PAE COMPLETO DE FRACTURA DE FEMUR ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Cuidado de Enfermería en Salud del Adulto II (Universidad César Vallejo)

Scan to open on Studocu

Studocu is not sponsored or endorsed by any college or university
Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

NOTA DE ENFERMERIA

ALUMNO:
Choy Cam, Daniella

ASESORA:

TEODOSIA ANITA CECIAS LOPEZ

TRUJILLO — PERÚ

2024

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
METODOLOGÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA
ESTRUCTURA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La Sra. María de sexo femenino de 73 años, adulta mayor, acude al centro de emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, motivo de su ingreso fue por un accidente de caída y golpe en la pierna izquierda, su diagnóstico de ingreso es Fx de diáfisis de fémur izquierdo.

VALORACIÓN:
La paciente Sra. María actualmente se encuentra hospitalizada desde hace 5 días del accidente, y que necesita ayuda de su hijo para movilizarse, con dolor según escala Eva 6/10, catéter venoso periférica permeable en brazo derecho, presenta uso de pañal, Se encuentra con signos vitales estables SatO2: 97%, T: 36.7, P.A: 125/70 F.R: 20X', F.C: 63X', está en reposo en una Posición de Fowler de 45°, tórax simétrico, abdomen blando sin dolor a la palpación y refiere que acuden por emergencia porque se cayó de una carretilla mientras trabajaba y la burra de su esposo, la paso por encima de la pierna izquierda, también nos indica que desde que esta hospitaliza no puede defecar, solo miccionar y que siente incones en el clítoris, lo cual hace fuerza para lograrlo, se siente triste porque se acordó que cumplía 3 años de que su esposo había fallecido, logra recordar de igual forma que recibía maltrato físico por parte de él, refiere que era porque ella no le hacía caso cuando se le indicaba que no se subiera la burra pero a ella le gustaba criar a sus animales de la chacra, también sembrar y manejar bicicleta. Es de religión católica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

A. Datos generales
   - Nombres y apellidos: María Peredes Salvatierra.
   - Edad: 73 años.
   - Sexo: Femenina.
   - Estado civil: Viuda
   - Ocupación: Ama de casa.
   - Domicilio: -----

B. Antecedentes
   - Personales: Sin datos.
   - Familiares: Sin datos.

C. Situación actual: Qué le ocurre, desde cuándo, cómo es, dónde se localiza. Factores precipitantes que alivian o agravan el problema, etc.

Situación actual				
Qué le ocurre	**Desde cuándo**	**Cómo es el problema**	**Dónde se localiza**	**Factores precipitantes que**

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

				alivian o agravan el problema
La Sra. María presenta una fractura de fémur izquierdo como resultado de una caída, dolor moderado, incontinencia urinaria y fecal, síntomas de depresión y posiblemente síntomas neurológicos.	Desde hace 5 días debido al accidente de caída y golpe en la pierna izquierda.	el problema principal es la fractura de fémur, lo causa dolor y limitación de movimientos en su pierna izquierda.	La fractura de la diáfisis del fémur izquierdo se localiza en el hueso del muslo	- Movimientos bruscos o actividades físicas intensas - Posiciones incómodas o forzadas: - Esfuerzo al defecar

D. Diagnóstico médico: Fx de diáfisis de fémur izquierdo.

E. Tratamiento médico:

1. ETAPA: Valoración

1.1 Recoger datos según una guía

Describir los Hallazgos (normales y alterados por patrones)

PATRONES FUNCIONALES	**Datos significativos**	
	Subjetivos	**Objetivos**
PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	La paciente reporta dolor en la pierna izquierda y sensación de tristeza debido al recuerdo de la muerte de su esposo y al maltrato físico que experimentaba.	Presenta una fractura de diáfisis de fémur izquierdo como resultado del accidente de caída. También se menciona su incapacidad para defecar y el uso de un catéter venoso periférico para administración de medicamentos. SatO2: 97% Tº: 36.7
PATRON 2: NUTRICIONAL – METABOLICO	No manifiesta.	No manifiesta.
PATRON 3: ELIMINACIÓN	La paciente menciona que desde que está hospitalizada no puede defecar, solo miccionar.	Presenta incontinencia urinaria y fecal, lo que indica dificultades en el patrón de eliminación normal. PA: 125/70 FC: 63X’
PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO	La paciente se encuentra limitada en su capacidad para moverse debido al dolor y la fractura de fémur.	La paciente se encuentra en reposo en una posición de Fowler de 45°. Además, se indica que la fractura afecta su capacidad para trabajar y realizar sus actividades cotidianas. FR: 20X’
PATRON 5: SUEÑO DESCANSO	No manifiesta.	No manifiesta.

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

PATRON 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL	La paciente experimenta dolor y sensaciones incómodas en la pierna izquierda.	No manifiesta.
PATRON 7 : AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO	La paciente puede experimentar una disminución en su autoconcepto debido a su condición de salud actual y los recuerdos de maltrato físico.	No manifiesta.
PATRON 8 : ROL/RELACIONES	La paciente menciona recuerdos de maltrato físico por parte de su esposo y se siente triste por su fallecimiento.	No manifiesta.
PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION	La paciente menciona sentir incomodidad en el clítoris.	No manifiesta.
PATRON 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS	La paciente puede sentirse abrumada emocionalmente debido al dolor, la fractura y los recuerdos de su esposo fallecido y el maltrato físico.	No manifiesta.
PATRON 11: VALORES – CREENCIAS	La paciente menciona ser de religión católica.	No manifiesta.

1.2 Realizar inferencia e Identificar claves (datos subjetivos y objetivos)

Dato	Conocimiento	Información

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

Edematizada	La piel edematizada, también conocida como hinchazón o edema, se refiere a la acumulación anormal de líquido en los tejidos blandos, lo que provoca una apariencia hinchada y abultada. En el contexto de una fractura, la piel edematizada suele aparecer alrededor de la zona lesionada debido a la ruptura de vasos sanguíneos y linfáticos durante el traumatismo.	Edema
Dolor a la palpación	El dolor a la palpación, también conocido como dolor a la presión, es un síntoma común en pacientes con fracturas. Se caracteriza por una sensación de dolor o molestia al presionar suavemente sobre la zona lesionada. Este dolor se produce debido a la irritación de las terminaciones nerviosas en el área del hueso roto, así como por la inflamación y el edema (hinchazón) que se generan en el tejido circundante.	Escala Eva: 6/10
Paciente refiere que se siente incómodo porque no puede defecar.	La ansiedad en una paciente con fractura se refiere a una sensación de preocupación, nerviosismo y aprensión excesiva ante la situación de la lesión. Esta emoción puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo preocupaciones excesivas, inquietud e intranquilidad por su estado de salud.	La ansiedad

1.3 **Validar datos** (Antes de terminar la interpretación es importante validar la información, con el fin de evitar realizar deducciones incorrectas). Podemos realizar las siguientes preguntas:

_ ¿hay coherencia entre los datos?

_ ¿hace falta recoger otros datos? ¿Cual?

1.4 **Documentar la información.** (Según registros institucionales) Ej. Guía de valoración por patrones funcionales.

2. ETAPA: Diagnóstico

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

2.1. Agrupación de datos (la cantidad de datos que agrupará depende de la condición clínica del paciente)				
Dolor a la palpación (escala de Eva 6)	La paciente Sra. María actualmente se encuentra hospitalizada desde hace 5 días del accidente. Edematizada	Paciente refiere sentir inquietud e intranquilidad, incomodidad.	Paciente refiere dificultada para defecar.	Paciente refiere solo miccionar y que siente incones en el clítoris, lo cual hace fuerza para lograrlo.

2.2 Interpretación de los datos e identificación del problema	
Datos	**Interpretación y problema identificado**
Dolor a la palpación (escala de Eva 6) Edematizada Facies de dolor Fx de diáfisis de fémur izquierdo.	El paciente presenta una fractura de diáfisis de fémur izquierdo, esta lesión se caracteriza es una lesión en el hueso fémur que ocurre en la parte media o "diáfisis" del hueso, específicamente en el lado izquierdo del cuerpo, dado a la puntuación en la escala EVA el paciente describe un dolor significativo (6 sobre 10) incluso con pequeños movimientos, lo que indica una lesión considerable, por otro lado la presencia de facies de dolor respalda la idea de un malestar intenso.
	Conclusión
	Paciente con dolor considerable debido a la fractura de diáfisis de fémur izquierdo.

2.3. Formulación diagnóstica (NANDA)

Etiqueta	**Factor relacionado o factor de riesgo**	**Características definitorias**

Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p informe verbal de dolor = escala Eva 6/10

R/C **E/P**

Condiciones asociadas: paciente postrado	**Población de riesgo:** personas con discapacidad física

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

Dominio:12	Clase:01	**Código:** 00131

2.2 Interpretación de los datos e identificación del problema	
Datos	**Interpretación y problema identificado**
Paciente refiere sentir inquietud e intranquilidad, incomodidad. Dificultad para defecar.	La paciente manifiesta preocupación ante la inminente operación a la que se someterá, expresando temor, su inquietud y la ansiedad son emociones que le generan incertidumbre sobre su condición, la expresión de incomodidad indica que la paciente se siente física o emocionalmente agotada, por otro lado, el estrés emocional y la preocupación del no poder defecar.
	Conclusión
	Paciente con incertidumbre sobre su condición de salud.

2.3. Formulación diagnóstica (NANDA)

Etiqueta	**Factor relacionado o factor de riesgo**	**Características definitorias**

Ansiedad R/C Dolor y estresores E/P paciente refiere sentirse incomoda, estresada por no defecar.

R/C

Condiciones asociadas: estreñimiento	**Población de riesgo:** personas que experimentan crisis situacionales.	
Dominio:09	**Clase:02**	**Código: 00146**

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

3. **ETAPA: Planificación**

3.1. Priorización de diagnósticos

1- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p informe verbal de dolor = escala Eva 6/10
2- Ansiedad R/C Dolor y estresores E/P paciente refiere sentirse incomoda, estresada por no defecar.

3.2 Plan de cuidados: (VER FORMATO DE PLAN DE CUIDADOS)

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA:	**APELLIDOS Y NOMBRE:**	**EDAD:**	**Historia clínica:**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	**RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)**					
Código: 00131	**Dominio NOC:** Conocimiento y conducta de la salud (IV)		**Escala de Medición**	**Puntuación Diana**		
Dominio:12	**Clase NOC:** conducta de salud (Q)					
Clase: 1	**Resultado**	**Indicador**		**Mantener a**	**Aumentar a**	**Evaluación (queda en)**
Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p informe verbal de dolor = escala Eva 6/10	Control del dolor	Controla los efectos terapéuticos de las medidas de alivio no analgésicos. Utiliza analgésicos como se recomienda Reconoce los síntomas asociados al dolor	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A Veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	2 2 2	4 4 4	4 4 4

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

Intervención: Manejo del dolor agudo
Dominio: 1 Fisiológico: Básico
Clase: E Fomento de la comodidad física
Código:1410

Actividad	Fundamento Científico
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización duración frecuencia e intensidad así como los factores que lo alivian y agudizan. 2. Aplicar compresas de hielo en la zona afectada durante 20 minutos cada 2-3 horas. 3. Enseñar técnicas de relación, evitando agravar el dolor 4. Fijar e inmovilizar evitando los movimientos innecesarios en la zona afectada. 5. Administrar analgesicos según prescripción medica.	● Obteniendo información completa y precisa sobre el dolor del paciente, se puede desarrollar un plan de tratamiento personalizado que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor. ● El frío actúa constriñendo los vasos sanguíneos, lo que reduce el flujo de sangre a la zona afectada, disminuyendo la actividad nerviosa y ralentizando la producción de sustancias inflamatorias. ● Las técnicas de distracción son métodos que pueden ayudar a desviar la atención del dolor y reducir su percepción. ● Al fijar la zona afectada, se evitan movimientos innecesarios que pueden aumentar el dolor, la inflamación ● Los analgésicos son medicamentos que bloquean o reducen la percepción del dolor en el cerebro y la médula espinal.

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA:	**APELLIDOS Y NOMBRE:**	**EDAD:**	**Historia clínica:**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	**RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)**					
Código: 00146	**Dominio NOC:** salud psicológica (III)		**Escala de Medición**	**Puntuación Diana**		
Dominio:9	**Clase NOC:** conducta de salud (Q)					
Clase: 2	**Resultado**	**Indicador**		**Mantener a**	**Aumentar a**	**Evaluación (queda en)**
Ansiedad R/C Dolor y estresores E/P paciente refiere sentirse incomoda, estresada por no defecar.	Nivel de Ansiedad	Inquietud	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2	4	4
		Exceso de preocupación		2	4	4
		Trastorno del sueño		2	4	4

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

Intervención: Disminución de la ansiedad
Dominio: 3 conductual
Clase: T Fomento de la comodidad psicología
Código: 5820

Actividad	Fundamento Científico
1. Crear un espacio físico tranquilo y libre de interrupciones donde el paciente se sienta cómodo y seguro. 2. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 3. Escuchar con atención 4. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 5. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.	1. La creación de un ambiente que fomente la confianza se basa en principios respaldados por la teoría del cuidado centrado en el paciente, la psicología de la confianza, la comunicación efectiva, la neurobiología de la empatía y el modelo bio-psico-social. 2. . Se basan en la idea de que una comprensión profunda de la perspectiva del paciente implica ir más allá de los síntomas físicos y considerar las dimensiones emocionales, culturales y sociales de la experiencia del paciente. 3. hace sentirle al paciente con seguridad 4. para hacerle sentir tranquila ya que las emociones por lo que está pasando son repentinos 5. Estas estrategias se centran en la importancia de la empatía, la comunicación efectiva y la creación de un entorno que promueva la seguridad emocional del paciente, la atención personalizada y centrada en

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

4. ETAPA DE EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	Manejo del dolor agudo
CÓDIGO	1410
DOMINIO	1 Fisiológico: Básico
CLASE	Fomento de la comodidad física
ACTIVIDAD	Aplicar compresas de hielo en la zona afectada durante 20 minutos cada 2-3 horas.

A- Fase de preparación

Reunir el material:

- Compresas frías: Asegurarse de tener suficientes compresas frías o bolsas de hielo disponibles.
- Toalla: Una toalla limpia y seca para proteger la piel del paciente.
- Recipiente: Un recipiente para colocar las compresas usadas.
- Guantes desechables: Si es necesario, usar guantes desechables para proteger las manos del contacto con el hielo.

Valorar al paciente:

● Identificar al paciente: Verificar la identidad del paciente para asegurarse de estar brindando la atención a la persona correcta.
● Explicar el procedimiento: Informar al paciente de manera clara y concisa sobre el procedimiento que se va a realizar, incluyendo el objetivo, la duración y los beneficios esperados.

B- Fase de intervención Preparar las compresas:

● Envolver las compresas: Envolver las compresas frías o las bolsas de hielo en una toalla limpia y seca para evitar el contacto directo con la piel del paciente.
● Ajustar la temperatura: Si las compresas están demasiado frías, ajustar la temperatura envolviéndolas en una capa adicional de tela o dejándolas a temperatura ambiente por unos minutos.
Aplicar las compresas:
● Colocar las compresas: Aplicar las compresas frías sobre la zona afectada, asegurándose de cubrirla completamente.
● Evitar la presión: Evitar ejercer presión excesiva sobre la zona afectada con las compresas.
● Monitorear la aplicación: Vigilar al paciente durante la aplicación de las compresas para detectar cualquier signo de incomodidad o efectos adversos.

This document is available on studocu
Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

Mantener las compresas:
● Tiempo de aplicación: Dejar las compresas en su lugar durante 20 minutos.
● Reemplazar las compresas: Reemplazar las compresas frías por otras nuevas cada 20 minutos para mantener la temperatura adecuada.
● Duración total: Continuar la aplicación de compresas frías durante el tiempo prescrito por el médico o hasta que el paciente experimenta alivio del dolor. Retirar las compresas:
● Retirar con cuidado: Retirar las compresas frías con cuidado de la zona afectada.
● Secar la piel: Secar la piel del paciente con una toalla suave y limpia.

C- Fase de documentación o registro

● Registrar la intervención: Anotar en la historia clínica del paciente la fecha, hora, duración y detalles de la aplicación de compresas frías, incluyendo la ubicación de la zona afectada, la temperatura de las compresas y la respuesta del paciente.
● Evaluar la respuesta del paciente: Registrar la respuesta del paciente al tratamiento, incluyendo el grado de alivio del dolor, la presencia de efectos secundarios y cualquier otra observación relevante.

INTERVENCIÓN	Disminución de la ansiedad
CÓDIGO	5820
DOMINIO	3 conductual
CLASE	T Fomento de la comodidad psicología
ACTIVIDAD	Crear un espacio físico tranquilo y libre de interrupciones donde el paciente se sienta cómodo y seguro.

A- Fase de preparación

- Identificar las preferencias del paciente en cuanto a iluminación, temperatura y otros aspectos que afecten su comodidad.
- Detectar posibles signos de estrés o ansiedad en el paciente.

B- Fase de intervención

- Establecer objetivos claros para la creación del entorno, como reducir el estrés o mejorar el descanso del paciente.
- Seleccionar un espacio adecuado que cumpla con las condiciones de confort necesarias.
- Preparar el mobiliario de manera que sea cómodo y apropiado para el paciente.

C- Fase de intervención

- Observar las reacciones del paciente al entorno creado y registrar cualquier señal de incomodidad o estrés.
- Evaluar el logro de los objetivos establecidos previamente.

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

5. ETAPA DE EVALUACIÓN

PROCESO DE EVALUACIÓN ¿Cómo evaluar si se resolvió el problema del paciente (diagnóstico de enfermería)?					
Diagnóstico: Dolor agudo R/C agentes lesivos E/P,EV: 5/10 y facies de dolor.					
Datos Basales (Situación encontrada)	**Resultados esperados**	**Indicadores**	**Respuestas de evolución** ¿Cómo han cambiado los datos basales?	**Evaluación del logro de resultados/indicadores** (totalmente logrado, parcialmente logrado, no logrado)	**Extracción de conclusiones** ¿Se resolvió el problema?
Paciente refiere tener dolor. pequeños movimientos Dolor en el FEMUR según escala de EV 6/1O Facies de dolor Dx médico: Fractura Diafesis de femur izquierdo	**Resultado 1 Control del dolor**	-Disminución del dolor -Utilizar medidas de alivio no analgesico -Realizar técnicas efectivas de relajación	Se le colocaron analgésicos y se le colocó en una posición cómoda, para disminuir su dolor y la respuesta del paciente es positiva a la intervención	**Parcialmente logrado**	**Paciente se encuentra estable respondiendo eficazmente evidenciado por una escala de de EVA 3 pnts**

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

PROCESO DE EVALUACIÓN ¿Cómo evaluar si se resolvió el problema del paciente (diagnóstico de enfermería)?					
Diagnóstico: Ansiedad r/c Expresa angustia e/p “preocupada por sus hijos ya que su mamá es la que le ayuda a verlos”					
Datos Basales (Situación encontrada)	**Resultados esperados**	**Indicadores**	**Respuestas de evolución** ¿Cómo han cambiado los datos basales?	**Evaluación del logro de resultados/indicadores** (totalmente logrado, parcialmente logrado, no logrado)	**Extracción de conclusiones** ¿Se resolvió el problema?
Paciente refiere sentir inquietud e intranquilidad, incomodidad. Inquieta. Preocupada. Ansiosa. Expresión de incomodidad Cansancio.	Nivel de ansiedad	-Inquietud -Exceso de preocupación -Trastorno del sueño	La respuesta del paciente es positiva; tras las intervenciones, se evidencia un estado de tranquilidad y despreocupación.	**Totalmente logrado**	**Paciente responde eficazmente a las intervenciones, evidenciándose por fecies de tranquilidad y sin preocupación.**

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: (NORMAS VANCOUVER)

1- Souki-Chmeit F, Zambrano-Sanguinetti E, Sandia-Briceño A, Souki-Chmeit A, Brito-Velásquez M. Fracturas articulares de fémur distal. Análisis comparativo de tres tratamientos quirúrgicos. Acta ortop. 2017 ; 31(1): 1-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000100001&lng=es.

2- Sánchez S, Navarro Navarro JO, Navarro García R, Brito Ojeda R, Ruiz Caballero E, AJ Fisiopatología y Patomecánica de las fracturas de Tobillo [Internet]. Ulpgc.es. [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/5756/1/0514198_00024_0004.pdf

3- Gutiérrez-Cueto, E., Estrada-Sánchez, S., & Munguía-Fernández, B. E. (2020). Manejo del edema postraumático en fracturas de extremidades inferiores. Una revisión sistemática. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, 64(2), e155

4- Clegg AJ, Stevens JA, Vance J, et al. Prevención de caídas en adultos mayores: una revisión de las intervenciones y su eficacia. J Am Geriatr Soc. 2013 Dec;61(12):2283-2293. DOI: 10.1111/jgs.12634.

ANEXOS:

Guía de valoración completamente llena
Fichas Farmacológicas
Otros..

TRAMADOL	
NOMBRE GENÉRICO	**Tramadol**
NOMBRE COMERCIAL	Adolonta, Dolpar, Gelotradol, Tioner, Tradonal Retard, Zytram
PRESENTACIÓN	Tabletas comprimidas 20 uni Gotas 10 ml Ampolla inyectable 50 ml – 100 ml

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

MECANISMO DE ACCIÓN	Se sabe que se une a los receptores opioides mu del sistema nervioso central y que, además, inhibe la recaptación de norepinefrina y serotonina; por ello se piensa que su efecto analgésico depende de un mecanismo doble: opioide y no opioide.
INDICACIONES	Tratamiento de dolores moderados a severos, de origen agudo o crónico (fracturas, luxaciones, infarto agudo del miocardio, cáncer, etc.). También puede utilizarse como analgésico preoperatorio, como complemento de anestesia quirúrgica, en el posoperatorio y procedimientos de exploración diagnósticos dolorosos.
CONTRAINDICACIONES	No debe administrarse en caso de conocida hipersensibilidad al tramadol o a los componentes de la fórmula, en intoxicación con alcohol, somníferos, analgésicos y psicofármacos. Los pacientes con antecedentes de estados convulsivos, deberán ser seguidos de cerca durante el tratamiento.
REACCIONES ADVERSAS	Frecuentes: náuseas, vómitos, somnolencia, vértigo, estreñimiento, desorientación, sudoración, euforia. Ocasionales: cefalea, sequedad de la boca, confusión, mareo. Raras: palpitaciones, taquicardia, hipotensión postural o colapso cardiovascular; irritación gastrointestinal (pesadez, sensación de plenitud, hinchazón
DOSIS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	VO Dosis inicial: 25 mg c/ 8 hs. Incrementar de acuerdo a respuesta y tolerancia (aparición de efectos adversos). Dosis de mantenimiento habitual: 50 – 100 mg c/4-6 hs. Dosis máxima: 400 mg/día EV 50 – 100 mg c/4-6 hs , en inyección lenta durante 2 a 3' o en infusión continua En dolores severos normalmente la dosis inicial es de 100 mg. Durante la primera hora después de esta dosis pueden administrarse dosis complementarias de 50 mg cada 10-20 minutos, sin sobrepasar una dosis total de 250 mg (contando la dosis inicial). Posteriormente administrar 50 ó 100 mg cada 6-8 horas Dosis máxima: 400 mg/día.

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Asegurar vía venosa permeable Administrar lentamente Monitorear el estado respiratorio, hemodinámico y neurológico No mezclar con otros medicamentos. Vigilar la aparición de náuseas, vértigos e hipotensión, así como la función cardiorrespiratoria, signos neurológicos y la aparición de convulsiones.

This document is available on studocu

Downloaded by Zurisadai Solis Bonifaz (zurisadaisolisbonifaz379@gmail.com)