

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERIA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TORACOCENTESIS,
HOSPITAL III ESSALUD JULIACA – 2018**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADA POR:

LIC. FLORA ORTEGA HUANCA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
IMAGENOLOGIA Y RADIOTERAPIA**

ASESOR:

Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

LIMA - PERÚ

2018

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mi familia; Karen Paola y Diego Rodrigo, núcleo fundamental para vivir y deseo de superación.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por brindarnos enseñanzas, para obtener educación que es la alternativa para el desarrollo nacional y por contribuir a la superación profesional.

A los docentes quien con su valiosa participación ha permitido el desarrollo del presente trabajo.

A personal del servicio de Imagenología del Hospital Es salud Juliaca, que me ha brindado su apoyo incondicional para el desarrollo del estudio.

A mi asesora Mg. Sofía Del Carpio Flórez por su apoyo y guía en el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	8
1.1. TORACOCENTESIS:	8
1.2. ANSIEDAD	21
1.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA	23
1.3.1. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson	23
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO APLICACIÓN DEL PAE – EBE.....	28
2.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	28
2.1.1. VALORACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATO.....	28
2.1.2. Motivo o causa de consulta:	28
2.1.3. Antecedentes familiares:	28
2.1.4. Antecedentes personales:	28
2.1.5. Examen Físico Regional.....	31
2.1.6. Exámenes auxiliares:	32
2.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS	33
2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	39
2.3.1. Según tipo de datos y dominios alterado	39
2.4. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	43
2.4.1. Priorización y fundamentación de los diagnósticos	43
2.4.2. Esquema de atención de enfermería.....	47
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	55
3.1. CONCLUSIONES	55
3.2. RECOMENDACIONES.....	57
ANEXOS: FOTOGRAFÍAS, IMÁGENES, TABLAS, ETC.....	61

RESUMEN

Los pacientes hospitalizados requieren de cuidados continuos y oportunos por parte de los profesionales enfermeros los mismos que deben estar basados en la aplicación del conocimiento científico, con la capacidad técnica y el sentimiento humano en el cuidado brindado.

Los problemas que afectan las vías respiratorias se consideran prioritarios para el cuidado y cuando existen vías invasivas como lo es una toracocentesis garantizarse la seguridad de los cuidados brindados no solo en el control de problemas reales y efectivos. Se aplicó el proceso del cuidado de enfermería mediante una valoración inicial integral y continua hasta su evolución favorable, se logró un intercambio gaseosos adecuado, se mantuvo un balance hídrico positivo con una ingesta progresiva de líquidos y alimentos a voluntad, lográndose además mantener la temperatura corporal y control del dolor mediante las intervenciones de enfermería y finalmente a través de la aplicación del cuidado humanizado se disminuyó la ansiedad durante su hospitalización con participación de la familia pudiendo movilizarse sola con pleno entendimiento de su enfermedad y el proceso de recuperación.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, deterioro del intercambio gaseoso, ansiedad, cuidado humanizado.

ABSTRACT

Hospitalized patients require continuous and timely care by nursing professionals, which must be based on the application of scientific knowledge, with the technical capacity and human feeling in the care provided.

The problems that affect the respiratory tract are considered priority for the care and when there are invasive ways such as a thoracocentesis ensure the safety of the care provided not only in the control of real and effective problems. The nursing care process was applied through an integral and continuous initial assessment until its favorable evolution, an adequate gaseous exchange was achieved, a positive water balance was maintained with a progressive intake of liquids and food at will, and it was also possible to maintain body temperature and pain control through nursing interventions and finally through the application of humanized care, the anxiety during their hospitalization was reduced with the participation of the family, being able to mobilize themselves with full understanding of their illness and the recovery process.

Key words: Nursing care, deterioration of gas exchange, anxiety, humanized care.

INTRODUCCIÓN

El proceso de respiración genera un intercambio gaseoso el cual se realiza debido a la diferente concentración de gases que hay entre el exterior y el interior de los alvéolos a nivel pulmonar; por ello, el oxígeno que pasa al interior de los alvéolos y el CO₂ pasa al espacio muerto generando a continuación el intercambio de gases entre el aire alveolar y la sangre proceso vital para el mantenimiento de la vida de la persona.

Los cuidados brindados a pacientes con alteraciones respiratorias se consideran prioritarias y de intervención inmediata para el profesional de enfermería para garantizar el resto de sus funciones vitales y satisfacción de sus necesidades.

El profesional de enfermería brinda cuidados continuos y oportunos al paciente hospitalizado el cual presente un grado de incertidumbre y este puede ser resuelto en la medida en que reciba toda la información necesaria sobre su estado, siendo cada vez es mayor la preocupación y concienciación por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura y basada en evidencias científicas. La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad de la atención brindada.

Enfermería es una profesión que brinda cuidados no solo a nivel individual en el campo hospitalario, sino es parte fundamental del trabajo familiar y comunitario y lo realiza a través del proceso del cuidado de enfermería, con aplicación del método científico en la solución de los problemas y/o necesidades identificados. Por lo que se pone a consideración el presente trabajo realizado en una paciente hospitalizada con toracentesis y con algunas complicaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. TORACOCENTESIS:

También llamado pleurocentesis o punción pleural, es un procedimiento de invasión mínima realizado para diagnosticar y drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica. (Fundación Neurológica Colombiana, 2009)

Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica.

Objetivos de la toracentesis.

- Conservar un sistema impermeable y prevenir complicaciones e infecciones.
- Aliviar presión en los pulmones
- Tratar a síntomas tales como dificultad en respirar y dolor.
- Fomentar el intercambio gaseoso adecuado (slideshare.net, 2010)
- Determinar la causa del fluido excesivo en el espacio pleural
- Aliviar la ansiedad y malestar del paciente.

Indicaciones

El procedimiento se realiza:

- Para determinar la causa de la acumulación del líquido: TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA: en neumotórax, hemotorax, empiema, derrame pleural.
- Para aliviar los síntomas asociados con la acumulación del mismo: TORACOCENTESIS TERAPEUTICA (slideshare.net, 2010)

Utilización de ayudas diagnosticas para el procedimiento

En este procedimiento, se podría utilizar un equipo de ultrasonido, de TC o de rayos-X para guiar una aguja a través del líquido que se encuentra adentro

del espacio pleural. La toracocentesis generalmente se realiza con guía por ultrasonido. De vez en cuando, se usa guía por TC.

Los exploradores de ultrasonido consisten en una consola que contiene una computadora y sistemas electrónicos, una pantalla de visualización para video y un transductor que se utiliza para hacer la exploración. El transductor es un dispositivo portátil pequeño que se parece a un micrófono y que se encuentra conectado al explorador por medio de un cable. Algunos exámenes podrían utilizar diferentes transductores (con capacidades diferentes) en el mismo examen. El transductor envía ondas acústicas de alta frecuencia (que el oído humano no puede oír) hacia adentro del cuerpo y luego capta los ecos de retorno de los tejidos del cuerpo. Los principios se asemejan al sonar utilizado por barcos y submarinos.

La imagen por ultrasonido es inmediatamente visible en una pantalla de visualización para video que se asemeja a un televisor o a un monitor de computadora. La imagen se crea en base a la amplitud (volumen), frecuencia (tono) y tiempo que le lleva a la señal ultra sonora retornar desde el área en el interior del paciente que está siendo examinada hasta el transductor (el aparato colocado en la piel del paciente para enviar y recibir las ondas sonoras que regresan), como así también a la composición del tejido del cuerpo y el tipo de estructura del cuerpo a través de la cual viaja el sonido. Se pone en la piel una pequeña cantidad de gel para lograr el mejor desplazamiento, de ida y de vuelta, de las ondas sonoras desde el transductor hasta el área dentro del cuerpo que está siendo examinada, el ultrasonido es una modalidad excelente para algunas áreas del cuerpo, mientras que otras áreas (especialmente los pulmones llenos de aire) no son muy buenas para usar el ultrasonido.

El dispositivo para la exploración por TAC es una máquina de gran tamaño parecido a una caja, que tiene un hueco, o túnel corto, en el centro. Uno se acuesta en una angosta mesa de examen que se desliza dentro y fuera de este túnel, el tubo de rayos X y los detectores electrónicos de rayos X se encuentran

colocados en forma opuesta sobre un aro, llamado gantry, que rota alrededor de usted. La estación de trabajo de la computadora que procesa información de las imágenes, se encuentra ubicada en una sala de control aparte, donde el tecnólogo opera el dispositivo de exploración y monitorea su examen en contacto visual directo, y generalmente con la capacidad de escucharlo y hablar con usted a través del uso de un parlante y un micrófono.

Una aguja de toracocentesis generalmente mide varias pulgadas de largo y el barril tiene un espesor como de una presilla grande. La aguja es hueca para que se pueda aspirar (extraer por succión) fluido a través de la misma. En algunos casos, se avanza un pequeño tubo sobre la aguja, y el líquido es removido a través del tubo luego de remover la aguja.

Rayos X en el procedimiento

Una radiografía del tórax puede realizarse antes del procedimiento.

Este procedimiento a menudo se realiza en pacientes ambulatorios. Sin embargo, algunos pacientes podrían necesitar internarse en el hospital luego del procedimiento. Sírvase consultar con su médico sobre si será internado o no.

El paciente quedará posicionado en el costado de una silla o cama con la cabeza y los brazos descansando sobre una mesa de examen.

El área del cuerpo donde se va a insertar la aguja se ha de esterilizar y cubrir con una tapa quirúrgica.

El médico dejará insensible la zona con un anestésico local.

La aguja se inserta a través de la piel entre dos costillas en su espalda. Cuando la aguja llegue al espacio pleural entre la pared torácica y el pulmón, el fluido pleural se remueve mediante una jeringa o botella de succión.

La toracocentesis por lo general se completa dentro de 15 minutos.

Al final del procedimiento se quita la aguja y se aplica presión para detener cualquier sangrado. La apertura en la piel luego se tapa con un vendaje, no se necesitan suturas.

Luego de la toracocentesis se podría realizar una radiografía de tórax para detectar cualquier complicación.

El examen se hace de la siguiente manera:

- El o la paciente se sienta en una cama o en el borde de una silla o una cama, su cabeza y brazos descansan sobre una mesa.
- Se limpia la piel alrededor del sitio del procedimiento, se inyecta un medicamento insensibilizador (anestésico local) dentro de la piel.
- Se coloca una aguja a través de la piel y músculos de la pared torácica dentro del espacio alrededor de los pulmones, llamado espacio pleural, el proveedor de atención médica puede utilizar un ultrasonido para encontrar el mejor lugar para insertar la aguja.
- Se extrae líquido con una aguja.
- El líquido se puede enviar a un laboratorio para su análisis (análisis del líquido pleural).

Precauciones de Enfermería.

- Valorar al paciente constantemente: disnea, dolor, cianosis, tórax asimétrico.
- Durante las primeras horas monitorizar funciones vitales.
- Asegurarse de la permeabilidad del drenaje, cantidad y color de secreción.
- El nivel del líquido oscila con las respiraciones espontáneas (estas descienden cuando el pulmón se expande).
- Cuando tiene sistema de aspiración, el líquido del compartimento burbujea.
- Ordeñar el sistema para prevenir la obstrucción.

- Nunca eleve el frasco por encima del nivel del tórax del paciente, de hacerlo o al cambiarlo, debe pinzar el anodex hasta terminar el procedimiento.
- Alentar al paciente a toser y respirar profundo cada hora, para ayudar a elevar la presión intrapleurar, depura los bronquios, expande el pulmón, y previene la atelectasia. (slideshare.net, 2010)
- Asegurarse que no haya dobleces, asa o puntos de presión que estorben el drenaje.
- Fijar con cinta los tubos en su sitio para dar seguridad máxima al sistema. (slideshare.net, 2010)

Preparación del Paciente.

- Tanto el médico como el personal de enfermería deben conocer la Historia Clínica del paciente.
- Es importante informar al paciente acerca de la indicación y la técnica a utilizar intentando tranquilizarlo y ganar su confianza para que colabore con el procedimiento.
- Debe ser considerado por el Médico la preparación con Atropina (para evitar efectos vágales).
- Analgesia y/o sedación según cada caso particular.
- Colocación de una vía venosa periférica.
- Oxigenoterapia.
- Lavado de la zona con agua y jabón.
- Colocar al paciente en posición adecuada. Depende de la localización del drenaje (Sescam., 2013)

DRENAJE PULMONAR

Región axilar: decúbito lateral opuesto alado a realizar el drenaje con el brazo en abducción despejando la región axilar (Sescam., 2013).

Región posterior: la posición suele ser con el paciente sentado, con apoyo de ambos codos sobre un sillón o mesa y leve encorvamiento del tronco o en decúbito lateral con ligera inclinación hacia adelante. (Sescam., 2013)

Región anterior: la posición es de decúbito supino.

Desinfectar la zona con antiséptico formando círculos alrededor del punto de punción elegido. Los cirujanos torácicos prefieren Betadine® porque sirve para señalar costillas, clavículas, puntos intercostales, etc. (Sescam., 2013)

La elección del sitio del drenaje depende principalmente de las características radiológicas, de la auscultación, de la percusión y de la palpación del paciente. En aquellos pacientes en los cuales la colección a drenar se encuentra atrapada dentro de un lóculo o bolsillo intrapleural el drenaje debe colocarse en el sitio correspondiente a dicho lóculo. Para elegir con mayor exactitud la localización, pueden ser necesarios otros estudios como el TAC o Ecopleurografía con marcado el sitio apropiado para la punción. (Sescam., 2013)

Siempre es recomendable efectuar una toracocentesis antes de la colocación del drenaje para confirmar el sitio correcto de drenaje. En los casos de colecciones pleurales libres, el sitio ideal de drenaje es en la región axilar, en el 4º o 5º espacio intercostal para los neumotórax y en el 5º o 6º espacio intercostal para los derrames. Si existe dificultad para la movilización del paciente se puede elegir la región anterior en la intersección del 2º espacio intercostal y línea medio-clavicular. (Sescam., 2013)

Cuidados posteriores de cualquier Drenaje Pleural

- Cuidados post-implante

- Oclusión del punto de punción con compresas o apósito estéril., procurando que el tubo quede hacia delante, para evitar acodamientos.
- Control radiológico.
- Conexión a la toma de vacío si fuera necesario.
- En aquellos pacientes con derrames o neumotórax muy grandes y de varios días de evolución se debe procurar que el drenaje sea lento y progresivo. Para prevenirlo es conveniente disminuir el ritmo de drenaje, bien quitando la aspiración durante las primeras horas o bien pinzando el drenaje durante 15 minutos y evacuar gradualmente cada 500 ml., (previa consulta con el médico y si no hay una fuga de aire importante lo que podría agravar un neumotórax) (Sescam., 2013)
- En estos casos, el drenaje brusco (de más de 500-800 ml.) puede provocar síntomas como tos, prurito o picazón en la garganta, mareos, efectos vágales, sensación de falta de aire y dolor, llegando a inquietar al paciente (que por el contrario espera encontrarse aliviado tras el drenaje), desencadenando una situación angustiosa tanto para el paciente, como para el personal sanitario. Si este cuadro progresa, puede llegar al edema pulmonar (Sescam., 2013)

Cuidados diarios

- Observar la cantidad y características del líquido drenado, marcando en la cámara de recogida el nivel y la hora de medición.
- Medición del débito, ya sea aéreo o líquido por el tubo.
- Registro en la gráfica de constantes del paciente, o en la Hoja de Cuidados, de la permeabilidad, salida de aire, cantidad y aspecto del débito.
- Cura diaria de la zona de punción con suero fisiológico y Betadine, vigilando la aparición de signos de infección, edema, exudado, crepitación, etc.
- Durante la vigilancia diaria se debe valorar la presencia de enfisema subcutáneo que debe ser comunicada al médico y tranquilizar a los pacientes. Es importante cuando se realiza la cura diaria de los drenajes pleurales evitar los acodamientos o compresión al colocar los esparadrapos, por lo que aconsejamos la orientación del drenaje hacia delante.
- Vigilar el punto de fijación del drenaje para evitar que éste se salga.

- Evitar tracciones y acodamientos con las movilizaciones del paciente o en los traslados.
- Atender las necesidades de aseo, movilización y confort del paciente, evitando que el catéter se salga, se acode, o que el Pleur-Evac® se eleve por encima del tórax del paciente.
- Tener a mano dos pinzas de “clamp” por si se produce cualquier desconexión. (Sescam., 2013)
- El tubo de tórax no debe pinzarse en ningún caso, excepto:
 - Cuando se cambie la unidad de drenaje.
 - Para intentar localizar una fuga aérea.
 - Para valorar la retirada del tubo (Sescam., 2013)
- Es muy importante la **fisioterapia respiratoria** en estos pacientes, siempre y cuando su situación lo permita.
- Invitar a realizar tandas de inspiraciones.
- Gimnasia con inspirómetro de flujo (bolitas).
- Gimnasia de elevación y giro de brazos.
- Ejercicios de proyección de aire sobre distintos puntos (Sescam., 2013)

Cuidados del Sistema de Drenaje

- Prevenir el edema exvacuo: Después de colocar un drenaje torácico, hay que vigilar que no haya una salida de fluido masiva por el drenaje. Una evacuación demasiado rápida puede provocar un edema pulmonar unilateral, llamado edema de reexpansión o exvacuo.
- Si es necesario, se debe pinzar periódicamente el tubo. A pesar de que no hay ninguna evidencia sobre la velocidad de evacuación, una buena práctica sugiere que no debe drenarse más de 300 ml de una vez y no deben sobrepasarse los 500 ml por hora. Después de la inserción de un drenaje torácico, es conveniente realizar una radiografía de tórax para evaluar la posición del tubo y apreciar la evolución del procedimiento.
- Mantener el drenaje permeable. - Debe vigilarse que no se acode ni se formen coágulos en su interior. Es preferible que todo el recorrido esté vacío

hasta el sistema recolector para facilitar un buen drenaje (“ordeñar” los tubos).

- Cambio de sistema de drenaje. - Habitualmente, solo se debe pinzar el tubo (clampaje) para el recambio del sistema valvular. Si el drenaje burbujea, conviene hacer el cambio lo más rápidamente posible para evitar que se acumule aire en la cavidad pleural. Durante la maniobra se le pide al paciente que se mantenga en apnea o respirando superficialmente,
- Prueba de clampaje: En ciertos casos de neumotórax en los que queremos asegurar la resolución de éste antes de retirar el drenaje, se puede pinzar el tubo durante 24 horas. Antes, se comprueba que el pulmón está expandido y que no hay fuga aérea. Si un paciente con el drenaje pinzado comienza con disnea o enfisema subcutáneo, se debe despinzar el drenaje, conectándolo al Pleur-evac y avisar al médico responsable, por la sospecha de una fuga persistente.
- Cuidados del tubo de drenaje. - Los enfermos y sus familiares deben ser instruidos sobre el funcionamiento del sistema de drenaje para que colaboren en sus cuidados. Es importante impedir que el tubo se acode, se obstruya, se salga de la cavidad pleural y que no tenga ningún orificio fuera. Si un drenaje sufre una salida accidental, debe taparse el orificio de la pared torácica con un tapón de Vaselina y un apósito compresivo. Es preferible no anudar el punto de cierre del orificio, para permitir la salida de aire si se ha producido un neumotórax. Posteriormente, se le tranquiliza al paciente, se le conecta oxigenoterapia al 35%, se solicita una radiografía de tórax urgente y se avisa al médico de guardia.
- Válvula de Heimlich: El drenaje torácico conectado a una válvula de Heimlich facilita la movilización del paciente. Un posible inconveniente, es que no se puede conectar aspiración. Sin embargo, hay datos contradictorios de la utilidad de la aspiración continua en los drenajes torácicos. En 176 neumotórax tratados con catéter pleural fino y válvula de Heimlich, hubo una tasa de éxito del 85-95 %.
- **Válvula de agua.**- Si se utiliza un sistema de válvula de agua, se debe evitar que el sistema se vuelque para que no se mezclen los líquidos de las

tres cámaras. Hay que vigilar el nivel del líquido en el sello de agua y que la cámara del control de aspiración tenga el nivel prescrito para que el sistema funcione correctamente. Se debe reseñar a diario la cantidad de drenaje/burbujeo.

- **Drenaje con aspiración.-** Cuando se utiliza aspiración continua, suele ser entre 10-20 cm HO. No hay evidencia científica sobre la eficacia de un drenaje con aspiración continua. Sin embargo, se sigue utilizando en casi todos los procesos. En los neumotórax no se utiliza de rutina, siendo solo aplicable a las 24 horas de la colocación de un drenaje. En empiemas, habitualmente se conecta aspiración inmediata para evitar la obstrucción del drenaje. En un sistema conectado a aspiración, un burbujeo continuo sugiere una fístula aérea, aunque también puede ocurrir cuando uno de los agujeros del tubo torácico ha quedado al aire fuera del tórax.
- **Movilización.-** El médico deberá dar instrucciones sobre la posibilidad de movilizar a un paciente con drenaje torácico. Debe señalar el nivel de succión o si se puede clampar el tubo, y estas instrucciones deben figurar escritas en el historial de cada paciente.

Posibles complicaciones.

- Parietales: hematoma, lesiones del paquete intercostal, mialgia intercostal crónica.
- Viscerales: hemotórax, empiema, lesión pulmonar, corazón, grandes vasos...
- Sistémicas: alergias (anestésico, látex), reacción vasovagal.
- Del manejo del drenaje: desconexión o salida accidental, acodamiento, obstrucción por fibrina o coágulos. La obstrucción por fibrina o coágulos se soluciona con lavados por el drenaje, pero si persiste es preferible cambiarlo, ya que los lavados reiterados favorecen las infecciones

DOLOR AGUDO

La palabra dolor proviene del latín Orem, que se considera un fenómeno intangible, invisible e inmensurable, según la Asociación Internacional para el

Estudio del Dolor manifiesta que es “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño actual o potencial del tejido, que incluye una serie de conductas relacionadas al dolor, visibles o audibles que pueden estar modificadas por el aprendizaje” actualmente existen diferentes métodos y técnicas para controlar el dolor, no siendo aceptable que pacientes post operados manifiesten o expresen dolor después de la cirugía.

El paciente debe recibir información de la forma de presentación y de cómo debe informar si es que se presenta para que el profesional de enfermería establezca sus cuidados a partir de la identificación del tipo, de la intensidad y otras características que el paciente reportara.

El paciente al conocer cómo se produce el dolor podrá controlarlo si es que lo puede hacer implantando al inicio del tratamiento intervenciones psicológicas y con apoyo social que faciliten la adaptación del paciente y la familia y se debe establecer intervenciones educativas con soporte psicológico y de carácter cognitivo-conductuales como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor pueden ser de gran utilidad. (DeLoach, Higgins, & al., 1998)

Evaluación del dolor con la escala visual analógica

El profesional de enfermería considera una de los cuidados básicos del control del nivel de dolor en pacientes post operados, y lo hace con diversos métodos el habitual de mayor uso es la evaluación verbal numérica, donde el paciente califica su dolor en un rango de 0 a 10 ó de 0 a 100.

Cuando se aplica la escala visual análoga, mediante la colocación de una barra en una graduación de color cercano al dolor intenso o a la ausencia del dolor según la coloración referida por el paciente; esta escala tiene por el reverso una graduación numérica que permite definir, por ejemplo, que el paciente tiene un dolor 4 sobre 10.

En pacientes pediátricos se emplean escalas pictográficas de dolor, según el semblante del niño; de igual forma que el anterior en el anverso de la regla

también hay una escala numérica que permite evaluar y cuantificar el dolor.

Cuando se utilizan fármacos estos deben ser monitorizados por el personal de enfermería en el caso de los opioides evaluar el grado de sedación que va generando, ya que estos fármacos no están exentos de reacciones adversas; para ello se elige la escala que sea más fácil y se debe controlar los efectos adversos: náuseas, prurito, retención urinaria y depresión respiratoria, que son los cuatro efectos que producen los opioides y que hay que detectar.

Una de las principales funciones vitales que se debe evaluar es la frecuencia respiratoria en los pacientes, siendo uno de los únicos indicadores que podría prevenir sobre una depresión respiratoria, junto con ello debe evaluarse otras funciones vitales como la presión arterial y otros que pueden surgir como evidencia de alguna complicación, siendo estas intervenciones que van unido a un protocolo de tratamiento.

Debe considerarse que la frecuencia de monitorización de dolor debe estar contenida en una hoja y depende del manejo y la técnica analgésica que se utiliza, debiendo ser trasladados a su habitación con el formulario de registro sobre el manejo del dolor, en el cual se especifica qué hacer frente a eventos importantes y quien es el responsable de dicho manejo.

El manejo eficaz de la analgesia exige continuidad, dentro de la unidad el mismo que debe darse durante las 24 horas del día, siendo el personal de enfermería que cumple un papel asistencial relacionado con la evaluación del dolor, de la sedación, de la eficacia del tratamiento, de la dosis analgésica disponible y de los efectos adversos; programa las bombas, revisa catéteres y vías venosas, prepara soluciones analgésicas, y requieren de mayor experticia para poder brindar los cuidados a pacientes con dolor.

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en

el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para aplicarlos a pacientes según algunos autores tiene ventajas con respecto a otras y es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal.

Es importante frente al dolor que “los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ± 2 mm. Por otro lado, tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado...” (Gélinas & Herr, 2010)

Para algunos autores, “la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque le recuerda a un termómetro” (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2002)

Se debe considerar “un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso...” (Sierra. JC. Ortega & Zubeidat, 2003)

Es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas. También se puede aplicar a otras medidas de calidad de vida

No dolor----- Insoportable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.2. ANSIEDAD

Se define como una respuesta autónoma después de un estímulo nocivo, y se describe como una reacción adaptativa ante situaciones que representan (o son interpretadas) como una amenaza a la integridad poniendo en marcha mecanismos defensivos a través de la estimulación del Sistema nervioso simpático (SNA) y la liberación de catecolaminas responsables de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa.

Para entender el término Ansiedad es necesario hacer una revisión histórica, ya que engloba conceptos psicológicos distintos: la filosofía existencial la considera una respuesta de carácter humano que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida se ve amenazado. Se concibe, desde un enfoque conductual, como una dolencia de sobreexcitación, e incapacitante si el estímulo persiste en el tiempo. Freud, en 1964, desde un enfoque psicoanalítico, introduce la palabra "ansiedad", definiéndola como "el resultado de la percepción por parte del individuo de una situación de peligro que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego". (Sierra. JC. Ortega & Zubeidat, 2003)

Las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, preocupación ante lo desconocido o temor a perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de las situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen alteración de la ventilación, sequedad de boca, mareos, taquicardia, palpitaciones, sudoración fría, hipertensión.

Al ser anticipatoria, es activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico de adaptación y preservación. (Gélinas & Herr, 2010) Aunque el temor es una respuesta

saludable frente a una amenaza externa obvia, la ansiedad puede estar relacionada con una amenaza interna, desconocida y de carácter vago, dando lugar a la aparición de modificaciones fisiológicas y del comportamiento que son destructivas. Cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. Así, a mayor ansiedad, menor rendimiento, lo que constituye un punto de partida para los trastornos por ansiedad. (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2002). Bajo condiciones normales, la ansiedad mejora la productividad y la capacidad de adaptación, sin embargo, la ansiedad también puede ser desadaptadora provocando miedos, inhibición, y cambios somáticos que interfieren en la capacidad de la persona para superar las dificultades. (Miguel-Tobal, 1990) (Fernández-Abascal & Martín, 2003)

Los trastornos de ansiedad aparecen cuando la activación es persistente y alteran la vida normal. Aunque las causas no han sido bien definidas, posiblemente la predisposición genética, los factores psicosociales estresantes y los sistemas neurológicos desempeñan un papel en este proceso. ⁽¹¹⁾ Entonces conceptualizamos la ansiedad como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de descontrol sobre amenazas o daños reales o posibles, la ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. Una respuesta única para cada individuo, anticipada a peligros reales o percibidos, que activa y capacita para la respuesta de protección del individuo. (Arenas MC & A., 2009)

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International., 2010) estableció una etiqueta diagnóstica de Ansiedad la cual define como: "La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro

inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza". (NANDA International., 2010) (Rodrigo, 2008)

Ansiedad debe diferenciarse de Estrés (en inglés stress, fatiga), el cual se entiende como una reacción fisiológica del organismo en la que se ponen en marcha mecanismos de defensa para afrontar las demandas del entorno.

Intervenciones de enfermería frente a la ansiedad

La enfermera puede disminuir este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que se está evolucionando, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento.

Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. Dado que la incertidumbre es causa de ansiedad, es importante que las enfermeras desarrollen habilidades para diagnosticarla y para tratarla con el fin de disminuir el impacto negativo de ambas en el estado, psicológico principalmente, pero también fisiológico presente y futuro de los pacientes atendidos.

1.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA

1.3.1. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964 en el *Campus* de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el *Campus* de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del *Campus* de Boulder.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) (Cohen, 1991) (Walker, 1996) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) (Gloria & Bulechek., 2009) Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. (Cohen, 1991) Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker: (Walker, 1996)

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal

lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales –transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Conceptos de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Persona Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. (Marriner & Raile, 2007)

Medio ambiente Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo.

El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud: De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”. (Wade GH & N., 2006)

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración. (Marriner & Raile, 2007)

Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Interacción enfermera- paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un

compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). (Walker, 1996)

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

2.1.1. Valoración y recolección de dato.

Datos de filiación

Nombre : C. H. A.
Edad : 48 años
Fecha de nacimiento : 17-02-1967
Ocupación : Ama de casa
Seguro : 6702170-00
Historia clínica : 202743
Distrito : Juliaca
Religión : Católica
Seguro : ESSALUD - Familiar

2.1.2. Motivo o causa de consulta:

Paciente acude al Hospital III ESSALUD Juliaca por presentar alza térmica no cuantificada, tos productiva serosa con restos de sangre, disnea a mediano esfuerzo, presenta ictericia, y malestar general.

2.1.3. Antecedentes familiares:

Antecedentes patológicos familiares

- Padres: aparentemente sanos ambos.
- Esposo de la paciente refiere no padecer de ninguna enfermedad
- Paciente tiene 05 de los cuales 4 hijos en aparente buen estado de salud y 01 presento el problema de quiste hidatídico.

2.1.4. Antecedentes personales:

Hábitos Nocivos

- CAFÉ : Algunas veces (de cebada)

- ALCOHOL : No consume
- FUMA : No fuma
- CONSUMO DE DROGAS : No consume
- CONSUMO DE COCA : Esporádicamente

Fisiológicos

- Nacida de parto eutócico o normal
- Lactancia materna, no refiere por cuánto tiempo.
- Calendario de vacunación supone que fue completo
- Alimentación balanceada, a predominio de carbohidratos y proteínas. (papas, chuño, quinua y bajo en carnes)
- Presenta regular apetito
- No practica deportes.
- Paciente se dedica al cuidado de su esposo con quien vive.
- Historia medicamentosa: No refiere tener alergias a medicamentos.
- Sustento económico familiar es dado por esposo que trabaja en el sector publico ella se dedica a los que hacer de la casa.
- Vive en casa propia
- Cuenta con servicios básicos.

Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales

- No refiere tener enfermedades crónicas: DM. HTA, TBC,
- Quistectomia hace 2 semanas intervenida el 01dic
- No refiere alergia a medicamentos
- Traumatismos: no refiere.
- Transfusiones sanguíneas: ninguna hasta el momento.

SITUACION PROBLEMATICA

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad cuyas iniciales de nombre C.H.A. ingresada al servicio de cirugía por emergencia por presentar alza térmica no cuantificada, tos productiva serosa con restos de sangre, disnea a mediano esfuerzo, presenta ictericia, y malestar general, en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, estado de conciencia: Glasgow 15/15 puntos, piel y conjuntivas húmedas, es intervenida quirúrgicamente quistectomía, con vía periférica permeable, con ingesta de alimentos con a predominio de líquido y blanda y apetito disminuido, sigue con presencia de tos que presenta, alza térmica controladas sintómicamente, dolor abdominal, piel ligeramente ictérica, presenta frasco de drenaje torácico con conexión cerrado y con secreciones cero sanguinolentas. Se realiza higiene con ayuda del personal de salud presencia de dolor abdominal y dificultad respiratoria, se muestra comunicativa pero temerosa de su enfermedad ya que refiere que los quistes pueden volver a crecer o aparecer en los pulmones lo que ha venido dificultando la respiración normal.

A la valoración se tiene:

Examen Físico

Examen físico general:

a) Inspección general:

Paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, estado de conciencia: Glasgow 15 puntos, conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas, piel tibia y elasticidad conservada, llenado capilar 12 segundos, movimiento corporal disminuido presencia de dolor abdominal y dificultad respiratoria, comunicativa.

b) Piel y faneras:

Piel tibia, ligeramente húmeda, de color ictérico, elasticidad conservada

Faneras: (son estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella.) cabello abundante con buena implantación en regular estado de higiene, uñas pálidas en regular estado de conservación.

c) Signos vitales: 13 mayo del 2018

- T° : 37.9 °C
- P/A : 80/60 mmHg
- FC : 118 latidos por minuto
- FR : 18 respiraciones por minuto
- Saturación de oxígeno : 76%

d) Antropometría:

- Peso: 72 kg.
- Talla: 1.58 m

2.1.5. Examen Físico Regional.

a. Examen Físico Regional

Cabeza: Normo céfalo, no se palpa tumoraciones

Cara: presenta integridad, tono de piel no uniforme, presenta zonas de pigmentación (manchas solares) piel fría húmeda y poco turgente.

Cejas: pobladas, de regular e igual tamaño.

Pestañas: rectas, regular cantidad y tamaño

Ojos: simétricos, párpados firmes, móviles, algo hundidos, escleras de coloración amarillenta.

Conjuntiva palpebral: integra, de coloración, amarillenta

Nariz: mediana, alargada, posición alineada del tabique nasal, fosas nasales semipermeables y de coloración pálida.

Oreja: presenta integridad de la piel, simetría, pabellón auricular normal, bien implantado conductos auditivos permeables, presenta regular higiene, presencia de secreción serosa (cerumen)

Boca: simétrica, mucosa oral ligeramente ictérica, semipermeable, encías oscuras en regular estado, presencia de caries en los molares.

Cuello: Cilíndrico, móvil, simétrico, presencia de pulso carotideo aumentado y débil no se palpan adenopatías

Tórax: Simétricos, normo fonéticos, elasticidad conservada, ruidos cardiacos rítmicos y presencia de herida operatoria sin signos de infección, dren torácico a lado derecho

MV Y VV conservado en hemitórax izquierdo

MV Y VV disminuido 2/3 en hemitórax derecho

Abdomen blando, depresible, RHA (+), no presentaba dolor que fue apareciendo en los días de hospitalización

Columna vertebral. Sin particularidades

Extremidades:

Miembros superiores: simétricos, no presenta edema, sensibilidad aumentada, movilidad limitada y flacidez muscular

Miembros inferiores: simétricos, no presentan edema, sensibilidad aumentada, movilidad limitada y tonicidad disminuida.

Ano, Recto sin particularidades

Sistema linfático no adenopatías

Ostomio articular: conservado

Sistema neurológico: LOTEP, no signos meníngeos focalizados

2.1.6. Exámenes auxiliares:

a. Hematológicas:

HEMATOLÓGICAS	VALORES ACTUALES	VALORES NORMALES	VALORACIÓN DE DATOS
HEMOGLOBINA	13.1 gr/d	13,5-17,5 g/dl	13.1 gr/d Disminuido
HEMATOCRITO	41.9 %	41-53%	41.9% Parámetro normal
GRUPO Y FACTOR	0 positivo		0 positivo

b. Hemograma

HEMOGRAMA	VALORES ACTUALES	VALORES NORMALES	VALORACIÓN DE DATOS
LEUCOCITOS	10,720 xmm ³	1.300 -4.000 / ml	10,720 x mm ³ Valor aumentado
RECuento DE PLAQUETAS	123,000	>200,000	123,00 Disminuido

c. Bioquímicas

BIOQUÍMICAS	VALORES ACTUALES	VALORES NORMALES	VALORACIÓN DE DATOS
CREATININA	0,550	Varones 0.9 – 1.5 mg/d Mujeres 0.7 – 1,4 mg/d	0.550 Disminuido
GLUCOSA	104.3	70-110mg/dl	Normal
HEPATITIS B	4,52	0.30-1.2	Aumentado
Bilirrubinas total	3.45	0.10 – 0.30	Aumentada
Bilirrubina directa	1.7	0.20 – 0.80	Aumentada
Bilirrubina indirecta			
Amilasa pranáutica	189.61	0.00 – 120.00	Aumentado
VIH	No reactivo		No reactivo Normal

INTERCONSULTAS:

- Cirugía
- Rayos X de tórax y abdomen
- Ecografía abdominal.
- AGA. Exámenes de laboratorio

2.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Paciente post operada de quiste hidatídico pulmonar derecho complicado refiere no tener conocimiento sobre el estado y pronóstico de su enfermedad.

Esposo de la paciente refiere no tener conocimiento sobre la patología de su esposa de las alzas térmicas y la insuficiencia respiratoria aguda.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Paciente hospitalizada, refiere “no me dan alimentos como quisiera, estoy con alimentación líquida y muy poco porque no tengo apetito y con sueros y líquidos por la vía”, cirugía quistectomía hace 2 semanas, con vía periférica permeable filtrando cloruro de sodio 9 ‰ 1000cc., ingiere sus alimentos con limitaciones por la tos que presenta, alza térmica, dolor abdominal, piel ligeramente ictérica.

Apetito: disminuido

Vómitos: no

Higiene: Recibe ayuda del personal de salud para que se realice higiene, mucosas ligeramente secas y poca tolerancia a la ingesta de líquidos.

Regular estado de hidratación.

Presenta frasco de drenaje torácico con conexión cerrado.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Eliminación Intestinal:

No realiza deposición

Incontinencia fecal: No

Dolor al defecar: No

Hemorroides: No

Medidas auxiliares: No. Distensión abdominal: dolor y ligera distensión abdominal.

Ruidos intestinales: Si

Fecaloma: No

Eliminación urinaria:

Patrón habitual: diuresis de más o menos 400 a 600 cc/ en 24 horas según ingesta de líquidos

Balance hídrico positivo

Nicturia: No

Urgencia miccional: No

Incontinencia: No

Retenciones: No

Disuria: No

Distensión abdominal: No

Globo vesical: No

Eliminación cutánea:

Sudoración: no

Eliminación de drenajes

Paciente presenta herida post operatoria sin inflamación, con dren torácico permeable.

Función Respiratoria

Paciente refiere “me molesta y tengo ligero dolor al momento de moverme por la presencia de drenaje torácico, que causa incomodidad y temor”

Se observa ligera dificultad respiratoria por presencia de secreciones y eliminación de las mismas por drenaje torácico.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO:

Sueño/descanso:

La paciente con presencia de dren torácico

Sueño: disminuido por operación y presencia de dren que no le permite moverse con toda libertad

Piel icterica y mucosa y escleróticas ictericas

Movilización restringida con acompañamiento de dren

Actividades de autocuidado: Capacidad de autocuidado

0 = Independiente

1 = Ayuda de personas

2 = Ayuda de dispositivos

3 = Dependiente, incapacitado

Actividades	0	1	2	3
Movilización en cama		X		
Deambulacion		X		
Ir al baño/bañarse		X		
Tomar alimentos		X		
Vestirse		X		

Paciente refiere: “tengo dificultad para poder caminar con libertad, me siento más segura en cama”

Ejercicio físico: no realiza, solo realiza caminatas en habitación y pasillo del hospital.

Problemas que interfieren: dolor en herida operatoria, alzas térmicas y vía periférica recibiendo tratamiento farmacológico

Movilidad independiente: No (ayuda del personal)

Movilidad de miembros: fuerza muscular disminuida.

Actividad Circulatoria

T° : 37.9 °C a 38.4° C.

P/A : 80/60 mmHg oscila hasta 100/70 mmHG.

FC : 86 latidos por minuto

Actividad respiratoria

Patrón respiratorio alterado, se solicita Rayos X, por sospecha de neumonía, frecuencia Respiratoria. 20 respiraciones por minuto

Oximetría, saturación de oxígeno 78%

Ruidos respiratorios:

MV murmullo vesicular y VV vibraciones vocales conservado en hemitórax izquierdo.

MV murmullo vesicular y VV vibraciones vocales disminuido 2/3 en hemitórax derecho

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN:

Descripción de la percepción sensorial:

Paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, responde al interrogatorio y conversa con personal de salud y familiares.

Expresa preocupación por su situación de salud.

Descripción capacidades cognitivas:

Nivel de instrucción: secundaria completa

Capacidad de leer: Si

Capacidad de escribir: Si

Dificultades de aprendizaje: No

Dificultad de comprensión: No

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Se siente preocupada por su situación de salud y de cómo pudo haberse contagiado, ya que refiere el mismo antecedente de uno de sus hijos

Preocupación por la evolución de la operación y más por el estado de la dificultad respiratoria, la coloración amarilla de su piel, los cólicos a nivel abdominal.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Estado civil: casada

Ocupación: Ama casa

Rol que desempeña en la familia: madre, esposa

Depende económicamente de su esposo quien es titular del seguro de ESSALUD

Problemas de alcoholismo: No

Presenta estrés

DOMINIO 8: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Paciente de 48 años refiere tener 5 hijos, ya se encuentra en periodo de menopausia por lo que ya no tiene periodo menstrual.

Tiene su esposo con el cual tiene esporádicamente actividad sexual, no utiliza ningún método anticonceptivo y su periodo menstrual ya no es regular.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente muy preocupada, por situación de salud, refiere “estoy preocupada no puedo dormir bien de noche por temor a la dificultad respiratoria”, semblante inexpresivo y con tendencia al llanto, existe dificultad respiratoria con oxigenoterapia y tener la presencia constante del personal de enfermería.

Expresa desesperanza por situación de complicación de salud, ya que puede ser muy grave. También se preocupa por situación de la familia en casa.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión: católica

Existen dificultades para desarrollar sus valores y creencias: No

Incapacidad para afrontar adecuadamente situaciones estresantes

Sentimiento de culpa por parte de la familia.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Paciente con de sepsis de vías biliares, post operada de quiste hidatídico, Plaquetopenia y alteración del patrón respiratorio.

Facies de desesperanza y dolor

Paciente pos operada +- 12 días

Exposición a ambiente de riesgo.

Integridad cutánea: Herida operatoria y dren torácico permeable.

Procedimientos invasivos. Paciente con vía periférica

Cirugía. Evolución de la herida quirúrgica aparentemente bien

vías aéreas permeables, pero con dificultad respiratoria.

Termorregulación

Paciente refiere que “por momentos siento más calor que la normal y tengo que informar al personal de salud”. Termorregulación inefectiva por picos de alza térmica registrada en los días pos operada.

Cursa con hipertermia: 37.9°C incrementando en algunos controles hasta 38.4°C

DOMINIO 12: CONFORT

Paciente refiere: “me duele la herida operatoria y también el tubo que tengo conectado, sobre todo cuando realizo movimientos un poco bruscos”

Dolor agudo en herida operatoria, y en los alrededores del dren, evaluación con el EVA de 7 a 8 puntos en los momentos que se siente quejumbrosa.

Dolor abdominal tipo cólicos.

Refiere no dormir bien por complicaciones que presenta.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Aparentemente normal.

2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

2.3.1. Según tipo de datos y dominios alterado

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere “no me dan alimentos como quisiera solo estoy con alimentación de líquidos y sueros y líquidos por la vía” DATOS OBJETIVOS Paciente con vía periférica permeable filtrando cloruro de sodio 9 %1000cc., ingiere sus alimentos con limitaciones por la tos que presenta, y falta de apetito dificultad cuando ingiere líquidos y alimentos	DOMINIO 2: NUTRICIÓN Clase 1: Ingestión Código: 0002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL R/C INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere “ingiere poco liquido porque no hay apetito por temor” DATOS OBJETIVOS Mucosas ligeramente secas de boca, y poca tolerancia a la ingesta de líquidos	DOMINIO 2: NUTRICIÓN Clase 5: Hidratación Código: 00195 RIESGO DEL DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO R/C ALTERACIONES EN LA INGESTA DE LÍQUIDOS

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere “me molesta y tengo ligero dolor al momento de moverme por la presencia de drenaje torácico, que causa incomodidad y temor”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Se observa ligera dificultad respiratoria por presencia de secreciones y eliminación de las mismas por drenaje torácico, Oximetría, saturación de oxígeno 78%</p>	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN</p> <p>Clase 4: Función Respiratoria</p> <p>Código: 00030</p> <p>DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere: “tengo dificultad para poder caminar con libertad, me siento más segura en cama”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Ejercicio físico: no realiza, solo realiza caminatas en habitación y pasillo del hospital que interfieren por dolor en herida operatoria, alzas térmicas y vía periférica recibiendo tratamiento farmacológico</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Clase 2: Actividad / Ejercicio</p> <p>Código: 00085</p> <p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere que “estoy preocupada no puedo dormir bien de noche por temor a la dificultad respiratoria”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Se observa semblante inexpresiva y con tendencia al llanto</p>	<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO, / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Código: 000146</p> <p>ANSIEDAD</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere que “tengo una herida con un dren que duela a veces y siento que se puede salir en cualquier momento sobre todo cuando duermo y tengo temor que salga por ahí el líquido”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente con dren torácico con herida punzo cortante para inserción del dren, ligero humedecimiento por fijación del dren y enrojecimiento en piel alrededor de dren inserto a piel.</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Código: 0004</p> <p>RIESGO DE INFECCION</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere que “por momentos siento más calor que la normal y tengo que informar al personal de salud”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Termorregulación inefectiva por picos de alza térmica registrada en los días pos operada con valores de 37.9°C incrementando en algunos controles hasta 38.4°C.</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Código: 00007</p> <p>HIPERTERMIA</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere: “me duele la herida operatoria y también el tubo que tengo conectado, sobre todo cuando realizo movimientos un poco bruscos”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Evaluación con el EVA de 7 a 8 puntos en los momentos que se siente quejumbrosa.</p>	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Código: 00132</p> <p>DOLOR AGUDO</p>

2.4. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

2.4.1. Priorización y fundamentación de los diagnósticos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Nº DE ORDEN	FUNDAMENTO
DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C: desequilibrio ventilación- perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.	1	Los problemas que afectan las vías respiratorias inferiores son considerados para los cuidados de enfermería prioritarios, por la gravedad que representa y poner en riesgo la vida del paciente. La principal prioridad y mantener un flujo constante de oxígeno para garantizar una estabilidad y continuidad de sus demás funciones vitales.
RIESGO DE INFECCION R/C proceso invasivo secundario a toraconcentesis evidenciado por presencia de dren torácico	2	El drenaje torácico es el sistema mediante uno o varios tubos colocados en pleura o mediastino, facilita la eliminación del contenido liquido o gaseoso
RIESGO DEL DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO R/C alteraciones en la ingesta de líquidos evidenciado por mucosas orales ligeramente secas.	3	Los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para conservar la vida. En cuanto a los electrolitos están en ambos compartimientos, pero principalmente en el extracelular: Sodio, calcio y cloro. Los intracelulares: Potasio, magnesio fosfato y

		<p>sulfato. El balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente</p>
<p>DOLOR AGUDO R/C estímulo continuo de nervios sensitivos evidenciado por EVA 7 a 9 puntos</p>	4	<p>El estímulo doloroso que activa los nociceptores, que están relacionados con la transducción; luego, el estímulo viaja por un nervio periférico hacia la asta posterior de la médula espinal, donde están las sustancias que modulan el dolor, participan en su activación, eliminación o analgesia parcial y la percepción se realiza en el sistema nervioso central, donde están las estructuras talamocorticales que van a interpretar el dolor y enviar una respuesta final, por ejemplo, de evitación. Por lo que los cuidados de enfermería consideran la evitación y control del dolor como una necesidad principal para su atención y cuidado.</p>
<p>HIPERTERMIA R/C proceso infeccioso evidenciado por alzas térmicas hasta 38.4°C.</p>	5	<p>La hipertermia es la elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal. Gracias a la Hipertermia se puede aumentar la temperatura interna de los tejidos en varios grados, con todas las ventajas que ello significa. También el aumento de la actividad circulatoria tiene consecuencias fisiológicas, pues esta hiperemia determina una elevación del funcionalismo de todos los órganos que se</p>

		hallen dependientes de ella. Se activan los cambios nutritivos, al comprobarse que las vibraciones moleculares en los tejidos sometidos a estas condiciones producen un aumento de las funciones de asimilación y desasimilación. En consecuencia, se incrementan las oxidaciones al favorecer el aumento interno de temperatura y la aceleración de la velocidad de la reacción química.
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C falta de apetito y presencia de tos dificultad para la ingesta de alimentos evidenciado por disminución de peso.	6	El organismo humano requiere de una cantidad de ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y la no ingesta y aprovisionamiento necesario de los requerimientos afecta el normal funcionamiento orgánico de la persona más aún si se encuentra hospitalizado.
ANSIEDAD R/C incertidumbre por situación de enfermedad y complicaciones post operatorias evidenciado por expresiones de preocupación y tendencia al llanto.	7	La ansiedad genera manifestaciones cognitivas que pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, preocupación ante lo desconocido o temor a perder el control sobre las funciones corporales el efecto negativo de la incertidumbre habilitando tanto alteraciones físicas como trastornos psicológicos entre ellos la ansiedad, que se evidencia con indicadores objetivos y subjetivos tanto de la sintomatología de una enfermedad como de la amenaza de

		<p>la muerte que están presentes en pacientes con incertidumbre de su enfermedad y de su evolución más aun cuando se comprometen funciones y órganos vitales influye de modo negativo en la calidad de vida, en la satisfacción por las relaciones familiares, en la satisfacción por el servicio sanitario y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado, afectando tanto a pacientes como a familiares.</p>
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C disminución de la fuerza muscular evidenciado por temblor en la piernas al momento de pararse y caminar.</p>	8	<p>La actividad motora esta generada por los músculos genera todos los movimientos voluntarios que realiza la persona en su vida diaria y cotidiana que le facilita la satisfacción de sus necesidades, cuando existe la limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades puede generar algunas otras consecuencias que imposibilita muchas funciones de su propio autocuidado generando tensión y ansiedad sobre todo en pacientes hospitalizados.</p>

2.4.2. ESQUEMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere “me molesta y tengo ligero dolor al momento de moverme por la presencia de drenaje torácico, que causa incomodidad y dolor”</p> <p>DATOS OBJETIVOS Presencia de un drenaje torácico, saturación de oxígeno 78%</p>	<p>DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C: desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 78% sin oxigenoterapia.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Lograr un intercambio gaseoso adecuado de la paciente</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO Ayudar en la ventilación Aplicar oxigenoterapia</p>	<p>Lavo de manos antes y después del manejo del paciente. Brindo apoyo ventilatorio: oxigenoterapia. (según saturación de oxígeno se administrará la cantidad necesaria. Coloco al paciente en posición semi flowler. Monitorizo frecuencia respiratoria. Mantengo permeables vías aéreas.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO Paciente mantiene un adecuado intercambio gaseoso. Una saturación de oxígeno mayor al 95%. Frecuencia respiratoria de 18 X minuto.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere que “tengo una herida con un dren siento que se puede salir en cualquier momento sobre todo cuando duermo y tengo temor que salga por ahí el líquido”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente con dren torácico con herida punzo cortante ligero enrojecimiento en piel alrededor de dren inserto a piel.</p>	<p>RIESGO DE INFECCION R/C proceso invasivo secundario a toraconcentesis evidenciado por presencia de dren torácico</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Disminuir el riesgo de infección por proceso invasivo en una herida punzo cortante.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Mejorar su autocuidado y reforzar su sistema autoinmune.</p>	<p>Lavado de manos antes y después de manipulación del dren.</p> <p>Vigilancia constante de signos de flogosis alrededor de la incisión.</p> <p>Observar y reportar cantidad, características, y continuidad de drenaje torácico.</p> <p>Alentar al paciente para apoyo y autocuidado del dren.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>Paciente no tuvo complicaciones por inserción del dren, participo y colaboro en todos los procedimientos y cuidado y manejo del drenaje torácico.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere “ingiere poco liquido porque no hay apetito por temor”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Mucosas ligeramente secas de boca, y poca tolerancia a la ingesta de líquidos</p>	<p>RIESGO DEL DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO R/C alteraciones en la ingesta de líquidos evidenciado por mucosas orales ligeramente secas.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Lograr un equilibrio hidroeléctrico y acido base adecuado de forma permanente</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Mejorar el equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Incentivar el consumo de líquidos a voluntad</p>	<p>Lavo las manos antes y después del manejo del paciente.</p> <p>Administro cloruro de sodio al 9% y/o dextrosa al 5% más electrolitos por vía parenteral. (según requerimiento del paciente).</p> <p>Administro líquidos vía oral para comprobar la tolerancia de la ingesta de líquidos a voluntad.</p> <p>Mantengo un balance hídrico positivo.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>La paciente logra mejorar su ingesta de líquidos a voluntad, no se evidencia signos de mucosas secas y balance hídrico positivo.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere: “me duele la herida operatoria y también el tubo que tengo conectado, sobre todo cuando realizo movimientos un poco bruscos”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Evaluación con el EVA de 7 a 9 puntos en los momentos que se siente quejumbrosa.</p>	<p>DOLOR AGUDO R/C estímulo continuo de nervios sensitivos evidenciado por EVA 7 a 9 puntos</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Lograr un control del dolor</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Controlar adecuadamente el dolor</p> <p>Disminuir el dolor.</p>	<p>Lavo las manos antes y después del cuidado de la paciente.</p> <p>Informo al paciente sobre el procedimiento.</p> <p>Administro analgésicos según prescripción.</p> <p>Evaluó la eficacia de las medidas del control de dolor aplicadas.</p> <p>Fomento periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>Paciente expresa el inicio del dolor. Se logra controlar el dolor mediante administración de analgesia.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere que “por momentos siento más calor que la normal y tengo que informar al personal de salud”</p> <p>DATOS OBJETIVOS Termorregulación inefectiva por picos de alza térmica registrada en los días pos operada con valores de 37.9°C incrementando en algunos controles hasta 38.4°C.</p>	<p>HIPERTERMIA R/C proceso infeccioso evidenciado por alzas térmicas hasta 38.4°C.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Lograr una regulación de la temperatura</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO Administrar terapia medicamentosa en horarios y según prescripción.</p>	<p>Lavo las manos antes y después del manejo del paciente. Controlo la temperatura corporal y el color de la piel. Compruebo el valor de leucocitos. Administro medicamentos antipiréticos. Favorezco la ingesta de líquidos y la administración endovenosa (según necesidad de cloruro de sodio al 9% y/o dextrosa más agregado de electrolitos).</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO La paciente logro controlar la temperatura corporal en parámetros 36.5° C a 37.5° C. Mejora la ingesta de líquidos</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere “no me dan alimentos como quisiera solo estoy con alimentación de líquidos y sueros y líquidos por la vía”</p> <p>DATOS OBJETIVOS Paciente con vía periférica permeable filtrando cloruro de sodio 9 ‰ 1000 cc., ingiere sus alimentos con limitaciones por la tos que presenta, y falta de apetito dificultad cuando ingiere líquidos y alimentos</p>	<p>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C falta de apetito y presencia de tos dificultad para la ingesta de alimentos evidenciado por disminución de peso.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Lograr un incremento progresivo y adecuado de alimentos y nutrientes a la paciente.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO Estimular la ingesta de alimentos. Vigilar peso de la paciente.</p>	<p>Lavo las manos antes y después del manejo del paciente. Introduzco paulatinamente una dieta fraccionada. Facilito la orientación y consejería del nutricionista. Brindo consejería al paciente a que consumo alimentos de su preferencia. Coloco al paciente en posición adecuada que facilite la alimentación. Controlo el peso.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO La paciente logro la introducción paulatina de alimentos hasta una dieta completa. Se viene incrementando el peso.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere que “estoy preocupada no puedo dormir bien de noche por temor a la dificultad respiratoria”</p> <p>DATOS OBJETIVOS Se observa semblante inexpresiva y con tendencia al llanto</p>	<p>ANSIEDAD R/C incertidumbre por situación de enfermedad y complicaciones post operatorias evidenciado por expresiones de preocupación y tendencia al llanto.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Lograr que la paciente acepte estado de enfermedad actual.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO Brindar orientación y apoyo psicológico permanente durante su hospitalización. Informar sobre enfermedad y sobre su tratamiento</p>	<p>Favorezco la relación enfermera – paciente. Explico todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. Comunico oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando. Permanezco con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Identifico los cambios en el nivel de ansiedad Fomento visitas familiares.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO Paciente logro disminuir su ansiedad con conocimiento del manejo de su enfermedad. Duerme y descansa con más tranquilidad. Paciente sonrío frente a un comentario o broma y expresa sentimiento de recuperación.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere: “tengo dificultad para poder caminar con libertad, me siento más segura en cama”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Ejercicio físico: no realiza, solo realiza caminatas en habitación y pasillo del hospital que interfieren por dolor en herida operatoria, alzas térmicas y vía periférica recibiendo tratamiento farmacológico</p>	<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C disminución de la fuerza muscular evidenciado por temblor en la piernas al momento de pararse y caminar.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Lograr movilidad física progresiva.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Mejorar el tono muscular de los miembros inferiores.</p> <p>Favorecer la deambulación.</p>	<p>Brindo apoyo para la deambulación y el equilibrio.</p> <p>Realizo ejercicios pasivos y activos.</p> <p>Brindo asistencia para ponerse de pie y a deambular.</p>	<p>OBJETIVO CUMPLIDO</p> <p>La paciente logra realizar caminatas progresivas y vigiladas en el ambiente.</p> <p>Deambula con apoyo de un dispositivo de soporte.</p>

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. CONCLUSIONES

El proceso del cuidado de enfermería se aplica al paciente, familia y comunidad.

1. El análisis del líquido pleural mediante toracocentesis permite establecer un diagnóstico definitivo en más de las dos terceras partes de los pacientes. El resto puede requerir un periodo de observación en la espera de la resolución espontánea o el empleo de métodos diagnósticos no invasivos (técnicas de imagen) o invasivos (broncoscopia, biopsia pleural y toracoscopia). El diagnóstico y el tratamiento en el derrame pleural son muy importantes para evitar complicaciones e incluso la muerte de la persona que lo padece.
2. Se aplicó el proceso del cuidado de enfermería a una paciente hospitalizada y con alguna complicación post operatoria con un manejo sistemático con pensamiento crítico – científico desde la valoración, manejo de las habilidades en la solución de problemas y del cuidado aplicado a partir de los diagnósticos de enfermería identificados y priorizados, planificándose las intervenciones para finalmente evaluar los resultados encontrados.
3. Se aplicó el proceso del cuidado de enfermería a una paciente hospitalizada y con alguna complicación post operatoria con un manejo sistemático con pensamiento crítico – científico desde la valoración, manejo de las habilidades en la solución de problemas y del cuidado aplicado a partir de los diagnósticos de enfermería identificados y priorizados, planificándose las intervenciones para finalmente evaluar los resultados encontrados.
4. La paciente logró disminuir los riesgos de infección ya que no se presentaron complicaciones a nivel del dren o infección sistémica, controlando la temperatura y no evidenciando infección a nivel de herida de inserción del dren torácico.
5. La paciente logró un intercambio gaseoso adecuado con una frecuencia respiratoria de 18 x minuto, una saturación de oxígeno mayor al 95%.

6. La paciente no tuvo un desequilibrio hidroelectrolítico, se mantuvo un balance hídrico positivo con una ingesta progresiva de líquidos y alimentos a voluntad.
7. Paciente logro mantener la temperatura corporal y control del dolor mediante las intervenciones de enfermería.
8. Paciente disminuyo la ansiedad mediante un cuidado humanizado durante su hospitalización y con participación de la familia y movilizarse sola con pleno entendimiento de su enfermedad y el proceso de recuperación.

3.2. RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería por sus múltiples actividades dentro de su área laboral, no abarca a cumplir el 100% del cumplimiento de una de las principales etapas del Proceso Atención de Enfermería que es la valoración; por lo que debe priorizar las actividades; sin embargo se debe tomar en cuenta que la salud es el completo bienestar de todos los estamentos físico, mental y espiritual: por lo que se debe interactuar con el paciente de modo que su bienestar emocional se vea reflejado en la mejora de la salud y en la pronta recuperación.
2. Los pacientes con toracocentesis al tener una enfermedad de índole adversa son un grupo vulnerable dentro de la sociedad. Se debe capacitar a todo el personal de salud para que puedan atender de manera adecuada con calidad y calidez para mejorar el tiempo de hospitalización. El personal de enfermería debe capacitarse continuamente sobre patologías que no son muy prevalentes como es este caso; con el fin de que los conocimientos sean el pilar fundamental para que la experiencia.
3. Para tratar la complejidad del paciente con toracocentesis, el personal de enfermería debe pensar en que debe tener un conocimiento propio de una especialidad o maestría.
4. Reunir en talleres frecuentes del cuidado del paciente con toracocentesis, cuando existan las sesiones de carácter obligatorio para fomentar la prevención de complicaciones propias de la patología.
5. El derrame pleural maligno es una entidad que se ve con frecuencia en la práctica clínica y que una vez diagnosticado plantea una serie de consideraciones que el médico debe tener en cuenta a la hora de desarrollar una estrategia terapéutica por ello es de importancia diagnosticarlo a la brevedad en todo paciente con sospecha de derrame pleural de origen neoplásico, son de indicación inicial realizar estudio citológico (PAP y block cells), ya que estas pruebas son rápidas, sencillas de menor costo y de gran utilidad.
6. Al personal de enfermería brindar el cuidado de forma continua, oportuna y humana con aplicación del conocimiento científico, manejo de tecnologías y

habilidades al individuo familia y comunidad capacitándose constantemente en el manejo del proceso del cuidado de enfermería.

7. A las enfermeras (os) de los servicios de hospitalización implementar fichas de valoración y cuidados de enfermería protocolizados que permiten integrar y dar continuidad por turnos las intervenciones de enfermería en diferentes turnos.
8. A las enfermeras y enfermeros brindar los cuidados a partir de una adecuada valoración, formulación de los diagnósticos de enfermería ya que este es el fundamental para la propuesta del plan de cuidados.
9. A las enfermeras y enfermeros registrar todos los cuidados para evidenciar el trabajo que se realiza con cada paciente especialmente el hospitalizado.
- 10.** A los jefes del servicio de enfermería protocolizar los cuidados según las patologías más frecuentes que faciliten una rápida y completa valoración del paciente para brindar cuidados e intervenciones con base científica, técnica y humana.

3.3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Arenas MC, & A., P. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiología*. Madrid: Escritos de Psicología 2009; 3(1): 20-29.
- Cohen, J. (1991). *Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson*. New York: Journal of Advanced Nursing 1991; 16:899-909.
- DeLoach, L., Higgins, & al., e. (1998). *The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale*. EE.UU: Anesth Analg. 1998; 86:102-6.
- Fernández-Abascal, M., & Martín, M. (2003). *Emoción y Motivación: La adaptación humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces SA, 2003.
- Fundación Neurológica Colombiana. (17 de julio de 2009). *Neurología*. Obtenido de <http://www.neumologica.org/Educacion%20Pacientes/toracocentesis.htm>
- Gélinas, C., & Herr, K. (2010). *Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices*. New York: Springer Publishing Company. New York. 3rd Edition. Chapter 18: 363:401.
- Gloria, M., & Bulechek. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Barcelona: NIC. Quinta Edición. 2009.
- Marriner, A., & Raile, A. M. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería*. España: Septima Edición. Elsevier Mosby. España. 2007.
- Miguel-Tobal, J. (1990). *La ansiedad. En: Tratado de psicología general: Motivación y emoción*. Madrid: Pinillos JL y Mayor J Madrid: Editorial Alambra; 1990. Pp. 309-344.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Heather Herdman T ed. Elsevier; 2010. Pp: 235-6.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2002). *Valoración y manejo del dolor*. Canada: Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2002.
- Rodrigo, I. M. (2008). *Los diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Revisión crítica y guía práctica. 8a edición. Barcelona: Elsevier; 2008. Pp: 188-92.

- Sescam. (1 de octubre de 2013). *chospab.es*. Obtenido de <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf>
- Sierra. JC. Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, Angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar*. New York: Revista Mal-estar e Subjetividade 2003; 3(1): 10-59.
- slideshare.net. (1 de marzo de 2010). *Toracocentesis y Drenaje Torácico*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/guest85de80/toracocentesis-y-drenaje-toracico>
- Wade GH, & N., K. (2006). *Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring*. New York: Journal of Nursing Education 2006;45(5): 162 – 168.
- Walker, C. (1996). *Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson*. New York: Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996.

ANEXOS:

FOTOGRAFÍAS, IMÁGENES, TABLAS, ETC.**IMÁGENES**



FOTOS

