

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS
INMEDIATOS DE HEPATECTOMIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA 4B
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
2013 - 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

CARMEN ROSA FUENTES SOTELO

CALLAO - 2016
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTA
- DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES SECRETARIA
- MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 325

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1343-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	04
1.2 OBJETIVO	06
1.3 JUSTIFICACIÓN	06
II. MARCO TEÓRICO	08
2.1 ANTECEDENTES	08
2.2 MARCO TEÓRICO	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	30
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES POST OPERADOS DE HEPATECTOMÍA	38
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

La presente investigación corresponde a uno de los tipos de cáncer más severo, el cual es el cáncer al hígado que constituye el 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios. Su incidencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres generalmente en personas entre los 50 y 60 años de edad.

Hasta hace pocos años su diagnóstico se realizaba en fases avanzadas, cuando el paciente presentaba síntomas relacionadas con el tumor y este había alcanzado gran tamaño, lo que impedía la aplicación de un tratamiento con finalidad curativa, por tanto, el pronóstico a corto plazo era malo.(1)

La población en riesgo a desarrollar carcinoma hepatocelular está compuesta por personas que con algunos de las siguientes características:

- 1) Cirrosis hepática secundaria a Hepatitis B, Hepatitis C, Alcohol, Cirrosis biliar primaria o déficit de alfa 1 antitripsina.
- 2) Portadores del virus de la Hepatitis B.
- 3) Historia familiar de Hepatocarcinoma.
- 4) Cirrosis secundaria o esteatohepatitis no alcohólica o a hepatitis autoinmunitaria.

Una vez hecho los estudios pertinentes, estos pacientes son sometidos a altas cirugías como pueden ser: Hepatectomía parcial derecha o izquierda según sea el caso.

Es por ello mi interés de realizar la presente investigación ya que estos pacientes requieren de atención médica y sobre todo de atención de enfermería de alto nivel que solo se brinda en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el servicio 4° B Cirugía – Unidad de Hígado y Vías Biliares.(2)

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidados de enfermería a pacientes post operados inmediatos de Hepatectomía parcial + Drenaje Jackson Pratt”, el cual contribuirá a identificar oportunamente situaciones de riesgo como son: sangrado de herida operatoria o infección de esta, lo cual disminuirá los costos como: estancia en salud a fin de obtener mejores resultados terapéuticos.

El presente informe consta de VI capítulos, los cuales se detallan a continuación. El primer capítulo: describe el planteamiento de problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el Segundo capítulo incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el Tercer capítulo considera la presentación de la experiencia profesional, el Cuarto capítulo: resultados, el Quinto capítulo: conclusiones y el Sexto capítulo: recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Hepatectomía parcial es la cirugía que se realiza para extirpar parte del hígado. Esta operación se considera en caso de un solo tumor que no ha crecido hacia los vasos sanguíneos. Es sólo una opción en pacientes con buena función hepática que son lo suficientemente saludables como para someterse a la cirugía. Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres de hígado no pueden ser extirpados completamente. A menudo, el cáncer se encuentra en demasiadas partes diferentes del hígado, es demasiado grande, o se ha propagado más allá de este órgano.

Para el año 2016, según diversos estudios a nivel internacional han evidenciado que existen aproximadamente más de 70, 000 casos solo en América y aproximadamente 27,170 personas morirán a causa de este tipo de cáncer.

Las tasas de mortalidad del cáncer de hígado generalmente han ido en aumento desde 1980; de 2003 a 2012, las tasas aumentaron 2.7% por año. El cáncer de hígado es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

El cáncer de hígado es mucho más común en África subsahariana y en el sureste de Asia. Más de 700,000 personas son diagnosticadas con este cáncer cada año en el mundo. El cáncer de hígado es una causa principal de muertes por cáncer a escala mundial, representando más de 600,000 muertes cada año.

Según la evaluación de datos estadísticos realizados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se evidencio que existen aproximadamente 1,850 casos de cáncer al hígado entre hombres y mujeres por año; además se determinó que las causas principales del cáncer al hígado en el Perú son el consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad, sobrepeso y bajo consumo de vegetales.

Es por ello, que cada año aumenta la demanda de estos pacientes aquejados de cáncer al hígado que están a la espera un tiempo que va entre uno a dos años ya que son sometidos a exámenes exhaustivos como: perfil de coagulación, hemograma, perfil hepático, bilirrubinemia, ecografía, resonancias magnéticas, tomografías; para luego ser operados de una hepatectomía ya sea parcial derecha, parcial izquierda y la mayoría de estos pacientes traen como aditamento el drenaje Jackson Pratt.

Mediante la revisión bibliográfica, y los datos obtenidos en mi experiencia por mas de doce años en este servicio; se identificará los factores de riesgo, se explicara los cuidados de enfermería, manejos del drenaje Jackson Pratt, y como evitar complicaciones con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes. A su vez fomentar entre los profesionales de enfermería una atención holística.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediatos de hepatectomía en el servicio de Cirugía 4B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se debe tener con los pacientes operados inmediatos de Hepatectomía con el propósito de disminuir complicaciones y reingresos del paciente al hospital.

Este informe se justifica:

Nivel Teórico: Este estudio servirá para el personal de enfermería, técnicos y familiares para profundizar los conocimientos y cuidados especiales de enfermería que se deben tener, por ejemplo

cuidados de la herida operatoria y el manejo, evacuación del Drenaje Jackson Pratt.

Nivel Metodológico: El presente informe es de tipo:

Descriptivo, porque se realiza en base a la observación de situaciones ya acontecimientos de modo sistemático de la característica de una situación o área de interés.

Retrospectivo: este tipo de estudio busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó. Los estudios retrospectivos parten de un efecto y regresan a buscar la causa.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

GUERRA Juan Francisco, JARUFE Nicolás, MARTÍNEZ Jorge, GUZMÁN Sergio, PACHECO Francisco, Int. GUAJARDO Matías, GEDERLINI Alessandra, del Departamento de Cirugía Digestiva y de Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, con su estudio de "Hepatectomía extendida. Una alternativa segura en lesiones hepatobiliares malignas" tiene como objetivo comparar los resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a resecciones hepáticas de más de 2 segmentos versus hepatectomía extendida.

Se analizó una serie prospectiva de pacientes entre agosto 2002 y junio 2005. Se excluyeron resecciones laparoscópicas, unisegmentarias y no anatómicas. Se configuraron 2 grupos: Grupo I: Hepatectomías extendidas, Grupo II: Resecciones hepáticas de 2 a 4 segmentos. Se analizaron variables demográficas, indicaciones, uso de hemoderivados, función hepática postoperatoria, morbilidad y mortalidad. Resultados: En este período se realizaron 59 hepatectomías. Veintinueve cumplieron los criterios de inclusión. Grupo I: (n=14,) Grupo II: (n=15). Todos los pacientes del primer grupo fueron resecados por lesiones malignas (9 metástasis, 5 tumores primarios). El promedio de segmentos resecados fue 5.5 para el grupo I y 2.3 para el Grupo II. Los tiempos operatorios promedio fueron 283 y 199 minutos, respectivamente ($p=0.025$). Se transfundieron un promedio de 2.69 y 0.85 U GR en cada grupo ($p=0.009$). La estadía hospitalaria promedio fue 13.6 días para el primer

grupo, y 7.35 para el segundo ($p=0.004$). En el Grupo I, 4 de 14 pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas y 1 de 15 en el grupo II ($p=0.1$). Fallece un paciente de cada grupo, debido a insuficiencia hepática postoperatoria.

El trabajo concluye que a pesar del gran volumen de parénquima resecado, la hepatectomía extendida es una alternativa segura para el tratamiento de lesiones hepáticas malignas.(3)

La segunda investigación, es un estudio sobre litiasis intrahepática, muy frecuente en países del sudeste asiático, es rara en países europeos y se asocia a estenosis y dilataciones de los radicales biliares, lo que puede obligar a realizar resecciones hepáticas para su resolución definitiva.

R. ROBLES, C. Marín-Hernández, J. López-Morales, J.A. Torralba, A. Lage-Laredo, T. Soria, G. Castellanos, M.F. Candel, J.L. Aguayo, P. Parrilla presentan un artículo de Cirugía Española, el estudio "Hepatectomía en 4 pacientes con litiasis intrahepática", presentaron a 4 pacientes con litiasis intrahepática que requirieron una hepatectomía para su resolución.

En un caso se asoció a enfermedad de Caroli del lóbulo hepático derecho que precisó hepatectomía derecha, y los 3 casos restantes presentaron estenosis de radicales segmentarios del lóbulo hepático derecho y precisaron segmentectomías para su resolución. La litiasis intrahepática se manifestó clínicamente por un cólico hepático en un caso y una colangitis aguda en 3 casos. La exploración preoperatoria e intraoperatoria fundamental para el diagnóstico fue la ecografía. Las

exploraciones radiológicas (tomografía computarizada, resonancia magnética y técnicas con contraste, preoperatorias e intraoperatorias) fueron importantes para el diagnóstico definitivo

Dentro de los resultados no existió mortalidad intraoperatoria ni postoperatoria. Dos pacientes presentaron un absceso subfrénico resuelto con drenaje radiológico. No ha recurrido la litiasis intrahepática tras un seguimiento medio de 29 meses.

Se concluyó que la hepatectomía resuelve definitivamente aquellos pacientes con litiasis intrahepática cuando existen estenosis y/o dilataciones lobares o segmentarias. Si preoperatoriamente no se sospecha la litiasis intrahepática, los pacientes pueden requerir varias intervenciones para su resolución definitiva.

Se efectuó una entrevista al Jefe de la Unidad de Trasplante del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Dr. Gilbert Román Rodríguez quien manifiesta que cada año se operan entre 130 a 150 pacientes de hepatectomía de los cuales son 85 pacientes masculinos, los cuales oscilan entre las edades de 55 a 70 años y la cantidad restante fueron pacientes mujeres. De todos ellos, solo el 10% tuvo complicaciones posteriores y hubieron 2 fallecidos.(4)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. El hígado

a. Ubicación

Se localiza en la región del hipocondrio derecho, el epigastrio y una porción del hipocondrio izquierdo. No sobrepasa el límite del reborde costal, salvo en un cuadro si está aumentado de tamaño (hepatomegalia). Llena el espacio de la cúpula diafragmática, donde puede alcanzar hasta la quinta costilla, y está próximo al corazón del cual se encuentra separado por el diafragma.

El hígado está situado debajo del diafragma y comprende tres compartimientos peritoneales: compartimiento subfrénico derecho o hepático, compartimiento subfrénico izquierdo o esplénico, y compartimiento medio o celiaco.

Su consistencia es blanda y depresible, y está recubierto por una cápsula fibrosa, sobre la cual se aplica el peritoneo, parte de la superficie del hígado (excepto en el área desnuda del hígado, que corresponde a su superficie postero-superior).

b. Anatomía hepática

Desde el punto de vista anatómico se han descrito tres porciones:

- ✓ Lóbulo caudado (lóbulo de Spiegel) a la izquierda de la vena porta.

- ✓ Proceso caudado-porción entre la vena cava y vena porta
- ✓ Porción paracaval localizada en su porción más craneal cerca de las venas suprahepáticas (que se reconoce como segmento 9)

c. Circulación hepática

La circulación hepática es de naturaleza centripeta y está formada por el sistema porta y la arteria hepática. El sistema porta constituye el 70-75 por ciento del flujo sanguíneo (15 mL/min) y contiene sangre poco oxigenada y rica en nutrientes proveniente del tracto gastrointestinal y del bazo. La circulación general

d

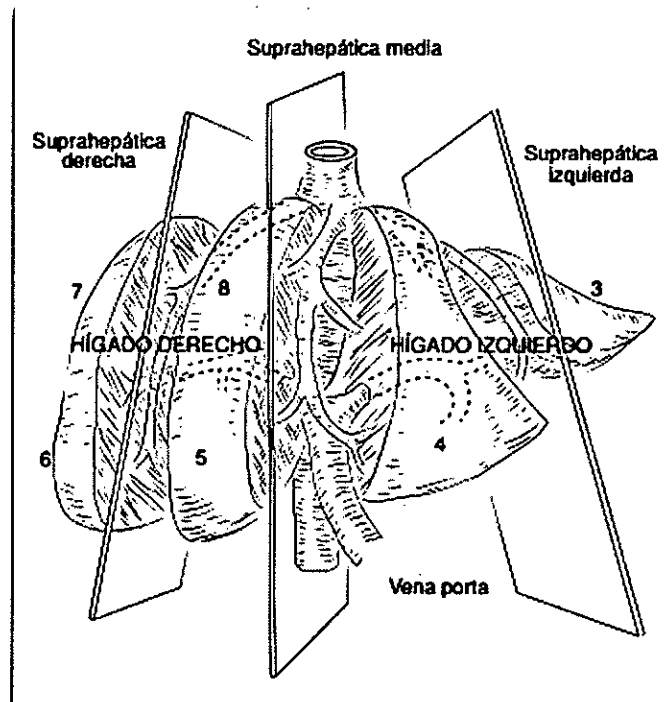


Figura 1.1. Proyección de las venas suprahepáticas. Planos de división del hígado en cuatro secciones.

la arteria hepática, rama del tronco celíaco que contiene la sangre oxigenada (irrigación nutricia).

Cada espacio porta se encuentra en la confluencia de los lobulillos hepáticos, que son formaciones más o menos hexagonales de células hepáticas y que posee en el centro la vena centrolobulillar, cuya confluencia da lugar a las venas hepáticas, que finalmente drenan en la vena cava inferior

2.2.2. Hepatectomía parcial

- a. Definición: es la cirugía que se realiza para extirpar parte del hígado. Esta operación se considera en caso de un solo tumor que no ha crecido hacia los vasos sanguíneos. Es sólo una opción en pacientes con buena función hepática que son lo suficientemente saludables como para someterse a la cirugía. Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres de hígado no pueden ser extirpados completamente. A menudo, el cáncer se encuentra en demasiadas partes diferentes del hígado, es demasiado grande, o se ha propagado más allá de este órgano. Primero se realizan estudios por imágenes, como CT o MRI con angiografía, para ver si el cáncer se puede extraer completamente. Aun así, algunas veces se descubre durante la cirugía que el cáncer es demasiado grande o se ha propagado muy lejos como para extraerlo, y la cirugía se tiene que cancelar.

b. Tipos:

- ✓ Hepatectomía derecha: Intervención que consiste en la extirpación del lóbulo derecho anatómico del hígado, que es el vascularizado por la rama derecha de la arteria hepática y vena porta, y el drenado por la vena hepática derecha y el conducto biliar hepático derecho (la línea que delimita el lóbulo derecho anatómico del hígado, del lóbulo izquierdo, es la que se traza entre la vesícula y la vena cava inferior suprahepática). El lóbulo derecho hepático comprende los segmentos V, VI, VII y VIII, que suponen aproximadamente el 60% de la masa hepática.
- ✓ Hepatectomía izquierda: Intervención que consiste en la extirpación del lóbulo izquierdo anatómico del hígado, que es el vascularizado por la rama izquierda de la arteria hepática y vena porta, y drenado por la venas hepáticas media e izquierda y el conducto biliar hepático izquierdo. El lóbulo izquierdo hepático comprende los segmentos II, III y IV, que suponen aproximadamente el 35% de la masa hepática (los segmentos II y III están a la izquierda del ligamento falciforme del hígado y el segmento IV a la derecha).

- ✓ Hepatectomía total: Extirpación de todo el hígado. Dado que es un órgano vital, las únicas intervenciones en que se realiza esta intervención son: la extracción del hígado en el donante cadáver y la extirpación del hígado enfermo en el receptor de un trasplante de hígado (ver extracción de órganos, trasplante).

c. Riesgos y efectos secundarios

- ✓ Debido a que las personas con cáncer de hígado usualmente presentan otros problemas hepáticos además del cáncer, los cirujanos tienen que remover suficiente hígado para tratar de eliminar todo el cáncer y a la vez dejar suficiente hígado para su función adecuada.
- ✓ Una gran cantidad de sangre pasa a través del hígado, y una hemorragia después de la cirugía es una preocupación mayor. Además de esto, el hígado normalmente produce sustancias que fomentan la coagulación sanguínea (mecanismo del cuerpo para detener un sangrado). El daño al hígado (tanto antes de la cirugía como durante la cirugía en sí) puede contribuir a problemas potenciales de sangrado.

- ✓ Infecciones, complicaciones a causa de la anestesia, coágulos sanguíneos y pulmonía.
- ✓ Se puede presentar otro cáncer de hígado después, debido a que el hígado aún contiene la enfermedad subyacente que condujo al primer cáncer.

2.2.3. Drenaje Jackson Pratt

Es un drenaje quirúrgico de succión cerrada, se utiliza para la eliminación del líquido que se acumula en la cavidad abdominal tras la cirugía.

Se compone de dos partes:

- Un tubo de goma delgado. Con orificios de salida que está colocado dentro de la cavidad abdominal.
- Una pera de silicona redonda, al comprimirla con el tapón quitado crea un vacío que succiona el líquido acumulado.

a) Clasificación del Drenaje Jackson Pratt

- Por el mecanismo de drenaje

El drenaje Jackson Pratt es de sistema de drenaje cerrado, de baja presión.

- Por su forma

El drenaje Jackson Pratt, según su forma es fenestrado.

b) Información y preparación del paciente:

- Brindar información del procedimiento a realizar.
- Aislar al paciente para preservar su intimidad.
- Colocarlo en la posición adecuada
- Informarle de las posibles molestias que pudiera ocasionarle, ser portador de un drenaje.

c) Recursos materiales:

- Guantes estériles y no estériles
- Paño y gasas estériles
- Suero salino
- Antiséptico
- Pinzas de disección
- Hojas de bisturí para la retirada del drenaje

d) Técnica de realización

1. Higiene de manos
2. Preparar campo estéril
3. Colocarse guantes no estériles.
4. Retirar apósito
5. Realizar higiene de manos.
6. Colocarse guantes estériles.
7. Observar el aspecto del punto de salida del drenaje.

8. Limpiar la zona de inserción del drenaje con suero salino .
Secar la zona. Aplicar antiséptico en la zona de inserción.
Todo ello realizado con movimientos circulares de dentro a fuera.
9. Colocar el nuevo apósito.

e) Vaciado del drenaje Jackson – Pratt

Vacíe la bombilla cuando esté a la mitad de llena o cada 8 a 12 horas.

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Quite el tapón de la bombilla.
- Vierta el líquido en una taza medidora.
- Limpie el tapón con un aplicador de algodón o un pedazo de algodón lleno de alcohol.
- Apriete la bombilla hasta que quede plana y coloque de nuevo el tapón. La bombilla debe permanecer plana hasta que se empiece a llenar de líquido otra vez.
- Mida la cantidad de líquido que sale. Anote la cantidad de líquido que sacó del drenaje JP y la fecha y hora en que lo recogió.
- Tire el líquido por el servicio sanitario. Lávese las manos.

f) Retirada del drenaje

La retirada del drenaje se realizará siempre por prescripción médica.

1. Retirar el punto de sutura de la salida del drenaje.
2. Traccionar de forma suave y continua hasta la salida total del drenaje.
3. Valorar (según la cantidad de líquido que drena) la colocación de una bolsa o un apósito.

g) Riesgos del drenaje Jackson- Pratt

- Dolor a nivel del drenaje
- Dificultad al acostarse de lado con el drenaje puesto y presente goteo
- El drenaje Jackson Pratt podría salirse por accidente
- Los tubos del drenaje corren el riesgo de bloquearse, quebrarse, romperse, dañar los tejidos y dejar una cicatriz.
- El drenaje Jackson Pratt tiene el riesgo de producir una infección y propagarse dentro del cuerpo.

h) Cuidados de Enfermería

- Registro de características
- Aviso de alteración termodinámica
- Sitio de inserción

- Curaciones y cambio de apósitos
- Signos de infección
- Sujeción a la piel y de las tubuladuras
- Nivel bajo el paciente
- Presión

2.2.4. Teoría de Enfermería en relación a la Experiencia profesional

Los modelos teóricos son una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y además apoyan a los profesionales en el control de la información necesaria y a la organización de las actividades.

Una forma de aplicar los modelos teóricos a la práctica asistencial es en el proceso de enfermería; ya que, proporciona un método lógico y racional a través del cual los enfermeros pueden organizar la información, considerando la importancia de otorgar una atención adecuada, eficiente y eficaz. Es de gran apoyo la teoría de Henderson, basado en 14 necesidades.

LA TEORÍA DE HENDERSON

Es considerada una filosofía de enfermería. Para ella, todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud.

Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización.

Aplicación de la Teoría de Henderson durante el Proceso de Enfermería

Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

Fase de Valoración

Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones. Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas. Las enfermeras registran en la hoja de cuidados de enfermería si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, con respecto a las siguientes necesidades:

1. Respiración: respirar normalmente.
2. Alimentación: comer y beber adecuadamente.

3. Eliminación: eliminar los desechos corporales.
4. Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso: dormir y descansar.
6. Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad: evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Religión: rendir culto según la propia fe.
12. Adaptación: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Fase de Diagnóstico

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración.

Fase de Planificación

Se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar.

Fase de Ejecución

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica, incorporando a la familia en los cuidados

Fase de Evaluación

Se realiza según el grado de independencia del paciente, considerando que una orientación educativa oportuna por parte de la enfermera facilitará que el paciente o su familia realicen los cuidados necesarios de manera independiente

Otra de las teorías en donde podemos apoyarnos es en la teoría de Calixta Roy y su teoría de adaptación.

Teoría de Adaptación de Calixta Roy

La Hermana Calixta Roy, desarrollo la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Roy considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Es una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones que contienen elementos esenciales: paciente, salud, entorno.

Educando y brindándole ayuda en lo físico, psicológico, social y en lo relacionado a su calidad de vida.

Según Roy el ser humano tiene la capacidad de adaptarse mediante el pensamiento y los sentimientos que conllevan a tomar decisiones para así adaptarse no solo al estado biopsicosocial. Al medio ambiente, sino también al proceso de salud- enfermedad que conlleva a adaptarse y empatizar con un nuevo ambiente hospitalario, nuevos procedimientos y personas que tendrán al cuidado su salud y bienestar del paciente.

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente, Meta, Salud, entorno y dirección de las actividades.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

- Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- ✓ Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- ✓ La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- ✓ El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado.
- ✓ Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.

2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Relaciones de aplicación de la teoría:

Enfermero – paciente: Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad. La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona.
- Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación)
- Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas y en respuestas ineficaces.

Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

Es así como esta teoría se adapta a nuestro quehacer diario, en la que, nuestro objetivo es conseguir la adaptación del paciente pediátrico y familia acompañante al medio hospitalario en el menor tiempo posible con un trato personalizado y humano, y por lo consiguiente su derivación temprana del niño a su hogar.

2.3. Definición de Términos

- a. **Hepatectomía:** Extirpación de todo o de una parte del hígado para trasplante o para curar enfermedades, sobre todo tumorales (tumores propios del hígado -benignos o malignos- o metástasis en hígado de algunos tumores).

- b. **Metástasis:** Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario.

- c. **Resección:** La resección hepática se usa con más frecuencia para tratar el cáncer en el hígado o para tratar otros tumores del hígado (incluyendo benignos [no cancerosos], lesiones). Además para tratar el cáncer que se ha propagado al hígado (sucede con mucha frecuencia en pacientes con cáncer de colon), donación para trasplante de hígado y tratar traumas en el hígado.

- d. **Cirugía laparoscópica:** Es una técnica especializada para realizar cirugía. Anteriormente, esta técnica se usaba por lo general para cirugía ginecológica y de vesícula biliar. Durante los últimos 10 años, el uso de esta técnica se ha ampliado e incluye la cirugía intestinal.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de análisis documental, para lo cual se hizo revisión de los registros de enfermería de los pacientes hospitalizados en el servicio, como las historias clínicas, cuadernos ingresos y egresos, y protocolos de procedimientos.

Asimismo para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones

1. Autorización de la jefatura médica, jefatura de enfermería, jefatura de archivos de historias clínicas
2. Entrevista al jefe de la Unidad de trasplante de hígado
3. Recolección y procesamiento de datos

3.2. Experiencia Profesional

- Recuento de la experiencia laboral

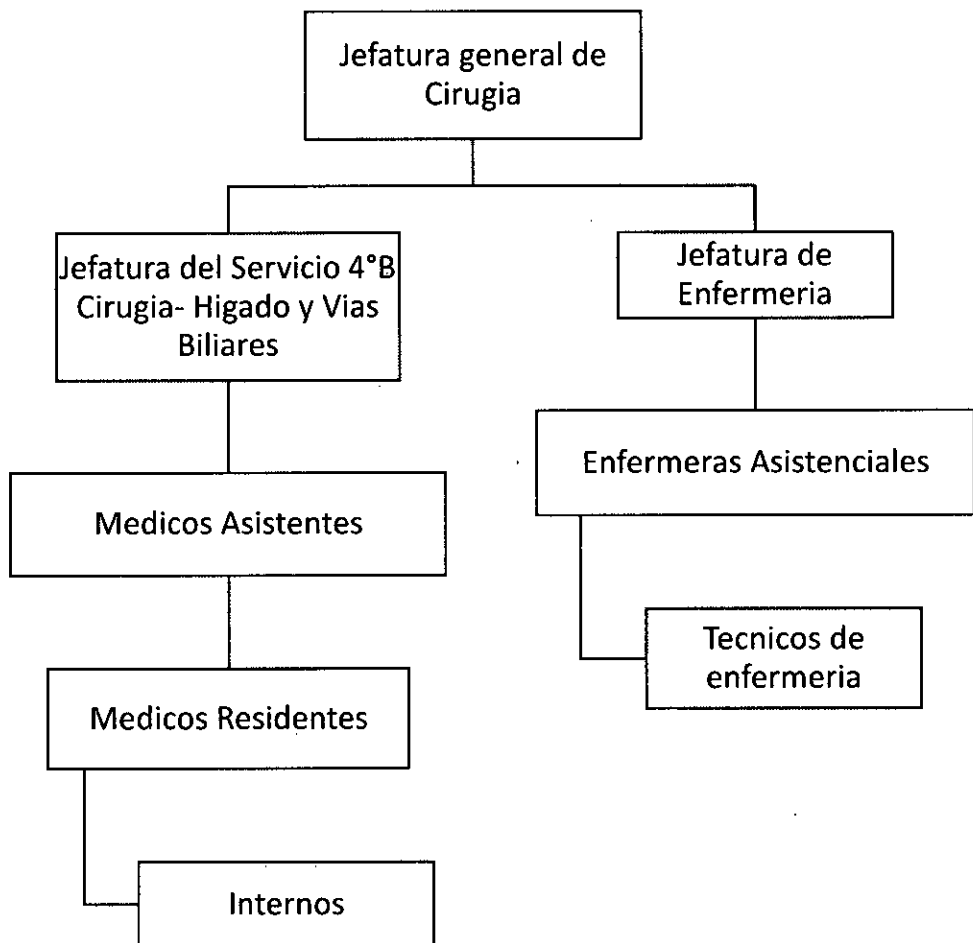
Mi experiencia como Licenciada de Enfermería empieza prestando servicios a la Caja de Prestaciones de Salud "Clínica San Patricio" en el área de Emergencia, Hospitalización de Medicina y Cirugía general.

A partir del 2002, ingreso al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM); siendo personal de reten por un periodo de seis meses; posteriormente me designan personal de planta en el servicio 4° B Cirugía: Unidad de Hígado y Vías biliares (cirugías de alta complejidad) a pacientes de grado de dependencia IV, V.

- Descripción del Área Laboral

Organización:

Organigrama del servicio 4°B Cirugía- Unidad de Hígado y Vías biliares



Recursos Humanos:

En el servicio 4°B Cirugía- Unidad de Hígado y Vías Biliares laboran:

- 12 médicos asistenciales, los cuales son 10 médicos nombrados incluyendo al jefe de servicio y 2 médicos contratados.
- 10 enfermeras asistenciales, 4 enfermeras nombradas y 6 enfermeras contratadas.
- 8 técnicos de enfermería, 4 nombrados y 4 contratados
- 1 personal administrativo (secretaria) contratada.

Horario de trabajo del personal de enfermería:

Turno mañana: 7:00 am- 13:20 pm

Turno tarde: 13:00 pm – 19:20 pm

Turno noche: 19:00 pm – 7:20 am

Infraestructura del servicio 4°B cirugía- Hígado y vías biliares:

Ubicado en el block B del cuarto piso del Hospital. Consta de 1 oficina de jefatura médica, 1 oficina de jefatura de enfermería, 1 estación de enfermería, 1 sala de exámenes, 1 tópico, 1 auditorio, 1 almacén de ropa limpia y una sala de ropa sucia. En los ambientes hay una adecuada ventilación e iluminación.

Descripción: La sala de hospitalización cuenta con 7 habitaciones bipersonales, y 10 habitaciones unipersonales, en estas habitaciones están hospitalizados aquellos pacientes de grado de dependencia IV y V.

- **Funciones desarrolladas en la actualidad**

- a) Área Asistencial

- Intervenciones Preoperatorias de Enfermería

- Preparación del intestino:

- Indicado en pacientes de cirugía abdominal o pélvica. El objetivo es permitir la visualización adecuada del sitio quirúrgico, prevenir traumatismo del intestino o contaminación accidental del peritoneo por heces.

- La tarde anterior colocar enema de limpieza. Se puede repetir la mañana de la Cg.

- Intervenciones de enfermería en el preoperatorio inmediato

- Bata de hospital sin anudar y abierta en la espalda

- Cabello sujetarlo y poner un gorro

- Revisar boca, retirar prótesis dental

- Retirar joyas, incluso aro de matrimonio

- Artículos de valor entregarlos al familiar o custodia de valores
- Evacuar vejiga antes de ir al quirófano
- Medias antiembolia
- Sonda Foley colocar en SOP

Administración de medicamentos previos a la anestesia

- Profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la incisión Qx.
- Administración de sedantes o ansiolíticos: MDZ
- Proporcionar seguridad y ambiente tranquilo
- Tener listo el medicamento y administrarlo tan pronto se confirme la disponibilidad del quirófano.

Registro preoperatorio

- Incluir la hoja de consentimiento informado, R. Qx, resultados de laboratorio y registros de enfermería.
- Si hay alguna observación especial de último minuto colocarla en un lugar visible.
- Verificar: lista de chequeo

Transporte a la sala preoperatoria

- Trasladar al paciente en camilla unos 30 o 60 minutos antes de que reciba el anestésico.

- Recibirlo llamándolo por su nombre, hacerlo sentir que está en manos expertas y confiables.
- Evitar ruidos molestos, ambiente tranquilo. Evitar conversaciones o ruidos desagradables.

b) Área Administrativa

Admisión de pacientes

- Registro del paciente en el cuaderno de ingresos
- Preparación de historia clínica, Kárdex, inventario de pertenencias
- Brazalete de identificación
- Evaluación de Escala Norton Modificada (Riesgo de úlceras por presión)
- Escala de J.H. Downton (Riesgo de caída en pacientes adultos)

c) Área de Docencia

Siendo el Hospital Nacional un hospital de quinto nivel, las escuelas de enfermería de las diversas universidades públicas y privadas del país realizan sus prácticas pre profesionales e internado a través del convenio, las licenciadas del servicio 4°B cirugía realizamos docencia en la práctica por decisión unánime, de forma ad-honorem siendo este rotativo designándonos una alumna por enfermera.

d) Área de investigación

En el año 2003- 2005 participé en un estudio a 50 pacientes con el diagnóstico de Pancreatitis necrotizante cuyo único tratamiento era con Nutrición Enteral Total con soluciones Osmo Lite, este estudio estuvo a cargo del Dr. Luis Barrera Cebasco, premiado en España por sus innovaciones en el tratamiento de estos pacientes.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería en pacientes post operados de Hepatectomía

La experiencia que relatare ocurrió en una guardia en víspera de Navidad del 2015, una paciente operada inmediata que fue trasladada de la unidad de recuperación aparentemente estable; en mi primera ronda verifiqué que en la sala 213 que la paciente hace llamado a través del timbre; asisto a la habitación e informo que era el tercer llamado que hacía ya que nadie la asistió, el personal saliente del turno tarde se justificó informando que no había personal para asistir a todos los pacientes es por ello que no la asistieron; la paciente se encontraba con fascias de dolor, diaforética, quejumbrosa, llegando al llanto. Al evaluar la zona operatoria observo que el drenaje Jackson Pratt estaba totalmente hemático, fuera de la zona abdominal y sin sutura

provocado accidentalmente por dicha paciente; entonces pase a hacer los controles respectivos, la paciente estaba con taquicardia, con una PA 80/50; por ello procedí a hacer el llamado al médico de la guardia quien solicitó exámenes de sangre y ecografía abdominal urgente y prepararla para sala de operaciones, procedí a estabilizar a la paciente administrando solución salina y solución haemacel, posición TRHENDELEMBURG y oxigenoterapia.

Las limitaciones para el Desempeño Profesional que se presentan en el servicio 4°B en este tipo de casos son que en el turno no se encuentra ningún médico para que sea evaluado de inmediato, es por ello que primer lugar se tiene que llamar al clínico, el cual deja una interconsulta para cirugía poniendo en riesgo la vida del paciente por el tiempo que se pierde durante el proceso.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 1

Pacientes operados de Hepatectomía Parcial en el Servicio 4°B

Cirugía desde Enero a Diciembre del año 2015.

SEXO GRUPO ETARIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
25 – 34 años	4	13.33%	2	15.38%	6	13.95%
35-44 años	3	10%	2	15.38%	5	11.63%
45- 54 años	5	16.67%	2	15.38%	7	16.28%
55- 64 años	9	30%	1	7.69%	10	23.26%
65- 74 años	7	23.33%	5	38.46%	12	27.91%
75 años a mas	2	6.67%	1	7.69%	3	6.98%
	30	100%	13	100%	43	100%

En el cuadro N° 1 se puede observar, que del total de pacientes operados de hepatectomía parcial en el servicio 4°B durante el 2015, el 27.91% tienen entre 65 a 74 años.

Cuadro N° 2

Pacientes operados de Hepatectomía Parcial en el Servicio 4°B

Cirugía. Enero – Octubre 2016

SEXO GRUPO ETARIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
25 – 34 años	2	10%	1	8.33%	3	9.37%
35-44 años	3	15%	1	8.33%	4	12.5%
45- 54 años	5	25%	3	25%	8	25%
55- 64 años	5	25%	4	33.33%	9	28.13%
65- 74 años	4	20%	2	16.67%	6	18.75%
75 años a mas	1	5%	1	8.33%	2	6.25%
	20	100%	12	100%	32	100%

En el cuadro N° 2 se puede observar, que del 100% de los pacientes operados de Hepatectomía parcial en el servicio 4°B durante el 2016, el 33.33% son del sexo masculino entre las edades de 55 a 64 años.

V. CONCLUSIONES

- a. La realización del Plan de Cuidados por Dominios se abordó en forma completa y de acuerdo a los diagnósticos de enfermería planteados como: temor, dolor, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección y riesgo de déficit del volumen de líquidos, para los paciente post operados de hepatectomía; siendo efectivo y continuo con el cuidado y tratamiento.
- b. La experiencia profesional, el cuidado especializado y el manejo integral del paciente post operado de hepatectomía es de gran importancia ya que permite que el profesional de enfermería desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad por dominios, siendo eficiente, oportuno y seguro para el paciente.
- c. Evitar el consumo de alcohol y tabaco es fundamental en la prevención mediante las intervenciones de enfermería; ya que se asocia a numerosas enfermedades cancerígenas, siendo el cáncer de hígado el más importante por su incidencia y mortalidad convirtiéndose en el principal problema de salud pública.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la jefatura, efectuar coordinaciones correspondientes para dotación de personal e los turnos de tarde y noche.
- b) Se recomienda a la jefatura del servicio coordinar con el servicio de psicología para terapias con el personal para mejorar el clima laboral.
- c) Se sugiere continuar con la educación sanitaria dirigido a los pacientes y familiares de: ingerir dietas balanceadas, no al consumo de alcohol y tabaco.
- d) Se recomienda los controles médicos periódicos si es que hay antecedentes familiares de hepato carcinoma.
- e) Continuar con la elaboración de guías y protocolos de procedimiento de enfermería y diagnósticos más frecuentes utilizados en el servicio con el fin de agilizar el trabajo del personal del personal de enfermería.

VII. REFERENCIALES

- 1) Poquioma Rojas, Ebert. Epidemiología del cáncer en el Perú y en el mundo.http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/01102014_Epidemiologia_Dr%20Poquioma.pdf. Consultado el 21 de noviembre del 2016.
- 2) Garran Díaz, Mónica; Tarrazo Fernández, Ana; Fernández Rodríguez, Isabel. Drenajes abdominales tipos y cuidados.http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/DRENAJES%20ABDOMINALES.pdf
- 3) GUERRA Juan Francisco, JARUFE Nicolás, MARTÍNEZ Jorge, GUZMÁN Sergio, PACHECO Francisco, Int. GUAJARDO Matías, GEDERLINI Alessandra, del Departamento de Cirugía Digestiva y de Facultad de Medicina, "Hepatectomía extendida". Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- 4) R. ROBLES, C. Marín-Hernández, J. López-Morales, J.A. Torralba, A. Lage-Laredo, T. Soria, G. Castellanos, M.F. Candel, J.L. Aguayo, P. Parrilla presentan un artículo de Cirugía Española, el estudio "Hepatectomía en 4 pacientes con litiasis intrahepática". España

ANEXOS

Grafico N° 1: Drenaje Jackson Pratt

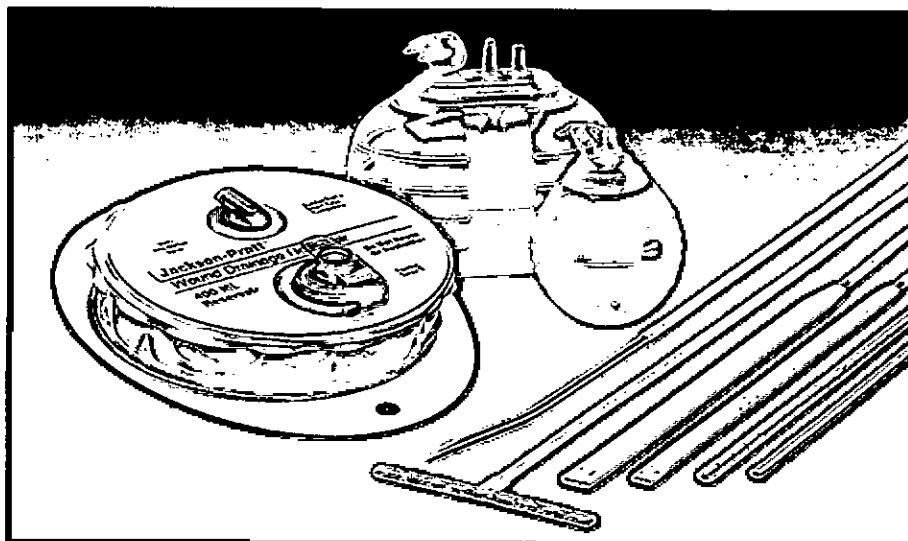


Grafico N° 2: Cuidados de enfermería pre operatorio

EsSalud
Seguridad Social para todos

SI VA A SER OPERADO. USTED DEBE SABER:








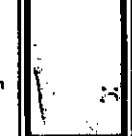



ANTES DE LA OPERACIÓN	EL DÍA DE LA OPERACIÓN	
<p>1. Tener todos los análisis y exámenes completos, así como su riesgo cardiológico y neumológico.</p> 	<p>5. Realizará el baño corporal. Las uñas deberán estar cortas, limpias y sin esmaltes (damas)</p> 	<p>9. Para ingresar a S.O.P. deberá retirarse cualquier objeto extraño del cuerpo (prótesis, lentes de contacto, gafas, joyas, aparato para oír, piercing). En damas no maquillarse.</p> 
<p>2. Se le colocará enema evacuante ó supositorio y/o laxantes 12 horas antes de la operación según lo requiera.</p> 	<p>6. Se le controlará sus funciones vitales. De ser el caso se le administrará pre medicación anestésica.</p> 	<p>10. Miccionar si es qué desea, para evitar molestias.</p> 
<p>3. NO INGERIR ALIMENTOS, ni líquidos, por lo menos 8 horas antes de la operación.</p> 	<p>7. En el caso de que Ud. recibiera tratamiento habitual (HTA) no suspenderla.</p> 	<p>11. El personal le realizará el vendaje de miembros inferiores para mejorar la circulación y prevenir complicaciones.</p> 
<p>4. El Médico le hará firmar la autorización para la intervención quirúrgica.</p> 	<p>8. Colocarse la camisa del hospital.</p> 	<p>12. Ud. será trasladado a S.O.P. en camilla por el personal correspondiente.</p> 

Grafico N°3: Escala de evaluacion de riesgos de complicaciones hospitalarias

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE COMPLICACIONES HOSPITALARIAS

SERVICIO: 4B CIRUGÍA HIGADO Y VÍAS BILIARES. CAMA:..... EDAD:.....
 APELLIDOS Y NOMBRES:.....
 N° AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA:.....

(ESCALA DE NORTON MODIFICADA) RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
4.-BUENO	4.-ALERTA	4.-TÓTAL	4.-AMBULANTE	4.-NINGUNA
3.-MEDIANO	3.-APÁTICO	3.-DISMINUIDA	3.-CAMINA CON AYUDA	3.-INCONTINENCIA OCASIONAL
2.-REGULAR	2.-CONFUSO	2.-MUY LIMITADA	2.-SENTADO	2.-INCONTINENCIA URINARIA O FECAL
1.-MUY MALO	1.-ESTUPUROSO COMATOSO	1.-INMÓVIL	1.-ENCAMADO	1.-INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

>14=Riesgo mínimo/no riesgo 12-14 puntos =Riesgo evidente 5-11puntos = Muy alto riesgo

(ESCALA DE J.H. DOWNTON) RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS

CAIDAS PREVIAS	SI () NO ()
MEDICAMENTOS	Ninguno Tranquilizantes-sedantes Diuréticos Medicamentos hipotensores(no diuréticos) Antiparkinsonianos Antidepresivos Otros Medicamentos
DEFICIT SENSORIALES	Ninguno Alteraciones visuales Alteraciones auditivas. Extremidades (ictus)
ESTADO MENTAL	Orientado Confuso
DEAMBULACIÓN	Normal Seguro(a) con ayuda Inseguro (a) con ayuda / sin ayuda Imposible
TOTAL	3 A MAS = ALTO RIESGO, 1 A 2=MEDIANO RIESGO

RIESGO DE COMPLICACIONES: SI () NO ()

Grafico N°4: Virginia Henderson, Teoria Henderson y sus 14 necesidades

(Teoria de enfermeria)

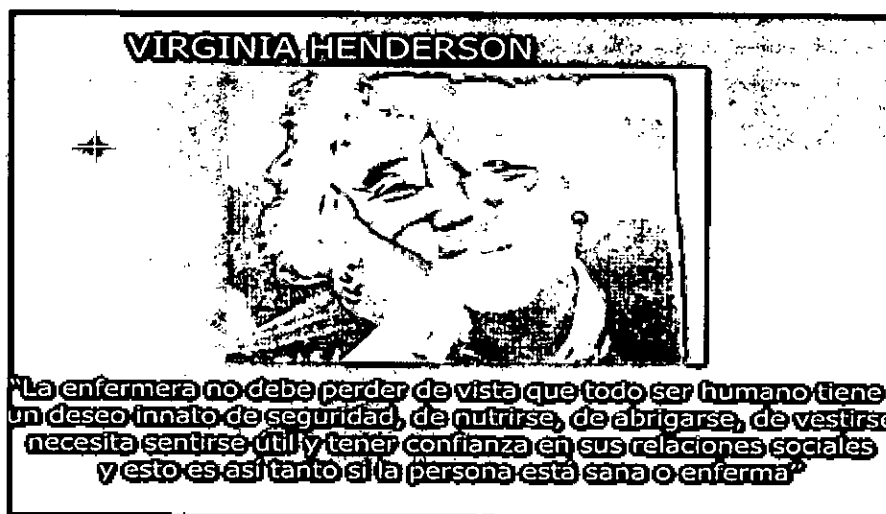


Foto Lic. Carmen Rosa Fuentes Sotelo en el servicio 4°B Cirugía- Unidad de Hígado y vías Biliares - HNERM

