



CLÍNICA

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA A PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA HIPOFISARIA POR VÍA TRANSESEFENOIDAL.

NURSES CARES IN THE UNIT OF POSTANAESTHETIC RESUSCITATION FOR PATIENTS GIVEN TO HYPOPHYSEAL SURGERY TRANSSPHENOIDALLY.

***Núñez Varela, J.J., De Soto González del Corral, E., Valero Lobo, J., Carrero Jiménez, P., León García, F.**

*Enfermeros/as. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Cuidados, Hipofisectomía transesfenoidal (H.T.), Diabetes insípida.

Key words: Cares, Transsphenoidal Hypophyseal Surgery, Diabetes Insipidus.

RESUMEN

Introducción:

Los enfermos con tumores hipofisarios sometidos a hipofisectomía transesfenoidal (h.t.) pueden presentar trastornos endocrinos múltiples y desarrollan complicaciones específicas inherentes a la técnica quirúrgica, junto a alteraciones hormonales por manipulación de la glándula que suelen aparecer en las primeras 24 h. del postoperatorio durante su estancia en la U.R.P.A.

Objetivos:

Unificar criterios de actuación de enfermería. Elaborar plan de cuidados estandarizados. Vigilar y detectar precozmente las posibles complicaciones en el postoperatorio inmediato de los pacientes sometidos a una intervención hipofisaria por vía transesfenoidal ingresados en nuestra unidad.

Metodología:

Realizamos un estudio sobre 30 pacientes intervenidos de h.t. en los dos últimos años en nuestro hospital, revisando las primeras 24h. del postoperatorio y recogiendo los siguientes parámetros: datos hemodinámicos (t.a., f.c., p.v.c., tª). Diuresis horaria, datos analíticos (hb., htco., iones, osmolaridad, equilibrio ácido-base). Balance hídrico complicaciones y tratamiento postoperatorio.

Se realizó un plan de cuidados estandarizado basado en la experiencia de los profesionales de enfermería de la U.R.P.A., para ello se eligió la taxonomía de la N.A.N.D.A., N.I.C. Y N.O.C.

Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 37 +_ 15 a. La monitorización consistió en todos los casos en e.c.g., sat.o2, tensión arterial, p.v.c., t^a y diuresis horaria. La complicación detectada con más frecuencia fue la diabetes insípida en un (70%) de los casos, otras complicaciones fueron náuseas, vómitos en un (20%) e hipertensión arterial en un (15%).

Conclusiones:

Mediante la aplicación del plan de cuidados estandarizados en los pacientes sometidos a cirugía hipofisaria por vía transesfenoidal, se ha mejorado la calidad en los cuidados, se detecta un rápido control de las complicaciones postoperatorias.

Se acorta la estancia del enfermo en la U.R.P.A. y se facilita el inicio de un tratamiento precoz de la diabetes insípida.

SUMMARY

Introduction:

The patients with hypophyseal tumors given to transsphenoidal hypophysectomy (T.H.) can present multiple endocrine disorders and develop specific complications inherent in the surgical technology, together with hormonal alterations due to the manipulation of the gland. These alterations usually appear in the first 24 hours of postoperative period during their stay in the Post Anesthesia Care Unit (P.A.C.U.).

Objectives:

To unify nursing performance criteria.

To elaborate a standardized care programme.

To monitor and detect in advance potential complications in the immediate postoperative period of the patients given to hypophyseal surgery transsphenoidally, admitted to our unit.

Methodology:

We carried out a study on 30 patients operated on T.H. in our Hospital in the last two years, checking the first 24 hours of the postoperative period and collecting the following parameters: Haemodynamic Data (T.A., F.C., P.V.C., T^a); Hourly Diuresis, analytical data (Hb., Htco., ions, osmolaridad, acid – base balance); Water balance, complications and postoperative treatment.

A program about standardized cares based on the P.A.C.U. nursing professionals experience was carried out following the taxonomy of N.A.N.D.A., N.I.C. and N.O.C.

Results:

The average age of the patients was over 37 +/-15 years old. The monitoring consisted of E.C.G., Sat. O2, arterial tension, P.V.C., T^a and hourly diuresis in all cases. The most frequent complication detected was the diabetes insipidus in 70% of the cases; other complications were nauseas, vomits in 20% and arterial hypertension in 15%.

Conclusions:

By means of the application of the programme of standardized cares in the patients given to hypophyseal surgery transsphenoidally, the care quality has been improved. As well as a quick control of the postoperative complications has been detected.

The patient stay in the P.A.C.U. has been shortened and the beginning of an early treatment of the diabetes insipidus has been facilitated.

INTRODUCCIÓN

La hipofisectomía transesfenoidal (H.T.) es una técnica quirúrgica que aunque no tiene una prevalencia alta dentro de la Neurocirugía, sí supone un postoperatorio complejo en nuestra Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA) del Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío de Sevilla. Y ello debido, por una parte, a la gran cantidad de cuidados de Enfermería que requiere, y por otra parte, al hecho de que es una de las tres patologías, junto con las intervenciones de columna y las embolizaciones, que tienen una estancia mínima en nuestra unidad de 24 horas.

Esto nos llevó a plantearnos elaborar un protocolo de cuidados para unificar criterios de actuación e implementarlo junto a un protocolo de detección precoz y tratamiento de la diabetes insípida (D.I.) elaborado por el Servicio de Anestesiología.

La glándula hipofisaria está situada en el interior de la silla turca del hueso esfenoides por debajo de la base del cerebro, por la que queda separada por el diafragma de la silla turca.

La hipófisis normal pesa aproximadamente 0,5 gramos en el hombre y en la mujer puede alcanzar hasta 1 gramo durante el embarazo. Junto con el hipotálamo controla múltiples e importantes funciones del organismo como crecimiento, maduración sexual, lactación, hidratación de la piel, etc.

Los adenomas de hipófisis comprenden un 8% de los tumores intracraneales y su incidencia aumenta con la edad. De ellos el 90% son tumores de la hipófisis anterior o adenohipófisis y el 10% restante son tumores del lóbulo posterior o neurohipófisis.

La adenohipófisis sintetiza las siguientes hormonas:

1. La hormona del crecimiento somatotropina o h.GH. Su alteración provoca acromegalia.
2. Hormona corticotropa o ACTH. Su alteración provoca diabetes, hipertensión arterial y obesidad.
3. Las gonadotropinas: LH o lúteoestimulante y FSH o folículoestimulante.
4. Prolactina o PRL. Su alteración provoca galactorrea.
5. Hormona tirotrópica o TSH, cuya alteración provoca el hipertiroidismo.

Histológicamente, dependiendo del tipo de células predominantes, se distinguen:

- Adenomas cromófilos, son los más frecuentes.
- Adenomas acidófilos.
- Adenomas basófilos.

Generalmente son benignos, aunque en raras ocasiones se pueden encontrar en forma maligna.

Son tumores supratentoriales y se localizan en el interior de la silla turca. Dependiendo de su crecimiento lento pueden comprimir la hipófisis, y si además crecen por fuera de la silla turca

comprimen el quiasma óptico. También pueden extenderse hacia el lóbulo temporal, tercer ventrículo o fosa posterior.

Por su tamaño pueden ser:

- Microadenomas (< de 10 mms.)
- Macroadenomas (> de 10 mms.)

Los síntomas más frecuentes que suelen presentar son:

- Alteraciones visuales entre el 50-60%.
- Hemianopsia bitemporal.
- Atrofia óptica.
- Cefaleas 20%.
- Alteraciones endocrinas.

Para su intervención quirúrgica, el acceso por vía transesfenoidal es la forma más directa y segura de abordaje a la hipófisis. La técnica básicamente consiste en:

- A través de las fosas nasales y por el hueso esfenoides se llega a la silla turca, donde se encuentra la hipófisis.

A diferencia de la craneotomía, la vía transesfenoidal es un abordaje quirúrgico menos agresivo, aunque sigue siendo complejo por la cercanía de las estructuras vitales. Ambos abordajes suelen desarrollar complicaciones específicas inherentes a las técnicas quirúrgicas, junto a alteraciones hormonales producidas por la manipulación de la glándula. Estas aparecen en las primeras 24 horas del postoperatorio durante su estancia en la URP

OBJETIVOS

Los objetivos que nos hemos planteado son:

- Unificar criterios de actuación enfermera.
- Evaluar la eficacia del protocolo de cuidados postoperatorios.
- Valorar, controlar y detectar la aparición de posibles complicaciones mediante la aplicación de un protocolo de detección precoz de la diabetes insípida, y consecuentemente su tratamiento precoz.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio prospectivo sobre el total de pacientes intervenidos de H.T. durante los dos últimos años en nuestro hospital, a los que les aplicamos el protocolo de cuidados y el protocolo de detección precoz de la diabetes insípida.

A su llegada a la URPA, realizamos una valoración y tratamiento inicial que comprende:

- Nivel de conciencia y pupilas.

- Monitorización continua de Electrocardiograma, frecuencia respiratoria, presión arterial, presión venosa central, temperatura y saturación de Oxígeno; con registro mínimo horario.
- Colocación del paciente en posición Fowler baja.
- Balance hídrico horario y de 24 horas.
- Comprobación de:
 - Permeabilidad de los tubos de Wendell.
 - Correcto funcionamiento de sonda vesical y colocación de urinómetro.
 - Vía central y periférica.
- Administración de oxígenooterapia con gafas nasales a 6l.m. a través de los tubos de Wendell.
- Colocación de drenaje lumbar de líquido cefalorraquídeo a la altura correcta (a nivel del lóbulo del pabellón auricular).
- Comprobación de permeabilidad del drenaje lumbar, así como características y cantidad del mismo.

Asimismo, desde el momento en que el paciente está despierto, consciente y orientado, se le ofrece información clara y comprensible de dónde está, que ya ha sido intervenido y que es necesario que tenga una serie de elementos invasivos que le provocarán molestias que se procurarán aliviar al máximo.

Cuando el paciente está controlado y cómodo, tras la valoración inicial, comenzamos inmediatamente la aplicación del protocolo médico que consta a su vez de dos protocolos.

PROTOCOLO I.-

- Monitorización:
 - Continuar la monitorización de parámetros iniciales añadiendo densidad de orina cuando la diuresis es mayor de 200ml./h.
- Pruebas complementarias: Hemograma, GUI con creatinina y osmolaridad, Gasometría venosa, Iones en orina. Se hará a su llegada a la unidad y después cada 8 horas.
- Tratamiento: Ketorolaco 30 mgrs.i.v. cada 6 horas; Famotidina 20 mgrs.i.v. cada 12 horas; Fluidoterapia de mantenimiento con cristaloides.

PROTOCOLO II :DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA D.I.

- Diuresis mayor de 3ml./Kg./hora.
- Osmolaridad plasmática mayor de 295mosmoles/Kg y Sodio plasmático <130mEq/h
Constituyen el diagnóstico de Diabetes insípida e iniciaría el protocolo de tratamiento.
- Fluidoterapia:2ml/kg/hora :50%Glucosado al 5% y 50% Ringer más 2/3 de la diuresis de la hora anterior con Glucosado al 5%
 - Tratamiento hormonal con Vasopresina s.c. 2 microgramos c/8 horas si diuresis es mayor de 200ml/h durante 2 horas consecutivas.

Esto nos lleva a la elaboración y aplicación de un plan de cuidados enfermeros que desarrollamos en el Anexo II

El total de pacientes del estudio asciende a 34. Revisando las primeras 24 horas del postoperatorio recogimos: Datos hemodinámicos horarios; Pruebas complementarias y cualquier incidencia relacionada con nuestro protocolo y plan de cuidados.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete informático SPSS.

RESULTADOS

De los 34 pacientes estudiados 18 fueron mujeres, lo que representa un 52,95%; y 16 hombres que constituye el 47,05%(Anexo I, Gráfico1).

Con una edad media de 39 años, siendo la mínima de 14 y la máxima de 69 años.

En cuanto al peso, la media fue de 77 Kg., con un peso mínimo de 50 y un peso máximo de 110.

Como diagnósticos preoperatorios presentaban(Anexo I, Gráficos 2 y 3):

-Adenomas 94,1%, de los cuales microadenomas eran el 17,6% y macroadenomas el 76,4%. Craneofarengiomas 2,9. Recidivas de macroadenomas 2,9%.

Como patologías asociadas: acromegalia, hipertensión arterial, enfermedad de Cushing, diabetes mellitus, amenorrea, hemianopsia bitemporal y otros.

Las complicaciones postquirúrgicas (Anexo I, Gráfico4) que se presentaron durante las primeras 24 horas del posoperatorio fueron:

- Diabetes insípida, en un 70%.Nauseas y vómitos en un 20%. Hipertensión arterial en un 15%. Licuorrea en un 20,5%. Otras como disfunción de pares, metrorragias y acufenos en un ,2,9%

No presentándose ninguna incidencia relacionada con nuestro plan de cuidados enfermeros.

CONCLUSIONES

- La no aparición de otras complicaciones que no sean las asociadas o inherentes a la técnica quirúrgica o manipulación de la glándula, valida la eficacia de nuestro plan de cuidados.
- La estrecha valoración, control y detección de posibles complicaciones postoperatorias mediante la aplicación del protocolo del servicio quede justificada por el alto nivel de complicaciones que surgen.
- El rápido control de estas complicaciones postoperatorias acorta la estancia del paciente en la URPA y consigue un mejor resultado postquirúrgico.

Gráfico 1. Distribución por sexo

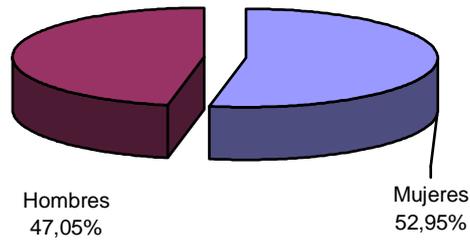


Gráfico 2. Diagnósticos preoperatorios

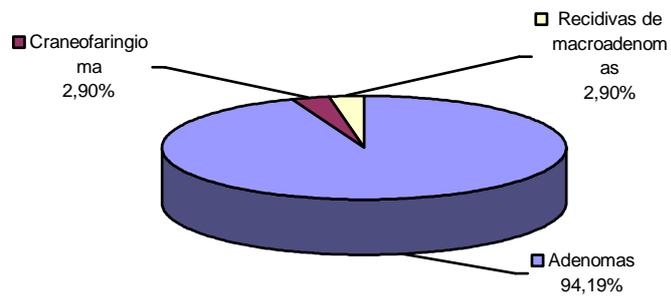


Gráfico 3. Adenomas de Hipófisis

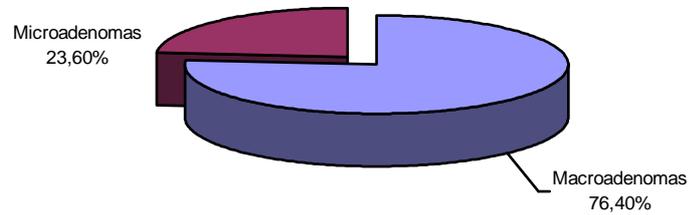
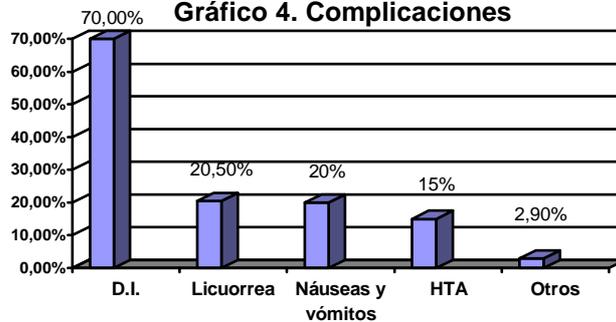


Gráfico 4. Complicaciones



ANEXO II

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.-

(00039).- RIESGO DE ASPIRACIÓN:

- **DEFINICIÓN:** Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.
- **FACTORES DE RIESGO:**
 - Reducción del nivel de conciencia
- **CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):**
 - **(1918).- Control de la aspiración:**
 - Definición: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.
 - Indicadores:
 - (191801) Identificar factores de riesgo.
 - (191802) Evitar factores de riesgo.
- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**
 - **(6680).- Monitorización de los signos vitales:**
 - Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
 - Actividades:
 - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
 - Controlar periódicamente la oximetría del pulso.
 - Observar si hay cianosis central o periférica.
 - Identificar causas posibles de los cambios de los signos vitales.
 - Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados por la recogida de los datos del paciente.
 - **(3200).- Precauciones para evitar la aspiración:**
 - Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.
 - Actividades:
 - Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
 - Mantener el equipo de aspiración disponible.

○ **(1570).- Manejo del vómito:**

▪ Definición: Prevención y alivio del vómito.

▪ Actividades:

- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener las vías aéreas abiertas.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito. Por ejemplo ayudar a la persona a lateralizar y sujetar la cabeza.
- Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor.
- Fomentar el descanso.

○ **(1450).- Manejo de las náuseas:**

▪ Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

▪ Actividades:

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento).
- Identificar factores (por ejemplo medicación y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas.
- Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.

○ **(3140).- Manejo de las vías aéreas:**

▪ Definición: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

▪ Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías aéreas.

(00006)HIPOTERMIA

• **DEFINICIÓN:**

Riesgo de la temperatura corporal por debajo de la normalidad.

- **FACTORES RELACIONADOS:**

- Exposición al frío y entorno físico.
- Inactividad.
- Pérdida de sangre.
- Intervenciones largas.

- **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**

- Reducción de la temperatura corporal por debajo del límite normal.
- Palidez.
- Frialdad de la piel.
- Escalofrío.

- **CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):**

- **(0800) Termorregulación.**

- Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

- Indicadores:

- (08002) Temperatura corporal DLN.
- (08011) Tiritona con el frío.
- Escala de medida del indicador:

1 Extremadamente comprometida.

2 Muy comprometida.

3 Moderadamente comprometida.

4 Levemente comprometida.

5 No comprometida.

- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**

- **(3800) Tratamiento de hipotermia.**

- Definición: Calentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35° C.

- Actividades:

- Cubrir con manta caliente si procede.
- Administrar líquidos I.V. calentados (37 a 40° C) si procede.
- Monitorizar signos vitales si procede.
- Monitorizar temperatura.

- **(3900) Regulación de la temperatura.**

- **Definición:** Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.
- **Actividades:**
 - Observar el color y temperatura de la piel
 - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
 - Controlar la temperatura al menos cada hora.
 - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
 - Controlar la temperatura al menos cada hora.

(00155) RIESGO DE CAÍDAS.

- **DEFINICIÓN:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- **FACTORES DE RIESGO:**
 - Estados postoperatorios.
- **CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):**
 - **(1909).- Conducta de seguridad: Prevención de caídas:**
 - Definición: Acciones individuales para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas.
 - Indicadores:
 - (190903) Colocación de barreras para prevenir caídas.
 - (191816) Agitación e inquietud controladas.
 - Escala de medidas del indicador:
 1. No adecuada.
 2. Ligeramente adecuada.
 3. Moderadamente adecuada.
 4. Sustancialmente adecuada.
 5. Completamente adecuada.
- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**
 - **(6490).- Prevención de caídas:**
 - Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
 - Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

(00004) RIESGO DE INFECCIÓN

- **DEFINICIÓN:**

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

- **FACTORES DE RIESGO:**

- Procedimientos invasivos.
- Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.

- **CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):**

- **(0702) Estado inmune**

- Definición: Adecuada a la resistencia natural y adquirida contra antígenos internos y externos.

- Indicadores:

- (070207) Temperatura corporal ERE (en el rango esperado)
- (070208) Integridad cutánea
- (070215) Recuento diferencial leucocitario DLN (dentro de los límites de la normalidad).
- Escala de medida del indicador:
 - 1 Extremadamente comprometido
 - 2 Muy comprometido
 - 3 Moderadamente comprometido
 - 4 levemente comprometido
 - 5 No comprometido

- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**

- **(6540) Control de infecciones**

- Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- Actividades:
 - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
 - Poner en práctica precauciones universales.
 - Usar guantes estériles, si procede.
 - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV y drenaje lumbar.
 - Observar color y cantidad de líquido cefalorraquídeo del drenaje lumbar
- **(6550) Protección contra las infecciones**
 - Definición: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
 - Actividades:
 - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
 - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
 - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
 - Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
 - Obtener muestras de líquido cefalorraquídeo del drenaje lumbar.

(00146)ANSIEDAD

- **DEFINICIÓN:**

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

- **CRITERIOS DE RESULTADO(NOC):**

- **1402.Control de la ansiedad**
 - 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
 - 140204 Busca información para reducir la ansiedad.
 - 140217 Controla la respuesta de ansiedad
 - Escala de medida del indicador:
 - 1 Nunca manifestado.

- 2Raramente manifestado
- 3En ocasiones manifestado
- 4Manifestado con frecuencia
- 5Constantemente manifestado

- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**

- **(5820) Disminución de la ansiedad:**

- Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
- Actividades:
 - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
 - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
 - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - Crear un ambiente que facilite la confianza.
 - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

Objetivo general: Detectar precozmente, prevenir y controlar signos y síntomas de la complicación.

- **COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): DOLOR AGUDO (CEFALEAS) SECUNDARIO AL PROCEDIMIENTO.**
- - (1400).- Manejo del dolor
 - Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
 - Actividades:
 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
 - Observar claves no verbales de molestias.
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante analgésicos prescritos.
 - Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
 - Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la paciente.
 - Notificar el médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor de la paciente.
- **COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): HEMORRAGIA, SECUNDARIA A LA INTERVENCIÓN.**
 - (4020) Disminución de la hemorragia.
 - DEFINICIÓN: Limitación del volumen de pérdida de sangre durante un episodio de hemorragia.
 - ACTIVIDADES:
 - Identificar la causa de la pérdida de sangre.
 - Determinar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
 - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre si está indicado.
 - Vigilar el estado de líquidos, incluyendo entradas y salidas si procede.
 - Administrar productos sanguíneos (v.gr. plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.
 - Determinar la tendencia de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos.
 - Aplicar presión directa o vendaje de presión, si procede.
 - (4250) Actuación ante un shock.
 - DEFINICIÓN: Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y extracción de productos de desecho celular en un paciente con perfusión tisular gravemente alterada.
 - ACTIVIDADES:
 - Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión
 - Anotar la presencia de taquicardia, disminución de la presión sanguínea o presión arterial sistémica anormalmente baja, así como la palidez, disminución del llenado capilar y diaforesis.
 - Comprobar la función neurológica.
 - Realizar sondaje vesical si procede.
 - Administrar líquidos para mantener la presión sanguínea y el gasto cardíaco, si es el caso.

- **COMPLICACIÓN POTENCIAL(C.P.): Diabetes insípida secundaria a la intervención quirúrgica.**
 - ACTIVIDADES:
 - Monitorizar signos vitales con registro mínimo horario.
 - Controlar balance hídrico horario y de 24 horas
 - Medir diuresis horaria y realizar densidad de orina cuando proceda.
 - Realizar pruebas complementarias de laboratorio.
 - Administrar tratamiento hormonal cuando proceda.

- **COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): Disfunción respiratoria secundaria a Anestesia General**
 - ACTIVIDADES:
 - Monitorizar signos vitales con registro mínimo horario.
 - Comprobar la permeabilidad de los tubos de Wendel.
 - Administrar Oxígeno con gafas nasales a través de los tubos de Wendel.
 - Realizar aspiraciones y lavados con suero fisiológico a través de los tubos de Wendel todas las veces que sean precisas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Joane C.Mcloskey, Gloria M.Bulechek: Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (C I E.). Editorial Síntesis S.A. Madrid, 1996.

Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead: Clasificación de Resultados de Enfermería. (CRE). Editorial Harcourt.S.A. Madrid, 2001.

NANDA Internacional: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. Elsevier España S.A. Madrid, 2003 .

Farreras Rozman: Anatomía Patológica. Tomos I y II. Editorial Marín S.A. Barcelona, 1982.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia