminución de la fuerza muscular secundario a inmovilización de miembro inferior izquierdo por lesión.

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de EVA.

Riesgo de caída relacionado con periodo de recuperación postoperatoria.

Síndrome postraumático relacionado con amenaza grave a sí mismo evidenciado por taquicardia y temor.

Ansiedad relacionada con estado de salud actual.

Temor relacionado con consecuencia de intervención y recuperación postanestesia.

Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con expresión de deseo de mejorar las costumbres religiosas adoptadas en el pasado.

Riesgo de deterioro de la función hepática relacionado con lesión hepática por traumatismo.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de EVA.

Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc) y BH negativo (intraoperatorio)

Riesgo de Sangrado relacionado con proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático.

Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG).

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia, evidenciado por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantes.

Planes de cuidado

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de EVA.

Tabla 3. *Plan de cuidados diagnóstico Dolor agudo.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i></p> <p>Paciente presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración íntegra del dolor, localización, características, inicio, duración, frecuencia, calidad, intensidad y factores precipitantes del dolor. 2. Controlar las funciones vitales cada 30 minutos (PA, FC, FR). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La valoración del dolor permite identificar intensidad y sus características, el paciente debe describirlo para planificar el tratamiento eficaz (OPS, 2007). 2. El cambio en la estabilidad de las funciones vitales nos indicara una alteración en el funcionamiento del organismo (Berman, Snyder, Koziar y Erb, 2008).
<p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>Paciente presentará expresión facial de alivio y sosiego.</p> <p>Paciente presentará FC menor de 100x'</p> <p>Paciente presentará un puntaje de 2-4 según la escala de EVA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Acomodar al paciente en posición antálgica. 4. Proporcionar al paciente alivio óptimo de su dolor con analgésicos pre escrito: Metamizol 1gr c/d 8h por E.V. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Una adecuada posición ayudará a una buena circulación y así evitará el dolor. 4. El alivio óptimo del dolor con analgésico consiste determinar la vía, el fármaco, la posología y la frecuencia preferida en cada caso (OPS, 2007). El Metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de la prostaglandinas pro inflamatoria al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa (Alvarado, 2009).

-
- | | |
|---|--|
| 5. Valorar la eficacia del analgésico después de cada administración, en especial tras la dosis inicial y observar los signos y síntomas de los eventos adversos. | 5. La valoración continua facilitará los ajustes apropiados para que el tratamiento del dolor siga siendo eficaz (Potter y Griffin, 2002). |
| 6. Reducir o eliminar los factores que precipiten o aumenten el dolor (frío, ruidos, movilizaciones bruscas, iluminación permanente) | 6. Los factores ambientales influyen en el dolor y su tolerancia, identificarlos y trabajar en ellos es importante para mejorar el programa del tratamiento del dolor (Berman et al., 2008). |
| 7. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas como: ejercicios respiratorios, el uso de distractores (tv, musicoterapia) | 7. El uso de medidas no invasivas para el alivio del dolor aumenta la liberación de endorfinas y potencia los efectos de los analgésicos (Berman et al., 2008) |
| 8. Brindar comodidad y confort antes, después y si es posible durante las actividades que provocan dolor, antes de que aparezca o aumente el dolor | 8. El confort es una necesidad importante y asegura la comodidad del paciente. Proporcionar comodidad a menudo incluye el alivio al dolor. |
| 9. Valorar la efectividad de las medidas para el control del dolor utilizados, valorando continuamente el dolor del paciente. | 9. Los estudios demuestran que la razón más frecuente de falta de alivio del dolor es no evaluar periódicamente el dolor y el alivio del mismo. Muchos pacientes lo toleran en silencio, si no se les preguntan por ello (Brunner et al., 2012). |
-

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada y BH negativo.

Tabla 4. *Plan de cuidados diagnóstico Déficit de volumen de líquidos*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i></p> <p>Paciente presentará adecuado volumen de líquido durante su estancia en la URPA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar los signos vitales (PA, FC, pulso, temperatura). 2. Controlar la temperatura de la piel y palpar pulsos periféricos. 3. Observar si la piel y las mucosas están secas, turgencia de piel disminuida y el llenado capilar reducido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La hipotensión (especialmente la postural), taquicardia y la fiebre pueden indicar una respuesta al efecto de la pérdida de los líquidos (Iglesias, Villarino y Martínez, 2011). 2. Una piel fresca y húmeda, pulso débiles indican una disminución de la circulación periférica y la necesidad de mayor reposición de líquidos (Potter y Griffin, 2002) 3. Estos son signos que indican pérdida de líquidos/deshidratación resultante (Doenges, Moorhouse, Murr, Nuñez y Romano, 2008).
<p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>Paciente presentará mucosas orales hidratadas</p> <p>Paciente recuperará la turgencia de la piel.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Administrar, vigilar la fluidoterapia IV y electrolitos, según indicaciones médicas. 5. Administrar Dextrosa al 5% 1000cc mas hipersodio al 20% (1) a 30gts x' 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Se usan para corregir desequilibrios hídricos y de electrolitos y prevenir arritmias cardiacas (Berman et al., 2008). 5. La dextrosa al 5% es una solución isotónica que sirve de fuerza nutritiva, es de fácil asimilación para el organismo, mientras que el Hipersodio es una solución concentrada para tratar la carencia

<p>Paciente presentará orina clara y diuresis horaria 70cc</p>	<p>6. Ver con atención y cuidado los resultados de las pruebas de electrolitos y de función renal.</p>	<p>de sodio y cloruro. La hidratación es importante ya que permite un buen funcionamiento de todas las células.</p>
<p>Paciente presentará BHE positivo.</p>	<p>7. Medir y registrar el balance hídrico (incluye sondas y drenajes). Calcular la densidad de la orina según necesidad, revisar el historial intraoperatorio y estimar las pérdidas de los líquidos imperceptibles.</p>	<p>6. Los traslados de líquido y electrolitos y la disminución renal pueden afectar negativamente a la recuperación y al pronóstico, que pueden requerir intervenciones adicionales (Iglesias et al., 2011).</p>
	<p>8. Vigilar la herida operatoria y drenaje.</p>	<p>7. Una documentación precisa ayuda a identificar las pérdidas de líquido o la necesidad de reposición e influye la selección de las intervenciones (Potter y Griffin, 2002).</p>
	<p>9. Administrar hemoderivados si lo requiere según indicación médica.</p>	<p>8. Una hemorragia excesiva puede causar hipovolemia o colapso circulatorio. Una tumefacción local puede indicar formación de hematoma o hemorragia (Doenges et al., 2008).</p>
	<p>10. Transfundir sangre completa, si está indicado.</p>	<p>9. Corregir los déficit de concentración de proteínas plasmáticas, aumenta la presión osmótica intravascular facilitando el retorno de líquidos al compartimiento vascular (Potter & Griffin, 2002).</p>
	<p>11. Mantener y cuidar la sonda vesical.</p>	<p>10. Están indicados cuando la hipovolemia se asocia a una pérdida activa de sangre (Doenges et al., 2008).</p>
		<p>11. La sonda vesical aporta un mecanismo para vigilar con precisión la diuresis (Doenges et al., 2008).</p>

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de Sangrado factor de riesgo proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático.

Tabla 5. Plan de cuidados Riesgo de sangrado.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>General</i></p> <p>Prevenir sangrado posoperatorio</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante su estancia en la URPA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de las funciones vitales cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos las dos horas siguientes (PA, pulso, ritmo respiratorio). 2. Vigilar la temperatura, e hidratación de la piel. 3. Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. 4. Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. 5. Valorar nivel de conciencia, (ansiedad, inquietud, alteración del estado mental). 6. Vigilar herida quirúrgica y drenajes: características y cantidad de sangrado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las constantes vitales son una manera rápida y eficiente de controlar el estado de un paciente o de identificar problemas y evaluar su respuesta a la intervención (Potter y Griffin, 2002). 2. Ante la presencia de un sangrado en exceso o hemorragia encontramos piel fría, húmeda y pálida (Brunner et al., 2012). 3. Cuando el volumen perdido alcanza una cierta magnitud, se produce una pérdida de presión dentro del compartimento vascular, con la consiguiente pérdida de eficacia en la oxigenación y nutrición de los tejidos (Montoya, 1950). 4. Esto nos permite la detección temprana de signos y síntomas de sangrado y hemorragia (Montoya, 1950). 5. La disminución del nivel de conciencia se presenta en el shock por falta de oxigenación (Brunner et al., 2012). 6. Para reponer la pérdida sanguínea y evitar el choque (Montoya, 1950).

-
- | | |
|---|--|
| 7. Aplicar vendaje compresivo en la zona operatoria. | 7. El vendaje protege la herida de una contaminación, la inmovilizaciones de la incisión abdominal favorece la presión sobre la herida, ya que de esta forma se minimiza el riesgo de sangrado y dehiscencia (Doenges et al., 2008). |
| 8. Monitorizar resultados de hemoglobina y hematocrito. Control de hemoglobina cada 4 horas. | 8. Puede revelar la presencia un volumen sanguíneo bajo y posibilidad de problemas de oxigenación (Lee, 2011). |
| 9. Mantener dos vías periféricas permeables | 9. Para aumentar el flujo de líquidos intravenosos y administración de sangre tan pronto como sea posible (Lee, 2011). |
| 10. Evitar cambio de posición frecuente y brusca: controlar los cambios de posición del paciente y mantener en posición adecuada. | 10. Evita el incremento de la presión intra abdominal que podría provocar hemorragia interna (Brunner et al., 2012). |
| 11. Cubrir al paciente con sábanas limpias o una frazada, siempre y cuando no presentara fiebre. | 11. La disminución del riego sanguíneo y la pérdida de panículo adiposo pueden ocasionar hipotermia, frío o temblores (Reyes, 2015). |
-

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG)

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

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente disminuirá el riesgo aspiración durante su estancia en la URPA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno y nauseoso, y capacidad deglutoria. 2. Evaluar el estado de conciencia, aplicando la escala de RAMSAY. 3. Minimizar el uso de narcóticos y sedantes. 4. Colocar al paciente en posición semifowler y con la cabeza lateralizada. 5. Verificar la posición de la sonda nasogástrica. 6. Mantener el equipo de aspiración disponible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente en estado comatoso o inconsciente es incapaz de eliminar mediante la deglución o tos, acumulo de secreciones que se encuentran alojado en las vías respiratorias (Reyes, 2015) 2. La escala de RAMSAY evalúa el grado de sedación en que se encuentra el paciente. 3. Estos fármacos deprimen tanto la acción de los cilios de las mucosas que revisten el aparato respiratorio como el centro respiratorio encefálico (Berman et al., 2008). 4. Ayuda a la expansión pulmonar, permite una mejor respiración 5. La adecuada colocación de la sonda nasogastrica prevendrá introducir cualquier liquido en el aparato respiratorio. 6. Para la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior (Potter y Griffin, 2002).

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia evidenciada por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y ruidos respiratorios roncales.

Tabla 7. *Plan de cuidados diagnóstico Limpieza ineficaz de vías aéreas.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<i>General</i> Paciente recuperará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estancia en la URPA.	1. Valorar las características y cantidad de las secreciones. 2. Realizar aspiración de secreciones de las vías aéreas cada vez que sea necesario.	1. Para un estricto control y observar el progreso del paciente, registrar color y consistencia de las secreciones (Hogston y Manjoram, 2008). 2. La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones (Hogston y Manjoram, 2008).
<i>Resultados esperados:</i> Paciente presentará secreciones bucofaríngeas fluidas y en menor cantidad.	3. Realizar nebulización con suero fisiológico en caso necesario. 4. Realizar auscultación de ACP cada hora. 5. Mantener la cabeza alineada y en lo posible hacer coincidir los ejes del cuerpo traqueal y laríngeo.	3. La nebulización ayudará a la expansión de los bronquios y fluidifica las secreciones. 4. La auscultación nos permite encontrar sonidos respiratorios anormales (crepitantes, roncus)
Paciente presentará disminución de roncales a la auscultación.	6. Retirar tubo de mayo, de ser necesario, teniendo en cuenta el nivel de conciencia.	5. Esta posición permite que el potencial de ventilación sea el máximo (Hogston y Manjoram, 2008). 6. El tubo de mayo aumentará las secreciones bucofaríngeas.

-
- | | |
|---|---|
| 7. Eliminar secreciones fomentando la tos. | 7. La tos es un reflejo por el cual el bronquio elimina las secreciones o cuerpos extraños. |
| 8. Administrar oxígeno húmedo. | 8. Los beneficios incluyen suministros de concentraciones más elevadas de O ₂ (Lee, 2011). |
| 9. Estimular a realizar ejercicios respiratorios. | 9. La estimulación de los ejercicios respiratorios en pos operatorio, ayudara al paciente a recuperar eficazmente la función respiratoria post anestesia general y evitar complicaciones. |
-

Ejecución

Tabla 8. *SOAPIE Dolor agudo.*

Fecha/hora	Intervenciones	
20/01/18	S	Sedoanalgesia
08:00	O	Facie de dolor, FC 110x', puntaje de 6 según la escala de EVA.
	A	Dolor agudo relacionado a (R/A) agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de EVA.
	P	Paciente presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas.
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora intensidad del dolor • Se CFV antes y después de administrar los analgésicos • Se continua con la perfusión de ClNa al 0.9% 1000cc c/metamizol 2g, tramadol 100mg., Ranitidina 50mg.a 45gts.x' • Se valora respuesta del efecto del tratamiento analgésico. • Se realiza desviación guiada del pensamiento (relajación, distracción, masajes, etc.) • Se brinda comodidad y confort • Se controla factores externos que atribuyan el dolor (T° de la habitación, iluminación y ruidos).
	E	OA: Paciente presenta expresión facial de alivio y sosiego, FC 88x' y expresa disminución del dolor en un rango de 2/10 en la escala de evaluación analógica (EVA).

Tabla 9. *SOAPIE Déficit de volumen de líquido.*

Fecha/hora	Intervenciones	
20/01/18	S	Sedoanalgesia
08:00	O	FC: 110x', mucosas orales secas, turgencia de piel disminuida, orina escasa y concentrada y BH negativo 150 (intraoperatorio)

-
- A** Déficit de volumen de líquido RA pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de turgencia de piel, orina escasa y concentrada, BH negativo 150 (intraoperatorio)
- P** Paciente presentará adecuado volumen de líquido durante su estancia en la URPA
- I**
- Se administra ClNa 9% 1000cc a 45gotas x min.
 - Se administra Dext. 5% AD 1000cc + HNa 20%(1) a 25gts x'
 - Se realiza registro preciso de ingreso y egreso (BHE)
 - Se vigila estado de hidratación (membranas, mucosas, pulso, presión sanguínea, etc.)
 - Se vigila la herida operatoria y drenaje
 - Se monitoriza los signos vitales.
- E** OA: Paciente presenta mucosas orales hidratadas, recupera turgencia de piel, presenta orina clara, diuresis horaria 70cc y BHE positivo 120.
-

Tabla 10. SOAPIE Riesgo de sangrado.

Fecha/hora		Intervenciones
20/01/18	S	Sedoanalgesia
08:00	O	Dx.Posoperatorio hemoperitoneo y trauma hepático III°, FC 110x', pálido, Hb.9.2gr/dl, abd. Ligeramente distendido, con drenaje laminar eliminando poca cantidad de secreción sanguinolenta (10cc).
	A	Riesgo a sangrado R/A proceso quirúrgico por traumatismo hepático
	P	Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante su estancia en la URPA
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora presencia de sangrado en herida operatoria y el drenaje. • Se realiza vendaje compresivo de la herida operatoria • Se monitoriza estado de piel, CFV c/15min. • Se monitoriza resultados de control Hb, (8-12-4-8) • Se mantiene dos accesos venosos permeables

-
- Se valora nivel de conciencia (ansiedad, inquietud, alteración del estado mental)
 - Se Mantiene en reposo absoluto.
- E** OPA: Paciente continúa con piel pálida, mejora FC 88x', Hb se mantiene en 9mg/dl, continúa con gasas secas y limpias de herida operatoria.
-

Tabla 11. SOAPIE Riesgo a aspiración.

Fecha/hora	Intervenciones	
20/01/18	S	Sedoanalgesia
08:00	O	Somnoliento por efectos de anestesia, c/ sonda nasogástrica (SNG) a gravedad, tubo de Guedel, secreciones bucofaríngeas moderadas y en reposo absoluto.
	A	Riesgo a aspiración R/A disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal.
	P	Paciente disminuirá el riesgo aspiración durante su estancia en la URPA
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila nivel de conciencia, reflejo tusígeno y nauseoso, y capacidad deglutoria. • Se coloca en posición semifowler con cabeza lateralizada. • Se mantiene el equipo de aspiración disponible. • Se toma medidas de precaución para evitar la aspiración. • Se evalúa el estado de conciencia aplicando la escala de Ramsay
	E	OA: Paciente se recupera progresivamente de la anestesia, expulsa tubo de mayo y presenta ausencia de asfixia.

Tabla 12. *SOAPIE Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*

Fecha/hora	Intervenciones	
20/01/18 08:00	S	Sedoanalgesia
	O	Somnoliento por efectos de anestesia, c/tubo de Guedel, secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad, en reposo absoluto y presencia de ruidos respiratorios roncantes.
	A	Limpieza ineficaz de vías aéreas RA presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia evidenciada por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y ruidos respiratorios roncantes.
	P	Paciente recuperará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estancia en la URPA
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca al paciente en posición semi fowler con la cabeza alineada • Se valora las características de las secreciones con frecuencia • Se realiza aspiración de secreciones de las vías aéreas • Se realiza auscultación de ambos campos pulmonares cada hora • Se retira tubo de mayo, ante la expulsión del mismo realizada por el paciente • Se valora las características de la respiración: frecuencia, ritmo, profundidad cada hora. • Se educa al paciente sobre la importancia de la tos para que elimine secreciones • Se administra oxígeno húmedo a 6lt.xmin. • Se estimula a realizar ejercicios respiratorios.
	E	OA: Paciente presenta secreciones fluidas y en menor cantidad, disminución de roncantes a la auscultación.

Evaluación

Tabla 13. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Dolor agudo.*

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo	OA:
Paciente presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas.	Paciente presenta expresión facial de alivio y sosiego, FC menor de 100x' y expresa disminución del dolor en puntaje de 2 según la escala de EVA.
Resultados Esperados	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente presentará expresión facial de alivio y sosiego. • Paciente presentará FC menor de 100x' • Paciente expresará disminución del dolor con puntaje de 2-4 según la escala de EVA de 1 al 10. 	

Tabla 14. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Déficit de volumen de líquidos.*

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo	OA:
Paciente presentará adecuado volumen de líquido durante su estancia en la URPA.	Paciente presenta mucosas orales hidratadas, recupera turgencia de piel, presenta orina clara, diuresis horaria 70cc y BHE positivo.
Resultados Esperados	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente presentará mucosas orales hidratadas • Paciente recuperará la turgencia de la piel. • Paciente presentará orina clara y diuresis horaria 70cc • Paciente presentará BHE positivo. 	

Tabla 15. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Riesgo de Sangrado.*

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo	OPA:
Paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante su estancia en la URPA	Paciente a pesar de continuar pálido, mejora F.C 88 min., Hb se mantiene en 9.2 mg/dl, y continúa con herida quirúrgica cubierta con apósitos limpios y secos.
Resultados Esperados	
No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.	

Tabla 16. *Evaluación de objetivos del diagnóstico Riesgo de aspiración.*

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo	OA:
Paciente disminuirá el riesgo aspiración durante su estancia en la URPA.	Paciente se recupera progresivamente de la anestesia, expulsa tubo de mayo y presenta ausencia de asfixia.
Resultados Esperados	
No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo	

Tabla 17. *Evaluación de objetivos Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente recuperará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estancia en la URPA</p>	<p>OA:</p> <p>Paciente presenta secreciones fluidas y en menor cantidad, disminución de roncales a la auscultación.</p>
<p>Resultados Esperados</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente presentará secreciones bucofaríngeas fluidas y en menor cantidad. • Paciente presentará disminución de roncales a la auscultación. 	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes de la investigación

A nivel local

Aniceto (2017) realizó el estudio titulado “proceso de atención de enfermería en la etapa transoperatorio del paciente sometido quirúrgicamente a colecistectomía convencional en el Servicio de Centro Quirúrgico Central y Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, cuyo objetivo fue analizar el cuidado brindado al paciente durante el tiempo del trans operatorio quirúrgico, la enfermera de quirófano será capaz de proporcionar cuidados de enfermería integral a la paciente, manteniendo una actitud científica, responsable y realizando con destreza los procedimientos de enfermería pertinentes en cada etapa del proceso. La metodología fue un estudio de tipo descriptivo y analítico, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración según Dominios y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Los resultados fueron: Después de analizar los datos sobre la salud de la paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios; Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud y amenaza para su estado emocional; riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios del tratamiento quirúrgico; riesgo de lesión postural perioperatoria relacionado con inmovilidad y alteraciones sensitivas perceptuales debido a la anestesia; riesgo de desequilibrio de volumen de líquido relacionado con cirugía abdominal; riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con tiempo operatorio prolongado; riesgo de infección relacionado con procesos invasivos. Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos.

Obregón (2017) realizó el estudio titulado “Cuidados de enfermería en paciente pos operados inmediato de Colectectomía en el Hospital Sergio Voto Bernales”, cuyo objetivo fue contribuir a que las enfermeras especialistas según el caso quirúrgico, utilicen el Proceso del Cuidado de Enfermería, como base científica en su labor diaria, proporcionando cuidados integrales y humanizado con calidad y calidez, apoyándose en la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson. La Metodología fue un estudio descriptivo y analítico, se utilizó la aplicación del Plan de Atención del Cuidado de enfermería. Los resultados fueron: después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios; Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos; disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la pos carga; patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación; deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión. Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos.

A nivel nacional

Condori (2013) realizó el estudio en “Proceso de Atención en Enfermería aplicado a una paciente con cirugía en cesárea por placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro”, cuyo objetivo fue organizar el proceso de atención de enfermería para facilitar una mejor atención directa individualizada y completa, impulsando, la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud en base a los 13 dominios problemas y necesidades del usuario. La Metodología del estudio fue no experimental, cualitativo, de tipo descriptivo, analítico y transversal, se utilizó el proceso de atención de enfermería con sus cinco fases, como instrumento de recolección de datos se utilizó la guía de valoración de Virginia

Henderson y para la organización de los cuidados el formato de plan de cuidados funcionales. Los resultados fueron: Después de analizar los datos sobre la salud de la paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios; Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud; riesgo de sangrado relacionado con complicaciones relacionadas con el embarazo (placenta previa); dolor agudo relacionados con agentes lesivos; riesgo de infección relacionado con defensas primarias inadecuadas: ruptura de la piel; hipotermia relacionada con exposición a un entorno frío. Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos.

Ramírez (2013) realizó el estudio titulado “Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con apendicitis en el Hospital de Chancay – Lima”, cuyo objetivo fue aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes post operados de apendicetomía para así lograr la recuperación del estado de salud al intervenir de manera eficaz e integra en el cuidado del paciente. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo y analítico, se utilizó el Proceso de atención de Enfermería en sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración según Dominios y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Los resultados fueron: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios; Dolor agudo relacionado con herida operatoria; hipertermia relacionado a proceso infeccioso; deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimiento que alteran la integridad de la piel; estreñimiento relacionado con disminución del trabajo peristáltico; riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico; ansiedad relacionado con cambios al estado de su salud; deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular. Se concluye que los siete diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos a pesar que el dolor fue disminuyendo progresivamente.

A nivel internacional

Camacho (2008), realizó el estudio en “Paciente con Diagnóstico de colecistectomía del Hospital de Concentración Satélite: Circuito Novelistas N° 125, Cd. Satélite, Naucalpan, Edomex”, cuyo objetivo fue aplicar un Proceso Atención Enfermería a un paciente, para identificar las necesidades alteradas de la persona, corregir, mantener y rehabilitar la salud, por medio de la aplicación de procedimientos, conocimientos y el registro sistemático de la evolución de la rehabilitación y contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. La metodología fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Necesidades de Virginia Henderson y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Los resultados fueron, después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor e incomodidad relacionado con herida quirúrgica, manifestado por verbalización; deterioro del intercambio gaseoso relacionado con herida quirúrgica manifestado por agitación y verbalización; deterioro de la integridad cutánea relacionado con drenaje biliar posterior a traumatismo quirúrgico manifestado por interrupción de tejido cutáneo; alto riesgo de infección relacionado con acumulación de sangre en tejido. Se concluye que al momento de efectuar las intervenciones, el paciente fue cooperativo, haciendo caso a las indicaciones de los enfermeros, el paciente egreso por mejoría después de 24 hrs de la aparición de ruidos intestinales y fuese iniciada su dieta. No hubo ninguna complicación que impidiera la correcta mejoría del paciente.

Ruiz, D. y Ortiz, C. (2017), realizaron el estudio en “Cuidados de Enfermería de un paciente con traumatismo abdominal ingresando a la Unidad de Cuidados Críticos post Quirúrgicos de un Hospital General en Alicante – España”, tuvo como objetivo crear una evaluación y mejor asistencia, lograr la efectividad del cuidado y producir salud y satisfacción en el paciente poli traumatizado. La metodología fue un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo, se utilizó un plan de cuidados de enfermería en el cual se distingue dos valoraciones de enfermería siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson. En una primera valoración realizada es una fase crítica se detectan los problemas reales o potenciales. En una segunda valoración en una fase en que la función respiratoria comienza a estabilizarse y se actúa sobre los problemas reales o potenciales y se formula unos objetivos desarrollándose las actividades de enfermería correspondientes. Los resultados fueron: Después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor abdominal agudo relacionado a traumatismo abdominal; deterioro de la integridad cutánea relacionada con traumatismo abdominal y disminución del gasto cardiaco; deterioro de la movilidad física relacionado con proceso patológico; riesgo de infección relacionado con presencia de accesorios invasivos; riesgo de ulcera por presión relacionada con encamamiento; riesgo de hipotermia relacionada con traumatismo abdominal; otros diagnósticos que se dirigen en mayor profundidad como son las alteraciones del intercambio gaseoso, complicaciones derivadas de la ventilación mecánica y cuidados derivados del traumatismo y del daño hepático. En la segunda parte de la valoración de enfermería en el momento de la suspensión de la ventilación mecánica invasiva y en el proceso de entubación a través de la cual se detectan distintos problemas agregados a los anteriores mencionados, como es la ansiedad y temores. Se concluye tras la aplicación del plan de cuidado integral se analizan los resultados evaluando la efectividad de los cuidados establecidos,

a pesar que el paciente presentó fiebre dos días, se descartó presencia de neumonía y otras infecciones, con relación al dolor fue disminuyendo, lo cual se concluye que los objetivos fueron alcanzados en su mayor porcentaje.

Marco conceptual

Abdomen Agudo Quirúrgico

Definición.

Es un proceso de carácter grave y evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que exige usualmente la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte (Avendaño, J., Briceño, J., y Diaz, I. 2012).

Etiología.

- Inflamatoria: Apendicitis, colecistitis, diverticulitis
- Obstructivo: Bridas, tumores
- Perforativo: Úlcera gastroduodenal, divertículos y Cáncer de colon
- Hemorrágico: Embarazo ectópico complicado
- Vascular: Obstrucción mesentérica.

Clasificación.

Infeccioso, Traumático, Obstructivo, Perforativo, Hemorrágico y Vascular

Fisiopatología.

La agresión producida por el agente causal del abdomen agudo determina una respuesta por parte del organismo donde se ponen en juego los distintos sistemas defensivos que son los de barrera, la inmunidad celular y la inmunidad humoral.

Esto se traduce en un cuadro que siempre es el mismo, no importando la causa aunque pueden existir pequeñas diferencias. Es el Síndrome de Respuesta Aguda Sistémica (SIRS) en el transcurso de este síndrome se liberan mediadores, especies reactivas de oxígeno, eicosanoides (sustancias fisiológicamente activas) y se producen fenómenos de isquemia/repercusión, que de perpetuarse pueden llevar a daño tisular y Disfunción Múltiple de Órganos (DMO) que de no ser reversible lleva a la muerte.

Cuadro Clínico.

- Síntomas; Dolor abdominal, manifestaciones gastrointestinales (Anorexia, vómitos, náuseas y constipación).
- Signos Generales: Taquicardia, fiebre y deshidratación.
- Signos Locales abdominales; Distensión, Dolor a la palpación, Contractura, Dolor a la descompresión brusca, Alteración de los ruidos peristálticos y Dolor al tacto vaginal y rectal

Diagnóstico.

- Historia clínica; Interrogatorio y examen físico
- Exámenes de laboratorio
- Estudios de imagenología
- Otros estudios.

Tratamiento.

- No ingesta de alimentos
- No analgésicos
- Uso de antibióticos
- Hidratación adecuada

- Corrección de disturbios electrolíticos
- Sonda nasogástrica, Sonda Foley
- Tratamiento quirúrgico; laparotomía exploratoria

Complicaciones.

Peritonitis, Sepsis, Hipovolemia, Desequilibrio hidroelectrolítico, Malnutrición grave, Insuficiencia renal, Alteraciones cardiovasculares, Insuficiencia hepática y Disfunción orgánica múltiple.

Trauma Abdominal Cerrado

Definición.

El traumatismo abdominal es una lesión grave en el abdomen, causada por golpes contusos o por heridas penetrantes.

El trauma abdominal cerrado se define como lesiones de los órganos sólidos, tales como el bazo, el hígado o el páncreas (Avendaño, J., Briceño, J., y Diaz, I. 2012).

Etiología.

Los accidentes de tránsito son una causa de trauma abdominal contundente. Los cinturones de seguridad reducen la incidencia en los traumatismos en la cabeza y el tórax, pero constituyen una amenaza para los órganos abdominales, tales como el páncreas y los intestinos, que suelen ser comprimidos contra la columna vertebral.

Patogenia.

Un trauma abdominal puede ser mortal, ya que los órganos abdominales, especialmente los de espacio retroperitoneal, pueden sangrar profusamente, y es una cavidad con espacio que pueden contener una gran cantidad de sangre. Los órganos abdominales sólidos, tales como el hígado y

los riñones, sangran profusamente cuando son cortadas o rotas, al igual que los principales vasos sanguíneos, tales como la aorta y la vena cava. Los órganos huecos como el estómago, aunque no es tan probable que resulte en un sangrado profuso, presentan un grave riesgo de infección, en particular aquellas que no son tratadas rápidamente. Los órganos gastrointestinales como el intestino pueden derramar su contenido en la cavidad abdominal. Tanto la hemorragia como la infección sistémica son las principales causas de muertes que resultan de traumas abdominales.

Signos y Síntomas.

En el trauma abdominal es importante el análisis adecuado y minucioso de los signos y síntomas en la evolución de las horas que pueden ser hasta 72 horas, el cual va conducir al diagnóstico y conducta quirúrgica adecuada. Puede suceder la muerte súbita en el momento del trauma como reflejo vago simpático que condiciona paro cardíaco. Más frecuente es el shock inicial que el colapso neurovegetativo secundario al trauma que produce pérdida de conciencia, hipertensión, bradicardia, palidez intensa y sudoración fría. El dolor es un síntoma capital en la evolución del abdomen traumatizado, además del vomito.

Complicaciones.

Shock hipovolémico, Shock séptico y evisceración.

Medios diagnósticos.

Hematocrito, hemoglobina, recuento de leucocitos con formula diferencial, glicemia, creatinina sérica, amilasemia, uroanálisis, pruebas de embarazo en mujeres en edad fértil.

Tratamiento.

El tratamiento inicial consiste en la estabilización del paciente asegurando una adecuada vía aérea, respiración efectiva y circulación, y poder identificar con detenimiento las lesiones implicadas. La cirugía puede ser necesaria para reparar órganos lesionados.

La exploración quirúrgica es necesaria para los pacientes con lesiones penetrantes y signos de peritonitis o choque.

La laparotomía se realiza a menudo en traumatismos abdominales contundentes y requeridos con urgencia ante una lesión abdominal que causa una gran hemorragia potencialmente letal. Sin embargo, con frecuencia las lesiones intra abdominales también son tratados con éxito sin una operación quirúrgica.

Hemoperitoneo por Traumatismo Hepático

Definición.

Hemoperitoneo es la presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal, que casi siempre requiere intervención quirúrgica, para reparar la lesión sangrante. El hígado es una de las vísceras abdominales más frecuentemente lesionada en los traumatismos cerrados del abdomen.

Es necesario considerar que la hemorragia, principal forma de manifestación de una lesión traumática del hígado, en la mayor parte de los casos es de origen venoso, por lo que alrededor del 70% de las lesiones cesa espontáneamente de sangrar. Es por ello que la exploración quirúrgica de rutina, con mucha frecuencia permite solo constatar la existencia de una lesión, pero no se traduce en tratamiento activo. Además hay evidencias clínicas y experimentales que un hemoperitoneo, de no mediar infección, usualmente se reabsorbe por completo y sin secuelas en menos de una semana (Avendaño, J., Briceño, J., y Díaz, I. 2012).

Entonces podemos definir al trauma hepático como una lesión del hígado por trauma cerrado o penetrante, tanto del abdomen como de la parte inferior del tórax derecho.

Causas.

Trauma cerrado: compresión brusca, desaceleración, hematoma subscapular o intrahepática, fractura hepática, disrupción de la capsula de Glisson. Trauma penetrante: proyectil de arma de fuego, por arma corto punzante.

Diagnósticos.

- Sintomatología no específica (múltiples lesiones asociadas)
- Hipovolemia
- Abdomen distendido
- Anemia
- Trauma penetrante (dirección del proyectil, TAC en paciente estables)
- Trauma cerrado (abrasiones, equimosis o dolor a la palpación, fracturas costales o signos de trauma sobre el hemitorax inferior derecho, inestabilidad hemodinámica o shock).

Tratamiento.

La principal causa de muerte en pacientes con trauma hepático es la hemorragia, la segunda es la sepsis, intra o extra abdominal, por tal es importante:

- Control de hemorragia
- Prevención de la infección.

Cuidados de enfermería.

- Colocar al paciente en posición supino, o de acuerdo al estado de urgencia que se encuentre.
- Utilizar las medidas de bioseguridad.

- Toma de signos vitales en especial la presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Vigilar estado de conciencia y comunicación verbal.
- Administra oxigenoterapia por catéter de punta o mascarilla si es necesario.
- Canalizar dos vías periféricas de mayor calibre para administrar volumen de líquidos en caso que sea necesario.
- Realizar en conjunto con el medico examen físico para encontrar hallazgos no visible a simple vista.
- Tomar muestra de laboratorio.
- Explicar al paciente que no puede ingerir alimentos ni agua hasta nueva orden.
- Apoyar en la realización de medios diagnósticos, ultrasonidos, Rx., TAC, etc.
- Colocar catéter vesical y observar color, concentración y cantidad de orina.
- Colocar sonda nasogástrica y observar contenido gástrico.
- Administración de medicamentos según indicación médica.
- Vigilar al paciente cumpliendo con las esferas; consiente, orientado y comunicativo.
- Realizar las observaciones en los registros de enfermería.

Laparotomía Exploratoria

Definición.

Es una cirugía en la que se apertura el abdomen con la finalidad de abrir, explorar, examinar y tratar los problemas que se presentan, que no puede detectarse con otras pruebas, es muy útil

especialmente en casos de traumatismo abdominal con dolor o sangrado, que requieren de tratamiento inmediato. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general (Medlineplus, 2016).

Indicaciones.

- Trauma cerrado de abdomen,
- Trauma dudosamente penetrante,
- Dolor abdominal,
- Ictericia persistente inexplicable,
- Masa abdominal de origen no identificado,
- Sangrado crónico,
- Ascitis de causa desconocida.

Complicaciones.

Las complicaciones propias de esta intervención son: hemorragias intra o pos operatorias, hematomas, infecciones de la herida, pélvicas y urinarias, descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realiza histerectomía, lesiones de los órganos vecinos principalmente la vejiga, uréter e intestinos, fistulas vesico-vaginales e intestinales. Así mismo eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.

Cuidados de enfermería.

- Brindar apoyo emocional y comodidad
- Controlar y monitorear funciones vitales; presión arterial, frecuencia respiratoria, pulso, temperatura.
- Evaluar coloración de la piel y ruidos respiratorios
- Observar y controlar pérdidas por tubos y drenajes
- Valorar el patrón respiratorio

- Administrar oxígeno
- Evaluar estado de conciencia
- Administrar infusiones intravenosas y otros medicamentos según indicación
- Valorar herida operatoria.

Modelo teórico

Dorothea Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, déficit del autocuidado y de los sistemas de enfermería. Así mismo define cuatro metaparadigmas; persona, salud, enfermería y entorno. Define a la persona; ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, como un todo integral dinámico con capacidades para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependientes. La salud; estado que para la persona significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual. Así mismo define la Enfermería como servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, es proporcionar asistencia directa en su autocuidado, según sus necesidades, debido a las incapacidades que vienen presentando por situaciones personales. Y finalmente se refiere al entorno como conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados.

Dorothea Orem desarrolló la teoría del autocuidado que se basa en tres sistemas de enfermería: sistema totalmente compensado; donde la enfermera suplente al individuo, sistema parcialmente compensado; el personal de enfermería proporciona autocuidados, y sistema de enfermería de apoyo-educación; la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean

capaces de realizar las actividades de autocuidado, ya que no pueden realizarlo sin esta ayuda. Y a través de este sistema se puede brindar el cuidado al paciente M.V.M correspondiente al autocuidado quien es grado de dependencia III, cumple con el autocuidado, compensa la incapacidad que presenta de realizar el autocuidado, lo apoya y protege hasta que pase este periodo crítico de inestabilidad. Es así que la enfermera cumplirá un rol muy importante en este periodo de vida del paciente, quien le proporcionara el autocuidados para recuperar su salud.

Según la teoría de Dorothea Orem aplicado al caso de estudio; el señor M.V.M es un ser humano que presenta un problema físico es decir biológico por trauma abdominal cerrado, su salud se encuentra comprometida, en etapa de posoperatorio inmediato por laparotomía exploratoria y trauma hepático producto de un accidente de tránsito, que conlleva a una atención de enfermería especializada para prestar cuidados de alta complejidad, satisfaciendo necesidades, con grado de dependencia III, que indica asistencia directa en su autocuidado; el paciente presenta un ambiente o **entorno** de un servicio de recuperación post anestésica (URPA) que cuenta con equipos y aparatos para mantener las funciones de los órganos comprometidos, logrando su pronta funcionalidad.

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó Proceso de Atención de Enfermería, como instrumento se utilizó la guía de valoración de Maryori Gordon de los patrones funcionales adaptados por la investigadora.

Sujeto de estudio

Paciente post operado inmediato varón de 30 años de edad, de iniciales MVM con diagnóstico hemoperitoneo + trauma hepático III°.

Delimitación geográfica temporal

El presente estudio se realizó en un Hospital del MINSA, ubicado en el departamento de Lima. Este Hospital del MINSA brinda servicios a la comunidad prioritariamente los servicios de Emergencia y Trauma Shock, Medicina, Cirugía, Traumatología, Pediatría, Neonatología, Ginecología, Obstetricia, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico donde se encuentra la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) que se ubica en el segundo piso, la cual consta de un ambiente con capacidad de 3 camas, con sus respectivos monitores multiparametros, un médico jefe, 10 anesthesiólogos, 10 técnicos de enfermería, 12 profesionales de enfermería, quienes brindan atención compartida en centro quirúrgico y recuperación pos anestésica, en turno rotativos diurno y nocturno, atendiendo diariamente un promedio de 6 a 8 pacientes de las especialidades de Cirugía, Traumatología, Ginecología y Gineco-Obstetricia, brinda atención a los pacientes programados y de emergencia dichos pacientes tienen una estancia de aproximadamente

dos horas en la unidad de recuperación postanestesia (URPA) para luego ser trasladado a los a sus respectivos servicio previa autorización y evaluación del anesthesiologo. El profesional de enfermería brinda atención directa y de manera indirecta participa en la organización, supervisión y coordinación en el equipo de salud.

Técnica de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue la observación, el instrumento utilizado fue la Guía de valoración por patrones funcionales de Maryori Gordon, que presenta 11 patrones: Percepción/Control de salud, Nutrición/Metabólico, Eliminación, Actividad/Ejercicio, Reposo/Sueño, Cognitivo/Perceptivo, Autopercepción/Autoconcepto, Función y Relación, Sexualidad/Reproducción, Afrontamiento/Tolerancia al estrés, Valores y Creencias (Potter, 2002) Para la organización del cuidado se utilizó el formato del plan de cuidado funcional que consta de: diagnostico, objetivo general, resultados, intervenciones, ejecución y evaluación.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio, se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado (Apéndice B) del sujeto en estudio, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial, y los datos que proporcione serán de uso exclusivo para fines del estudio. La conducta profesional exige conocer las implicaciones éticas de las intervenciones de enfermería y responder por los actos de buena práctica así como por aquellos de negligencia o mala praxis. Los Enfermeros del Perú contamos con el Código de Ética y Deontología el cual es un documento elaborado por el Colegio de Enfermeros del Perú, quien tiene dentro de sus fines, el velar por el ejercicio profesional y mantener vigilancia sobre la ética y deontología profesional y nos dice en

el capítulo III la enfermera(o) y el ejercicio profesional :en el Artículo 23º, “La enfermera(o) debe tomar la decisión más adecuada y oportuna en el cuidado de la persona cuando está en riesgo la vida del paciente, considerando los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.”

El paciente se encuentra indefenso y expuesto a muchas cosas por lo que estamos obligados a proteger al paciente y sobre todo no hacerle daño aplicando el principio de beneficencia.

En cuanto al caso en estudio se aplica el principio de respeto a la persona porque se considera las características individuales, así como las necesidades propias de su patología. Así mismo se aplicó el principio de la autonomía respetando su individualidad, sus costumbres y la necesidad de suplencia en el autocuidado. Así también se aplica el principio de beneficencia a través de los cuidados especializados de enfermería para la recuperación de su salud. El principio de no maleficencia se tuvo en cuenta aplicando los principios de bioseguridad para evitar complicaciones y eventos adversos.

Capítulo IV

Resultado, Análisis y Discusión

Resultados

Tabla 18. *Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de Enfermería.*

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1	x		
Diagnóstico 2	x		
Diagnóstico 3		x	
Diagnóstico 4	x		
Diagnóstico 5	x		

Análisis de los diagnósticos

Dolor Agudo relacionado con agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente evidenciado por expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de evaluación analógica (EVA).

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

Por otro lado, Covarrubias (2013) refiere que un manejo eficiente del dolor post operatorio mejorara las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia hospitalaria, por otro lado su manejo ineficaz se ha asociado con

eventualidades potencialmente adversas y a estancias hospitalarias prolongadas (íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolia, sangrado, alteraciones psicológicas, etc.).

El paciente en estudio, presenta dolor, se evidencia por la expresión facial, taquicardia, escala analógica 6/10.

Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio, evidenciado por mucosas orales secas, disminución de turgencia de piel, orina escasa y concentrada y BH negativo 100 (intraoperatorio).

Según Iglesias, Villarino y Martínez (2011) el agua es el principal componente del cuerpo humano. Es esencial para los procesos fisiológicos de la digestión, absorción y eliminación de desechos metabólicos no digeribles, y también para la estructura y función del aparato circulatorio. Actúa como medio de transporte de nutrientes y todas las sustancias corporales, y tiene acción directa en el mantenimiento de la temperatura corporal. El cuerpo humano tiene un 75% de agua al nacer y cerca del 60% en la edad adulta. Aproximadamente el 60% de este agua se encuentra en el interior de las células (agua intracelular), el resto (agua extracelular) circula en la sangre y baña los tejidos.

De la misma manera Guyton y Hall (1998) mencionan que el mantenimiento de un volumen de líquidos relativamente constantes y de una composición estable de los líquidos corporales es esencial para la homeostasis. Algunos de los problemas clínicos más importantes se deben a la alteración en los sistemas de regulación que mantienen la constancia de los líquidos corporales. La regulación de los elementos integrantes del líquido extracelular, la regulación del equilibrio ácido-base, y el control de los intercambio de líquidos entre los compartimientos extracelulares e intracelulares.

El paciente en estudio, presenta mucosas orales secas, disminución de turgencia de la piel que son signos del déficit de volumen de líquidos y señalamos el problema está presente, a esto se une el acto compensatorio del riñón manifestando en una disminución de diuresis con el propósito de mantener el volumen, sin embargo todas estas manifestaciones son provocados por la pérdida de 2000 ml de sangre, coágulos y líquido durante el acto quirúrgico, así como la pérdida por evaporación, pérdida irreversible, el agua empleada en el acto de metabolismo entre otros, colocan al paciente frente a un déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida abundante sanguínea durante el intraoperatorio evidenciado mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida y orina escasa y concentrada.

Riesgo de Sangrado relacionado a proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático.

La sangre se encuentra circulando por el interior de los vasos sanguíneos (arteria, vena y capilares) que la transporta por todo el cuerpo. Cuando alguno de estos vasos sanguíneos se rompe generalmente luego de un traumatismo ya sea contuso o cortante, la sangre sale de su interior, originándose así una hemorragia que será de mayor gravedad e intensidad de acuerdo al mecanismo de acción y la intensidad del accidente, así como también si afecta directamente vasos arteriales. La hemorragia es la fuga de sangre fuera de su camino dentro del sistema cardiovascular, es una situación que provoca una pérdida peligrosa de sangre y puede ser interna o externa (García, n.d.).

Así también, La Revista Médica Hondureña “Shock y Hemorragia Interna Post Operatoria”, refieren que el shock y la hemorragia interna postoperatoria es una de las complicaciones que entra en los diagnósticos de urgencia del abdomen implicando uno de los problemas más difíciles de resolver en la práctica. En efecto, después de operaciones abdominales

en que no se ha dejado drenajes, puede soltarse la ligadura de un vaso importante, constituyéndose una hemorragia interna que se instala lentamente hasta matar al enfermo, si no se adopta rápidamente una decisión quirúrgica para ligar el pedículo soltado o efectuar un taponamiento de la zona hemorrágica. Esa decisión quirúrgica de re operar un enfermo que horas antes fue laparotomizado, llega generalmente tarde por la dificultad de un diagnóstico categórico, por la gravedad sorprendente del cuadro y por la esperanza de que la hemorragia se detenga. Por otro lado es un trance muy duro, podríamos decir para el cirujano, decidirse a reabrir horas después el abdomen; la incompreensión de los familiares que ven en ello una mala operación, inhibe su acción. Hoy en día, con los progresos de la técnica, con la preparación perfecta preoperatoria quirúrgica, es muy raro observar una hemorragia interna importante postoperatoria que obligue a re- operar de inmediato. Pero aun después de operaciones impecables y en manos quirúrgicas privilegiadas, el accidente puede producirse y es entonces el diagnóstico oportuno y la Re operación inmediata la única probabilidad de curación.

El paciente en estudio, ha presentado un sangrado (sangre, coágulos y líquidos) de 2000 ml en la intervención quirúrgica ocasionado por un traumatismo abdominal cerrado, con trauma hepático de III°, los órganos buscan compensar la pérdida de sangre, sin embargo también tiene que ser repuesto la pérdida de sangre, ya sea con otros fluidos, es en tal razón que el paciente corre el riesgo de sangrado relacionado con proceso quirúrgico reciente por traumatismo automovilístico.

Riesgo de Aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal.

Según Brunner et al. (2012) la aspiración del contenido gástrico es una complicación grave que puede causar la muerte. Puede surgir cuando se pierde los reflejos protectores de las vías

respiratorias, como ocurre con personas inconscientes a causa de drogas, alcohol, accidente cerebrovascular o paro cardíaco, o en casos en que la sonda nasogástrica no funcione y permita el derrame del contenido gástrico a su alrededor y, con esto la aspiración silenciosa. La aspiración masiva del contenido gástrico, en caso de no ser tratada, en cuestión de horas genera un síndrome clínico de taquicardia, disnea, cianosis e hipertensión, seguida de hipotensión y, en por último la muerte.

Por otro lado el Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado corazón, Departamento de Gestión de Cuidados de enfermería en la Unidad de Recuperación Postanestésica, Lic. Estela Farías, Lic. Ivette Pérez Alvarado, Lic. Ilardo Alfredo (2016) manifiestan que los pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas han recibido anestesia, los cuales necesitan cuidados ya que están sujetos a alteraciones fisiológicas, por lo tanto es importante conocer cuáles son los factores que modifican la recuperación anestésica, dentro de ellos tenemos a los anestésicos empleados, endovenoso o inhalados , así como su estado de conciencia y aún más cuando están con efecto de anestesia, tienen una cánula oro faríngea, o cuando hay secreciones que pueden llevar a complicaciones con el paciente.

El paciente en estudio, presenta somnolencia por efectos de anestesia, con cánula Guedel, corriendo el riesgo de aspirarse ya que el nivel de conciencia se encuentra disminuido y posibilidad de presencia de secreciones oro faríngeas, los cuales ponen en riesgo su salud.

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia evidenciado por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantos.

Según Ige y Chumacero (2010) el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea es un punto importante dentro de la atención del paciente crítico tanto en el ambiente intrahospitalario

como fuera, para ello es importante la evaluación inicial, con lo cual determinara si existe permeabilidad de la vía aérea o necesidad de ventilación asistida.

Por otro lado, las vías aéreas deben mantenerse siempre limpias, comúnmente la sangre y el vómito obstaculizan una adecuada ventilación; en estos casos, debemos aspirar o extraer manualmente los cuerpos extraños y las secreciones. La limpieza de las vías aéreas incluye la boca, la oro faringe y la tráquea, con el objetivo de garantizar una adecuada ventilación y evitar la bronco aspiración (entrada de cualquier sustancia a las vías aéreas).

El paciente en estudio presenta limpieza ineficaz de vías aéreas, ya que se encuentra con secreciones bucofaríngeas, así también se encuentra inmovilizado y somnoliento por efectos de anestesia manifestándose con tos ineficaz y roncantes, los mismos que ponen en riesgo la salud del paciente.

Discusión

El dolor agudo relacionado con agente lesivo físico es uno de los problemas más frecuentes que identifica la enfermera en URPA, en el estudio el paciente presento dolor agudo durante su permanencia en la unidad de recuperación pos anestesia (URPA) de un Hospital de Lima del MINSA logrando mitigar o disminuir este dolor en la escala de EVA 6 A 2 con intervenciones de enfermería y administración de analgésicos prescritos, en los estudios realizados por Ramírez (2013) y Condori (2013) también se pueden apreciar que el diagnostico dolor agudo está presente en los pacientes pos operados. El dolor agudo postoperatorio se puede definir como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o no con una lesión tisular presente o potencial. En mi experiencia he podido observar que el dolor agudo no solamente calma con

analgésicos, sino también con el confort, ambiente tranquilo, ejercicios de relajación, musicoterapia, visita de un familiar.

El déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida sanguínea abundante y de líquidos intraoperatorio también es un problema frecuente que la enfermera identifica en URPA, en todo paciente sometido a laparotomía exploratoria, en el estudio el paciente presentó déficit de volumen de líquido durante su permanencia en la unidad de recuperación pos anestesia (URPA) de un Hospital de Lima del MINSA logrando recuperar el adecuado volumen de líquido con las intervenciones de enfermería y administración de fluidos intravenosos prescritos, en los estudios realizados por Obregon (2017) también se puede apreciar el diagnóstico déficit de volumen de líquido está presente en todos los pacientes pos operados. Volumen de líquidos, su mantenimiento relativamente constante y de una composición estable de los líquidos corporales es esencial para la homeostasis (Guyton y Hall, 1998). Por tal, el déficit de volumen de líquido, según NANDA Internacional (2015) es la disminución de líquido intravascular, intersticial o intracelular, se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio. En mi experiencia he podido observar que el déficit de volumen de líquido se mejora con hidratación intravenosa, vigilancia de los drenajes, y sobre todo con un buen balance hídrico estricto.

El riesgo a sangrado relacionado con proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático es un problema que aún no está presente pero la enfermera identifica en URPA que puede desarrollarse en cualquier momento ya que el paciente es vulnerable por estar presente factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad del mismo, en el estudio el paciente presentó Riesgo de sangrado durante su permanencia en la unidad de recuperación pos anestesia (URPA) de un Hospital de Lima del MINSA logrando disminuir el riesgo de sangrado con intervenciones de enfermería y tratamiento médico, en los estudios realizados por Aniceto (2017)

también se pueden apreciar que el diagnóstico riesgo a sangrado está presente en los pacientes pos operados. En el riesgo a sangrado, el individuo es vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud (NANDA Internacional, 2015). En mi experiencia he podido observar que el riesgo a sangrado se logra disminuir considerablemente, para ello debemos tener en cuenta los cuidados de enfermería a brindar como; valorar evidencias de sangrado, vigilar permanentemente el estado de la piel, vigilar los signos vitales, nivel de conciencia, control seriado de Hemoglobina mantener en reposo absoluto, comunicar de inmediato al cirujano ante la presencia de signos de alarma.

Asimismo, se presenta Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia por efectos de la anestesia, intubación oral/nasal es otro problema que puede desarrollarse por factores de riesgo que están presentes que identifica la enfermera en URPA, en el estudio el paciente presentó riesgo de aspiración durante su permanencia en la unidad de recuperación pos anestesia (URPA) de un Hospital de Lima del MINSA, logrando disminuir el riesgo de aspiración con intervenciones de enfermería. Según Brunner et al. (2012) la aspiración del contenido gástrico es una complicación grave que puede causar la muerte. Por lo tanto el riesgo de aspiración es vulnerabilidad a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud (NANDA Internacional, 2015). En mi experiencia he podido observar que el riesgo de aspiración se logra disminuir considerablemente, para ello se debe vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, presencia de náuseas y capacidad deglutoria, minimizar el uso de narcóticos, posición adecuada, mantener equipo de aspiración disponible.

La limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de tubo de mayo, inmovilidad y efectos de anestesia evidenciado por secreciones bucofaríngeas fluidas en regular

cantidad y roncales, es otro problema frecuente que la enfermera identifica en URPA, en todo paciente sometido a intervención quirúrgica con anestesia general, en el estudio el paciente presentó limpieza ineficaz de vías aéreas durante su estancia en la unidad de recuperación pos anestesia (URPA) de un Hospital de Lima del MINSA logrando recuperar la limpieza eficaz de las vías aéreas con las intervenciones de enfermería. Limpieza ineficaz de las vías aéreas, estado en el que el individuo experimenta una amenaza real o potencial en el estado de su respiración en relación con la incapacidad para toser de forma eficaz (Carpenito, 2013). En mi experiencia he podido observar que la limpieza ineficaz de vías aéreas se logra recuperar, para ello debemos tener en cuenta los cuidados de enfermería a brindar como; realizar aspiración de secreciones de las vías aéreas, auscultando sonidos respiratorios antes y después del procedimiento, fomentar la tos para eliminar secreciones, nebulizar y oxigenoterapia.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Se aplica el proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico pos operatorio Hemoperitoneo y Trauma hepático III°, concluyendo:

En el diagnóstico Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente e/p expresión facial de dolor, taquicardia y puntaje de 6 según la escala de evaluación analógica (EVA). Tuvo como objetivo principal disminuir el dolor después del tratamiento, cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones de enfermería como: evaluación de la intensidad del dolor, CFV, administración de analgésico indicado, eliminación de factores que precipiten o aumenten el dolor, valoración de la eficacia del analgésico, enseñanza de ejercicios respiratorios y el uso de distractores (música, TV). Teniendo como resultado disminución del dolor y queda con facie de alivio y sosiego, presenta FC 88x' y expresa disminución del dolor con un puntaje de 2 en la escala de evaluación analítica (EVA).

Para el diagnóstico Déficit de volumen de líquido r/c pérdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio e/p mucosa oral seca, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc) y BH (-150) en el intraoperatorio. Tuvo como objetivo principal presentar adecuado volumen de líquido durante su estancia en la URPA, cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones de enfermería como: evaluación de piel y membranas mucosas, turgencia de la piel, observación y control de la herida operatoria y drenaje, administración de fluidos intravenosos, realización de balance hídrico estricto. Teniendo como resultado paciente presenta mucosas orales hidratadas, recupera turgencia de piel, presenta orina clara, diuresis horaria 70cc y BHE positivo 120 de dos horas.

En el diagnóstico Riesgo a sangrado r/c proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático. Tuvo como objetivo principal disminuir el riesgo de sangrado durante su estancia en la URPA, el objetivo se cumplió parcialmente luego de las intervenciones de enfermería, el paciente presenta FC 88x/min, Hb se mantiene en 9mg/dl, herida operatoria continua con gasas secas, drenaje se mantiene escaso sangrado, pero continua con piel pálida.

Así también el diagnóstico riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia por efectos de anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG). Tuvo como objetivo principal disminuir el riesgo de aspiración durante su estancia en la URPA, cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones de enfermería como: vigilancia del nivel de conciencia, reflejo tusígeno y náuseas, capacidad deglutoria, colocación en posición semifowler con cabeza lateralizada, equipo de aspiración operativo, vigilancia de la posición de la sonda nasogástrica y aplicación de medidas de precaución para evitar la aspiración. Teniendo como resultado paciente se recupera progresivamente de la anestesia, expulsa tubo de mayo, disminuye el riesgo de aspiración.

Finalmente en el diagnóstico Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c presencia de tubo de mayo, inmovilidad e/p secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantes. Tuvo como objetivo principal mantener vías aéreas permeables cumpliéndose en su totalidad luego de las intervenciones de enfermería como: aspiración de secreciones, posición semifowler, auscultación de ambos campos pulmonares, oxígeno 6lt.x min, permeabilidad de las vías aéreas. Teniendo como resultado secreciones fluidas y en menor cantidad, disminución de roncantes y tos eficaz que le permite expectorar.

Recomendaciones

Primera recomendación: en el diagnostico Dolor Agudo r/c agente lesivo físico por proceso quirúrgico reciente e/p expresión facial, taquicardia y EVA 6, se recomienda las intervenciones de enfermería como evaluación de la intensidad del dolor, CFV, administración de analgésico indicado, eliminación de factores que precipiten o aumenten el dolor, valoración de la eficacia del analgésico, enseñanza de ejercicios respiratorios y el uso de distractores (música, TV), para obtener como resultado disminución del dolor, facie de alivio y sosiego, puntaje de 2 según la escala de EVA y FC 88 por minuto.

Segunda recomendación: en el diagnostico Déficit de volumen de líquido r/c perdida sanguínea abundante y líquidos en el intraoperatorio e/p mucosa oral seca, disminución de la turgencia de la piel, orina escasa y concentrada (20cc) y BH (-150) en el intraoperatorio, se recomienda las intervenciones de enfermería como: evaluación de piel y membranas mucosas, turgencia de la piel, observación y control de la herida operatoria y drenaje, administración de fluidos intravenosos, realización de balance hídrico estricto, para obtener como resultado paciente presenta mucosas orales hidratadas, turgencia de piel, orina adecuada y clara (70cc por hora). BH (2hrs) +120cc.

Tercera recomendación: en el diagnostico riesgo a sangrado r/c proceso quirúrgico reciente por traumatismo hepático, se recomienda las intervenciones de enfermería como: valoración de herida operatoria y el drenaje, vendaje compresivo de la herida operatoria, monitorización del estado de piel, CFV c/15min., control y resultados de Hb,9mg/dl (8:30am), mantener dos accesos venosos permeables, mantener en reposo absoluto, para obtener como resultado paciente a pesar de continuar con piel pálida, mejora FC 88xmin, Hb se mantiene en 9.2mg/dl, herida operatoria continua con gasas secas, drenaje se mantiene escaso sangrado.

Cuarta recomendación: en el diagnóstico Riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia por efectos de anestesia, intubación oral/nasal (tubo de mayo y SNG), se recomienda las intervenciones de enfermería como: vigilancia del nivel de conciencia, reflejo tusígeno y náuseas, capacidad deglutoria, colocación en posición semifowler con cabeza lateralizada, equipo de aspiración operativo, vigilancia de la posición de la sonda nasogástrica y aplicación de medidas de precaución para evitar la aspiración, para obtener como resultado paciente se recupera progresivamente de la anestesia, expulsa tubo de mayo, disminuye el riesgo de aspiración.

Quinta recomendación: en el diagnóstico Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c presencia de tubo de mayo, inmovilidad e/p secreciones bucofaríngeas fluidas en regular cantidad y roncantes, se recomienda las intervenciones de enfermería como: aspiración de secreciones, posición semifowler, auscultación de ambos campos pulmonares, oxígeno 6lt.x min, permeabilidad de las vías aéreas, para obtener como resultado secreciones fluidas y en menor cantidad, disminución de roncantes y tos eficaz que le permite expectorar.

Referencias

- Alvarado, J. (2009). *Vademécum fármaco terapéutico* (cuarta). Perú. Retrieved from AMP del Perú
- Aniceto, G. (2017). Proceso de atención de enfermería (PAE) en trans-operatorio de la colecistectomía convencional en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. *Universidad Inca Garcilaso de La Vega*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1424>
- Avendaño, J., Briceño, J., & Diaz, I. (2012). Abdomen Agudo Quirúrgico Infeccioso. Retrieved from <https://es.scribd.com/presentacion/94206234/Abdomen-Agudo-Quirurgico-Infeccioso>.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas*. Madrid: Pearson Educación.
- Brunner, L., Suddarth, D., Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2012). *Enfermería medicoquirúrgica*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Camacho, E. Paciente con colecistectomía (2008). Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/8744754/PAE-Colecistectomia>
- Carpenito, L. (2013). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Condori, S. (2013). *Proceso de atención en enfermería aplicado a un paciente con cirugía en cesárea por placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro*. Retrieved from <https://www.monografias.com/docs110/proceso-atencion-enfermeria-aplicado/proceso-atencion-enfermeria-aplicado.shtml>
- Covarrubias, A. (2013). *Unidad del Dolor Agudo. El manejo del dolor agudo postoperatorio una década de experiencia*.
- Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A., Nuñez, O., & Romano, J. (2008). *Planes de cuidados de*

enfermería. McGraw-Hill Interamericana.

García, A. (n.d.). *Hemorragia*. Retrieved from

<http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Cap 4 La hemorragia.pdf>

Guyton, A., & Hall, J. (1998). *Tratado de la Fisiología Medica* (Novena). México: Mc Hill Interamericana.

Hogston, R., & Manjoram, B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería* (tercera). México: Mc Hill Interamericana.

Ige, M., & Chumacero, J. (2010). Acta Medica Peruana Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea.

Iglesias, C., Villarino, A., & Martínez, J. (2011). Importancia del agua en la Hidratación de la Población Española. *Nutrición Hospitalaria*, 26(1), 27–36. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n1/articulos_especiales_3.pdf

Lee, C. (2011). *Enfermería de cuidados intensivos*. (M. M. S.A, Ed.) (Tercera). México.

Montoya, J. (1950). Shock y Hemorragia Interna Postoperatoria.

NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier España.

Obregon, M. (2017, November 2). *Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2017*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2113>

Potter, P., & Griffin, A. (2002). *Fundamentos de enfermería* (Quinta). España: Elsevier.

Ramírez, L. (2013). *Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con apendicitis en el Hospital de Chancay – Lima*.

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

Ruiz, D., & Ortiz, C. (2017). *Cuidados de Enfermería de un paciente con traumatismo abdominal ingresando a la Unidad de Cuidados Críticos post Quirúrgicos de un Hospital General en Alicante – España*.

Apéndice

Apéndice A: Guía de Valoración

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

PATRON I. PERCEPCION-					
Antecedente de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas: _____					
HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Cardio () Otros: _____ Sin problemas importantes					
Intervenciones quirúrgicas NO () SI () _____					
Alergias y otras reacciones _____					
Fármacos: _____					
Alimentos: _____					
Otros: _____					
Factores de riesgo					
Consumo de tabaco NO () SI () Consumo de drogas NO () SI ()					
Consumo de alcohol NO () SI ()					
Medicamentos (indicación médica) _____					
ESCALA DE SEDACION RASS:					
Pu nt os	TERMINO	DESCRIPCION			
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violeto, peligro inmediato para el personal			
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.			
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador			
1	INTRANQUIL O	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos			
0	ALERTA Y TRANQUILO				
-1	SOMNOLIENT O	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido(apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10seg)			
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada(< 10 seg)			
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de ojos a la llamada(pero no contacto visual)			
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.			
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos fijos.			
		ESTIMULO VERBAL ESTIMULO FISICO			
HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE

Piel:	
Coloración: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()	
Hidratación: SI () No ()	
Integridad de la piel: Intacta () Lesiones ()	
Especificar: _____	
Rash: NO () SI ()	
Especificar: _____	
Descripción: _____	
Cavidad Bucal:	
Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis ()	
Mucosa oral: Seca () Hidratada () Intacta () Lesiones ()	
Tamaño: _____	
Nauseas () Vómitos () Hematemesis () Pirosis () Cantidad: _____	
SNG: NO () SI () Alimentación () Drenaje: _____	
Abdomen: B/D () Globuloso () Distendido () Timpánico () Doloroso ()	
KMA: presentes () Disminuidos () Ausentes () Aumentados ()	
Herida operatoria	
Sangrado herida operatoria: Nulo () Escaso () Moderado () Severo ()	
Cantidad: _____ Drenaje ()	
Especifique: _____	
Características: Seroso () Serohemática () Hemática ()	
Oclusión herida operatoria: Apósito () Gasa () SteriStrip ()	
Venda elástica () otros: _____	
Comentarios adicionales: _____	
PATRON III. DE ELIMINACION	
Presencia de líneas invasivas:	
Tipo: Sonda Foley SI () NO () Talla Vesical SI () NO ()	
Irrigación vesical: SI () NO () Cant. por pasar: _____	
Características de la orina: Clara () Colúrica () Hematúrica () Sedimentosa ()	
Cantidad: _____	
Colostomía: SI () NO ()	
Características: _____	
Comentarios adicionales: _____	
ELIMINACION INTestinal: _____	
PATRON IV. DE ACTIVIDAD- EJERCICIO	
ACTIVIDAD RESPIRATORIA	
Respiración: Superficial Profunda	
Disnea: NO () SI ()	
Polipnea: NO () SI ()	
Otros: _____	
Bronco espasmo: NO () SI ()	
Ruidos respiratorios: Claros () Disminuidos () Ausentes ()	
Crepitantes () Roncantes () Sibilantes ()	
Tos ineficaz: NO () SI ()	
Reflejo de la tos: Presente Disminuido Ausente	
Secreciones: NO () SI ()	
Características: _____	
O2: NO () SI ()	
Modo: _____ Sat.O2: _____	
Traqueotomía () Drenaje torácico: D/I NO () SI () Cánula de Guedel ()	
ACTIVIDAD	
CIRCULATORIA	
Ruidos cardiacos: Rítmicos () Arrítmicos ()	
Pulso: _____ Regular () Irregular ()	

Edema: NO () SI () Localización: _____

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

Riego periférico

MII Tibia Fría Caliente

MID Tibia Fría Caliente

MSI Tibia Fría Caliente

MSD Tibia Fría Caliente

Marcapaso: NO () SI ()

Presencia de líneas invasivas:

Catéter Venoso periférico: _____

Catéter Central: _____

Línea arterial: _____

Catéter epidural: _____

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

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

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente () 3= Totalmente dependiente ()

2= Parcialmente dependiente ()

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()

Contractura () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()

Comentarios adicionales: _____

PATRON V. DESCANSO-SUEÑO

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

PATRON VI. PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor: EVA



Puntaje 0 al 10: _____

CALIFICACION DE BROMAGE

Criterios de Grado de Calificación del Bloqueo

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

ESCALA DE ALDRETE

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

ESCALA DE RAMSAY

NIVELES 1-3: PACIENTE DESPIERTO

1. Ansioso y agitado y/o tranquilo

2. Cooperativo, orientado y tranquilo

3. Solo responde ordenes

NIVELES 4-6: PACIENTE DORMIDO

4. Respuesta viva a estímulos

5. Respuesta lenta a estímulos

6. Ausencia de respuesta a estímulos

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

PATRON VII. AUTO PERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado emocional:

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

Preocupaciones principales /comentarios: _____

PATRON VIII. DE RELACIONES-ROL (ASPECTO

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero () Casado/a ()

Conviviente () Divorciado/a () Otro _____

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia () Otros _____

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

Fam. Responsable: _____

Dirección: _____ Fono: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRON IX. SEXUALIDAD/REPRODUCCION

Genitales:

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

Características: _____

Tapón Vaginal: NO () SI ()

Tratamiento médico actual: _____

Firma y Sello de la Enfermera

Apéndice B: Consentimiento informado

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a.....”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. bajo la asesoría de la Dra. Angela Paredes Aguirre. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán 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 (y la de mi menor hijo) en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre del padre, madre o tutor: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor

Apéndice D: Fichas farmacológicas

OMEPRAZOL

Nombre genérico: Omeprazol 40mg

Nombre Comercial: OMEPRA-N 40 mg.

Clasificación: Antiulcerosos, inhibidores de la bomba de protones.

Indicaciones:

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

Mecanismo de acción:

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

Reacción adversa/ efectos adversos:

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

Dosis:

- Dosis oral en adultos y adolescentes:
 - * Úlcera de estómago o duodeno y reflujo gastroesofágico: 20 mg cada 24 horas.
 - *Enfermedad de Zollinger-Ellison: inicialmente 60 mg al día, posteriormente de 20 a 120 mg al día. Cuando se tomen más de 80 mg al día se deben repartir en dos dosis, una cada 12 horas.
 - *Erradicación de Helicobacterpilory: 20 mg cada 12 horas.
- Dosis oral en niños:

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

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

- Dosis inyectable en adultos y adolescentes:
*40 mg una vez al día. En el síndrome de Zollinger-Ellison se necesitan dosis más altas y más frecuentes.
- Dosis inyectable en niños: Debe ser determinada por su médico en cada caso concreto.

Cuidados de enfermería:

- Aplicar las 10 correctas
- Se puede realizar mezcla para infusión continua así: 2 ampollas de omeprazol (80mg) reconstituidas diluidas en 80ml de solución salina normal, lo cual de una concentración 1:1.

METAMIZOL

Nombre genérico: Metamizol 1gr.

Nombre Comercial: ANTÁLGINA."REPRIMAN"

Clasificación: Antipirético y analgésico

Indicaciones:

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

Mecanismo de acción:

El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatoria al inhibir a la actividad de la prostaglandina sintetasa. A diferencia de otros analgésicos no opiáceos que actúan sobre la síntesis de la prostaciclina, el metamizol no produce efectos gastrolesivos significativos.

Reacción adversa/ efectos adversos

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

Dosis

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

Cuidados de enfermería

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar al paciente si es alérgico a este medicamento y notificar
- Registrar en la hoja de enfermería a que medicamento es alérgico el paciente así como al médico.
- Colocar en el expediente del paciente un membrete con letra roja y grande a que medicamento es alérgico.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento
- La administración vía endovenosa debe ser diluido y lento ya que su administración rápida produce hipotensión, palpitaciones y nauseas.
- Prepara inmediatamente antes de su administración ya que su dilución pierde estabilidad en 20 -30 minutos.
- Tener en cuenta que el uso prolongado de este fármaco aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos como hemorragia sobre todo en enfermos anticoagulantes.
- Verificar que el paciente no tenga hipotensión arterial antes de administrar el fármaco, si es así notificar al médico para que le indique otro analgésico.

CEFTRIAXONA

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre Comercial: ROCEPHIN, CEFIZOX, CEFTIN

Clasificación:

- Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación

Indicaciones:

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

Mecanismo de acción:

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

Reacción adversa/ efectos adversos:

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

Dosis:

- Sepsis: **50 mg/kg** cada 24 horas. Meningitis: Dosis de carga **100 mg/kg**, seguido de **80 mg** cada 24 horas.
- **Infección** gonocócica diseminada: **25-50 mg/kg/día** cada 24 horas durante 7 días, 10-14 días si se documenta meningitis.
- **Profilaxis infección** gonocócica: **25-50 mg/kg** (máximo **125 mg**) en una sola dosis.

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Al administrar por EV diluir con 80cc de Cl al 9% y el tiempo infusión tiene una duración de 30 minutos.

- La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y de la zona de la inyección.
- Durante la administración controlar la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria porque puede presentar uno de los efectos adversos como disnea y otros.
- No administrar a pacientes alérgicos a cefalosporinas
- No se usara si la solución esta turbia o contiene precipitaciones.

CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre genérico: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre Comercial: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Clasificación: Electrolitos y minerales

Indicaciones:

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

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

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

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

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

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Conservar a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.
- Se debe tener cuidado al administrar al paciente, viendo efectos colaterales.
- Preguntar al paciente si es sensible al CLNa
- Observar antecedentes de insuficiencia renal
- Precauciones en pacientes hipertensos, o problemas de edemas.
- Administra lentamente, registrar en el frasco la cantidad que se va a perfundir, y el conteo de gotas, la hora y fecha que se está colocando.
- Observar signos de hipovolemia.
- Mantener medidas de asepsia, evitar flebitis.

CLORURO DE SODIO 20% (HIPERSODIO)

Nombre genérico: Cloruro de Sodio 20%

Nombre Comercial: Cloruro de Sodio 20%

Clasificación:

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

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

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

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

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

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

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

Dosis

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

Cuidados de enfermería

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

DEXTROSA AL 5% (solución glucosada isotónica)

Nombre genérico: Solución inyectable Dextrosa al 5% en A.D

Nombre comercial: Solución Dextrosa en AGUA DESTILADA AL 5%

Clasificación: Electrolito terapia, solución glucosada isotónica

Indicaciones:

- Restitución y/o mantenimiento de volumen circulante,
- Pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico, como: hemorragia quirúrgica o traumática, deshidratación, vomito, hiperhidrosis, insuficiente ingestión de líquidos.
- Diluyente de otros medicamentos o de soluciones con electrolitos

Mecanismo de acción:

- Glucosa solución para nutrición parenteral.
- Monosacárido fácilmente metabolizable en administración IV, en forma de solución acuosa, estéril y apirógena.

Reacciones adversa:

- Hiperglucemia, glucosuria o alteraciones en el equilibrio de fluidos o electrolitos, si la solución se administra de forma demasiado rápida o si el volumen de fluidos es excesivo, o en caso de insuficiencia metabólica.

Dosis:

- Depende de la indicación, edad, peso, condición clínica, balance hídrico y acido-básico del paciente.

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Realizar frecuentes controles de balance hídrico e iónico y de la glucemia.
- Controlar la posible hipokalemia e hiponatremia.

ESCALA DE RAMSAY

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

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

Apéndice G: Otros

**UNIDAD DE RECUPERACION POST ANSTESICA DE UN HOSPITAL DEL
MINSa, 2018.**