



Universidad
de La Laguna

RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA: A PROPÓSITO DE DOS PLANES DE CUIDADOS

AUTOR: ALFONSO CARLOS PESTANA OLIVES

TUTOR: ALFONSO MIGUEL GARCÍA HERNÁNDEZ

Grado en Enfermería. Curso 2017-2018. Sede de Tenerife

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Resumen

En el presente documento se desarrolla un plan de cuidados de enfermería a cada uno de los dos pacientes que ingresan en la Unidad de Recuperación de Quirófano, situados en áreas distintas y de diferentes niveles de complejidad. El primero, un paciente al que se le extirpa un tumor en la fosa posterior. El segundo, una mujer que recibe cuidados postcesárea. Se valora a ambos pacientes por los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Se usa la taxonomía NANDA-NOC-NIC, se identifican los diagnósticos de enfermería y las complicaciones potenciales, se establecen los objetivos, y se desarrolla una serie de actividades. Asimismo, se realiza una valoración en el momento del ingreso del paciente, tras la realización de las actividades, y finalmente cuando es dado de alta de la Unidad.

Palabras claves: Plan de cuidados / Unidad de Recuperación de Quirófano / Tumor fosa posterior/ Cuidados postcesárea / Complicaciones potenciales

Abstract

This document develops a nursing care plan for each of the two patients who are admitted to the Post-Anesthesia Care Unit. They are located in different areas of different levels of complexity. A tumor of the posterior fossa is removed from the first patient. The second patient is a woman who gives birth by the Caesarean section. Functional patterns of Marjory Gordon were used to assess the patients. The NANDA- NOC- NIC taxonomy is used to develop the care plan. Nursing diagnoses and potential complications are identified, the objectives are established, and a series of activities are developed. The evaluation is made to the patient's admission, after doing the activities, and finally when the patient is discharged from the Unit.

Key words: Care plan, Post-Anesthesia Care Unit, Posterior fossa's tumor, Caesarean section, Potential complications

Índice

1. Introducción	
1.1 Justificación.....	1-3
2. Objetivos	
2.1 Generales.....	4
2.2 Específicos.....	4
3. Metodología.....	5
4. Plan de cuidados del paciente D. Juan Pérez	
4.1 Anamnesis.....	6
4.2 Valoración por Patrones y exploración física.....	6-12
4.3 Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación.....	12-17
4.4 Problemas de colaboración, planificación y evaluación.....	17-28
5. Plan de cuidados de la paciente D.^a Laura García	
5.1 Anamnesis.....	29
5.2 Valoración por Patrones y exploración física.....	29-35
5.3 Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación.....	35-42
5.4 Problemas de colaboración, planificación y evaluación.....	42-46
6. Conclusiones.....	47-48
7. Bibliografía.....	49

1. Introducción

1.1 Justificación

Atender a los pacientes requiere de un “proceso y una metodología enfermera que le permita tomar decisiones eficazmente”, como dijo la célebre enfermera Lydia Hall, para así, ofrecer unos cuidados individualizados. En este trabajo se va a desarrollar un plan de cuidados a cada uno de los dos pacientes que ingresan en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). Se ha escogido este formato porque “Enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas” ¹, y es el plan de cuidados la mejor herramienta que tenemos, y debemos usarla.

Como enfermeros, jugamos un papel relevante en la recuperación inmediata de un paciente postoperado. Desde su llegada estamos constantemente valorando al paciente dependiendo de la patología con la que ingresa, y de sus características individuales. Identificamos los problemas reales y/o potenciales que presenta o pudiera presentar. A partir de aquí, nos planteamos una serie de objetivos, y por medio de una serie de actividades llegamos o no a cumplirlos. Establecemos acciones que se ven complementadas por el tratamiento médico, pues el dolor, por ejemplo, es habitual tras una intervención quirúrgica, y no es posible aliviarlo sin administrar analgésicos. Al realizar un plan de cuidados, incorporamos las actividades propias de enfermería y las que derivan de otras profesiones. El cuidado que ofrecemos es de máxima calidad con la colaboración de todos los miembros que integran el equipo sanitario.

La unidad de Recuperación Post-anestésica se encuentra en la planta -1 del edificio general, dentro del bloque quirúrgico del HUC (Hospital Universitario de Canarias). Es una unidad propia del cuadro médico de Anestesiología y Reanimación con capacidad para una asistencia continuada de los pacientes postoperados. Cuenta con dos zonas bien diferenciadas. Dependiendo de la intervención, patologías previas y el tipo de anestesia, el paciente es ubicado en la Zona 1 o en la Zona 2.

La Zona 1 cuenta con 4 cubículos para pacientes críticos o de reanimación, y otros 6 cubículos para semicríticos. Es en esta zona, en concreto en el área de semicríticos, exactamente en el cubículo número 6, donde se encuentra nuestro primer paciente, intervenido por un tumor cerebral en la fosa posterior mediante craniectomía.

Proviene del quirófano número 10, de Neurocirugía, en lo que se considera el bloque central de quirófano del HUC, integrado por 14 quirófanos.

Este paciente fue seleccionado por la supervisora de la Unidad, para la realización del plan de cuidados durante mi cuarto curso de Enfermería, debido a que era el único en el parte quirúrgico que se encontraba en una planta de hospitalización (9ª impar) el día anterior a la operación, el 13 de diciembre de 2017, pues este mismo día, se le realizó una valoración inicial. El día 14 de diciembre, estuvimos con él también en Preadnestesia de los Quirófanos Centrales, más tarde en el quirófano de Neurocirugía y, finalmente, en la Unidad que nos concierne, la U.R.P.A. Sin embargo, esto no va a ser incluido, pues nuestra actuación se ha limitado en exclusiva a la Unidad de Recuperación de Quirófano.

Se excluyó de la elección a pacientes de cirugía cardíaca, y trasplante renopancreático (UVI), así como a los intervenido de forma urgente, ya que no se recuperan en la Unidad de Recuperación de Quirófano,

La zona 2, en cambio, también conocida como sala de Despertar, cuenta con 12 cubículos, y alberga a pacientes que requieren cuidados postquirúrgicos generales con estancia menor a 6 horas, pacientes ambulatorios, pacientes sin cama asignada y pacientes de otras unidades (Cirugía Mayor Ambulatoria, Unidad de Vigilancia Intensiva...). La segunda paciente se encuentra en esta zona 2 de la U.R.P.A, proveniente de la Unidad de Partorio del HUC, tras una cesárea electiva por posición podálica del feto.

Se le realizó el plan de cuidados durante mi rotatorio de prácticas por un servicio especial, en el mes de abril de 2017, durante el tercer curso de Enfermería. A esta paciente sólo debía realizarle un plan de cuidados postoperatorio y no un seguimiento completo como ocurría con el anterior paciente. Fue seleccionada por dos motivos: porque la tasa de cesáreas en España se encuentra por encima de lo deseable y porque conocer los cuidados postoperatorios que como enfermeros realizamos, despertó un enorme interés. De hecho, se trata de una intervención quirúrgica que se ha ido realizando cada vez más, si bien la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda que su tasa no supere el 15-20 %, en España ha aumentado aproximadamente en un 25%². En República Dominicana, Brasil y otros países sudamericanos se multiplica esta tasa por seis². De hecho, el proceso Cesárea sin complicaciones (Grupos Relacionados

por el Diagnóstico- GDR - 371) representa el séptimo proceso más frecuente en los Hospitales y su estancia media aproximada es de cinco días ³.

Por otra parte, cabe mencionar que los cubículos están dotados de monitor de signos vitales, aspirador de secreciones, caudalímetro, conexiones de vacío, aire y oxígeno, así como material sanitario (gasas estériles, compresas no estériles, empapadores, electrodos, sondas de aspiración, gafas nasales, mascarillas de oxígeno al 40%, frasco nebulizador y soportes de suero). En caso de que uno de los cubículos careciera de monitor, éste quedaría inutilizado.

Es un equipo (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, personal de Admisiones, personal de planta de hospitalización, personal de quirófano...) el que permite el buen funcionamiento de la Unidad. En concreto, la URPA cuenta con 6 enfermeros en el turno de mañana, 6 en la tarde, y 4 en el turno de noche, con turnos de 12 horas, aunque un enfermero actúa como refuerzo de 12 a 19 de la tarde. Además, aquí trabaja la supervisora de la unidad. Destaca también el papel de la enfermera de la Unidad de Dolor Agudo, que parte desde Recuperación Postanestésica para valorar el dolor de los pacientes de URPA, las plantas de hospitalización u otras unidades, junto con un médico.

2. Objetivos

2.1 Generales

- Realizar un plan de cuidados individualizado a dos pacientes ingresados en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA): un paciente intervenido de un tumor cerebral en la fosa posterior, y una paciente intervenida de una cesárea programada.

2.2 Específicos

- Realizar la valoración enfermera a los dos pacientes por Patrones Funcionales de Salud (PFS).

- Identificar los diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales.

-Establecer los resultados usando como referencia la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) y los indicadores referidos.

-Determinar las intervenciones empleando la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).

-Incluir una evaluación enfermera en tres momentos distintos: al ingreso, tras la realización de las actividades, y al alta de la Unidad.

3. Metodología

La valoración y recogida de datos se realiza cuando los dos pacientes ingresan en la Unidad de Recuperación de Quirófano del Hospital Universitario de Canarias, tras ser intervenidos cada uno por una patología distinta, en el año 2017. Se recogen datos de cada una de sus historias clínicas (tanto en papel como en formato digital), de los informes de anestesia (preoperatorio, perioperatorio, e intraoperatorio), de la hoja utilizada por el enfermero dentro de quirófano, y de los consentimientos informados (de anestesia y de la cirugía, así como de transfusión de hemoderivados). Asimismo, se informó a cada paciente de la realización de este plan, los cuales lo autorizaron.

Gracias a los 11 patrones funcionales, establecidos por Marjory Gordon en los años 70 del siglo pasado, se ha valorado a cada uno de los pacientes, la herramienta que usan los enfermeros de la URPA para registrarlo en el sistema de gestión integral(SAP), así como el resto de servicios del Hospital. Es a partir de ese momento, cuando se desarrolla el plan de cuidados basándonos en la taxonomía NANDA, NOC, NIC. La exploración física (principalmente se usa la inspección y la palpación) queda incluida dentro de la valoración de enfermería que realizamos.

Se propondrán los diagnósticos que presente el/la paciente, desarrollando los que son prioritarios durante su estancia en la Unidad, así como las complicaciones potenciales y las que con mayor posibilidad pudieran surgir. Se establecen resultados para alcanzar el objetivo, en relación al diagnóstico y sus factores de riesgo. Los indicadores, son evaluados inicialmente al ingresar en la Unidad, por segunda vez tras realizar las actividades enfermeras y, finalmente, cuando el paciente es dado de alta de la Unidad. Se intentará mejorar la puntuación de los indicadores, programando intervenciones y realizando una serie de actividades para alcanzar el objetivo.

Por otra parte, para el desarrollo de las complicaciones potenciales, aquellas que realizamos en colaboración con otros profesionales, en concreto, con los médicos (anestesiistas), hemos optado por dos opciones: utilizar como guía algunos libros de Lynda Juall Carpenito Moyet y/o bien seguir empleando la metodología NANDA-NOC-NIC. De hecho, se ha empleado uno de sus libros, presentes en la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna, referenciado en la bibliografía.

4. Plan de cuidados del paciente D^o Juan Pérez (nombre y apellidos ficticios)

4.1 Anamnesis

Paciente varón de 63 años que ingresa en la Unidad de Recuperación Postanestésica a las 15:30 del día 14/12/17 tras craniectomía por tumor en la fosa posterior y bajo anestesia general. Se le realiza la valoración desde este momento hasta las 13:00 del día 16/12/17, cuando es dado de alta. Está ubicado en la zona 1, en el cubículo número 6 de la Unidad.

4.2 Valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y exploración física incluida

Patrón 1: percepción-manejo de la salud

- Como antecedentes personales destaca HTA (hipertensión arterial), obesidad grado II, dislipemia, hiperuricemia sin crisis de gota, y un episodio de amnesia anterógrada en 2011.

- Como antecedentes quirúrgicos: extirpación de carcinoma basocelular facial hace ya unos 8 años, en 2010.

-No tiene alergias

-Medicación actual:

2000 mL de SF (suero fisiológico) 0,9% al que añadir 80 mEq (miliequivalentes) IV (intravenoso) cada 6 horas

5 mg (miligramos) de amlodipino VO (vía oral) cada 24 horas

12,5 mg de hidroclorotiazida VO cada 24 horas

4 mg de dexametasona IV cada 8 horas asociado a 20 mg de furosemida IV cada 8 horas

1 gramo de paracetamol IV cada 6 horas junto con Nolotil IV Cada 8 horas

10 mg de metoclopramida c/6 horas IV

1 ampolla de rivotril (1mg/mL) IV cada 8 horas

Gafas nasales (GN) a 2 lpm (litros por minuto) para saturaciones superiores a 95% de O₂ (oxígeno)

-Medicación puntual para complicaciones del estado actual del paciente

Si PAS (presión arterial sistólica) superior a 160 mmHg: 5 mg de urapidil en bolo directo IV y 2,5 mg de bisoprolol IV

GN a 4 lpm si saturaciones por debajo de 95% tras fracaso de GN a 2 lpm

Dolor leve (de rescate): 50 mg de enantyum EV cada 8 horas

Si dolor moderado: 100 mg de tramadol+2 ampollas de droperidol (2 mL) diluido en 100 mL de SF 0,9% IV

Ante convulsiones generalizadas: 10 mg de diazepam IV

-No está en aislamiento

Patrón 2: nutricional-metabólico

- Mide 165 cm y pesa 83 Kg. IMC (Índice de Masa Corporal): 30,49 kg/m². Obesidad tipo I (30,00-34,99)

- Dieta absoluta salvo buches de agua para la medicación oral. Al paciente se le inicia tolerancia el día 16/04/18 a las 11:00 con una manzanilla y unas galletas sin sal y sin azúcares, y lo acepta bien.

- Glucemia inicial de 109 mg/dL. Glucemia al alta de 100 mg/dL. Pauta médica de administrar insulina IV (Actrapid ®) si supera los 130 mg/dL .

- Grupo sanguíneo: A +

- Porta un catéter venoso periférico tipo abbocath de calibre 18 G (Gauges) en la vena basílica del miembro superior izquierdo. También tiene instaurada una vía venosa central en la yugular derecha, que es de tres luces, mide 20 cm de largo. Ambos catéteres están permeables y tienen apósitos adhesivos transparentes que las recubren, y están limpios. La única VVP (vía venosa periférica) fue canalizada en Preanestesia el día 14 de diciembre de 2017. La vía central se instauró más tarde, y ya dentro del quirófano número 10 de Neurocirugía del HUC. No se aprecia flebitis, ni extravasación, enrojecimiento, hinchazón de la zona, así como tampoco el paciente refiere dolor o quemazón. Sin embargo, se observa una leve tirantez de la piel. Valores normales de la presión venosa central que varían desde su ingreso al alta entre +2 y +5 cm de H₂O.

- Porta también un catéter en la arteria radial del MSI (miembro superior izquierdo) de calibre 20 G canalizada dentro del quirófano el 14/12/17, y es un apósito opaco el que la

recubre. Está limpio. El día 16/12/17 lo retiramos antes de subir a la planta de hospitalización.

- La piel está caliente, algo deshidratada y seca. Labios y mucosas levemente pálidos. La temperatura axilar es de 36,6 °C. En el momento del alta es de 36,7 °C. Varía durante su permanencia en la Unidad entre 36,0-36,9 °C .

-Tiene un vendaje compresivo alrededor de la cabeza. Se aprecian tres apósitos, que se inician desde aproximadamente la cuarta vértebra torácica hasta la inserción de los músculos occipitales. El superior está tapado por el vendaje, y recubre el 1/3 del apósito de la herida quirúrgica. El apósito central que cubre la herida, es de 10x8 cm y se extiende desde C1 (primera vértebra cervical o atlas) hasta C7 y, a continuación, en la parte inferior, está otro apósito de 5x7 cm que se extiende a la región torácica, aproximadamente hasta la cuarta vértebra torácica. Tanto los vendajes como los apósitos están limpios, sin secreciones serosanguinolentas o sanguinolentas. En el momento del alta, 1/3 del apósito central está manchado, es delimitado y comunicado al turno siguiente de Enfermería.

-Cuello simétrico. Cabecero de la cama a 30° en decúbito supino.

-- No lesión por presión ni UPP (Úlcera por presión). Braden inicial total: 14 puntos (riesgo moderado) Individualmente: 4 puntos en exposición a la humedad, 1 punto en actividad, 1 punto en nutrición, 2 puntos en roces y peligros de lesiones cutáneas, 2 puntos en movilidad y 4 puntos en percepción sensorial. Al alta son 15 puntos (riesgo leve), puesto que se le asignan 3 puntos en el apartado de movilidad.

- Para prevenir el edema cerebral tras la operación realizada. Lo prevenimos con 4 mg de dexametasona IV c/8 horas

Patrón 3: eliminación

-Porta una sonda vesical de látex revestida de silicona nº14 Ch (Charrière), con dos luces instaurada el día 14/12/17 dentro del quirófano. Está conectada al urimeter, que a su vez lo está a la bolsa recolectora. La SV (sonda vesical) está permeable, sin acodamientos. En cuanto a la bolsa, se encuentra alejada del suelo, por debajo de la vejiga, en una de las barandas inferiores de la cama del paciente.

- Diuresis conservada aunque a mitad de turno aumenta considerablemente. Ronda los

100 cc en la primera hora, luego 300 cc durante su segunda hora, 500 cc (excepcional) en la tercera hora, y 350 cc en la siguiente hora. La orina es de color amarillo-anaranjada, algo oscura, sin sedimentos ni espuma. Refiere leve quemazón al orinar. No hematuria, ni piuria. Durante toda su estancia y al alta la diuresis está conservada, es algo más clara que en el primer día de ingreso, y es igual o superior a 0,5 mg/kg/hora, o lo que es lo mismo, igual o superior a la mitad de su peso, unos 42 cc aproximadamente como mínimo.

- El primer día realiza sólo una deposición tras facilitarle el chato. Es de color marrón claro, consistencia semisólida, sin presencia de sangre, y en cantidad aproximada de 100 cc. El día 15/12/17 realiza una deposición a las 10:00 en el chato que le facilitamos (150 cc), de color marrón oscuro, consistencia semisólida, sin presencia de sangre visible, y otra deposición a las 16:00 en cantidad de 100 cc de las mismas características. El día del alta, hace una única deposición en cantidad de 100 cc, semejante en cuanto a consistencia y color que las anteriores.

- No ha tenido náuseas ni ha realizado ningún vómito. Lo prevenimos con 10 mg de metoclopramida IV c/6 horas.

- Tampoco tiene hipo.

- Sudoración normal, sin olores llamativos.

- No tiene ningún drenaje, ni un drenaje ventricular externo que nos permitiría medir la PIC (presión intracraneal) y/o recolectar LCR (líquido cefalorraquídeo). No ha drenado nada por la herida quirúrgica y los apósitos están limpios.

Patrón 4: actividad-ejercicio

- FC (frecuencia cardíaca) a 67 ppm. Ritmo sinusal. Al alta: 77 ppm (pulsaciones por minuto). Ritmo sinusal

- FR (frecuencia respiratoria) a 14 rpm (respiraciones por minuto), algo baja (16-20 rpm es lo habitual). Porta gafas nasales a 2 l/m (litros por minuto), FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) del 28%, alcanzando saturaciones de O₂ de un 98% . No períodos de apnea. Al alta, la FR es de 17 rpm, ya no porta gafas nasales y alcanza el 99% de O₂ por sí mismo. Eupneico.

- Sí elimina secreciones tras alcanzarle unas gasas por petición del propio paciente. La flema es de color transparente, semilíquida y en cantidad de 50 cc (centímetros cúbicos) aproximadamente. Reflejo tusígeno conservado. El día 15/12/17 elimina secreciones bucales por sí solo, con las mismas características que el día anterior, pero en cantidad de 100 cc.

- La PA (presión arterial) ronda los 153/100 mmHg, hipertensión. Actualmente en tratamiento con 5 mg de amlodipino VO cada 24 horas y 12,5 mg de hidroclorotiazida VO cada 24 horas. El día 15/12/17 se sitúa entre 130/80-120/70 mmHg y, finalmente, el día del alta se encuentra entre 125/75 mmHg.

- Valoración neuromuscular: el paciente mueve el brazo y la pierna derecha de forma espontánea y también obedece órdenes. De igual forma moviliza el miembro superior e inferior izquierdo sin dificultad (equivale a 6 puntos en la escala de Glasgow). No se aprecian paresias ni plejías. Sensibilidad conservada. Aprieta mi mano con bastante fuerza tras comprobación. No edemas en los miembros superiores ni inferiores. Se mantiene igual durante toda su estancia en la Unidad. Lleva medias compresivas en ambos miembros inferiores. Al alta, efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo por sí solo.

-Depende del personal para las actividades básicas de la vida diaria (baño/higiene, alimentación, uso del WC, vestirse/acicalarse). Según Índice de Katz: dependencia(4). El dolor le dificulta realizar estas actividades básicas, así como las barreras propias de la Unidad.

- Al paciente se le baña el viernes y el sábado a primera hora de la mañana, sobre las 09:00 a 10:00 a.m. Se previene el deterioro de la piel con ácidos grasos hiperoxigenados (Mepentol, Linovera...), se intenta que la sábana bajera, la metida y el resto de ropa de cama esté lo más seca y sin arrugas posible, limpio. Tiene almohada bajo la cabeza y otra en los pies, éstos algo elevados. Se empieza a limpiar la boca del paciente cada 8 horas a partir del segundo día, 15/12/17. Los cambios posturales se empiezan a realizar también durante este segundo día y después del baño.

Patrón 5: sueño descanso

- Nos refiere que no está cansado. No tiene sueño ni duerme durante la tarde. No uso de medicación actual. Duerme bien durante toda su estancia, es reparador, y de duración superior a ocho horas. No hace siesta durante el día.

Patrón 6: cognitivo-perceptivo

- Buena audición y visión
- Lenguaje normal (no afasias, ni disartrias). Castellano.
- No cefaleas ni ningún tipo de alteración gustativa, olfativa, ni somatosensorial
- No ha presentado convulsiones. Tratamiento actual preventivo : 1 ampolla de rivotril (1 mg/ml), cada 8 horas vía intravenosa.
- Según escala de Glasgow: está tranquilo, colaborador, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona (5 puntos), con las pupilas isocóricas y que reacción ante el foco de luz. Éstas tienen un tamaño de 2,5 mm. La apertura de ojos es espontánea (4 puntos). No diplopías ni nistagmos. Durante su estancia y al alta se mantiene igual, pero las pupilas que reaccionan al foco de luz varían entre 1,5 mm y 3 mm. Puntuación total de 15 puntos (respuesta motora son 6 puntos) durante toda su estancia.
- Dolor: el paciente refiere 1 punto en reposo, y un 3 al moverse, según la EVN. Lo localiza en la zona de la herida quirúrgica, en la región cervicooccipital. Es un dolor leve pero constante, que aumenta con el movimiento. Se acompaña de expresiones faciales, alguna que otra mueca, y algunos gemidos. Tratamiento actual: 1 g de paracetamol IV cada 6 horas y 2 gramos de Nolotil IV cada 8 horas. Refiere a la hora siguiente tras la administración del analgésico, que le ha disminuido el dolor (dolor en reposo: 0, dolor en movimiento: 2). También nos comenta cómo es posible que no esté controlado totalmente todavía. Durante las siguientes horas, el dolor en reposo es 0 y en movimiento es de 1. Al alta, el paciente refiere que no tiene dolor de ningún tipo e intensidad, “está controlado”.

Patrón 7: autopercepción-autoconcepto

- Acepta la situación
- Ninguna dificultad emocional

Patrón 8: rol-relaciones

- En la visita del “minuto de oro”, tras la operación, sobre las 15:50 y en la visita de las 18:30, está acompañándole su mujer y su hija. Tiene apoyo familiar. Al día siguiente le visita su mujer a las 12:30 y a las 18:30 lo hace también su hija.

Patrón 9: sexualidad-reproducción

- Tiene mujer y está casado. 1 hija en común. No ETS (enfermedades de transmisión sexual).

Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés

- Ninguna conducta violenta ni autolesiones
- No está estresado

Patrón 11: valores-creencias

- Católico, pero no desea asistencia religiosa en la Unidad.
- Tiene ganas de recuperarse pronto y seguir con su vida habitual.

4.3 Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación ⁴

Estas etiquetas diagnósticas son comunes a todos los pacientes que ingresan en la Unidad:

- **Riesgo de caídas (00155)**
- **Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)**
- **Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento (00109)**
- **Déficit de autocuidado: alimentación (00102)**
- **Déficit de autocuidado: uso del inodoro / WC (00110)**
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)**
- **Patrón respiratorio ineficaz (00032).** Es cierto que la mayoría de los que ingresan portan algún dispositivo de ayuda (gafas nasales y/o Ventimask®)

Hay una serie de actividades que son comunes a todos los pacientes de esta área: como es bañar al paciente a primera hora de la mañana (09:00-10:00); cambiar la ropa de la cama (intentando que ésta quede limpia, seca y sin arrugas); realizar cambios posturales cada 2 horas (excepto de 03:00 a 06:30 a. m.) a pacientes críticos o que permanezcan más de 24 horas en la Unidad y siempre que no haya orden médica que lo contraindique o si su estado de salud no lo permite; realizar la higiene bucal con clorhexidina al 0,125 % cada ocho horas; hidratar ambos ojos con colicursí humectante cada cuatro horas; subir y fijar las barandas de la cama para prevenir las caídas; así como facilitar el chato.

Diagnóstico (NANDA): (00004) Riesgo de infección r/c herida quirúrgica y vías invasivas (sonda vesical, catéter venoso periférico, catéter venoso central, y catéter arterial)

Objetivo: el paciente no contraerá una infección local o generalizada durante su estancia en la Unidad

Resultado NOC: Estado inmune (0702) durante su estancia en la Unidad			
Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicador: estado respiratorio (70204)	4	5	5
Indicador: temperatura corporal (70207)	5	5	5
Indicador: integridad cutánea (70208)	3	5	5
Indicador: integridad mucosa (70209)	4	5	5

Resultado (NOC): Curación de la herida por primera intención (1102)			
Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))			
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicador: edema perilesional (110209)	5	5	5

NIC: Cuidados de la herida quirúrgica (3660) durante su estancia en la Unidad

Cuidados del sitio de incisión (3440)

Actividades de enfermería

- Curar la herida a las 48 horas de la intervención, primeramente limpiar con SF 0,9% y luego desinfectar con clorhexidina 0,5 %. Dejar secar, y cubrir con el apósito la herida

quirúrgica, del mismo tamaño que el anterior 10x8 cm, y el apósito inferior de 5x7 cm que llega hasta la cuarta vértebra torácica, aproximadamente. Registrarlo en la hoja de curas de enfermería

- Cambiar el apósito de la herida quirúrgica si hay un sangrado activo importante, es decir, si está empapado por completo o si compromete al resto de apósitos. Curar la herida como describimos anteriormente.

- Aprovechar el momento de la cura para valorar el estado de la herida, la cantidad drenada si es que drena, la aproximación de la piel, posibles signos de infección. Registrarlo en el comentario de enfermería en el sistema informático.

- Retirar las grapas de sutura a partir del 10º-15º día tras indicación médica, y dependiendo de la evolución en la cicatrización de la herida.

- Seguir una técnica aséptica utilizando materiales estériles para cambiar los apósitos.

Resultado (NOC): Eliminación urinaria (0508)			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2. Resultado esperado	2.Resultado alcanzado al alta
Indicador: color de la orina (50304)	4	4	5
Indicador: quemazón al orinar (50330)	4	5	5
Indicador: cantidad de orina (50303)	5	4	5
Indicador: hematuria (50414)	5	5	5
Indicador: piuria (70306)	5	5	5

Intervención (NIC): Cuidados del catéter urinario (1876)

Actividades de enfermería

- Registrar la diuresis del paciente de forma horaria, (pero en la casilla de la hora anterior a la que la medimos).

- Observar el aspecto de la orina y registrar los cambios en el color, claridad...en el comentario de enfermería en el SAP. Comunicarlo al enfermero/a del siguiente turno.
- Evaluar de forma horaria si la sonda está acodada o si la hemos pinzado de forma accidental, y si está permeable. La sonda vesical debe estar fijada en cara interna de muslo.
- Retirar la sonda vesical de látex con revestimiento de silicona como máximo a los 15 días desde su inserción, y si al paciente lo dan de alta antes, por ejemplo, en una semana, pues hacerlo tras indicación médica.
- Colocar el urimeter fijándolo al soporte de la cama, en una de sus barandas inferiores.
- Cambiar de inmediato la bolsa cuando esté casi llena de orina, pero pinzaremos la sonda primero. La nueva bolsa la mantendremos alejada del suelo, pero por debajo de la vejiga, de igual forma que la anterior.
- Evitar tensión de la sonda cuando bañemos al paciente al colocarlo en decúbito lateral

Resultado (NOC) en relación al factor de riesgo catéter venoso central y periférico: Estado infeccioso (0703)			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al inicio	2. Resultado esperado	2.Resultado alcanzado al alta
Indicador: flebitis (070328)	5	5	5
Indicador: dolor/hipersensibilidad (070308)	5	5	5

**NIC: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)
Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (4054)**

Actividades de enfermería

- Sustituir los sistemas venosos cada 48 horas (llaves, alargaderas y sistemas de Presión Venosa Central- PVC), y antes si se sospecha de infección.

- Comprobar las luces de la vía central con heparina sódica (basta con 5 mL) y también la que no se está usando, que debería estar pinzada. La vía periférica se heparinizará a las 24 horas, y con 3 mL es suficiente⁵.

- Dejar la luz distal del catéter venoso central para administrar nutrición parenteral. La luz media la usaremos para la administración de sueroterapia y otras “drogas”. La luz proximal la utilizaremos para la medicación intermitente⁵.

-Limpiar el puerto de inyección intravenoso con alcohol de 70° antes de pinchar medicación como por ejemplo la insulina, si lo precisara el paciente⁵.

- Vigilar el punto de punción ya que los apósitos son transparentes: el enrojecimiento, la tirantez de la piel o la hinchazón, pues nos indicarían una reacción local venosa y tendríamos que retirar cuanto antes la vía venosa periférica⁶. También si el paciente nos refiere dolor, sensación de quemazón local o en la zona de punción. En el caso de la vía central, avisar antes al médico.

- Cambiar el apósito de las vías venosas si están húmedos, manchados de sangre y/o despegados por otro de las mismas características, es decir, transparente y adhesivo, a poder ser del mismo tamaño y propiedades.

- Limpiar la vía venosa con SF 0,9% y luego desinfectaremos con clorhexidina al 2% alcohólica. Dejaremos secar y actuar al menos 30 segundos y pegaremos apósitos.

-Registrar los cambios de los apósitos de la vía central y de la vía periférica en la hoja de actividades de enfermería con una “X” y/o en la hoja de curas, anotando lo realizado y la fecha.

-Durante el baño del paciente, que lo realizaremos sobre las 9 a.m. intentaremos no mojar los apósitos, pues si ocurre esto, deberíamos cambiarlos también.

NIC: Protección contra las infecciones (6550)

Actividades de enfermería

- Inspeccionar el estado de las vías venosas y de la herida quirúrgica

- Observar signos y síntomas de infección sistémica localizada, por ejemplo si aumenta la temperatura por encima de 37,5 °C

- Limitar el número de visitas a dos momentos del día: a las 12:30 y a las 18:30 de la tarde.

-Usar guantes para una manipulación aséptica de la vía I.V., de la sonda vesical, y de la herida quirúrgica.

NIC: Control de infecciones (6540)

Actividades de enfermería

-Instruir a los familiares y amigos del paciente a lavarse las manos antes y después de entrar a la Unidad con jabón antimicrobiano o simplemente a usar el Instrunet®. Nosotros haremos lo mismo antes y después del contacto con el paciente en cada una de nuestras actividades.

- Administrar antibióticos tras orden médica si así lo precisara.

4.4 Problemas de colaboración, planificación y evaluación

Definición: Los problemas en colaboración son problemas que la enfermera no puede tratar de forma independiente, sino que deben ser abordados de forma interdisciplinaria en colaboración con otros profesionales, habitualmente médicos⁷.

Estas son las complicaciones potenciales que pueden ser adjudicadas al paciente:

-CP (Complicación Potencial): náuseas y vómitos

-CP: hiperglucemia

- CP: trombosis venosa profunda

- CP: shock

Las siguientes complicaciones potenciales que se desarrollan son aquellas en las que el equipo incide más y sus acciones van dirigidas a prevenirlas:

Complicación potencial: hemorragia

Objetivo enfermero

El profesional de enfermería controla la aparición de los signos y síntomas de hemorragia a través de la herida quirúrgica, minimiza las complicaciones que pudieran aparecer, e interviene en colaboración con los anestesiólogos para estabilizar al paciente.

Actividades de enfermería

- Ofrecer una intimidad adecuada para el paciente mediante biombos ante cualquier exploración, ya que no existen tabiques de separación de cubículos y, según distribución, pueden llegar a haber otros pacientes en frente de él, y también a cada lado del mismo.
- Mantener elevado el cabecero de la cama a 30°, excepto cuando vayamos a comprobar el estado de los apósitos de la herida quirúrgica, momento en el que lo colocaremos en decúbito lateral ayudado por un auxiliar de enfermería. No debe durar más de 30 segundos la visualización del estado de los apósitos.
- Explicar al paciente el por qué debe evitar flexionar el cuello, así como intentar no rotar la cabeza. Podría aumentar la tensión de la herida y/o provocar más sangrado. Debe mantener el cuello en posición intermedia y la cabeza alineada con el resto del cuerpo.
- Vigilar apósitos: si el apósito de la herida quirúrgica presenta un ligero sangrado, que consideramos que son desde unas gotas hasta un tercio de la totalidad del apósito manchado, se marcará con un rotulador negro y se comunicará al turno siguiente de enfermería para ser vigilado. De igual forma se hará en caso de un sangrado activo importante, que lo establecemos como el apósito totalmente manchado, y cuando se extiende y compromete al resto de apósitos. En ese caso, habrá que cambiar también el vendaje compresivo. Se pondrá en conocimiento del médico y se cambiarán por otros apósitos limpios.
- Registrar de forma horaria el estado del apósito que recubre la herida quirúrgica en la gráfica de la siguiente manera: (L) indicaría que está limpio, (M) indicaría que está manchado, (M=) reflejaría que se mantiene manchado, y (M+) haría referencia a que ha continúa manchándose.
- Utilizar la escala de Glasgow de forma horaria, y registrar cada uno de sus parámetros en cada ocasión. Importante tener en cuenta cualquier deterioro del nivel de conciencia, si el paciente presenta cambios respiratorios en los que la saturación disminuye por debajo de 95 % de O₂, o si hay cambios pupilares. Esto nos podría advertir del inicio o continuación de la hemorragia.

- Monitorizar los signos vitales tanto la TA como la FC cada 15 minutos durante las dos primeras horas de estancia del paciente, luego cada media hora y, finalmente, a partir de la cuarta hora, lo haremos cada 60 minutos. Lo registraremos en cada ocasión en la gráfica de la Unidad.
- Prestar especial atención a la elevación por encima de 140 mmHg de la PAS y la disminución de la FC por debajo de 60 ppm. Posibilidad de shock con otros signos como oliguria, anuria...
- Administrar tratamiento antihipertensivo pautado por el médico, y en situaciones especiales de PAS por encima de 160 mmHg administrar 5 mg de urapidil en bolo directo y 2,5 mg de bisoprolol EV.
- Monitorizar la FR (también la Saturación de O₂ y la FiO₂), la T^a, y también la PVC, de forma horaria y lo registraremos en cada ocasión en la gráfica.
- Administrar cada 6 horas 500 mL de SF 0,9% y añadirle 20 mEq de KCl.
- Realizar gasometrías de sangre venosa cada 12 horas y Bmtest cada 6 horas. Anotaremos la glucemia en la gráfica. Dejaremos la hoja impresa de la gasometría venosa en un lugar visible de la mesa del paciente, como puede ser la parte superior de la misma.
- Fijarse en el valor de la hemoglobina, del hematocrito y de las plaquetas, y avisar al médico si se observa disminución de sus valores. Una vez confirmación, proceder a pedir a Banco de Sangre un concentrado de hematíes o de plaquetas. Importante, en cuanto a las plaquetas, anotar el peso del paciente que son 83 kg, cuando rellenemos la solicitud. Será la enfermera de Banco quien lo administrará según supervisión nuestra. Tener en cuenta el grupo A+ del paciente.
- Preparar 3 tubos (el de hemograma, bioquímica y coagulación) para ser enviados a Laboratorio tras extracción de sangre venosa por el catéter central (yugular).

Actividades prescritas por el médico

- Cabecero a 30°.

- O₂ inicial con GN a 2 lpm para saturaciones de O₂ superiores a un 95%. Si disminuye de 95% aumentar hasta 4 lpm .
- Gasometría venosa cada 12 horas y BMtest cada 6 horas. Extracción de sangre venosa por la vía central y analítica (hemograma, bioquímica y coagulación).
- Administrar concentrado de hematíes si la hemoglobina es inferior o igual a 8 g/dL. Concentrado de plaquetas si son inferiores a 100000/mm³. Avisar antes de administración.
- Tratamiento antihipertensivo: amlodipino 5 mg VO cada 24 horas y 12,5 mg de hidroclorotiazida VO c/24 horas. Si PAS por encima de 160 mmHg, administrar 5 mg de urapidil en bolo directo IV y 2,5 mg de bisoprolol EV.
- 2000 mL de SF 0,9% y añadirle 80 mEq de KCl cada 6 horas.

Valoración focalizada

- Control de signos vitales:
 - Respiraciones relajadas y rítmicas entre 16 y 20 rpm
 - Frecuencia cardíaca entre 60-100 ppm
 - PA mayor a 90/60 mmHg y menor a 140/90 mmHg
 - Temperatura entre 36,5-37,5 °C
 - Saturación O₂ superior a 95%
- Control de la diuresis por encima de 0,5 ml/kg/hora
- Control del hematocrito, que en el hombre se sitúa entre un 41% y un 53 %. (según los valores del Laboratorio del HUC).
- Control de la hemoglobina, que en el hombre oscila entre 13,5 g/dL y 17,5 g/dL (según los valores del Laboratorio del HUC).
- Plaquetas entre 100000 /mm³ y 450000 /mm³
- Control neurológico: apertura ocular espontánea, pupilas reactivas a la luz e isocóricas, consciente, tranquilo y orientado, buena respuesta motora de ambos miembros superiores tanto izquierdos como derechos y de ambos miembros inferiores tanto izquierdos como derechos. Fuerza y sensibilidad conservadas.
- Control de glucosa: 65 - 110 mg/dL

Evaluación inicial (al ingreso): 5 (nada comprometido).

Evaluación al alta: 4 (levemente comprometido). El apósito central de la herida quirúrgica está manchado de sangre 1/3 de su total. En la planta de hospitalización, deben realizar la primera cura, valorar el estado de la herida, y volver a realizar el vendaje. Deben comprobar que los signos vitales estén dentro sus valores normales, así como la diuresis. A la llegada del paciente, deben realizar la valoración neurológica utilizando la escala de Glasgow y rellenar, junto a más información necesaria, el apartado de comentario de Enfermería en el Sistema Informático SAP. Es importante que tras la extracción de sangre venosa, se siga vigilando la hemoglobina, el hematocrito y las plaquetas.

Complicación potencial: edema cerebral

Objetivo enfermero

El profesional de enfermería controla la aparición de los signos y síntomas de edema cerebral, minimiza las complicaciones que pudieran aparecer, e interviene en colaboración con otros profesionales (anestesiistas) para estabilizar al paciente.

Actividades de enfermería

- Administrar el glucocorticoide pautado, 4 mg de dexametasona IV cada 8 horas. Estaremos atentos a uno de sus efectos secundarios a los 15 minutos: la hiperglucemia. También, tendremos en cuenta si se producen alteraciones psiquiátricas y dermatológicas como irritación de la piel.
- Realizar Bmtest® cada 6 horas, y tras administración de la dexametasona a los 15 minutos. Anotar en la gráfica el valor de la glucemia en mg/dL, y avisar al médico si sobrepasa los 130 mg/dL. Después, administrar insulina IV (Actrapid®) siguiendo la fórmula de "X" mg/dL multiplicado por 0,03, lo que nos dará las unidades de insulina.
- Realizar la valoración neurológica utilizando la escala de Glasgow. Registrar de forma horaria los siguientes parámetros en la gráfica de la Unidad: respuesta verbal, respuesta motora, apertura ocular, y estado pupilar.
- Levantar apósitos cuando el paciente presenta deterioro del nivel de conciencia de forma repentina (somnolencia, estupor, estado semicomatoso, o incluso coma) y/o no es capaz de mantener saturaciones de oxígeno por encima de 95% aún portando

gafas nasales a 2 lpm. Sospecharemos de edema cerebral, hemorragia o posible infarto cerebral. Comunicarlo al médico responsable. También, cuando observamos cambios en el estado pupilar en cuanto al tamaño en mm, simetría y reacción ante el foco de luz, así como en cuanto a la apertura ocular si es espontánea o no, si reacciona solo ante un estímulo doloroso...

- Monitorizar los signos vitales tanto la TA como la FC cada 15 minutos durante las dos primeras horas de estancia del paciente, luego cada media hora y, finalmente, a partir de la cuarta hora, lo haremos cada 60 minutos. Registrarlo en cada ocasión en la gráfica de la Unidad.
- Prestar especial atención a la elevación por encima de 140 mmHg de la PAS y de la FC por debajo de 60 ppm. Vigilar también el aumento de la temperatura por encima de 37,5 °C.
- Registrar de forma horaria la cantidad de orina recogida en el urímetro, pero lo anotaremos en la casilla anterior a la hora en que lo medimos. Atención a la posible poliuria por la asociación de la dexametasona con los 20 mg de furosemida IV cada 8 horas. Es importante también que nos fijemos en el color de la orina (si tiene restos hemáticos, color amarillo oscuro o amarillo claro, blanquecino o de aspecto lechoso, anaranjado...).

Actividades prescritas por el médico

-Cabecero a 30°. Decúbito supino.

-Administrar 4 mg de dexametasona por vía intravenosa cada 8 horas asociado a 20 mg de furosemida IV cada 8 horas

-O₂ inicial con GN a 2 lpm para saturaciones de O₂ superiores a un 95%. Si disminuye de 95% aumentar hasta 4 lpm .

-Bmtest cada 6 horas.

Valoración focalizada

- Control de signos vitales:

Respiraciones relajadas y rítmicas entre 16 y 20 rpm. Sin estertores ni sibilancias, ruidos respiratorios en todos los lóbulos

Frecuencia cardíaca entre 60-100 ppm

PA mayor a 90/60 mmHg y menor a 140/90 mmHg. Presión diferencial estable, es decir, aproximadamente 40 mmHg de diferencia entre la PAD y la PAS.

Temperatura entre 36,5-37,5 °C

- Control de la diuresis por encima de 0,5 ml/kg/hora
- Control neurológico: tranquilo, consciente y orientado, sin cambios en la visión, pupilas uniformes y reactivas a la luz, fuerza de los dos miembros superiores y los dos miembros inferiores conservada. Ausencia de hemiparesia. Sin cefaleas, somnolencia ni convulsiones. Tampoco aparición de náuseas, vómitos ni hipo.
- Control de glucosa entre 65 y 110 mg/dL. Administrar insulina a partir de 130 mg/dL.

Evaluación inicial (al ingreso): 4 (levemente comprometido).

Evaluación al alta: 5 puntos (nada comprometido). En el momento del alta, sus signos vitales son constantes (77 pulsaciones por minuto en ritmo sinusal, PA de 125/75 mmHg, T° de 36,7°C, respuesta verbal, respuesta motora, apertura ocular, y estado pupilar dentro de la normalidad). El tratamiento a base de corticoide y el empleo coadyuvante de la furosemida podrá ser modificado en planta. Se deberá seguir vigilando la diuresis (cantidad, color...), pero no registrando su valor de forma horaria.

Complicación potencial: convulsiones ⁸

Objetivo enfermero

Controlar la aparición de los signos y síntomas de convulsiones, y minimizar los episodios con la administración de fármacos pautados y las actividades que el profesional de enfermería realiza. Intervenir en colaboración con el médico e incluso con el neurólogo.

Actividades de enfermería

- Establecer medidas de seguridad como la elevación y fijación de las barandas de la cama para evitar caídas
- Monitorizar la FR (también la Sat. de O₂ y la FiO₂), la T^a, y también la PVC, de forma horaria y registrarlo en cada ocasión en la gráfica.

- Realizar la valoración neurológica utilizando la escala de Glasgow. Registrar de forma horaria los siguientes parámetros en la gráfica de la Unidad: respuesta verbal, respuesta motora, apertura ocular, y estado pupilar.
- Aumentar a 4 lpm el aporte de O₂ ante sospecha de posible convulsiones o saturación por debajo de 95%.
- Observar el momento de inicio de la crisis, los movimientos realizados y las partes del cuerpo implicadas, alteración en el tamaño pupilar, si pierde el conocimiento y durante cuánto tiempo, cuál es su comportamiento después de la crisis, si tiene debilidad o parálisis después de la misma, si aumenta la diuresis por relajación de esfínteres, o si tiene sueño tras esta circunstancia. Documentar todo esto en el comentario de enfermería en nuestro sistema SAP, y de forma oral con el resto de profesionales.
- Colocar al paciente de costado ayudado por un auxiliar de enfermería en el momento en que ocurra la crisis. No interferir en sus movimientos ni introducir nada en su boca.
- Administrar rivotril (1 mg/ ml) IV cada 8 horas
- Administrar 10 mg de diazepam vía I.V si presenta convulsiones generalizadas. Vigilar tras su administración el monitor del ECG por el riesgo de arritmias. Sabemos que las benzodiazepinas son potentes depresores del sistema respiratorio. Observar detalladamente los efectos de las benzodiazepinas: sedación excesiva, habla mal articulada, ataxia, o nistagmos. Esto puede influir en la valoración neurológica.
- Ladear la cabeza si presenta vómitos. Administrar como prevención metoclopramida 10 mg cada 6 horas vía IV .
- Mantener una intimidad durante y después de la crisis utilizando las cortinas como medida de aislamiento o bien mediante biombos, intentando no elevar el tono de voz en exceso ni convertir la situación en un hecho traumático para que el paciente no sienta vergüenza.
- Hablar con el paciente de lo sucedido y preguntarle si experimentó olores o sabores extraños antes de la crisis, o una sensación de déjà vu: el aura.

- Aspirar secreciones orofaríngeas colocando al paciente de costado, con la ayuda de un auxiliar de enfermería, durante no más de 10 segundos. Preoxigenar primero con O2 al 100% y luego volver a hiperoxigenar al 100% tras la aspiración. Fijarse en la cantidad drenada, el color de las mismas, y anotarlo en la gráfica.
- Registrar en la página de actividades e intervenciones con una X, que está en la parte posterior de la gráfica de la Unidad, la aspiración de secreciones, y la valoración neurológica cuando se haya hecho.
- Permitir que el paciente se duerma después de la actividad convulsiva y ayudarlo a orientarse tras despertar, indicándole el lugar en el que está, que día y hora es, y llamarle por su nombre.
- Realizar Bmtest® cada 6 horas.

Actividades prescritas por el médico

- Administrar 1 ampolla de rivotril (1 mg/ ml) IV cada 8 horas
- Si sigue presentado convulsiones generalizadas administrar 10 mg de diazepam vía I.V.
- Metoclopramida 10 mg cada 6 horas vía IV
- Bmtest cada 6 horas
- Antes sospechas de convulsiones, aumentar a 4 lpm el aporte de O2.

Valoración focalizada

Sin convulsiones

Sin náuseas ni vómitos

Vías aéreas permeables

Saturación de oxígeno por encima de 95%

Control de diuresis

Glucemia entre 65 y 110 mg/Dl

Evaluación inicial (al ingreso): 4 (levemente comprometido)

Evaluación al alta: 5 puntos (nada comprometido). En el momento del alta, no presenta convulsiones ni ningún tipo de desviación del estado actual de su salud (sin náuseas ni vómitos, su saturación de O2 basal es de 99%, su glucemia es de 100 mg/dL y

su diuresis es superior a 0,5 mg/kg/hora...) . Tratamiento actual preventivo : 1 ampolla de rivotril (1 mg/ml), cada 8 horas vía intravenosa. Esto podrá modificarse en la planta de hospitalización. Deberán recibir al paciente y comprobar inicialmente que está consciente, orientado en las tres esferas, y que no presenta alteración de ningún tipo, como podría ser la visual (nistagmos, diplopía...). No será necesario realizar la valoración por la escala de Glasgow de forma horaria.

Complicación potencial: dolor secundario a intervención quirúrgica

Objetivo enfermero

Reducir a 0 puntos el nivel dolor del paciente. Manifestará que no tiene dolor.

Resultado (NOC): Nivel del dolor (2102)			
Definición: intensidad del dolor referido o manifestado			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicador: dolor referido (210201)	4	5	5
Indicador: duración de los episodios de dolor (210204)	2	5	5
Indicador: expresiones faciales de dolor (2010206)	4	5	5
Indicador: muecas de dolor (210224)	4	5	5
Indicador: gemidos y gritos (210217)	4	5	5
Indicador: frecuencia respiratoria (210210)	3	5	5
Indicador: presión arterial (210212)	2	5	5

Resultado (NOC): Control del dolor (1605)

	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado	2.Resultado esperado	2.Resultado alcanzado al alta
Indicadores: reconoce los factores causales (160501)	5	5	5
Indicadores: reconoce el comienzo del dolor (160502)	5	5	5
Indicadores: refiere dolor controlado (160513)	4	5	5

Intervenciones (NIC)**Intervención: Administración de analgésicos (2210)**

Definición: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, pues dependerá de ello el fármaco que se administre. Determinar la intensidad del dolor y registrar de forma horaria tras valoración según la EVN (escala de valoración numérica).

-Comprobar siempre las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, y frecuencia del analgésico prescrito.

-Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.

-Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.

- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios de forma puntual o cuando sea necesario para potenciar la analgesia. De rescate, aunque siga siendo dolor leve, administraremos 50 mg de enantyum EV cada 8 horas. Si el dolor del paciente es moderado (entre 4 y 7 puntos según EVN), administraremos 100 mg de tramadol junto 2 ampollas de droperidol(4 mL), diluidos en 100 mL de SF 0,9% por vía intravenosa.

- Instruir a la paciente para que solicite la medicación para el dolor antes de que éste sea más intenso.

- Evaluar la eficacia del analgésico a la hora tras la administración del analgésico, pero y observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos, y documentarlo en el

SAP, aunque también lo comuniquemos al enfermero responsable del turno siguiente y al médico.

Intervención (NIC): Manejo del dolor (1400)

Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

Actividades:

- Utilizar la EVN de forma horaria para clasificar el dolor según la intensidad: ausencia del mismo (0 puntos), leve (de 1-3 puntos), moderado (de 4 a 7 puntos) o grave (de 8 -10 puntos). Lo registramos en la gráfica en cada ocasión.

- Administrar si el dolor sigue siendo leve tanto 1g Paracetamol IV cada 6 horas como 2 gramos de Nolotil IV cada 8 horas.

-Comunicar al paciente que es un dolor esperado tras una operación quirúrgica y más en esa región cervico-occipital. No debemos asegurar cuando se irá por completo el dolor pues realmente no sabemos en qué momento exactamente, pero sí informarle de la normalidad y anormalidad.

- Observar signos no verbales de molestias como expresiones faciales, gemidos...

-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor

-Intentar no mover durante la tarde del día 14/12/17 y la noche al paciente de su posición en supino y con la cabecera a 30°. A la mañana siguiente, cuando lo bañemos y cambiemos las sábanas de la cama, la metida y la entremetida, realizaremos el primer cambio. En este caso lo haremos con una auxiliar y le colocaremos en decúbito lateral. Realizar esta actividad lo más rápido posible, pero de forma que el paciente quede limpio y seco. Avisar cuando vayamos a ejecutar este tipo de procedimientos.

-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias como la temperatura del cubículo en el que está, su iluminación, y ruido en otras partes de la Unidad.

-Notificar al médico si las medidas para el alivio del dolor no tienen éxito

5. Plan de cuidados de la paciente Doña Laura García (nombre y apellidos ficticios)

5.1 Anamnesis

Paciente de 34 años que ingresa en la Unidad de Paritorio del CHUC para cesárea electiva por posición podálica del feto. La técnica anestésica elegida es la regional de tipo espinal.

Nace una niña de 2920 gramos con un Apgar de 9/9/0. La expulsión fetal se realiza a las 11,35 de la mañana.

Llega a la Unidad de Recuperación Postanestésica a las 12:30 del día 19/04/17. Actualmente, se encuentra en la Zona 2 o sala de Despertar de esta unidad, donde se le realiza el siguiente plan de cuidados, hasta su salida de de la misma, a las 15:30 del mismo día (19/04/17).

5.2 Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon y exploración física

1) Patrón de percepción – manejo de la salud

- Salud autopercebida: buena
 - Consumo de cigarrillos: sí, dos cada día
 - Consumo de alcohol: no
 - Consumo de sustancias tóxicas: no
 - Aislamiento: no
 - Alergias: penicilina, yodo, aspirina
- Antecedentes personales: sobrepeso, apendicectomía, fumadora de unos 2 cigarrillos/día, insuficiencia venosa leve, asma estacional (sin tratamiento actual)
- En el período posparto de la paciente o también conocido como puerperio inmediato, se deben administrar en total 40 unidades de Oxitocina diluidas en 4 sueros alternos de Normaion Restaurador® (2000 ml). Sin embargo, durante su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica sólo se administran 10 UI de oxitocina+500 ml de suero.

2) Patrón nutricional - metabólico

- Talla: 180 cm
- Peso: 95 kg
- IMC: 29,32 kg/m². Sobrepeso.

- Dieta absoluta. Reposición de sueros. Media hora antes de dar el alta, se le ofrece una infusión. Buena tolerancia.

- Catéter venoso (fecha de implantación y tipo): abbocath nº 18 que sigue el recorrido de la vena cubital, MSI (miembro superior izquierdo). Fecha de inserción: 19/04/17. No se aprecia flebitis, dolor/hipersensibilidad o extravasación. Apósito transparente y adhesivo que está limpio. Continúa así toda su estancia en la Unidad.

- Problemas digestivos: ninguno. No presenta problemas en la masticación, en la deglución ni en la digestión como náuseas o vómitos en ningún momento.

- Dentición: buena

- Mucosa oral: bien

- Piel: alterada. está ligeramente pálida, algo fría y está ligeramente seca. No presenta UPP. 1 punto en la escala de Aldrette al inicio. 2 puntos al alta, ya que tiene la piel de color rosada, no está pálida.

Observaciones: incisión cesárea. A la palpación, el abdomen es blando y depresible. El útero está a nivel de la sínfisis del pubis. Está contraído y presenta pérdidas hemáticas normales.

Presenta una herida postquirúrgica a nivel infraumbilical. No se aprecia edema perilesional, secreciones purulentas, serosanguinolentas, ni malos olores. Son dos apósitos los que recubren la herida, uno de ellos está manchado solamente con dos pequeñas gotas de sangre que son marcadas en la primera comprobación. En las siguientes revisiones, sigue igual. Grapas que aproximan la herida. Buen estado.

Tiene también una cicatriz debido a una apendicectomía de hace algunos años.

Se observa pequeñas estrías.

- Leve tiritona con el frío y presencia de piel de gallina, que desaparecen al alta.
 - Temperatura: 35,4 °C. Al alta, 36,5 °C.
 - Posición: decúbito supino. Cabecero a 45°.
 - Riesgo de úlcera por presión: no.
-
- Las uñas están en buen estado y con muy buena higiene. No presentan un color anómalo indicativo de otras patologías.
-
- Su cabeza presenta una forma simétrica. En cuanto a su pelo es liso, pero de textura grasa.
-
- Su encía tiene un llenado capilar normal. La higiene es correcta. Todas las piezas son propias. Los labios están ligeramente pálidos, asimétricos, ausencia de cianosis, algo secos. La lengua es de color rojizo, áspera, ligeramente seca. No presenta lesiones externas.
-
- Cuello simétrico
-
- Pezones y mamas tienen buena coloración, mamas agrandadas por el proceso de embarazo, tubérculos de Montgomery visibles, estrías en los senos justo al lado de la areola cuya pigmentación se encuentra aumentada. No mastitis.
-
- No se observa hemorroides rectales, fisuras anales, prolapsos genitales u otro signo anómalo.

3) Patrón eliminación

- Diuresis: ronda los 300 cc (la primera hora en URPA), 100 cc (la segunda hora que pasa en URPA), 110 (la tercera hora que pasa en URPA)
- Color: amarillo claro. Al alta, está algo más oscura y concentrada.

- No se observa signos de infección, ni sangre en orina. Sin quemazón al orinar.
- Dispositivo de ayuda: sonda vesical tipo Foley de dos luces insertada el 19/04/17.
- Frecuencia intestinal: normal de consistencia sólida realizada a primera hora de la mañana (07:00 a.m.) del 19/04/17. Realiza una deposición en cantidad aproximada de 100 cc antes de salir de la Unidad, alrededor de las 15:00 de este mismo día en el que se realiza la valoración. Es de color marrón-oscuro, y de consistencia sólida. Se le facilita el chato para esta actividad.
- No tiene náuseas ni vomita.
- Pérdidas hemáticas vaginales: tras realizar la maniobra de Credé en la primera hora de estancia de la paciente, el sangrado vaginal es leve, a la siguiente hora sigue siendo leve(+), es decir, casi ½ compresa manchada, finalmente en las comprobaciones siguientes, el sangrado es negativo.

4) Patrón actividad ejercicio

- Actividad laboral: trabajadora de la limpieza
- Es dependiente para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria): alimentación, baño / higiene, vestido / acicalarse, uso del inodoro / WC.
(Según Índice de Katz: 4).

O: AUTOCUIDADO 1: DISPOSITIVO 2: SUPERVISIÓN 3: AYUDA
4: DEPENDENCIA

- Miembro dominante: derecho
- Movilidad: alterada, sobre todo los miembros inferiores, todavía sedoanalgesados
- Valoración neurovascular MM:
 - Temperatura: frío. Al alta, caliente.
 - Edemas: no
 - Movilidad: Las extremidades superiores tienen buen movimiento. En cuanto a los miembros inferiores, todavía no tienen una buena movilización(por anestesia espinal). 1

punto según la escala de Aldrette. Los mueve en la dirección deseada, pero la rapidez es más bien moderada, pierde la fuerza y el control del movimiento de igual forma. Al alta, mueve perfectamente los MMII. Tiene medias compresivas elásticas en ambos miembros. Al alta, se le asignan 2 puntos según la escala de Aldrette.

Se observan algunas varices y pequeñas venas azuladas (telangiectasias).

-Sensibilidad: disminuida

- Frecuencia cardíaca: bajo a 40 ppm, bastante por debajo de la normalidad. Al alta, se encuentra a 61 ppm, dentro de la normalidad.
- Respiración: eupneica. Precisa gafas nasales a 2 litros/min (28 % de O₂). 0 puntos en la escala de Aldrette. Su frecuencia respiratoria está tres puntos por encima del rango normal (16-20 rpm), a 23 rpm. La saturación de O₂ está por debajo del rango normal (95-100 % O₂), a 94 % de O₂, basales. Sin embargo, con el dispositivo de ayuda alcanza el 99% de O₂. Al alta, respira por sí misma, alcanzando el 98% de O₂ sin necesidad de dispositivo de ayuda alguno (2 puntos en la escala de Aldrette).
- TA: normal, a 110/70 mm Hg, en ritmo sinusal. T.A. anteriores (preanestesia): 115/75 mmHg. T.A. al alta: 120/80 mmHg. 2 puntos en la escala de Aldrette tanto al ingresar como al alta.
- Puntuación total al inicio en el test de Aldrette: 6 puntos
- Puntuación total al alta en el test de Aldrette: 10 puntos

5) Patrón sueño – descanso

- Satisfacción con el sueño: sí
- Está cansada tras la operación, pero no duerme durante su estancia en la Unidad.
- Problemas de sueño: no
- Uso de medicación: no

6) Patrón cognitivo – perceptivo

- Audición: no precisa de dispositivos de ayuda (audífono...). Responde sin esfuerzo ante el tono de voz normal.

- Visión: Ambos son eficientes, pupilas isocóricas y reactivas a la luz. La esclerótica es de color blanco, sin color amarillento propio de la ictericia.

- Lenguaje: normal

- Consciencia:

- Valoración neurológica: orientada en espacio, tiempo y persona. Ausencia de ansiedad, agitación, aprensión, inquietud, y desorientación. 2 puntos en este apartado en la escala de Aldrette tanto al ingresar como al alta.

- Dolor:

- Escala de valoración numérica: refiere 5 puntos según la escala numérica verbal (de 4 a 7 puntos es dolor moderado). Localizado en el abdomen debido a la propia intervención, y el cual aumenta al realizar la maniobra de Credé, pero también al moverse. Es de breve duración. Se acompaña de expresiones faciales y algunas muecas y pequeños gemidos por parte de la paciente.

- Al alta lo puntúa con un "2" y es, por lo tanto, un dolor de intensidad leve (1 a 3 puntos). Continúa con alguna mueca de dolor, y algún gemido.

- Tratamiento analgésico: Enantyum 1 mg Endovenosa cada 8 horas. Nolotil 1 ampolla ev/ 8 horas

7) Patrón autopercepción – autoconcepto

- Autoestima (según escala de Rosemberg): no valorado
- Actitud frente a la hospitalización/enfermedad: aceptación
- Dificultades emocionales: no

8) Patrón rol-relaciones

- Vive con familia
 - Dificultades con el idioma: no
- Resto no valorado

9) Patrón sexualidad – reproducción

- Tiene pareja: sí
- Enfermedad de transmisión sexual: no
- Número de embarazos/abortos/hijos: primigesta, nulípara, 1 nacido vivo
- Embarazos ectópicos: ninguno. No tiene historial de hemorragias durante la 1ª mitad del embarazo.

10) Patrón adaptación – tolerancia al estrés

- Afrontamiento de la situación: sí
- Resto no valorado

11) Patrón valores-creencias

- No valorado

5.3 Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación⁴

Debido a que la paciente sólo permanece 3 horas en la Unidad no es posible realizar cambios posturales, realizar la higiene e hidratación diaria (corporal, bucal, cuidados exquisitos de la piel...), puesto que muchas de estas actividades básicas de Enfermería se realizan en pacientes críticos o en aquellos que permanezcan más de 24 horas en la Unidad, y no ocurre con esta paciente. Se debe hacer hincapié en la planta de hospitalización, tras ser dada de alta en la Unidad de Recuperación Postanestésica.

- **Riesgo de lesión**
- **Riesgo de caídas (00155)**. Sí podemos prevenir las caídas con el uso y fijación de ambas barandas laterales que están en la cama de la paciente.
- **Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)**.
- **Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento (00109)**
- **Déficit de autocuidado: alimentación (00102)**
- **Déficit de autocuidado: uso del inodoro / WC (00110)**.
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)**
- **Patrón respiratorio ineficaz (00032)**

NANDA: 00004. Diagnóstico: Riesgo de infección r/c herida quirúrgica y vías invasivas (sonda vesical, catéter venoso periférico)

Objetivo: la paciente estará libre de procesos infecciosos durante su permanencia en Recuperación de Quirófano

Resultado NOC: Estado inmune (0702)			
Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.			
Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))			
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3.Resultado alcanzado al alta
Indicador: estado respiratorio (70204)	4	5	5
Indicador: temperatura corporal (70207)	3	4	5
Indicador: integridad cutánea (70208)	3	4	4
Indicador: integridad mucosa (70209)	4	4	4

Resultado (NOC): Curación de la herida por primera intención (1102)			
Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))			
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3.Resultado alcanzado al alta
Indicador: edema perilesional (110209)	5	5	5
Indicador: secreción purulenta (110202)	5	5	5
Indicador: olor de la herida (110211)	5	5	5
Indicador: secreción			

sanguinolenta de la herida (110204)	5	5	5
-------------------------------------	---	---	---

NIC: Cuidados de la herida quirúrgica (3660)

Cuidados del sitio de incisión (3440)

Actividades de enfermería

- Cambiar el apósito de la herida quirúrgica si hay un sangrado activo importante, es decir, si está empapado por completo o si compromete al resto de apósitos. De forma habitual, no se manipulará hasta pasadas 48 horas, y ya en Planta la limpiarán con SF 0,9% y desinfectarán con clorhexidina acuosa al 2% o al 0,5%. Seguirán una técnica estéril.

- En el caso excepcional de que haya que cambiar los apósitos, valorar el estado de la herida, la cantidad drenada si es que drena, la aproximación de la piel, posibles signos de infección. Registrarlo en el comentario de enfermería (en el SAP).

-Registrar en la gráfica si el apósito quirúrgico está limpio con una (L), si está manchado con una (M), y si continúa manchado con una (M+). Marcar zona del apósito que está manchada con un rotulador para posteriores controles.

Resultado (NOC): Eliminación urinaria (0508)			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado al alta
Indicador: color de la orina (50304)	5	4	4
Indicador: quemazón al orinar (50330)	5	5	5
Indicador: cantidad de orina (50303)	5	5	5
Indicador: hematuria (50414)	5	5	5
Indicador: piuria (70306)	5	5	5

NIC: Cuidados del catéter urinario (1876)

Actividades de enfermería

- Registrar la diuresis de la paciente de forma horaria, pero en la casilla de la hora anterior a la que la medimos.
- Observar el aspecto de la orina y registrar los cambios en el color, claridad....en el comentario de enfermería en el SAP. Comunicarlo al enfermero/a del siguiente turno.
- Evaluar de forma horaria si la sonda está acodada o si la hemos pinzado de forma accidental o no, y si está permeable o no. La sonda vesical debe estar fijada en cara interna de muslo.
- Retirar la sonda vesical tipo Foley al siguiente día (20/04/17) en la planta de Hospitalización de Ginecología si la evolución sigue siendo buena.
- Colocar el urimeter fijándolo al soporte de la cama, en una de sus barandas inferiores.
- Cambiar de inmediato la bolsa cuando esté casi llena de orina, pero pinzando la sonda primero. Mantener la nueva bolsa alejada del suelo, pero por debajo de la vejiga, de igual forma que la anterior.

Resultado NOC en relación al catéter venoso periférico: Estado infeccioso (0703)			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicador: flebitis (070328)	5	5	5
Indicador: dolor/hipersensibilidad (070308)	5	5	5

NIC: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)

Actividades de enfermería

- Vigilar el punto de punción ya que el apósito es transparente: el enrojecimiento, la tirantez de la piel o la hinchazón, pues nos indicarían una reacción local venosa y tendríamos que retirar cuanto antes la vía venosa periférica⁶. También si el paciente nos refiere dolor, sensación de quemazón local o en la zona de punción.
- Cambiar el apósito de la vías venosa si está húmedo, manchado de sangre y/o despegados por otro de las mismas características, es decir, transparente y adhesivo, a poder ser del mismo tamaño y propiedades.
- Limpiar la vía venosa con SF 0,9% y luego desinfectar con clorhexidina al 2% alcohólica. Dejar secar, actuar al menos treinta segundos, y pegar apósitos.

NIC: Protección contra las infecciones (6550)

Actividades de enfermería

- Inspeccionar el estado de las vías venosas y de la herida quirúrgica
- Observar signos y síntomas de infección sistémica localiza, por ejemplo si aumenta la temperatura por encima de 37,5 °C
- Usar guantes para una manipulación aséptica de la vía I.V., de la sonda vesical, y de la herida quirúrgica.

NIC: Control de infecciones (6540)

Actividades de enfermería

- Instruir a los familiares y amigos de la paciente a lavarse las manos antes y después de entrar a la Unidad con jabón antimicrobiano o simplemente a usar el Instrunet®. Nosotros haremos la mismo antes y después del contacto con el paciente en cada una de nuestras actividades.
- Limitar el número de visitas a un momento del día con esta paciente: a las 12:30, que coincide también con “la visita del minuto de oro”, aquella en la que se permite a los familiares acompañar a la paciente inmediatamente después de la operación.
- Administrar antibióticos tras orden médica si así lo precisara.

NANDA: 00085. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c efectos de la anestesia espinal m/p limitación y enlentecimiento de movimiento de los MMII

Objetivo: la paciente recuperará la movilidad en ambos miembros inferiores a medida que el efecto de la anestesia vaya dejando de hacer efecto

Resultados(NOC):			
Resultado NOC: movimiento coordinado (0212)			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicador: rapidez del movimiento (21203)	3	4	5
Indicador: movimiento en la dirección deseada (21209)	5	5	5
Indicador: movimiento en el tiempo deseado (21210)	3	4	5
Indicador: control del movimiento (21205)	4	4	5

Intervenciones (NIC)

Intervención: cambio de posición (0840)

Intervención: cuidados del paciente encamado (0740)

Actividades:

- Durante el tiempo que pase en la Unidad y al ser una paciente con tiempo de permanencia esperado menor a 6 horas, (no es un semicrítico o crítico), no tiene riesgo de UPP y no es necesario realizar la valoración según escala de Braden, no se harán cambios posturales. Ya en la planta de hospitalización se le explicará la importancia de la deambulacion precoz para prevenir la tromboflebitis y promover la motilidad intestinal.

-Debe estar siempre en decúbito supino con el cabecero elevado a 45° aproximadamente

-Registrar en el Test de Aldrette, al alta de Recuperación, cada uno de los apartados (conciencia, respiración, TA, y movilidad). Respecto a la movilidad, podemos asignarle

una "X" a cada uno de estos ítems: movilidad coordinada/de los 4 miembros (2 puntos), movilidad incoordinada / de los 2 miembros (1 punto), movilidad ausente (0 puntos). Cada media hora vigilarémos la coloración, Tª de los MMII, y tomaremos el pulso.

-Intentar que la ropa de la cama esté limpia, seca y con menos arrugas posibles.

-Estaremos atentos si la paciente quiere realizar una deposición. Facilitarle el chato.

-Ayudar a flexionar la rodilla arrastrando el talón sobre la cama, para ir doblando la rodilla cada vez más. Así favoreceremos que recupere cuanto antes la completa movilidad. También debe empezar a elevar la pierna hasta 45 ° totalmente estirada (comprobaremos la fuerza también), primera una y luego la otra. Animar a la paciente.

- En las siguientes 24 horas, en la planta de hospitalización, le ayudarán a sentarse al sillón, y progresivamente irá caminando por la Unidad y por el pasillo, hasta su completa independencia.

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal: hipotermia r/c exposición prolongada al frío del quirófano

Código: [00016]

Definición: vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puedan comprometer la salud

Objetivo: la paciente mantendrá una temperatura corporal normal entre 36-37 °C en la primera hora de estancia y en las sucesivas.

Resultados(NOC):			
Resultado (NOC): termorregulación (0800)			
Definición: equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor			
	Escala de medición (desde gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido(2), moderadamente comprometido(3), levemente comprometido(4), a nada comprometido(5))		
	1. Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3.Resultado alcanzado al alta
Indicador: tiritona con el frío (08011)	4	5	5
Indicador: frecuencia respiratoria (080013)	3	4	4
Indicador: deshidratación	4	4	4

(080014)			
Indicador: disminución de la temperatura cutánea (080018)	4	5	5
Indicador: hipotermia (080020)	4	4	5
Indicador: presencia de piel de gallina cuando hace frío (080009)	4	4	5

Intervenciones (NIC)

Intervención: regulación de la temperatura (3900)

Definición: consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del margen normal

Actividades:

- Proporcionar a la paciente mantas calientes a su llegada a la URPA
- Conservar un ambiente cálido (intentando no destapar a la paciente frecuentemente, para así evitar la pérdida de calor...)
- Controlar signos vitales
- Anotar en gráfica la temperatura y el resto de signos vitales cada 15 minutos durante las 2 primera horas, o hasta que el estado hemodinámico de la paciente lo requiera. Registrar en la gráfica.
- Observar el color y la temperatura de la piel

5.4 Problemas de colaboración, planificación y evaluación

Definición: Los problemas en colaboración son problemas que la enfermera no puede tratar de forma independiente, sino que deben ser abordados de forma interdisciplinaria en colaboración con otros profesionales, habitualmente médicos⁷.

CP(Complicación Potencial): hemorragia posparto⁸

Objetivo enfermero

El profesional de enfermería controla la aparición de los signos y síntomas de hemorragia, e interviene en colaboración para estabilizar al paciente.

Actividades de enfermería

- Mantener una intimidad adecuada para la paciente mediante biombos ante cualquier exploración, ya que no existen tabiques de separación de cubículos y, según distribución, puede llegar a haber otros pacientes en frente de ella.

-Evaluar el fondo uterino cada 15-20 minutos durante la primera hora después del parto, y cada vez que sea necesario durante las primeras 24 horas comprobando su altura (debe estar a nivel del ombligo), tamaño (aproximadamente como el del tamaño de una manzana), y consistencia (debe ser duro).

-Cuantificar el sangrado vaginal cada 15 minutos durante la primera hora, luego cada media hora o cada hora dependiendo del sangrado. Cambiar compresas si están manchadas.

-Si la hemorragia es excesiva, el útero no presenta contracción o existen alteraciones en los signos vitales, avisar al médico responsable.

-Registrar en la gráfica de la paciente los resultados de la exploración del útero, es decir, si está contraído(C), no palpable...así como si el sangrado es escaso/leve(+)- cuando se mancha 1/3 a 1/2 de compresa-, moderado(++)-cuando se empapa 1 compresa-, abundante(+++)- cuando hay 2 compresas empapadas-.

-Monitorizar los signos vitales(TA, FC, FR, Sat. O₂, T^a) cada 15 minutos durante las dos primeras horas, o hasta que el estado hemodinámico de la paciente lo requiera.

-Registrar los signos vitales en la gráfica

-Descartar la hemorragia perineal. Mantener el registro del número de compresas utilizadas y de su grado de saturación.

-Determinar los niveles de hemoglobina y de hematocrito, y comunicar su disminución al médico responsable.

-Determinar el tamaño de la vejiga y la eliminación de orina con la misma frecuencia que los signos vitales

Actividades prescritas por el médico

-En caso de abundante sangrado vaginal, colocar un peso de 2-3 kg en la zona abdominal de la paciente para favorecer y estimular la involución uterina (dar masajes uterinos para estimular las contracciones).

-10 unidades de oxitocina en 500 cc de Normaion Restaurador

-Oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros/minuto (28% de O₂)

-Terapia intravenosa: reposición de líquidos y electrolitos. Antibioterapia, y analgésicos.

-Pruebas complementarias: gasometría venosa

-En caso de hemoglobina inferior a 8 g/dl, administrar un concentrado de hematíes por vía periférica, teniendo en cuenta el grupo sanguíneo de la paciente (A+).

Valoración focalizada

-Valorar signos y síntomas de hemorragia:

-sangrado incontrolable

-descenso brusco de la presión arterial

-aumento de la frecuencia cardíaca

-disminución del recuento de glóbulos rojos

-inflamación y dolor en la vagina y las zonas cercanas, si el sangrado es producido por un hematoma

-Control de signos vitales cada 15 minutos

- Respiraciones:16-20 rpm. Relajadas y rítmicas
- Frecuencia cardíaca entre 60-100 lpm
- PA mayor o igual a 90/60 mmHg y menor o igual a 140/90 mmHg
- Temperatura entre 36-37 °C
- Sat. O2 superior a 94%

-Control de la diuresis:

- Diuresis igual o por encima de 0,5 ml/kg/hora. Prestaremos especial atención a la oliguria y a la anuria.

-Control de la hemoglobina:

- En mujeres está entre 12-16 g/dl

-Control del hematocrito:

- En mujeres se sitúa entre 36,0-46,0 %

Evaluación inicial (al ingreso): levemente comprometida (el apósito sólo está manchado con dos gotas de sangre marcadas para su posterior control).

Evaluación final (al alta): levemente comprometida. Se vigilará el apósito quirúrgico en la planta de hospitalización y se curará la herida a las 48-72 horas del alta de la URPA, valorándola.

CP: dolor secundario a intervención quirúrgica y a la realización de la maniobra de Credé

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

Objetivo: expresará alivio del dolor durante su permanencia en Recuperación de Quirófano.

Resultados (NOC):			
Resultado: Nivel del dolor (2102)			
Definición: intensidad del dolor referido o manifestado			
	1.Encontrado al ingreso	2.Resultado esperado	3. Resultado alcanzado al alta
Indicadores: dolor referido (210201)	3	3	4
Indicadores: duración de los episodios de dolor (210204)	4	4	4
Indicadores: expresiones faciales de dolor (2010206)	3	4	4
Indicadores: muecas de dolor (210224)	3	4	4
Indicadores: gemidos y gritos (210217)	4	4	4
Indicadores: frecuencia respiratoria (210210)	3	4	4
Indicadores: presión arterial (210212)	5	5	5

Intervenciones (NIC)

Intervención: Administración de analgésicos (2210)

Definición: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar a la paciente, (pese a que el tratamiento esté ya pautado, pero podría ser modificado tras informar de estos cambios).
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, y frecuencia del analgésico prescrito. Administrar 50 mg de enantyum y 1 ampolla de Nolotil por vía intravenosa cada 8 horas.
- Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta de la paciente
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia
- Evaluar la eficacia del analgésico a la media hora de administrarlo y antes de la siguiente tanda de medicación (antes de las 8 horas que tiene pautado el tratamiento)

- Documentar cualquier efecto adverso del analgésico en el SAP

Intervención: Manejo del dolor (1400)

Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

Actividades:

- Utilizar la EVN de forma horaria para clasificar el dolor según la intensidad: ausencia del mismo (0 puntos), leve (de 1-3 puntos), moderado (de 4 a 7 puntos) o grave (de 8 -10 puntos). Lo registramos en la gráfica en cada ocasión.

-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

- Observar signos no verbales de molestias

-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta de la paciente al dolor

- Explorar con la paciente los factores que alivian/empeoran el dolor

-En caso de útero relajado, efectuaremos su masaje mediante movimientos circulares firmes hasta que presente contracción, pero se evitará hacerlo de forma rutinaria o excesiva, puesto esto agravaría el dolor y la fatiga muscular, consiguiendo otra vez lo indeseado, que es la relajación uterina.

- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos

-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la paciente a las molestias como la temperatura del cubículo en el que está, su iluminación, y ruido en otras partes de la Unidad.

-Notificar al médico si las medidas para el alivio del dolor no tienen éxito

-Monitorizar el grado de alivio y satisfacción de la paciente con el control del dolor

-Comentar el grado de alivio y satisfacción de la paciente con el control del dolor en el turno siguiente de Enfermería.

-Se le explicará que el dolor moderado es normal debido a la intervención quirúrgica. Durará unas pocas horas.

Evaluación inicial (al ingreso): la paciente nos refiere un 5 según la EVN, por lo que está moderadamente comprometida.

Evaluación final (al alta): el dolor se reduce a un 2 según la EVN, por lo que está levemente comprometida. Se seguirá valorando el dolor y evaluándolo, pues de esto dependerá que el tratamiento pueda ser modificado. Será necesario comunicar al médico el aumento de su intensidad. No obstante, se seguirá la pauta de la UDA (Unidad del Dolor Agudo), formada por un/a enfermero/a y un/a anestesiólogo/a, que parten desde la Unidad de Recuperación de Quirófano para valorar y tratar el dolor en los postoperados

6. Conclusiones

Ambos pacientes son dados de alta de manera satisfactoria. Los indicadores de los resultados NOC han mejorado en los valores al alta de Recuperación de Quirófano. Nuestra planificación y ejecución ha sido efectiva.

El primer paciente, de 63 años, que permanece prácticamente 45 horas y media en la Zona 1 es trasladado a la planta 9ª impar, de Neurocirugía, del Hospital Universitario de Canarias.

La segunda paciente, de 34 años, que permanece en la Unidad de Recuperación de Quirófano durante tres horas, tras la realización de una cesárea, es dada de alta y trasladada a la 4ª planta par (Obstetricia y Ginecología), con una puntuación de 10 puntos (la máxima) en la escala de Aldrette: mueve las cuatro extremidades (2 puntos), respira correctamente y por sí misma (2 puntos), su presión arterial es muy similar a la registrada en Preanestesia (2 puntos), su piel está rosada (2 puntos), y neurológicamente está dentro de la normalidad (2 puntos) y estable.

Por otra parte, como aspectos destacables y aportaciones generales tras la realización de este Trabajo de Fin de Grado destacamos las siguientes:

-La inclusión de otros ítems en la escala de Aldrette, con especial importancia en la Recuperación de los Quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria, donde podemos incluir la ingestión por vía oral, la eliminación urinaria, el dolor, y el estado de los apósitos. De hecho, en la Unidad se podría utilizar esta “nueva escala” de Aldrette, como ya se está usando en el Servicio Andaluz de Salud. Actualmente, los apartados mencionados se tienen en cuenta, pero no se dispone de registro específico.

-Como se ha ido desarrollando, los problemas de colaboración requieren de la implicación conjunta de enfermeros/as y anestesiólogos/as, pero también de otros profesionales como pudieran ser los fisioterapeutas. Trabajamos para y por el paciente, en equipo. La comunicación entre todos ellos es fundamental, como lo es el registro de la información del paciente en el sistema informático. Sin duda alguna, como enfermeros debemos garantizar la continuidad asistencial, contactando con la planta de hospitalización, y más tarde debe abarcar al equipo (Unidad de Atención Familiar) del Centro de Salud.

-La necesidad de que los enfermeros que trabajen por primer vez en la Unidad utilicen los protocolos internos de la misma para atender a las intervenciones más frecuentes para (algunos ya desarrollados como los cuidados postoperatorios en la prótesis de rodilla, en la mastectomía, en el trasplante renal...), entre otros motivos, saber

no el qué valorar como primer paso de un plan de cuidados, sino cómo valorarlo y hacia dónde se debe dirigir nuestra atención. Deben ser aceptados de forma unánime por la Comisión de Planes de Cuidados. De hecho, con nuestro primer paciente, de 63 años, es necesario valorarlo según la escala de Glasgow y también con la escala de Braden. Con la paciente a la que le realizan una cesárea no ocurre lo mismo. Sin embargo, esto no excluye la valoración individualizada que realizamos siguiendo cada uno de los Patrones Funcionales de Salud. Cabe señalar que en este año 2018 los profesionales de la Unidad siguen formándose en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

-Finalmente, no puede faltar comentar que la humanización de los cuidados debe estar presente en el quehacer de los profesionales pese al gran uso de la tecnología. Los cuidados básicos de enfermería deben ser el punto de partida.

El respeto, la intimidad, la empatía, la comunicación, y la confidencialidad, entre otros aspectos, debe estar muy presente en nuestra vocación y trabajo, como pude comprobar durante mis prácticas durante tercer y cuarto curso de Enfermería.

7. Bibliografía

1. Yuste R, Mirabet B, García O, Abad N, Moral AC, Villa B, et al. Proceso de atención de enfermería en una unidad de hemodiálisis, a través de un programa informático. *Enferm Nefrol* [Internet]. Jun 2004 [citado 8 May 2018];(29):99. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/2843_99-104.pdf
2. Díaz S. En España se practican un 25% de cesáreas, el doble de lo recomendado por la OMS [Internet]. 2017 [actualizado 13 Jul 2017; citado 8 May 2018]; [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/espana-es-uno-de-los-paises-europeos-con-mayor-indice-de-cesareas-y-las-cifras-siguen-creciendo>
3. Complejo Hospitalario de Toledo; Comisión de planes de Cuidados. Plan de cuidados por enfermeros por procesos asistenciales: Cesárea. Sept 2004 [citado 8 May 2018]: 2. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8222146/cesarea---complejo-hospitalario-de-toledo>
4. NNNConsult [Internet]. Taxonomía NANDA, NOC, NIC. 2017 [citado 9 Mayo 2018] Disponible en: www.nnnconsult.com/accedys2.bbt.ull.es/
5. Hospital Universitario 12 de Octubre; Grupo de trabajo de catéteres intravasculares/Comisión de Infección Hospital. Cuidados de enfermería en el catéter venoso central. 2004 [actualizado Mar 2004; citado 9 May 2018]: 5-6. Disponible en: <http://gruposedetrabajo.sefh.es/afinf/documentos/articulos/Protoc1.Enferm.12octubre1.pdf>
6. Loro N, Sancho MJ, Sancho MT, Martínez E, Peiró A. Enfermería: canalizaciones periféricas, atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones. *Enferm Global* [Internet]. Nov 2015 [citado 9 May 2018];4(2):10-5. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/481/465>.
7. García S, Alfonso L, Cumbreira E, Morano MJ, Contreras I, Fernández M. Plan de cuidados al paciente Coronario. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2008 [citado 9 May 2018];4(5):18. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0378.pdf>
8. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017.