

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO
DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA Y TORACOTOMÍA, UNIDAD DE
RECUPERACIÓN, HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, 2018**

TRABAJO ACADÉMICO

**PRESENTADO POR
LIC. LUZ ESTHER MUÑOZ VALENTIN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**ASESOR:
MG. LAURA ROA CAMPOS**

**Lima, Perú
2018**

RESUMEN

El presente trabajo académico es el caso clínico de un paciente postoperado de Laparatomía Exploratoria más rafia hepática, toracotomía exploratoria +control de hemostasia de arteria mamaria interna por trauma toracoabdominal, ocasionado por proyectil de arma de fuego; se encuentra en la Unidad de Recuperación Postanestésica del Hospital Sergio E. Bernales.

El objetivo del caso clínico es brindar cuidados enfermeros especializados de calidad y cuidado humanizado al paciente quirúrgico.

Para el desarrollo del presente caso clínico se aplicó el Proceso del cuidado de Enfermería integrada por 5 etapas, en esta metodología, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Su ejecución permite a la enfermera quirúrgica la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el paciente manifiesta para el cuidado de su salud.

Se recomiendo que la enfermera jefa de Centro Quirúrgico gestione para que todas las enfermeras especialistas apliquen el Proceso de Atención de Enfermería en su labor diaria.

PALABRAS CLAVE: Laparotomía, toracotomía, postoperado, cuidado, enfermería.

ABSTRACT

The present academical research is about a clinical case of a post-operated patient who has been operated because of an exploratory laparotomy plus raphia hepatica, exploratory thoracotomy + control of internal mammary artery hemostasis due to thoracoabdominal trauma, occasioned by a shotgun, now he is at the Postanesthesia Recovery Unit of the Sergio E. Bernales Hospital.

The objective of this clinical case is to provide specialized nursing care of quality and humanized care to the surgical patient.

For the development of this clinical case it applied the nursing care process, which it is integrated by 5 chapters, in this methodology its stages are successive and are related to each other. Also, the execution allows the surgical nurse the integrity of the cares covers the interests and needs that the patient manifests for the care of their health.

It is recommended that the head nurse of the Surgical Center manage so that all the specialist nurses apply the Nursing Care Process in their daily work.

KEY WORDS: Laparotomy, thoracotomy, postoperated, nursery, care.

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| CAPITULO I MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1.- TRAUMA ABDOMINAL..... | 6 |
| 2.1.1.-Fisiopatología | 6 |
| 2.1.2.- Etiopatogenia..... | 6 |
| 2.1.3.- Tratamiento..... | 7 |
| 2.2.- TRAUMA TORÁCICO | 8 |
| 2.3.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA..... | 8 |
| 2.4.-TEORÍA DE ENFERMERÍA | 10 |
| CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE - EBE | 11 |
| 2.1 VALORACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 12 |
| 2.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:..... | 12 |
| 2.3. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS | 16 |
| 2.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA | 18 |
| 2.5 ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE .. | 20 |
| CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 32 |
| 3.1 CONCLUSIONES | 32 |
| 3.2 RECOMENDACIONES | 33 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICA..... | 34 |
| ANEXOS | 35 |

INTRODUCCIÓN

Los Traumatismos toracoabdominales causadas por arma de fuego son comúnmente ingresos en los servicios de emergencia de los hospitales de las grandes ciudades como Lima. Son una causa frecuente de discapacidad y mortalidad significativa, debido a las injurias potenciales anatómicas y funcionales de vísceras y tejidos blandos abdominales como hígado, intestino, médula espinal o grandes vasos sanguíneos, así como lesiones a nivel del diafragma, siendo muy importante distinguir al paciente con daño dentro de la cavidad torácica, en muchas ocasiones es fatal debido a las lesiones que sufren los importantes órganos que se encuentran en ella. Los traumas por proyectil de arma de fuego ocupan un lugar muy relevante y la gravedad de estos depende de los órganos afectados, hasta tanto se agoten sus mecanismos defensivos; y en muchos casos la gravedad puede ocasionar la muerte. (Munayco, 2015)

Los traumatismos toracoabdominales por arma de fuego son emergencias médicas que en muchos casos requieren intervención quirúrgica como atención inmediata.

En este trabajo académico realizado es el caso clínico de un paciente postoperado inmediato de Laparotomía exploratoria más toracotomía por haber sufrido un trauma toracoabdominal por arma de fuego, el cual requiere cuidados especializados siendo muy importante los cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato, atención de calidad, reconocimiento y actuación inmediata ante los signos y síntomas de alarmas, prevención de complicaciones y disminuir los riesgos. De mortalidad inminente para los cuidados especializados brindados se aplicó el proceso de cuidado de enfermería haciendo uso de la taxonomía NANDA NIC NOC, y se desarrolló en tres capítulos: capítulo I Marco Teórico; capítulo II Aplicación de proceso del cuidado de enfermería; capítulo III abarca las conclusiones y recomendaciones; seguido de referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

2.1.- TRAUMA ABDOMINAL

Etimológicamente Trauma proviene del griego “trauma” que significa herida. Se define traumatismo como todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior; estado del organismo afecto de una herida o contusión grave. Se denomina traumatismo abdominal, cuando este compartimiento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que lo constituyen, sean estos de pared o de contenido, o de ambos a la vez.

Se dividen los traumatismos abdominales en:

1. Trauma abierto: lesión de la pared abdominal que presentan una solución de continuidad de la piel. Puede ser penetrante si existe pérdida de la continuidad del peritoneo parietal y no penetrante si la herida no lo atraviesa.
2. Trauma cerrado: El agente agresor no causa disrupción del tegumento cutáneo.

Las lesiones en el trauma abdominal pueden ser producidas por proyectil, por arma blanca, o por agentes diversos. (Aguirre, 2013).

2.1.1.-Fisiopatología

Las heridas penetrantes, la lesión es localizada en el trayecto del proyectil o instrumento punzocortante. Los órganos con superficie más grande en la proyección frontal (intestino delgado, hígado y colon) son los más propensos a la lesión en el traumatismo penetrante. Las lesiones penetrantes se clasifican en base al agente causal, velocidad y la distancia con que originan la misma.

2.1.2.- Etiopatogenia

El hígado es el órgano más comúnmente lesionado y el sitio de lesión más frecuente es el segmento posterior del lóbulo derecho, por su tamaño y por su cercanía a las costillas y columna. La TAC es el examen más sensible para detectar y caracterizar la lesión traumática del hígado. También permite el diagnóstico de lesiones asociadas intraperitoneales y retroperitoneales

Los pacientes con trauma abdominal penetrante que son inestables en la presentación deben someterse a laparotomía de inmediato.

Las heridas de bala provocan lesiones por desgarro y aplastamiento con destrucción tisular que requieren reparaciones más complejas.

2.1.3.- Tratamiento

Incluyen:

1. Vías respiratorias permeables, la integridad del sistema ventilatorio que se compromete en fracturas costales múltiples, en hemoneumotórax y en lesiones de cuello.
2. Colocación de un catéter y reposición inmediata de volumen.
3. Control de la presión venosa central
4. Monitoreo de los signos vitales.
5. Sonda vesical permanente y control urinario.
6. Exámenes de laboratorio: Hematocrito, hemoglobina, tipo sanguíneo, pruebas cruzadas y gases en sangre.

Laparotomía Exploratoria. - Palabra de origen griego; indica sección o incisión del flanco, vacío o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas. Laparotomía exploradora es pues la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico. (Sierra, 2004)

Hay casos de la laparotomía de urgencia, como son lesión por proyectil de arma de fuego y en las que hay evidencia de penetración a peritoneo, por la presencia de datos de peritonitis o hipovolemia.

Está indicado en:

1. Hipotensión con pérdida de sangre inexplicable, inestabilidad y en el que se ha descartado foco extra abdominal.
2. Paciente inestable y traumatismo penetrante
3. Evisceración.
4. Sangrado gastrointestinal (boca o ano) persistente.
5. Clara irritación peritoneal
6. Hemoperitoneo
7. Rotura diafragmática
8. Rotura vesical intraperitoneal
9. Eco-Fast, lavado de líquido peritoneal o TAC positivos.

La cirugía debe ser rápida y precisa, la incisión debe ser amplia y fácil de efectuar. En casos de traumatismo toracoabdominal se elige la toracolaparotomía. El cirujano debe elegir la mejor vía de acceso y prolongarla en caso de ser necesario a tórax o mediastino. (Buitrago, 2005)

2.2.- TRAUMA TORÁCICO

Son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica, con disrupción de la pleura visceral, acompañándose, generalmente, de laceración y contusión del pulmón subyacente. Generalmente son abiertos, y están producidos por heridas por arma de fuego o arma blanca.

Se realiza la colocación de un drenaje torácico para evacuar el hemo neumotórax que habitualmente acompaña a una lesión torácica penetrante.

Toracotomía

Indicada si se produce una pérdida inicial de sangre por el tubo de drenaje de 1.500 ml o si persiste un sangrado continuado a un ritmo superior a los 250 ml/h. Paciente hemodinámicamente inestable.

Existencia de un gran hemotórax.

Otras indicaciones son las lesiones cardíacas, de aorta u otros grandes vasos, lesiones traqueales o de bronquios principales y lesiones esofágicas.

Si la situación del paciente lo permite, la realización de una ecocardiografía sería la exploración indicada.

2.3.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es importante la valoración del estado de shock, reconocido por signos clínicos: taquicardia, hipotensión arterial, retardo del relleno capilar, sudoración, palidez, piel fría, alteración del nivel de conciencia, taquipnea, oligo-anuria, ya que la hemorragia intraabdominal es la causa más frecuente de muerte en estos pacientes.

Alteración del Gasto Cardíaco: disminuido R/C traumatismo abdominal, hemorragia y shock hipovolémico.

Hallazgos: Hipotensión arterial, oligo-anuria, taquicardia, sudoración profusa, palidez mucocutánea, pulsos periféricos disminuidos, síncope, alteraciones cognitivas, coma, disociación electromecánica.

Actividades:

- Valoración de vía aérea, ventilación, estado circulatorio.
- Canalización de dos vías periféricas de grueso calibre, o de una vía central si no fueran posibles las periféricas.
- Control de funciones vitales, incluidas presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura, en forma continua hasta estabilización hemodinámica.
- Administrar líquidos según indicación. En traumas graves, se administra soluciones cristaloides, coloides.
- Administración de drogas vaso activas si procede.
- Realizar control estricto de balance hídrico.
- Control estricto de diuresis.
- Colocación de sonda nasogástrica
- Palpar y controlar pulsos periféricos
- Proporcionar reposo absoluto.
- Administrar resto del tratamiento, haciendo especial hincapié en la monitorización hemodinámica del paciente.
- Exámenes para laboratorio: hemograma, estudio de coagulación, bioquímica, pruebas cruzadas.
- Colaborar en las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias para el correcto manejo del paciente
- Registrar todas las actividades realizadas.

Alteración del intercambio gaseoso R/C trauma grave de abdomen y posible hemorragia.

Hallazgos: Hipoxemia, cianosis, disnea, taquicardia, taquipnea, diaforesis, aumento del trabajo respiratorio, disminución de la saturación de oxígeno.

Actividades:

- Valoración Integral.
- Administración de O2.
- Intubación endotraqueal si requiere.

- Control de los parámetros de ventilación mecánica y de la sedoanalgesia, (mantener al paciente adaptado al respirador en todo momento).
- Aspiración de secreciones cuando lo requiera.
- Proporcionar reposo absoluto.
- Control de gases arteriales periódicamente.
- Monitorización de frecuencia respiratoria, ritmo y características del ciclo respiratorio, así como aparición o cambios en ruidos respiratorios.
- Monitorización de la saturación de oxígeno y capnografía.
- Registrar todas las actividades realizadas, incluidos parámetros de ventilación mecánica.

Alteración del bienestar r/c dolor por traumatismo.

Hallazgos: Dolor agudo localizado, alteraciones hemodinámicas, sudoración, palidez.

Actividades:

- Valoración y registro del dolor, cuantificación del mismo, a través de las escalas.
- Administración de sedo-analgesia.
- Reevaluaciones periódicas del grado de dolor, la eficacia de los analgésicos administrados, así como de la aparición de nuevas sensaciones dolorosas, localización, tipo, etc.
- Registrar todas las actividades realizadas. (Vizquete, 2006)

2.4.-TEORÍA DE ENFERMERÍA

Modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

Se basa en las 14 necesidades humanas para la vida y la salud como eje central de los cuidados de enfermería. Las personas como ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

El papel fundamental de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud para cumplir aquellas necesidades que lo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos suficientes.

Por tanto, según esta Teoría el enfermero es aquel que asiste a los pacientes en las necesidades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. (Hernández, 2016)

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE - EBE

2.1 VALORACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE FILIACIÓN.

NOMBRE : V.R.L.
EDAD : 38 años
SEXO : masculino
ESTADO CIVIL : soltero
OCUPACIÓN : construcción
NIVEL DE INSTRUCCIÓN : secundaria completa
RELIGIÓN : católico

ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS:

Personales:

- Niega Rams.
- Niega enfermedades crónicas
- Hermano muere herido por PAF hace 6 horas

MOTIVO DE INGRESO AL HOSPITAL:

Es traído por familiar y personal policial por haber recibido impacto por proyectil de arma de fuego (PAF) en tórax y abdomen, ingresa directo a la unidad de shock trauma del Hospital Sergio E. Bernales, en mal estado general, pálido, con trastorno del sensorio, P/A: 60/50mmhg pasa a centro quirúrgico sin resultados de hemograma y sin riesgo quirúrgico(según reporte de enfermería).

2.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Paciente adulto maduro de sexo masculino de 38 años, con iniciales V.R.I. con Dx.médico Trauma Toracoabdominal, ingresa a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) con dx médico postoperatorio Toracotomía exploratoria más control de hemostasia de arteria mamaria interna, laparatomía exploratoria mas rafia hepática, mas rafia de diafragma en el transoperatorio inmediato enfermera de quirófano refiere que recibió 5 unidades de paquetes globulares, 3 unidades de plasma, 4 unidades de plaquetas, sangrado aproximadamente 3500cc, diuresis 1500, después de tres horas y media de intervención quirúrgica; se observa al paciente bajo efectos de anestesia general, con tubo endotraqueal N°8 conectado al ambú inmediatamente se conecta a ventilación mecánica con

los siguientes parámetros Volumen corriente(VT) =450, Presión Positiva al final de la espiración (PEEP) =6 ,Frecuencia respiratoria(FR)=12,Fracción Inspirada de Oxígeno (FiO2) =100%;con alderete 5 puntos de ingreso conciencia=1, respiración=1, actividad muscular=1, circulación=1, saturación=1, paciente en MEG pálido piel fría, llenado capilar <2” en posición semifowler, con pupilas isocóricas, con sonda nasogástrica a gravedad secreción de restos alimenticios en bolsa colectora de más o menos 50cc ,en boca tubo orofaríngeo con presencia de secreciones, catéter venoso central supraclavicular izquierdo, perfundiendo infusión de noradrenalina 4mg(2ampollas diluido en 100cc de dextrosa 5% a 20cc/hora por pasar 70cc, hemitórax izquierdo con drenaje torácico con sello de agua 300 oscilante secreción serohemática 50cc, en quinto espacio intercostal herida suturada cubierta por apósitos secos y limpios(de cual extraen cuerpo extraño de metal según reporte operatorio);en hemitórax derecho se observa 2 drenes torácicos oscilantes:drenaje 1(drenaje superior)=con secreción serohemática 20cc, drenaje 2(posterior basal)=0; incisión de toracotomía derecha, se observa apósitos manchado de secreción serohemático, a la auscultación del tórax murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, MSI con vía periférica permeable pasando Cloruro de Sodio al 9%o (CLNa) a XXX gotas X’, por pasar 1000cc, en miembro superior derecho vía permeable pasando pseudoanalgesia a 10cc/h por pasar 100cc; abdomen blando depresible,ruidos hidroaéreos presentes(+),incisión mediana supra infra umbilical con gasas manchadas de secreción serosa,en cuadrante superior derecha se observa 2 drenes penrose con secreción serohemática aprox. 20cc conectado a bolsa de colostomía para cuantificación.

En gluteo derecho gasas limpias y secas (ingreso de cuerpo extraño), con sonda foley permeable con orina clara 150cc.

Funciones vitales:Pulso (FC) :130 X’ ; Respiración (FR) :12X’ ; Presión arterial (PA):100/88mmhg ; temperatura (T°) :36°C; Saturación de Oxígeno (SaO2): 99%.

Se entrevista a la hermana refiere:“señorita estoy preocupado por mi hermano salvenlo por favor, mi otro hermano falleció en la balacera.

DIAGNÓSTICO MÉDICO :

ingreso: trauma toracoabdominal por PAF(Proyectil de arma de fuego).

Posoperatorio:

- Trauma toraco abdominal+trauma hepático III° +lesión diafragmática por PAF.
- Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna.

Operación :

- 1) Laparatomía exploratoria +rafia hepática.
- 2) Toracotomía exploratoria +control de hemostasia de arteria mamaria interna.

EXAMEN DE LABORATORIO.

25-05-2018

- hemoglobina 11.8g/d 12 a 17
- hematocrito 35.8% 36 a 54.
- plaquetas 284 $10^3/mm^3$ 150 a 500.
- leucocitos 11.7 $10^3/mm^3$ 3.6 a 11.0.
- linfocito 63.2 20 a 50
- t.coagulación 6'.30''
- tiempo de sangría 2'.00''
- tiempo de protrombina 12.7'' inr 1.06
- Grupo sanguíneo "O"
- factor RH positivo.
- Tiempo de trombolastina 32.7''
- Urea 23 mg/dl 17 a 43
- creatinina 1.09 mg/dl 0.8 a 1.30
- glup 198mg/dl 74 a 106

26 – 05 – 2018

- hemoglobina 11.5g/dl 12 a 17
- htco 34.4% 36 a 54.
- Plaquetas 141 . 150 a 500

- **leucocitos 21.4** **3.6 a 11.0.**
- tiempo de coagulación 5' 20''
- sangría 1'50''
- tiempo de protrombina 12.9'' inr 1.07''
- tiempo de trombotina 32.8''
- creatinina 2.35mg/dl 0.80 a 1.30
- urea 48mg/dl 17 a 43
- glup 208mg/dl 74 a 106
- crp 113.98mg/dl 0.00 a 5.00
- hiv no reactivo prueba rapida.

AGA Y ELECTROLITOS (26 /05/2018)

- ph 7.318 7.35 -7.45
- pco2 27.2mmhg 35.0 - 45.0
- po2 71.0 mmhg 83 – 108.0
- hct 34 % 35 - 49
- k+ 6.42mmol/l 3.50 -5.10
- na+ 140.5mmol/l 136.0 -146.0
- ca++1.10mmo/l 1.09 - 1.30
- cl- 114.2mmol/l 98.0 -106.0
- glu 172 mg/dl 65 -95
- lac 5.8mg/dl 0.7 -2.5
- bun 17mg/DL 7 -18
- Mg++ 0.97mg/dl 0.45 -0.60
- TCO2 14.9 MG/DL 22.0 - 29.0
- HCO3 14.1 MMOL/L 21.0 - 28.0.

TRATAMIENTO MÉDICO

Posoperatorio inmediato(25/05/2018)

- NPO +SNG +sonda foley
- CLNa9‰ 1000 a 30gotas X' .(I, II.)
- Ceftriaxona2gr ev/24h .
- Metronidazol 500mg Ev c/8h.
- Omeprazol 40mg Ev c/24 h.

- Metamizol 1.5gEv c/8h.
- I/C a uci.
- I/C a traumatología.
- Control de drenes
- Balance hidroelectrolítico.
- CFV / 2h
- Nor adrenalina 4mg(2ampollas) en 100cc de dextrosa5%a 20cchora.
- Midazolán 50mg+fentanilo 0.5mg diluido en 100cc de ClNa%o a 10cc hora PAM> o igual a 65mmhg.

2.3. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS

| TIPOS DE DATOS | DOMINIO ALTERADO |
|--|--|
| <p>DATOS SUBJETIVOS: Enfermera de quirófano refiere que recibio 5 unidades de paquetes globulares,3 unidades de plasma,4 unidades de plaquetas. sangrado aproximadamente 3500cc</p> <p>DATOS OBJETIVOS: FC:130 X' ; FR:12 X'; P/A:100/88mmhg uso de inotrópico (Nor Adrenalina a 20cc/h)</p> | <p>DOMINIO 2 : NUTRICIÓN CLASE 5: HIDRATACIÓN; captación y absorción de los líquidos y electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de volumen de líquidos |
| TIPOS DE DATOS | DOMINIO ALTERADO |
| <p>DATOS SUBJETIVOS: Hemotórax masivo</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Paciente pos operado inmediato con TET mas Ventilación mecánica, a la auscultación pasa murmullo vesicular</p> | <p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE 4: FUNCIÓN RESPIRATORIA Proceso de intercambio de gases y eliminación de los productos metabólicos,</p> |

| | |
|---|---|
| <p>disminuido en ambos campos pulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCO2 : 27.2mmhg • PO 2 71.0 mmhg | <p>secreción y material extraño de los pulmones y bronquios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del intercambio gaseoso. |
| TIPOS DE DATOS | DOMINIO ALTERADO |
| <p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma toraco abdominal, trauma hepático III° , lesión diafragmática por PAF. • Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna. <p>Enfermera de quirófano refiere que recibio 5 unidades de paquetes globulares,3 unidades de plasma,4 unidades de plaquetas.</p> <p>sangrado aproximadamente 3500cc</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Paciente con TET mas ventilación mecánica, con drenaje torácico bilateral, Incisión quirúrgica en abdomen con dos drenajes de pen rose en cuadrante superior derecho.</p> <p>FC:130 X'; FR:12 X'; P/A:100/88 mmhg; T°:36°C; Spo2: 99%. Noradrenalina 20 cc/h</p> | <p>DOMINIO 4:ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>CLASE 2 :ACTIVIDAD Y EJERCICIO; movimiento de partes del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro dela movilidad física. <p>CLASE 4: RESPUESTAS CARDIO-VASCULARES/ RESPIRATORIAS mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/ reposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto cardiaco. • Deterioro de la ventilación espontanea. • Perfusión tisular inefectiva a nivel cardiopulmonar, gastrointestinal. • Riesgo de shock • Riesgo de patrón respiratorio Ineficaz |
| TIPOS DE DATOS | DOMINIO ALTERADO |
| <p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>hermana refiere:“señorita estoy preocupado por mi hermano salvenlo po favor, mi otro hermano falleció en la balacera.</p> | <p>DOMINIO 7 : ROL Y RELACIONES CLASE 2 : RELACIONES FAMILIARES</p> <p>Interrupción de los procesos familiares.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>se observa a la hermana con facie de preocupación se le nota un tanto desesperada por la situación.</p> | |
| <p style="text-align: center;">TIPOS DE DATOS</p> | <p style="text-align: center;">DOMINIO ALTERADO</p> |
| <p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trauma toraco abdominal, trauma hepático III° , lesión diafragmática por PAF. • Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna. <ul style="list-style-type: none"> • DATOS OBJETIVOS: Paciente con TET+ VM. • Tubo oro faríngeo con acúmulo de secreciones bajo efectos de la anestesia, • Drenaje torácico bilateral. • Incisión quirúrgica en abdomen + drenaje pen rose. • Herida en glúteo derecho entrada del PAF. | <p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN.</p> <p>CLASE 2 LESIÓN FÍSICA; lesión o daño corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad cutánea. • Limpieza ineficaz de las vías aéreas • Riesgo de asfixia. |

2.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN RIESGO DE VIDA.

1. Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa de volumen de líquidos m/p piel pálida, pérdida de sangre de 3,500 en el quirófano, FC:130; FR:12; P/A:100/88 uso de inotrópico (Nor Adrenalina a 20cc/h)

2. Perfusión tisular inefectiva a nivel cardiopulmonar, gastrointestinal R/C disminución del aporte de oxígeno a nivel cardiopulmonar y gastrointestinal m/p FC= 130 X', uso de inotrópico a 20cc/h, con TET más Ventilación Mecánica: drenajes torácicos bilaterales y abdominales.
3. Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio de la ventilo perfusión m/p: AGA: PCO₂= 27.2mmhg, PO₂ 71.0 mmhg.
4. Disminución del gasto cardíaco R/C disminución de la pre y pos carga m/p FC: 130 X' uso de inotrópico a 20cc/h. llenado capilar < 2''
5. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acumulo de secreciones m/p presencia de secreciones en orofaringe.
6. Riesgo de patrón respiratorio Ineficaz R/C taponamiento de los drenajes torácicos.
7. Riesgo de asfixia R/C alteración de la deglución debido al efecto de los anestésicos, intubación.
8. Interrupción de los procesos familiares R/C cambios en el estado de salud m/p. estamos preocupados por la salud de la paciente

2.5 ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|---|---|--|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Enfermera de quirófano refiere que recibió 5 unidades de paquetes globulares, 3 unidades de plasma, 4 unidades de plaquetas. sangrado aproximadamente 3500cc</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>FC:130 X';</p> | <p>Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa de volumen de líquidos m/p piel pálida, pérdida de sangre de 3,500 en el quirófano, FC:130; FR:12; P/A:100/88mmhg uso de inotrópico (Nor Adrenalina a 20cc/h)</p> | <p>Paciente recuperará el volumen de líquidos mediante la administración de cristaloides, lo cual se reflejará en la FC y PA a valores normales</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se mantiene monitorizada las funciones vitales. ➤ Se mantienen vías venosas permeables. ➤ Se mantiene CINA al 9‰ a 30 gts.x' ➤ Se controla la perfusión de la noradrenalina. ➤ Se vigila el estado de hidratación; mucosa oral, llenado capilar y pulso. ➤ Se coordina con el médico para la solicitud de un Hemograma de control. ➤ Se valora los resultados de laboratorio. ➤ Se observa constantemente signos de sangrado. ➤ Se observa los parámetros hemodinámicos. ➤ Se controla la diuresis del paciente. | <p>Paciente queda con P/A 110/78mmhg, FC = 100 X', con infusión de noradrenalina a 20cc/ hora.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>FR: 12 X'; P/A:100/88 uso de inotrópico (Nor Adrenalina a 20cc/h</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mide PVC (presión venosa central). ➤ Se controla P/A, PAM. ➤ Se mantiene con manta térmica. ➤ Se vigila constantemente la respuesta del paciente. ➤ Se realiza el control de Ingresos y egresos. ➤ Se realiza registros de enfermería. | |
|---|--|--|--|--|

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|---|---|--|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>trauma toraco abdominal, trauma hepático III° , lesión diafragmática por PAF. Hemotórax masivo. .</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Paciente con TET + VM, con drenaje torácico bilateral, Incisión quirúrgica en abdomen con dos drenajes</p> | <p>Perfusión tisular inefectiva a nivel cardiopulmonar, gastrointestinal R/C disminución del aporte a nivel cardiopulmonar y gastrointestinal m/p FC= 130 X', uso de inotrópico a 20cc/h, con TET mas ventilación Mecánica, drenajes torácicos bilaterales y abdominales.</p> | <p>Paciente mejorara la perfusión tisular a nivel cardiopulmonar, gastrointestinal con el manejo de la oxigenoterapia cuidados con los drenajes paulatinamente. después de las intervenciones del equipo de salud durante su estancia en la unidad de recuperación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se monitoriza parámetros del ventilador mecánico. ➤ Se mantiene con la cabeza elevada a 45 °. ➤ Se observar signos de dificultad respiratoria. ➤ Se vigila la infusión de Noradrenalina a 20cc / h ➤ Se vigila la infusión de Sedoanalgesia a 10 cc. /h. ➤ Se brinda cuidados del TET según protocolo establecido por el servicio. ➤ Se aspira secreciones por tubo y por boca según protocolo. ➤ Se Observa los drenajes se cuantifica las secreciones y se anota en el BH. ➤ Se realiza cuidados del drenaje torácico ➤ Se observa signos y síntomas de Shock. | <p>Paciente queda con P/A 110/78mmhg, FC = 100 X', con infusión de noradrenalina a 20cc/ hora. E infusión de sedoanalgesia a 10cc/h.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>FC:130 X'; FR:12 X'; P/A:100/88mmhg; T°:36; Spo2: 99%</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se coordina control de Hto, Hb y posibilidad de transfusión sanguínea, AGÁ y electrolitos. ➤ Se Valora los resultados de AGA para evaluar la hipoxia. ➤ Se administra ceftriaxona 2 Gr, EV lento y diluido. ➤ Se administra el Metronidazol 500 mgr, ev lento y diluido. ➤ Se administra el omeprazol 40 mgr. EV lento y diluido. ➤ Se mantiene actualizado los registros incluyendo monitoreo de funciones vitales y Kardex de tratamiento. | |
|--|--|--|---|--|

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|--|---|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Hemotórax masivo</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Paciente pos operado inmediato con TET mas Ventilación mecánica, a la auscultación pasa murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares.</p> <p>PCO2 27.2mmhg</p> <p>PO2:71.0 mmhg.</p> | <p>Deterioro del intercambio gaseoso</p> <p>R/C desequilibrio de la ventilo perfusión</p> <p>m/p: AGA: PCO2= 27.2mmhg, PO2 71.0 mmhg.</p> | <p>Paciente será capaz de mejorar en intercambio gaseoso, mediante actividades de oxigenación, monitorización respiratoria que será reflejado en el Aga con parámetros normales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se mantiene al paciente en posición semifowler. ➤ Se mantiene con monitoreo de funciones vitales especialmente FR y SaO2. ➤ Auscultar los sonidos respiratorios valorando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. ➤ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de los cambios de posición. ➤ Se vigila la infusión de sedoanalgesia para que el paciente se adapte bien al ventilador. ➤ Se valora la necesidad de aspiración de secreciones, mantener la vía aérea permeable. | <p>Paciente mantiene la SaO2 en 99 % y la gasometría PCO2 = 36 mmhg y el PO2 = 89mmhg</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">➤ Se vigila constantemente el estado hemodinámico del paciente y la morfología de la onda de saturación de O2 en el monitor cardiaco, como también las ondas en el panel del ventilador mecánico.➤ Se comprueba periódicamente el buen funcionamiento del Ventilador mecánico.➤ Se verifica constantemente las conexiones y el humidificador del V.M.➤ Se controla e monitoreo del AGA según indicación médica.➤ Se realiza los registros de enfermería. | |
|--|--|--|--|--|

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|---|---|--|
| <p>DATOS SUBJETIVOS: trauma toraco abdominal, trauma hepático III° , lesión diafragmática por PAF. Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Paciente con TET+ VM. Tubo oro faríngeo con acumulo de secreciones bajo efectos de la anestesia.</p> | Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acumulo de secreciones m/p presencia de secreciones en orofaringe | Paciente presentara limpias y permeables las vías aéreas mediante actividades de limpieza en el transcurso de 1 hora. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se evalúa la necesidad de aspiración. ➤ Se ausculta los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ➤ Se hiperoxigena al paciente antes de la aspiración. ➤ Se prepara el material para aspiración en este caso que tiene que ser por tubo y oro faringe. ➤ Se aspira secreciones por tubo endotraqueal y luego orofaringe con la técnica aséptica siguiendo el protocolo establecido. ➤ Se anota el tipo y la cantidad de secreciones obtenidas. ➤ Se valora la hidratación del paciente. ➤ Se valora la necesidad de nebulizar y coordinar con el médico para colocar el procedimiento en el RP. | Paciente presenta vía aérea permeable y libre de secreciones sonidos respiratorios normales. |

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|--|--|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Enfermera del Quirófano reporta: sangrado aproximadamente 3500cc en el Intraoperatorio.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS: .</p> <p>FC:130x'; FR:12x'; P/A:100/88mmhg; T°:36°C; Spo2: 99%.</p> | <p>Disminución del gasto cardíaco R/C</p> <p>disminución de la pre y pos carga m/p FC: 130 X' uso de inotrópico a 20cc/h. llenado capilar < 2"</p> | <p>Paciente incrementará la efectividad de la bomba cardiaca mediante la monitorización adecuada del inotrópico, volúmenes de líquidos durante el turno.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se monitoriza la P/A, FC y PVC. ➤ Se valora la presencia de cianosis central y periférica y llenado capilar. ➤ Se ausculta ruidos cardíacos. ➤ Se ausculta sonidos pulmonares en busca de crepitantes. ➤ Se controla el ingreso de líquidos en el BH. ➤ Se vigila la infusión de Nor adrenalina a 20cc. ➤ Se vigila signos y síntomas de hemorragia con FC y P/A. ➤ Se vigila los niveles de Hemoglobina y Hto en los controles solicitados. ➤ Estar en coordinación con familiares si hay la necesidad de transfusión | <p>Paciente queda con P/A 110/78mmhg, FC = 100 X', con infusión de noradrenalina a 20cc/ hora.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>sanguínea para tener donantes en espera.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se Tiene el consentimiento informado del familiar a cargo del paciente si hay la necesidad de posibles transfusiones.➤ Se observa constantemente los signos y síntomas de reacciones de las transfusiones sanguíneas.➤ Se anota en el BH todos los ingresos y egresos. | |
|--|--|--|--|--|

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|--|---|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>drenaje torácico bilateral secreción hemática, FR: 12 X'.</p> | <p>Riesgo de patrón respiratorio Ineficaz R/C taponamiento de los drenajes torácicos.</p> | <p>Paciente mantendrá la FR dentro dentro los parámetros normales mediante la oxigenación y monitorización respiratoria durante el turno.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se mantiene en posición semifowler. ➤ Se brinda cuidados del TET y VM. ➤ Se vigila el drenaje torácico que este en correcto funcionamiento (ordeñando). ➤ Se observa los apósitos del punto de inserción de los drenajes y también se palpa el tejido alrededor del drenaje en busca de enfisema sub cutáneo. ➤ Se ausculta los pulmones en busca de sonidos anormales. ➤ Se mantiene la manipulación aséptica del drenaje. ➤ Se tiene frasco, preparado para el cambio que se desea realizar. ➤ Se cuantifica el color y cantidad en el BH. ➤ Se administra el Ceftriaxona 2 gr, lento y diluido. | <p>Paciente mantiene la FR en 12 X' SaO2 99 %</p> |

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|--|---|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>trauma toraco abdominal, por PAF.</p> <p>Hemotórax masivo por lesión de arteria mamaria interna.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Paciente con TET+ VM.</p> <p>Tubo oro faríngeo bajo efectos de la anestesia.</p> | <p>Riesgo de asfixia R/C alteración de la deglución debido al efecto de los anestésicos, intubación.</p> | <p>Paciente Presentará vía aérea permeable durante el tiempo que se recupera los reflejos de deglución mediante aspiración de secreciones.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica medidas de bioseguridad. ➤ Se mantiene al paciente con la vía aérea libre con tubo oro faríngeo, TET limpio con V.M. ➤ Se mantiene en posición semifowler. ➤ Se vigila el estado respiratorio y oxigenatorio. ➤ Se aspira las secreciones a demanda. ➤ Se observa si se produce un descenso del Volumen espiratorio y un aumento de la presión inspiratoria. ➤ Se asegura que las alarmas del V.M. estén activadas. ➤ Se vigila la eficacia del V.M. ➤ Se revisa el condensador de agua de las trampas del V.M. ➤ Se observa si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca del PaCO₂, ventilación rápida, superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal) hipoxemia e hipoxia tisular. | <p>Paciente mantiene vía aérea libre para la entrada de aire.</p> |

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO | PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|---|--|
| <p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Hermana refiere: "señorita estoy preocupado por mi hermano salvenlo por favor, mi otro hermano falleció en la balacera.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>se observa a la hermana con facie de preocupación desesperada por la situación.</p> | <p>Interrupción de los procesos familiares R/C cambios en el estado de salud m/p. estamos preocupados por la salud de la paciente..</p> | <p>Familiares del paciente se adaptan a los cambios de rutina por el estado de salud su paciente</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda apoyo emocional a la familia con respecto al proceso de salud del hermano. ➤ Se coordina con el médico tratante para informar a la familia sobre el estado de salud del paciente. ➤ Se responde todas las dudas que hubiera por parte de la familia sobre el estado de salud del paciente. ➤ Se permite a que pase a visitar al paciente a un solo familiar con toda la indumentaria necesaria para evitar contaminación y luego el informe a sus demás familiares, todo en coordinación con el anestesiólogo. | <p>Familiares muy motivados y responde apoyar en todo a su hermano para su recuperación.</p> |

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

- La Enfermera especialista en Centro Quirúrgico tiene que estar en continua capacitación renovando sus conocimientos tanto teóricos como prácticos para contribuir a brindar la máxima calidad de vida al usuario.
- El proceso de atención de Enfermería es un método científico que permite a la Enfermera especialista valorar, planificar y ejecutar sus intervenciones de manera holística y así detectar precozmente signos y síntomas de alarma, disminuyendo las complicaciones y el alto riesgo de mortalidad.
- Es importante resaltar la labor que brinda el enfermero en Centro quirúrgico porque tiene que estar preparado para cualquier eventualidad que se presenta demostrando habilidad y destreza en el manejo de diferentes patologías aplicando principios éticos y cuidado humanizado.

3.2 RECOMENDACIONES

- A la enfermera jefa de Centro Quirúrgico gestione que la enfermera especialista aplique el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta científica en su labor diaria.
- A la enfermera Jefa del departamento gestione un curso taller de guías de atención y procedimientos donde el profesional de enfermería elabore y/o actualice las guías de atención en centro quirúrgico para brindar un cuidado especializado en patologías de emergencia.
- A la enfermera Jefa de Centro quirúrgico, considerar en el plan de capacitaciones continua para el profesional de enfermería registros enfermeros y avances tecnológicos del área.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Aguirre A, 2013. Hallazgos en Laparotomía Exploratoria en pacientes adultos con Trauma abdominal en el hospital Dr. Nicolás San Juan 2007-2012
URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/14362>.
- Arias J. Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar; 2000.
- Books.google.com.pe/books/id.
- Buitrago J, 2005. Trauma Penetrante a abdomen.
- Bravo M. Guía Metodológica del Pae Taxonomía Nanda NOC NIC. 4ta ed. 2016.
- Cortez G, Castillo F. Guía para elaborar Nanda NIC, NOC.6ta Ed. Rrohhas Lima Perú 2012
- Hernández C, 2016. Modelo de Virginia Henderson en la Práctica de Enfermería. Universidad de Valladolid.
- Johnson M, Bulechek G y otros. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic.4ta ed. 2014. Ed. Elsevier. España.
- Munayco M, 2015. Trauma abdominal abierto por arma de fuego con lesión en intestino delgado, aislada y asociada a otros órganos: la relación asociada a la morbilidad y mortalidad.
URI: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4130>
- Sierra L, 2004. Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 56-Nº5, octubre 2004; págs. 504-5.
- Vizquete F, 2006. Traumatismo abdominal: Guía de actuación en la unidad móvil de emergencias.

ANEXOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE POSOPERATORIO INMEDIATO DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA Y TORACOTOMÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN



