

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: José Felipe Moráis.

Edad: 73 años.

Sexo: Varón.

Nacionalidad: Española.

Estado Civil: Casado.

Número de cama: 2334.

Fecha de ingreso: 5 de abril de 2002.

Unidad: Cirugía General III.

Motivo de ingreso: escisión + radioterapia intraoperatoria.

Diagnóstico médico: sarcoma retroperitoneal recidivado.

Enfermedades asociadas:

- cáncer sarcoma retroperitoneal (hace 2 años).
- hipertensión arterial.
- adenoma de próstata.

Medicación previa al ingreso:

- hidrosaluretil 1-0-0
- acalka 2-0-0
- magnurol 2 mg 0-0-1

Alergias: no conocidas.

Hábitos tóxicos: exfumador

CONSTANTES VITALES:

Tensión Arterial (T.A.): 135/70

Pulso: 80 pulsaciones por minuto.

Temperatura: 36°C

Otros datos del paciente:

Peso: 92.5 kilos.

Talla: 174 cm.

Sonda nasogástrica: 1000 cc de líquido biliar.

Diuresis: 2000 ml.

Estado físico: suficiente.

Estado mental: consciente.

Actividad: deambula con ayuda.

Movilidad: limitación ligera.

Incontinencia: continente.

Medicación (17.04.2002):

- Primperan (intravenoso) 1 ampolla cada 8 horas
- Zantac (intravenoso) 1 ampolla cada 6 horas
- Fragmin 2500 (subcutáneo) cada 24 horas
- Supositorio de glicerina cada 8 horas
- Isoplasma 2000 cada 24 horas
- Intralipid 500 ml (intravenoso) cada 24 horas

El paciente ingresa el 5 de abril de 2002 por motivo de un sarcoma peritoneal, tras la operación le trasladan a la planta de Cirugía General III. Lleva 3 drenajes, una bolsa de diuresis. A los tres días de la operación se retira uno de los drenajes y tres días más tarde los otros dos. El 15 de abril le ponen una sonda nasogástrica de la cual expulsa vómito bilioso. Se le realizan unos análisis y una bioquímica en orina donde la concentración de sodio y potasio es alta y se le vuelven a realizar. El 18 de abril se le realizará una radiografía de abdomen.

Valoración, diagnóstico y plan de cuidados:**• Respiración**

Valoración:

- ◆ Presenta un poco de dificultad al respirar.
- ◆ Exfumador

Diagnóstico:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con una lesión músculoesquelética manifestado por respirar con ritmo irregular.

Plan de cuidados:

- el paciente debe hacer ejercicios respiratorios para aumentar la fuerza y resistencia de los músculos respiratorios.
- Controlar el uso del espirómetro de incentivo (unas 7 veces a la hora) e intentar evitarlo cuando este cansado.
- Debemos vigilar las constantes respiratorias.
- Deberá el paciente adoptar posturas que favorezcan la respiración.
- Encontrarse tranquilo y cómodo.

• Alimentación

Valoración:

- ◆ No tiene apetito solo en ciertos momentos.
- ◆ Dieta absoluta.
- ◆ Alimentación parenteral.
- ◆ Buena hidratación de la piel y mucosas.

Diagnóstico:

Obesidad relacionada con el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por poseer un peso superior en un 20% al ideal para su talla y constitución corporal.

Plan de cuidados:

- Intentar que el paciente haga una dieta durante unas semanas para perder los 17 kilos que superan las cifras de su peso ideal.
- Debe mantener una vida sana.
- Hacer algún tipo de ejercicio físico.
- Controlaremos la presión arterial y el pulso.
- Registrar la cantidad de fórmula ingerida.
- Anotar la presencia de náuseas, vómitos, diarreas, distensión abdominal, etc.
- Pesar al paciente diariamente para valorar resultados del tratamiento.

• Eliminación

Valoración:

- ◆ El paciente presenta dificultad a la hora de depositar.
- ◆ Lleva bolsa de diuresis.

Diagnóstico:

Estreñimiento o reducción de la frecuencia normal de evacuación de una persona acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces relacionada con ejercicio insuficiente y aporte insuficiente de líquido y residuos manifestado por el dolor al defecar.

Objetivo: tendrá una evacuación diaria de heces blandas.

Plan de cuidados:

- Vigilar al paciente y controlar diariamente las deposiciones que hace.
- Si continúa estreñido aplicar un laxante o enema para ayudar a expulsar más fácilmente.

• Movilidad y postura

Valoración:

- ◆ Necesita ayuda para caminar.
- ◆ No se encuentra seguro todavía.

Diagnóstico:

Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza, control o masa muscular manifestado por el enlentecimiento del movimiento.

Plan de cuidados:

- el paciente deberá andar ayudado de alguien para que vaya recuperando la movilidad poco a poco.
- Ayudar al paciente a que consiga la movilidad completa.
- Debe hacer ejercicios con las piernas.

• Reposo y sueño

Valoración:

- ◆ Ha dormido un poco mal.
- ◆ Se despierta desorientado.
- ◆ Acostumbra a dormir siesta.

Diagnóstico:

Alteración del patrón del sueño relacionado con el desvelo condicionado desadaptado manifestado por despertar tres o cuatro veces por la noche y levantarse desorientado.

Plan de cuidados:

- el paciente debe de conservar un estado de bienestar aceptable.
- Observaremos si el paciente se encuentra a gusto con la habitación y la cama.
- Debe de tener tranquilidad el lugar de reposo

• Higiene y estado de la piel

Valoración:

- ◆ Acostumbra a ducharse todos los días.
- ◆ Utiliza prótesis dental completa.
- ◆ Buen estado de la piel.

Diagnóstico:

Déficit de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades del baño/higiene relacionada con la debilidad y manifestado por la incapacidad de hacerlo por si mismo.

Plan de cuidados:

- ◆ Respetar la intimidad del paciente.
- ◆ Lavarle todos los días.
- ◆ Echar crema para mejorar su estado de la piel.
- ◆ Cambiarle el pijama por lo menos una vez al día.

• Vestirse y desvestirse

Valoración:

- ◆ Necesita algo de ayuda para cambiarse.

Diagnóstico:

Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar actividades de vestirse y arreglo personal por si misma relacionado con la debilidad del paciente.

• Temperatura

Valoración:

- ◆ Se considera una persona calurosa.
- ◆ Presenta una temperatura normal (36°C).

No presenta ninguna alteración con esta necesidad.

• Seguridad

Valoración:

- ◆ El paciente no es alérgico a ningún medicamento.
- ◆ No presenta otras alergias.
- ◆ Antes de ser hospitalizado tomaba medicamentos (hidrosaluretil, acalka y magnurol).
- ◆ No presenta dolor de ningún tipo.
- ◆ Según la escala de Norton: riesgo bajo.

• Comunicación

Valoración:

- ◆ El paciente no tiene ninguna dificultad para hablar.
- ◆ Posee un buen nivel de conciencia.
- ◆ Utiliza gafas para leer.
- ◆ Fue operado de cataratas por lo que su vista ha mejorado.

• Religión

Bienestar espiritual manifestada por la relación, conexión, armonía con el yo, los otros, un ente superior/Dios y con el entorno.

El paciente se considera católico practicante.

• Aprendizaje

Valoración:

- El paciente estuvo ingresado por una operación de cataratas
- Estuvo hospitalizado por lo mismo que ahora: un tumor peritoneal de 3 kilos.
- Tiene un nivel de cultura bastante amplio, comprende muy bien la operación que le han hecho.

• **Autorrealización**

Valoración:

- ◆ Ahora mismo está jubilado.
- ◆ Ejercía de ginecólogo hasta 1998.
- ◆ Ahora sigue pasando consulta en una clínica privada.

• **Ocio**

Valoración:

- ◆ Su tiempo libre lo ocupa paseando y jugando a las cartas mientras toma café con sus amigos.
- ◆ Le gusta leer y ver la televisión.
- ◆ Tiene 3 hijos y 3 nietos que le vienen a visitar siempre que pueden pero su compañía más importante es su mujer con la que lleva 40 años casados.