



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN TRANS-  
OPERATORIO DE LA COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**AUTORA: LIC. GLADYS ANICETO CORREA**

**LIMA, PERU**

**2017**

Índice	Pg.
Resumen.....	2
Abstracta.....	3
Dedicatoria.....	4
Introducción.....	5
<b>Capítulo I Marco Teórico</b>	
1.1.- Marco Teórico.....	6
1.2.- Base Teórica.....	9
1.3.- Teoría de Enfermería.....	20
1.4.- Estudio Previos.....	25
<b>Capítulo II Aplicación del PAE</b>	
2.1.-Valoración de Enfermería.....	30
2.2.-DiagnósticosdeEnfermería.....	26
2.3.-Planteamientode Objetivos y Prioridades.....	44
2.4.-Ejecuciónde las Intervenciones.....	46
2.5.-Evaluaciónde Resultados.....	52
<b>Capítulo III Conclusiones y Recomendaciones</b>	
3.1.-Conclusiones.....	53
3.2.-Recomendaciones.....	54
3.3.-Bibliografía.....	55
ANEXOS.....	57
Imágenes.....	61

## Resumen

Cuidados del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en la etapa tras-Operatorio del paciente sometido quirúrgicamente a colecistectomía convencional, se hace énfasis en el proceso de instrumentación quirúrgica y la prevención de daños reales y potenciales mediante un criterio estandarizado y abarca un conjunto de procedimientos, intervenciones y cuidados del proceso de instrumentación en el equipo de enfermería quirúrgica, en los pacientes sometidos a colecistectomía convencional, en el Servicio de Centro Quirúrgico Central y Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. Así mismo busca mejorar la calidad y el uso adecuado de insumos, materiales y equipos durante el proceso Tras-Operatorio del paciente quirúrgico.

Palabra clave: Colecistectomía convencional en el Tras- Operatorio

## Abstract

Care of the process of care nursing (PAE), on the stage trans-surgical patient undergoing conventional cholecystectomy surgery, emphasis is in the process of surgical instrumentation and the prevention of actual and potential damage by using a standardized approach and encompasses a set of procedures, interventions and care of the process of instrumentation in the team of surgical nursing in patients undergoing conventional cholecystectomy in the service of Central surgical Center and emergency of the National Hospital Dos de Mayo 2017. It also seeks to improve quality proper use of supplies, materials and equipment during the entire patient.

Abstract: Conventional Cholecystectomy in the Trans operative

## **Dedicatoria**

A toda mi familia por sus fuertes ramas de bendiciones que nutren mi vida cada día.

A mis profesores y las personas que dios puso en mi camino por su protección y cariño, gracias por su amistad.

A mi Dios que me ha permitido vivir y culminar una etapa más de mi vida.

## **Introducción**

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto, la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas.

La enfermería en Centro Quirúrgico abocado al planeamiento, organización, ejecución y evaluación en el Tras-Operatorio, desarrolla la función de enfermero circulante e instrumentadora dentro de las cirugías en general del “Hospital Nacional dos de mayo 2017”.

La función del enfermero instrumentista es pieza clave en la gestión del instrumental en el proceso quirúrgico, intraoperatorio. Es responsable de conservar la integridad, seguridad y eficacia durante el manejo del instrumental y material estéril, y operatividad de los equipos durante la intervención quirúrgica.

El conocimiento y manejo de técnica estéril y aséptica habilita al enfermero instrumentista para preparar y arreglar el instrumental, los abastos y ayudar al cirujano / residentes durante la operación y ello demanda que el enfermero especialista desarrolle visión adecuada, agilidad y rapidez, conocimiento y dominio de la cirugía del caso citado en colecistectomía convencional, y capacidad de trabajo.

Por lo tanto, el enfermero especialista en centro quirúrgico posee calificaciones complementarias a la del enfermero de cuidados generales, desarrolla un modelo de atención sistémico, integral especializado sobre la base de estándares de enfermería validados por un proceso de análisis, diseño, y fundado en el método científico y proceso de enfermería.

## **Capítulo I**

### **1.1.- Marco Teórico**

#### **Colecistitis Alitiásica Aguda**

Colecistitis alitiásica. Es una patología poco frecuente, responsable del 2 al 15% de todas las colecistitis. Su incidencia está aumentando, asociándose en el 85% de los casos con una patología grave.

El diagnóstico precoz, sin embargo, es dificultoso, dada la condición clínica de los pacientes en los cuales se produce. Una serie de estudios cooperativos indican que el 40 al 100% de los pacientes se diagnostican en la etapa avanzada de la enfermedad, cuando ya existe gangrena, empiema o perforación. Actualmente se considera a la colecistitis aguda alitiásica como una expresión más de falla orgánica en pacientes gravemente enfermos, que ya han sufrido un progresivo deterioro de otros órganos y sistemas.

Las manifestaciones clínicas no difieren demasiado de las de la colecistitis litiásica. En un 65% de los casos existe fiebre mayor de 38°C y en un 25% de los casos puede presentarse como fiebre de origen desconocido. El dolor está presente en la mayoría de los casos, localizado en el hipocondrio derecho en un 70% y difuso en un 30% de los pacientes. En aproximadamente la mitad de los casos puede existir defensa o una masa palpable.

En un 80% de los casos existe una leucocitosis mayor de 11.000 y en un porcentaje similar hay aumento de enzimas hepáticas, bilirrubina y amilasas. Obviamente, múltiples causas pueden explicar estos cambios bioquímicos en los pacientes en terapia intensiva. Los resultados de distintos informes indican que entre el 40 y el 100% de los pacientes con colecistitis alitiásica presentan una enfermedad avanzada con gangrena, empiema o perforación. La elevada incidencia de gangrena de la vesícula indica la importancia de la isquemia en la patogénesis y la rapidez con la cual progresa la enfermedad.

## **Factores predisponentes**

En la mayoría de los casos se encuentra asociada a trauma, sepsis, posoperatorio de cirugía no biliar, quemaduras extensas, transfusiones múltiples, alimentación parenteral, asistencia respiratoria mecánica con presión positiva, puerperio y empleo de narcóticos. También se ha descrito en pacientes con SIDA e infecciones por citomegalovirus y en niños con enfermedades prolongadas e infecciones primarias, tales como escarlatina y tifoidea.

## **Patogenia**

Multifactorial.

Estasis biliar (ausencia de contractibilidad de la vesícula), incremento de la viscosidad y la toxicidad de la bilis con isquemia de la vesícula.

## **Morbimortalidad**

En estados posoperatorios o postraumáticos, en un 50% de los casos se produce gangrena y en un 10% perforación de la vesícula, lo que explica el alto porcentaje de mortalidad de esta patología, que oscila entre el 32 y el 47%.

## **Tratamiento**

### **Intervención precoz**

#### **➤FASE I**

Estabilidad hemodinámica.

Tratamiento antibiótico.

#### **➤FASE II**

Colecistectomía quirúrgica o colecistectomía

### **1.1.1- Colecistectomía Abierta (convencional)**

Descripción del procedimiento Mediante una incisión en el abdomen, se procede a la extirpación de la vesícula biliar. Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula



biliar, del páncreas y/o ictericia, que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

**Riesgos poco graves y frecuentes:**

- ✓ Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- ✓ Retención aguda de orina. Flebitis.
- ✓ Trastornos temporales de las digestiones.
- ✓ Dolor prolongado en la zona de la operación.

**Riesgos poco frecuentes y graves:**

- ✓ Dehiscencia de la laparotomía (abertura de la herida).
- ✓ Estrechez de la vía biliar.
- ✓ Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros) y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis).
- ✓ Sangrado o infección intraabdominal.
- ✓ Fístula intestinal.
- ✓ Colangitis (infección de los conductos biliares).
- ✓ Ictericia.
- ✓ Pancreatitis.
- ✓ Coledocolitiasis.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

## 1.2.- Base Teórica

### Periodo Transoperatorio

Es el lapso de tiempo que va pasando desde que el paciente es admitido en la sala de intervenciones y es trasladado a la sala de recuperación, constituye el acto quirúrgico en el que el equipo quirúrgico interviene de manera directa.

### Enfermería Médico-Quirúrgica

La enfermería médico-quirúrgica abarca tres áreas: el área de enfermería, el área médica y el área quirúrgica. Abarca el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas adultas con problemas de salud. CIRUGÍA Según Arias, 2001 cirugía es la rama que forma parte de la medicina que se encarga del manejo de los diversos procedimientos quirúrgicos. Es el complemento de teoría y destrezas, dirigidas a esas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una maniobra manual o instrumental, acción que no es solo conocer el manejo de la técnica, sino que también conocimiento científico para saber cuáles son sus justificaciones y consecuencias. Cada intervención quirúrgica origina en el paciente una importante alteración fisiológica y emocional. Antiguamente las cirugías se dividían en mayores y menores, pero para el paciente no hay cirugía menor (Arias, 2001).

#### 1.2.1- Peri operatoria

Correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: que es el periodo anterior a la inducción de la anestesia (**Entrada**), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (**Salida**) y finalmente al período de recuperación o postoperatorio. En cada uno de los periodos se confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se

realiza una intervención equivocada y utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales.

En un enfoque sistémico, la OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía a través del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “**La cirugía segura salva vidas**”, donde aborda la seguridad de la atención quirúrgica en cada uno de estos periodos por donde pasa el paciente.

### **Cuidados Trans-operatorio**

En esta etapa el objetivo general de la asistencia de enfermería, está enfocada a facilitar la intervención quirúrgica para que transcurra en forma exitosa.

#### **Aspectos a evaluar una cirugía segura en el trans-operatorio**

- Diagnóstico de enfermería, y el impacto de la intervención quirúrgica en el paciente.
- Anatomía Quirúrgica y localización de la zona operatoria.
- Riesgos calculados del procedimiento propuesto sobre otras necesidades físicas.
- Valoración quirúrgica durante el tiempo en el tras-Operatorio
- Esterilidad Estricta
- Pulxiosímetro debe estar en funcionamiento
- Anestesia bajo control

#### **Objetivos:**

- Garantizar la información y la instrucción preoperatoria
- Identificar al paciente
- La localización de la intervención
- Verificar el consentimiento informado, así como los estudios preoperatorios
- Colocar al paciente según procedimiento
- Proveer las medidas de comodidad y seguridad del paciente

- Monitorización psicológica y fisiológica del paciente

### **Requerimientos Básicos.**

Recursos Humanos.

- Enfermera(o) instrumentista I.
- Enfermera(o) Instrumentista II.
- Técnica(o) en Enfermería.

### **1.2.2- Equipo Quirúrgico**

Equipo Quirúrgico Cuando el paciente llega al quirófano, en éste ya se encuentra el equipo de profesionales que van a participar en la intervención.

El cirujano y sus ayudantes, el anestesista y el personal de enfermería

#### **Trans-Operatorio Instrumentista II**

- Posición Quirúrgica del Paciente
- Preparación de la Zona Operatoria
- Protección de Ojos
- Protección de Puntos de Presión
- Colocación de la Placa Indiferente
- Aseptización de la Zona Quirúrgica
- Conexión de equipos Biomédicos
- Conteo de Gasa en conjunto con la Instrumentista I en las Tres Fases

#### **Trans-Operatorio Instrumentista I**

- Presentación con el Paciente Quirúrgico
- Conocimiento de Antecedentes Quirúrgicos y Patológicos del Paciente
- Interpretación Fisiopatológica de la Intervención Quirúrgica
- Verificar los consentimientos informados de cirugía y anestesia firmados y sellados
- Presentación de los Campos Quirúrgicos
- Anticipación y Requerimiento Quirúrgicos en el Campo Operatorio
- Control de la asepsia en Campo Operatorio
- Prevención con hemostáticos, Instrumentos por sangrado
- Conteo de gasas instrumentos y agujas en las en las fases que corresponde de la cirugía.

**Anestesista:** En la cirugía el anestesiólogo no debe necesariamente estar vestido en forma aséptica, sin embargo, es ideal que lo haga, es responsable de la anestesia del paciente. Su trabajo inicia con la canalización del paciente e inmediatamente da la orden para el inicio de la cirugía, permanece durante toda la intervención quirúrgica.

Al finalizar la misma, continuará moni-toreando al paciente llevando un control de los anestésicos donde figura la evolución intra operatoria de todos los parámetros vitales

**El Cirujano:** Es el profesional que lleva a cabo la intervención y sus responsabilidades son las de dirigir la valoración médica preoperatorio, realizar la técnica operatoria y establecer el tratamiento postoperatorio del paciente. El cirujano ayudante, colabora con el cirujano al realizar la intervención

### **1.2.3- Técnica de Instrumentación Quirúrgica en Colectomía Convencional.**

**A.** Técnica de instrumentación: Con el paciente bajo efectos de anestesia general balanceada, en posición supina, se realiza asepsia y antisepsia empezando por el epigastrio y ambos hipocondrios derecho e izquierdo, se continúa con el nasogástrico en ambos flancos, las dos fosas iliacas, hasta llegar a la sínfisis púbica, finalmente se aseptica el ombligo.

**B.** Luego se colocan 4 campos estériles o 3 sabanas dejando expuesta el área de incisión, parte del mesogastrio y flanco derecho, se ubican y fijan con pinzas de campo los tubos de aspiración con yankawer y cable mono polar de electro cauterio, se colocan los mangos estériles para las cialíticas y se ofrecen dos compresas de vientre al cirujano y primer ayudante.

**C.** El cirujano procede a realizar incisión subcostal derecha aproximadamente de 10 a 12 cm. de longitud, con hoja de bisturí N° 20 o 21 montada en mango N° 4, continúa la incisión del tejido celular

subcutáneo con electro cauterio separando los bordes con separadores farabeuf, pinzas de Kelly para el ayudante para hacer hemostasia, se incide aponeurosis anterior con tijera metzembaum, músculo oblicuo mayor y aponeurosis posterior; en este momento se cambian los separadores de Farabeuf por Richardson.

**D.** Se hace incisión en peritoneo parietal con tijeras de metzembaum y dos pinzas Kelly para hacer hemostasia, se proporciona un campo simple enrollado y humedecido con cloruro tibio (muñeco) para empaquetar las vísceras e intestinos, y se separan bordes de la herida con separador balfour, se identifica hígado.

**E.** En este momento se cambia el instrumental básico por el especial, bajando el primero al sitio de retorno y el segundo a la mesa de mayo; localiza la vesícula con sponch húmedo (gasa doblada en cuatro y montada en pinzas forester curva ó recta), se disecciona el pedículo vesicular con tijera de metzembaum y pinzas de disección larga sin dientes.

**F.** Se liga el cístico con seda negra multiempaque 3/0 ó 2/0 guiada por un extremo en pinzas Heiss curva ó mixter angulada; se corta la ligadura con tijera de mayo recta, posteriormente se pinza con mixter angulada la arteria cística diseccionada con tijera de metzembaum, se liga con seda negra multiempaque 3/0 ó 2/0 y se corta (la arteria ligada y la ligadura) con tijera metzembaum y mayo recta respectivamente, finalmente se disecciona la vesícula del lecho vesicular con tijera metzembaum, hasta su resección total. Se dan tres gasas compresas enrolladas para hacer hemostasia durante 5 minutos.

**G.** En caso de requerir colangiografía intraoperatorio (CIO), antes de ligar el cístico se realiza un pequeño corte transversal por el cual se inserta la guía de CIO ó en su defecto una sonda de alimentación N° 6,8 o 10, y se inyecta 20 cc de cloruro de sodio al 0.9% para verificar la permeabilidad del cístico y colédoco, y luego la sustancia de contraste (Iopamidol) al

50% o al 100%, dependiendo de la preferencia del cirujano. Se colocan campos estériles para cubrir área operatoria y se toman las placas de colangiografía.

H. Se recibe la vesícula y posteriormente se entrega a la enfermera circulante; se proporciona jeringa asepto con solución salina tibia para lavar cavidad, se verifica hemostasia con sponch, se realiza conteo de gasas y compresas junto con la circulante. Se comunica a los cirujanos la cuenta completa y se procede a cerrar aponeurosis posterior y anterior con Vicryl N°1 MR 40, muscular con Catgut Crómico N°1 o N° 0, se afronta tejido celular subcutáneo y luego se cierra piel con Nylon 3/0 cortante, luego se desinfecta la zona de la incisión con el criterio del cirujano y luego finalmente se cubre con gasa de manera compresivo.

#### **1.2.4.- Recursos Materiales**

##### **Material Fungible:**

- Registros de Enfermería
- Hoja de bisturí N° 21 o 20
- Torundas de gasa (frijolitos)
- Gasa compresada con cinta radiopaca (48 X 48cm).
- Gasa Chica con hilo radiopaco (10 x 10 cm).
- Cinta umbilical.
- Sonda Foley N°14 o 16 (doble vía).
- Bolsa colectora.
- Drenes tubulares y laminares(Sonda Nelaton N° 18 o 20, Pen rose)
- Bolsa de colostomía.
- Sonda Nasogástrica.
- Jeringas descartable 10cc ,20cc, 60 cc (asepto jeringa).
- Lidocaína en jalea.
- Lápiz quirúrgico.
- Guantes quirúrgicos de diferentes tallas.
- Tubo no conductivo para aspiración.
- Campo quirúrgico adhesivo (Iobán)
- Frascos estériles y no estériles para muestras y patología.
- Suturas: Seda negra 3/0 ó 2/0 multiempaque, seda 2/0 o 3/0 cortante, Vicryl 3/0 y 1 redondo, Catgut crómico 2/0 o 1 redondo y Nylon 3/0. Opcional (Lino 1multiempaque).
- Otros: Hemostáticos (surgicel, hemocolágeno), esparadrappo, Cloruro de sodio al 0.9%, Isodine solución y espuma.

### **Material No Fungible**

- Equipo de ropa completo (4 sábanas, 4 mandiles, 1 funda de mayo, 4 campos simples).
- Instrumental quirúrgico: Caja de instrumental de vesícula.
- Adicionales: Disecciones vasculares, Valvas Maleables, Separador Richardson, separadores Deaver.
- Riñoneras.
- Lavatorio.
- Bolos (grande y chico)
- Alargador de lápiz quirúrgico.

### **Equipo Biomédicos**

- Máquina de anestesia.
- Electrocauterio.
- Lámpara cialíticas.
- Mesa quirúrgica
- Mesa de mayo y auxiliar.
- Sistema de aspiración

### **1.2.5.- “Cirugía Segura”**

La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (ó mantener) una cultura que valore este objetivo.

### **Objetivos del Programa Cirugía Segura**

- ✓El equipo quirúrgico que participará en la cirugía debe asegurarse de:
- ✓Que el paciente que será intervenido sea el correcto y el sitio donde se practicará la cirugía también lo sea.
- ✓Atender de forma adecuada al paciente es su recuperación anestésica y mantener en bajo control el dolor.
- ✓Al sonar la alarma de los equipos atender el mismo en el área quirúrgica.
- ✓Saber la técnica correcta para restablecer las vías aéreas cuando lo amerite.
- ✓Saber en qué momento el paciente necesita que se le reponga la sangre y seguir el procedimiento en dado caso.
- ✓Vigilar que el paciente no sea alérgico a ningún medicamento para prevenir reacciones alérgicas.



- ✓ Mantener técnicas adecuadas para reducir la infección en el plano anatómico.
- ✓ Mantener un control constante para evitar el olvido de piezas instrumentales y material en la cavidad quirúrgica.
- ✓ Rotular correctamente las muestras que se obtengan del paciente.
- ✓ Mantener una comunicación adecuada y amplia con todo el equipo quirúrgico para que la cirugía cumpla con su objetivo.
- ✓ La comunicación con el paciente y el familiar debe ser concreta ya su vez amplia para tratar la evolución de su caso.
- ✓ Asegurar que el hospital cuenta con los elementos necesarios para ejecutar la cirugía.

### **Aspectos a Evaluar para una Cirugía Segura**

- ✓ La confirmación del paciente sobre su identidad, el sitio que será intervenido, el procedimiento que se ejecutará y principalmente la aceptación para comenzar.
- ✓ El sitio debe de ser marcado en dado caso que no sea así no procederá la cirugía.
- ✓ La anestesia debe mantenerse bajo control para mayor seguridad.
- ✓ El pulxiosímetro debe de ser colocado y debe ser puesto en funcionamiento.
- ✓ Preguntar si ¿si el paciente refiere alergias?
- ✓ Preguntar si ¿el paciente tiene riesgo de aspirar o la cuenta con vía aérea es difícil?
- ✓ Preguntar si ¿si el paciente refiere alergias?
- ✓ Preguntar si ¿el paciente tiene riesgo de sufrir una hemorragia menor a 500 ml (niños de 7ml/kg)?
- ✓ Aquí se ha concretado la fase de “entrada” y puede inducirse la anestesia.
- ✓ Verificar que los integrantes del equipo se hubiesen presentado por nombre y apellido de igual forma informado al paciente sobre la función que desempeñarían.

- ✓Deben de identificar al paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento a realizar de forma verbal el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería.
- ✓Revisar los eventos críticos que pueden suceder.
- ✓El cirujano revisa los pasos críticos, el tiempo que se ha llevado la cirugía y la sangre que ha sido perdida.
- ✓El equipo de anestesia verifica que el paciente no presente algún problema específico.
- ✓El equipo de enfermería revisa si se ha trabajado bajo la esterilidad estricta, siguiendo los indicadores y aclarar dudas o resolver problemas en relación con el instrumental y los equipos.
- ✓Contestar si ¿se ha administrado hasta el momento profilaxis antibiótica en la última hora?

#### **1.2.6.- Conceptos Básicos:**

##### **- Colecistitis aguda alitiásica.**

Inflamación aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos

##### **- Colectomía.**

Es la extirpación quirúrgica a través de una incisión en la pared abdominal de la vesícula biliar en su totalidad. Esta cirugía está indicada en pacientes con afecciones de la vesícula biliar que producen síntomas.

##### **- Pedículo Vesicular.**

Es membrana que protege y contiene en su interior a la arteria cística, y el conducto cístico.

##### **- Hígado.**

Es la glándula más grande del cuerpo, con un tamaño de 26 cm (horizontal) por 15 cm (vertical) en sentido anteroposterior y 8 cm de espesor a nivel del lóbulo derecho, pesa aproximadamente 1500 gr. Está situado en el lado derecho del abdomen, en posición inferior respecto al diafragma y anterior respecto al estómago, es decir ocupa el hipocondrio derecho e izquierdo y

epigastrio. El hígado tiene cuatro lóbulos: derecho, izquierdo, caudado y cuadrado.

Tiene forma de cuña siendo convexo por todas sus caras menos por la cara posteroinferior que es ligeramente cóncava y se encuentra en contacto con vísceras abdominales y que recibe el nombre de cara visceral hepática. En la cara anterior se localiza el ligamento falciforme que divide al hígado en lóbulo derecho e izquierdo, y mantiene unido el hígado a la pared abdominal anterior. En la cara superior en contacto con el diafragma se encuentra el ligamento coronario que va ligado al diafragma. En la porción inferior del ligamento falciforme se encuentra el ligamento redondo que está formado por el cierre de la vena umbilical.

Su irrigación es doble (arterial y venosa), la sangre venosa procede de la vena porta y la arterial de la hepática derecha e izquierda las cuales son ramificaciones de la arteria hepática propia. La bilis que se secreta en los lobulillos biliares son transportados por los canalículos biliares (estrechos conductos intercelulares) que desembocan en los conductillos biliares y estos van uniendo entre si hasta formar dos conductos hepáticos (derecho e izquierdo) que a su vez forman el conducto hepático común, y éste se une al conducto cístico (lleva la bilis desde la vesícula al duodeno) para formar el colédoco.

#### **- Vesícula Biliar.**

Es una víscera hueca azul verdosa de forma ovoide o pera, situada entre los lóbulos derecho e izquierdo por debajo del hígado, tiene un tamaño aproximado de entre de 7 a 10 cm de largo por 3 cm de diámetro. Sus paredes son eco génicas y finas y miden entre 2 y 3 mm (> 4 mm se considera patológico). Presenta tres capas (serosa, muscular y mucosa) y se divide en fondo, cuerpo y cuello.

Se conecta con el intestino delgado (duodeno) por medio del colédoco el cual se forma de la unión del conducto hepático común y el cístico. Así mismo esta irrigada por arteria cística que se origina como rama de la arteria

hepática derecha la que a su vez nace de la arteria hepática propia. Su función principal es almacenar, concentrar y liberar la bilis durante el proceso digestivo, contiene un volumen entre 30 - 50 ml de bilis.

### **1.3. Teorías de Enfermería.**

#### **Virginia Henderson**

Cuidados de Enfermería en el paciente quirúrgico anestesiado según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Virginia Henderson determinó que una persona sana e independiente es aquella que puede cubrir por sí misma todas las necesidades que se desprenden de su naturaleza física, social y psicológica. Cuando una persona se encuentra en un quirófano para ser intervenida, deja de ser independiente y pasa a depender de otras para cubrir sus necesidades.

Cada una de las 14 necesidades detalladas por Virginia Henderson se modifican de una forma u otra a la hora de someterse a una intervención quirúrgica, y por ello debe tenerse en cuenta cada una de ellas, observando qué carencias se producen y conociendo los pasos a seguir para evitarlas o solucionarlas lo más rápido y mejor posible.

#### **Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos**

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas

necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Para Henderson la/el enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona.

**Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:**

**Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.

Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

**Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

**Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad.

El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

**Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

**Manifestaciones de dependencia e independencia:**

El concepto de dependencia e independencia va ligado al concepto de autonomía.

**Autonomía:** Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Manifestaciones de independencia:** Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud

**Manifestaciones de dependencia:** Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas.

**Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson: Se establecen tres niveles:**

**1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia):** Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.

**2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda):** La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca sufre totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.

**3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda):** La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico (en este caso el modelo teórico es el de Virginia Henderson), orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos.

De este modo se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.

**Valoración:** se realiza una valoración de las necesidades del paciente. Implica la recogida de datos y su correspondiente validación. Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.

**Diagnóstico:** el diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en base a los datos recogidos. Se delimita el factor causal como fuente de dificultad (concepto del modelo conceptual de Virginia Henderson). Dicha fuente de dificultad puede ser de tipo fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad. Es decir, se definen los problemas en base a las fuentes de dificultad identificadas.

**Planificación:** etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establecen también las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente. De este modo la persona cuidadora establecerá un enfoque de suplencia, ayuda o acompañamiento/supervisión en función del tipo de cuidado a realizar. Por lo tanto se establecen los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas.

**Ejecución:** consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería

**Evaluación:** se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. Se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente, de nuevo. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados.

**El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería:** es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades en la intervención quirúrgica en el trans-operatorio devolviéndola a integrarse en su entorno familiar y en la comunidad. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.



## **1.4. Estudios Previos**

### **Internacional**

Lic. Enf. María del Carmen Jiménez, 1999 a 2017, México Revista Mexicana avances científicos Enfermera Cardiológica

“La importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico”

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto, la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas.

Si se aplican los conceptos de Virginia Henderson se visualiza a la persona con una perspectiva holística, con base en 14 necesidades. Esta revisión es una consciente adaptación del modelo de Henderson en un procedimiento quirúrgico con la finalidad de preservar, restablecer o recuperar la salud.

El trabajo que la enfermera realiza con los pacientes quirúrgicos es trascendental por lo que no puede quedar sin una constancia permanente de él, es por ello deseable que se hagan los registros más completos que se puedan, desde su valoración clínica, los objetivos del cuidado que otorgan, el plan de actividades y los resultados que obtengan, esto sin duda permitirá a las enfermeras tener una memoria escrita que favorezca futuras investigaciones de nuestro trabajo.

Lic. Enf Carmen Ferrer Arnedo 2012, Madrid España

“Equipos Eficientes y eficaces para Afrontar los Problemas en el Siglo XXI “

Gerente del Hospital de Guadarrama de Madrid. Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del Sistema Nacional de Seguridad SNS. Es evidente que nos encontramos en la encrucijada. Que estamos en un proceso de cambio, a veces parece radicar pero realmente estamos ante un reto, demostrar que estamos vivos y las personas son nuestra razón de ser Por un lado, sabemos que las necesidades de los ciudadanos están cambiando.

Este cambio está relacionado con el aumento de la esperanza de vida, así como la adopción de determinados estilos de vida que han condicionado el patrón epidemiológico dominante.

Todo ello en base a valores como la equidad, la proporcionalidad , la sostenibilidad a través de la innovación y la creatividad , Este es el reto para el futuro siempre y cuando se tengan en cuenta ideas claves: Esto lo podremos llevar a cabo , con un trabajo en equipo que sobrepase los convencionalismos , con un sistema altamente eficiente que permita resultados excelentes, lo que se logra si se interviene sobre la cultura organizacional de la pirámide como es nuestro caso y de lo multidisciplinar, con actitud proactiva y de respeto.

Un equipo de trabajo es una unidad de dos o más personas con habilidades complementarias que están comprometidas en un propósito común y con un conjunto de metas de rendimiento y de expectativas, para lo cual establecen normas colectivas de rendición de cuentas.

El principal objetivo es devolver a la comunidad el mayor número de pacientes con la mayor autonomía posible y prevenir de esta forma los ingresos y reingresos, además de ahorrar estancias.

Un equipo de trabajo es una unidad de dos o más personas con habilidades complementarias que están comprometidas en un propósito

común y con un conjunto de metas de rendimiento y de expectativas, para lo cual establecen normas colectivas de rendición de cuentas.

Organización Mundial de la Salud OMS 2009, Ginebra Suiza, Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

“La Cirugía Segura Salva Vidas”.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

Este programa se creó por la OMS “La Cirugía Segura Salva Vidas”. Con esta lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

El objetivo: No es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

Conclusiones: Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar de la costó eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo.

Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo.

# **CAPITULO**

## **II**

# **VALORACIÓN**

## Capítulo II

### 2- 1. Valoración:

#### Situación problemática

Paciente adulto joven de 40 años de edad de sexo femenina, natural de Lima que se encuentra en el servicio de sala de operaciones central del Hospital Nacional dos de Mayo 2017, en posición de cubito dorsal, ventilando espontáneamente, a la entrevista se encuentra paciente lucido, orientado en tiempo espacio y persona con un Glasgow de 15, al examen físico se evidencia piel pálida y mucosas húmedas, con campos pulmonares se evidencia buen pasaje aéreo, abdomen ligeramente distendido con presencia de dolor a la palpación, en el hipocondrio derecho, estado de higiene regular, presenta vía periférica en MS.(D), pasando CLNa 0.9% x 1000 a 45gts. P/minuto (I fco) por pasar, miembros superiores móviles, y miembros inferiores con presencia de movimiento, disminución de la fuerza muscular. Control de funciones vitales se evidencia: P/A: 130/90 mmHg, FR: 20X' FC: 106X', Sat: 96%, T: 36.2°C.

- Antecedentes patológicos : procesos inflamatorios
- Antecedentes quirúrgicos : ninguno
  
- Diagnóstico: Pre-Operatorio: Colecistitis Alitiásica.
  
- DX. Quirúrgico colecistectomía convencional

#### 2.1.2 - Datos generales Datos de filiación

##### Datos Generales:

- Nombre y Apellido: M. R. Q.
- Fecha de Nacimiento: 27/ 11 /1,977
- Edad: 40 años
- Dirección: los pedestales N° 144 S.J. L
- Sexo: Femenina
- Fecha de Ingreso: 13 de Mayo 2017
- Teléfono: 52-4463
- Procedencia: Emergencia
- Forma de Llegada: Silla de Ruedas

- Peso: 59.400 Kg
- Talla: 154 cm
- P/A: 130/80
- F/R: 21 x"

Alergias: la paciente refiere no conocer si padece de algún tipo de alergia, tanto de alimentos como de medicación.

Diagnóstico: Pre-Operatorio: Colecistitis Alitiásica.

DX. Quirúrgico colecistectomía convencional

### Indicación Médica Preoperatoria

#### Terapéutica

<b>Indicación Pre quirúrgica NPO 8 A 10 horas de ayuno</b>		<b>Cloruro de sodio al 0.9% 45gx1</b>		
Metronidazol E. V	Metoclopramida .E.V	Metamizol E.V	Ciprofloxacina E. V	Ranitidina E.V
Cada	Cada	Cada	Cada	Cada
24 horas	8 horas	8 horas	12 horas	12 horas
Control de F.V		B.H		

#### 2.1.3- Documentos de medición

##### Análisis de bioquímica

- Leucocitosis con Formula desviada a la izq.
- Enzimas hepáticas más frecuente en Alitiásica
- GS. O +
- Factor RH. positivo
- Banco de sangre: Paquete Globular (2 unidades)

Gasometría	hemograma
PH = aumentado.	<b>HB= 11.0 g /dl</b> (13-16 g/100ml)
<b>pco2 = disminuido.</b>	<b>leucocitos = 15.90mil/mm3</b> (5mil-10mil/mm3)
<b>po2 = disminuido.</b>	<b>eritrocitos = 4.07 mil/mm3</b> <b>(4 600 mil - 6 200mil/mm3)</b>
<b>creatinina = 1.1mg/ 100ml</b> (0.6 -1.2 mg/ 100ml)	vcm= 85.00um3
<b>glucosa = 104mg/100ml</b> (60-110 mg / 100ml)	<b>eosinofilos= 2.00%</b>
urea = 68.6mg/ 100 ml (20 -40% mg/100ml)	<b>linfocitos = 9.00% (20 -40% )</b>
<b>sodio = 140meq/l</b> ( 135- 145 meq/ l)	HTC = 35.00%
<b>potasio = 4.0meq/l</b> (3.5- 5.5 meq/ l)	plaquetas = 539,00mil/mm3
cloro = 107 meq/ 100 ml ( 95- 105 meq/l)	segmentados = 85.00%
<b>Calcio = 3.5mg/100ml.</b> (8.2 – 10.2 meq/l)	monocitos = 4.00%
<b>magnesio = 2.3 meq /l</b> ( 1.6- 2.6 meq / )	transaminasas=
<b>fosforo = 3.7 meq / l</b> ( 2.5 -4.5 meq/l)	hiperbilirrubinemia.=

### Cardiológico:

- EKG: IIº

### Imágenes: Resultados y Diagnósticos

- Ecografía (S 65-98%, E 95-100%)
- La ausencia de cálculos o barro biliar
- El engrosamiento de la pared vesicular (> 5 mm) líquido

### Pericolecístico

- Murphy + ecográfico
- Colecistitis enfisematosa con burbujas de gas que se plantean en el fondo de la vesícula biliar (signo de champagne)
- Perforación de la vesícula biliar con formación de abscesos.



#### 2.1.4- Recepción del Paciente Instrumentista II

Fecha:.....14- 05- 2017..... SALA N°2.....Cirugía General.....  
Nombre y Apellido: M .R.Q...Sexo (F)...edad...40 años... Peso 59.400 Kg...  
Cirugía Programada (si)...HCl:94569118.... Tipo de atención...SIS .servicio  
de Procedencia....Cirugía...."I"3....Nivel...de... conciencia despierta.....  
HTA.....(no)...DM...(No)...Gastritis....(si)...Hace.....8.....años.....Asma.....  
(No)...TBC.....(no)...VIH....(no).....Cirugías...previas.(No)...Alergias...(No)..  
Autoimagen....Disminuida..... (No)...Respiración Espontanea.....  
(si)...Estado Nutrición...BEN...Higiene...BEH... Características de la Piel....  
Normal...Signos y Síntomas...Dolor Abdominal Dolor lumbar.....Ansiedad..  
Dispositivos...Invasivos...CVP...MSD...Sonda Vesical... (No).....  
Profilaxis... (No).....

Cirugía programada: Colecistectomía Convencional.

## **Valoración según Dominios**

### **2.2- Valoración de Enfermería Según Dominios Priorizados**

#### **Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés**

Se le observa con preocupación ansiedad tristeza poco comunicativa al inicio de la evaluación quirúrgica, luego con calma los minutos transcurrían comenzó a hablar más sobre la cirugía que se le realizara

#### **Dominio 11: Seguridad / Protección.**

Riesgo de sangrado, por manipulación del hígado manipulación de grandes vasos sanguíneos durante las fases quirúrgicas, Color de la piel con palidez, HB: 11 g/ ml, Hematocrito se aproxima un sangrado 150 cc a 200 cc durante la cirugía.

#### **Dominio 11: Seguridad / Protección.**

Riesgo de lesión física durante el tiempo operatorio, colocación de accesorios, placa indiferente para el uso de electro cauterio, posición estática por efecto de la anestesia y técnica quirúrgica corte aproximado de 10 cm a 12 cm.

#### **Dominio 2: Nutrición.**

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos por la Cirugía Abdominal, pérdida de líquidos, extravascular (plasma), intersticial, intracelular NPO 8 a 12 horas, pérdidas insensibles, se aproxima un sangrado 150 cc a 200cc durante la cirugía, registro de ingresos, cristaloides, coloides (endovenosos), registro egresos, (aspiración de sangrado, diuresis), datos en coordinación con el anesthesiólogo.

**Dominio 11: Seguridad/Protección**

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal por efecto de la anestesia general, tiempo prolongado de la cirugía, exposición del paciente durante la preparación y el procedimiento quirúrgico, y T<sup>o</sup> ambiental.

**Dominio 11: Seguridad y Protección.**

Riesgo de infección procedimientos invasivos (cirugía), defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel), colocación de drenaje, colocación de S.F, colector de diuresis, CVP, numera de personal circulante en la sala de operaciones, etc.

## 2.2.1.- Datos subjetivos y datos objetivos

Organización de Datos por Dominio		Dominios
<b>-Datos Subjetivos</b> -Estoy preocupada "Mi esposo no trabaja por estar pendiente de mí"	<b>Datos Objetivos</b> - Hospitalización- - Proceso quirúrgico - Voz temblorosa - Inquietud	Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00146
-Se aproxima una pérdida de sangre al finalizar la cirugía entre 150cc a 200 CC.	-Hb.11.0 G/ML. (13-18 G /100ML) -paquete globular (2) -pruebas cruzadas -Soluciones intravenosas compatible	Dominio 11: Seguridad / Protección. Clase 2: Lesión física Código:00206
-Sensación de dolor y en hipocondrio derecho.	-Utilización de vendaje elástico durante y posterior al procedimiento quirúrgico. -Posición decúbito dorsal durante el tras-operatorio -catéter venoso periférico.	Dominio 11: Seguridad / Protección. Clase 2: Lesión física. Código:00087
-NPO de 8 a 12 horas -Se aproxima al término de la cirugía pérdidas insensibles -Se aproxima una pérdida de sangre al finalizar la cirugía entre 150cc a 200 CC.	-Soluciones intravenosas compatibles -CVP, permeable	Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación. Codigo:00025
-Presento un pico febril de 38°C sin causa -Aparente, el cual no vuelve a presentarse.	-Suministro de líquidos fríos. -Piel fría -Ropa ligera	Dominio 11 Seguridad/Protección clase 6: Termorregulación Código:00005
No refiere	-Leucocitosis con Formula desviada a la izq. - Enzimas hepáticas más frecuente en Alitiásica -Procedimientos invasivos (cirugía)	Dominio 11: Seguridad y Protección. Clase 1: Infección. Código: 00004

## 2.2.2- Diagnóstico de Enfermería

### 1- Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANÁLISIS E INTERPRETACION	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSION DIAGNOSTICA
<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Código: 00146</p>	<p><b>Ansiedad</b> La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptivos. La preocupación por cubrir las necesidades básicas de la persona es un problema presente en la sociedad y se incrementa con los gastos ocasionados por la enfermedad, esto puede ocasionar cuadros de ansiedad y angustia.</p>	<p><b>Ansiedad</b>  Código: 00146</p>	<p>Preocupación por los cambios en la salud.</p>	<p>Verbalización de la paciente</p>	<p>Ansiedad R/C Cambio en el estado de salud y amenaza para su estado emocional</p>

## 2- Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANÁLISIS E INTERPRETACION	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSION DIAGNOSTICA
<p>Dominio 11: Seguridad / Protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Código:00206</p>	<p><b>Lesión física</b></p> <p>Riesgo de sangrado</p> <p>Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.</p> <p><b>Extirpación quirúrgica de la vesícula.</b></p> <p>La vesícula biliar está conectada al bazo por los nervios, y también, los riesgos de esta cirugía incluyen específicamente sangrado, infección o lesión en el conducto biliar común.</p>	<p><b>Lesión física</b></p> <p>Código:00206</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Daño a los vasos sanguíneos que van hacia el hígado</li> <li>-Lesión al conducto biliar común</li> <li>-Lesión al intestino delgado o al intestino grueso</li> <li>-Manipulación del hígado</li> <li>-pérdida de sangre durante la extirpación de la vesícula.</li> </ul>	<p>Extirpación quirúrgica de la vesícula.</p>	<p>Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).</p>

### 3- Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANÁLISIS E INTERPRETACION	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSION DIAGNOSTICA
<p>Dominio 11: Seguridad / Protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física.</p> <p>Código:00087</p>	<p><b>Lesión física.</b> Daño celular o lesión de tejido Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.</p> <p>Una acción tangencial sobre la piel y el tejido celular subcutáneo, suponen una ruptura de la piel.</p>	<p><b>Lesión física.</b></p> <p>Código:00087</p>	<p>-Indiferente de electro cauterio con corte y coagulación durante dos horas.</p> <p>-Paciente bajo efectos de anestesia general ( cuerpo estático )</p> <p>-Procedimiento quirúrgico</p> <p>-Uso de sonda vesical a drenaje</p> <p>-Tubo endotraqueal nº 7.5</p> <p>-Catéter venoso periférico.</p>		<p>Riesgo de lesión postural perioperatoria <b>R/C</b> Inmovilización y alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.</p>

#### 4- Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANÁLISIS E INTERPRETACION	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSION DIAGNOSTICA
<p>Dominio 2: Nutrición.</p> <p>Clase 5: Hidratación.</p> <p>Codigo:00025</p>	<p><b>Hidratación</b></p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos</p> <p>Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares que puede comprometer la salud.</p> <p><b>Manejo de Líquidos</b></p> <p>Las pérdidas de volumen en el paciente quirúrgico pueden ser a expensas del espacio intravascular como ocurre en el caso de la hemorragia o a expensas del espacio intersticial como ocurre en el caso de la extirpación de la vesícula.</p>	<p><b>Hidratación</b></p> <p>Codigo:00025</p>	<p>NPO de 8 a 12 horas</p> <p>Se aproxima al término de la cirugía : pérdidas insensibles</p> <p>Se aproxima una pérdida de sangre al finalizar la cirugía entre 150cc a 200 CC.</p>		<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C Cirugía abdominal.</p>



## 5-Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANALISIS INTERPRETACION E	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSION DIAGNOSTICA
<p>Dominio 11 Seguridad/Protección clase 6:</p> <p>Termorregulación</p> <p>Código:00005</p>	<p><b>Termorregulación</b></p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p> <p>Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.</p> <p><b>La termorregulación</b></p> <p>La termorregulación o regulación de la temperatura es la capacidad que tiene un organismo, cambia en ausencia de abruptos de la temperatura, esta última es la principal función del sistema de termorregulación, debido a frío, la humedad el ambiente de la sala de operaciones y la eliminación de las prendas hacen que varíe la temperatura corporal.</p>	<p><b>Termorregulación</b></p> <p>Código:00005</p>	<p>-Temperatura del quirófano de 20 a 24°cc</p> <p>-Secuencia de la exposición al frío (asepsia de la zona operatoria)</p> <p>-Anestesia general.</p>		<p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c sedación y tiempo operatorio prolongado.</p>

## 6-Diagnóstico

DOMINIO ALTERADO	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	PROBLEMA	CAUSA	EVIDENCIA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
<p>Dominio 11: Seguridad y Protección.</p> <p>Clase 1: Infección.</p> <p>Código: 00004</p>	<p><b>Infección</b></p> <p>Riesgo de infección, La exposición de estructuras corporales en una cirugía en donde se incide diferentes capas de la piel y tejidos y unido a los problemas relacionados con otras enfermedades, posibilita o incrementa un riesgo de adquirir una infección, complicando de esta forma el periodo de cicatrización, regeneración y consolidación de los diferentes tejidos.</p>	<p><b>Infección</b></p> <p>.</p> <p>Código: 00004</p>	<p>Procedimientos invasivos.</p>		<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cirugía) y defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).</p>

## **2.2.3- Diagnósticos de Enfermería**

### **➤Diagnósticos Reales**

- 1- Malestar R/C con aumento de la presión de las vías biliares evidenciado por posición antálgica.
- 2- Alteración de la Nutrición por exceso R/C con la ingesta de alimentos grasos al organismo.
- 3- Desequilibrio nutricional por defecto R/C malestar, cólicos abdominales e inapetencia.
- 4- Déficit de volumen de líquidos R/C restricción de ingesta vía oral (preparación quirúrgica)
- 5- Ansiedad R/C con desconocimiento de la enfermedad.

### **➤Diagnósticos Potenciales Priorizados**

1. Ansiedad R/C Cambio en el estado de salud y amenaza para el estado emocional.
2. Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).
3. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C Cirugía abdominal.
4. Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C Inmovilización y alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.
5. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C sedación y tiempo operatorio prolongado.
6. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cirugía) y defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).

## **2.2.4.- Objetivos**

### **General**

Analizar su estancia durante el tiempo del trans-operatorio quirúrgico, la enfermera de quirófano, será capaz de proporcionar cuidados de enfermería integral a la paciente, manteniendo una actitud científica, responsable y realizando con destreza los procedimientos de enfermería Pertenecentes en cada atapa del proceso.

### **Específicos**

1. Disminuir la Ansiedad y Mostrar interés por el paciente Utilizar un lenguaje sencillo para disminuir el estrés, pensamientos y preocupaciones.
2. Disminuir el Riesgo de sangrado, con el manejo de hemoderivados e insumos hemostáticos e instrumental, previo durante la intervención quirúrgica, y manejo de monitores hemodinámico.
3. Mantener un equilibrio hidroeléctrico adecuado en coordinación con el anesthesiólogo, durante la intervención quirúrgica y asegurar adecuadamente los Registros de ingresos (endovenosas) y egresos (aspiración), diuresis y pérdida de sangre.
4. Disminuir el riesgo de lesión postural para mantener la integridad cutánea del paciente quirúrgico durante el tiempo operatorio, facilitándole estrategias de cuidados preventivos, manejo postural.
5. Minimizar el Riesgo de la pérdida de temperatura corporal durante el trans-operatorio, controlando la T<sup>o</sup> del Quirófano y administrar sueros tibios intravenosos según corresponda.
6. Evitar el Riesgo de infección en el paciente quirúrgico manteniendo el campo estéril estrictamente y la asepsia en las diferentes fases quirúrgicas, (campo limpio), (campo contaminado).

## 2.2.5.- Priorización y fundamentación de los diagnósticos por riesgo de vida.

Ansiedad R/C Cambio en el estado de salud y amenaza para su estado emocional	<b>1</b>	Se considera como primer problema a este diagnóstico debido a que un paciente en estado de ansiedad puede alterar su nivel de bienestar psicológico, fisiológico y condicionar una alteración en su intervención quirúrgica.
Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).	<b>2</b>	Se considera como segundo problema a este diagnóstico riesgo de sangrado, debido a que un paciente sometido quirúrgicamente para una cirugía de abdomen presenta riesgos por el compromiso de grandes vasos y órganos vitales como hígado Lesión al conducto biliar común Lesión al intestino delgado o al intestino grueso y pérdida de sangre durante la extirpación de la vesícula.
Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C Inmovilización y alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.	<b>3</b>	Se considera como tercer problema a este diagnóstico, riesgo de lesión postural debido a que una acción tangencial sobre la piel y el tejido celular subcutáneo, suponen una ruptura de la piel debido a indiferentes procedimientos: electro cauterio durante dos horas, paciente en posición .c dorsal, cuerpo estático por anestesia general procedimiento quirúrgico, uso de sonda vesical, tubo endotraqueal N° 7.5, catéter venoso periférico.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C Cirugía abdominal.	<b>4</b>	Se considera como cuarto problema a este diagnóstico riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, debido a que las pérdidas de volumen en el paciente quirúrgico pueden ser a expensas del espacio intravascular como ocurre en el caso de la hemorragia o a expensas del espacio intersticial como ocurre en el caso de la extirpación de la vesícula.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c sedación y tiempo operatorio prolongado.	<b>5</b>	Se considera como quinto problema a este diagnóstico de riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal debido a la termorregulación que tiene un organismo, que cambia en ausencia de abruptos debido a frío, humedad el ambiente, efectos anestésicos y la eliminación de las prendas, uso de soluciones frías que hacen que varíe la temperatura corporal en el organismo.
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cirugía) y defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).	<b>6</b>	Se considera como sexto problema a este diagnóstico de riesgo de infección, debido a la exposición de estructuras corporales en una cirugía en donde se incide diferentes capas de la piel y tejidos y unido a los problemas relacionados con otras enfermedades, posibilita o incrementa un riesgo de adquirir una infección, complicando de esta forma el periodo de cicatrización, regeneración y consolidación de los diferentes tejidos.,

## 2.2.6.- Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ansiedad R/C Cambio en el estado de salud y amenaza para el estado emocional.	<p><u>Objetivo General</u> Disminuir la ansiedad.</p> <p><u>Objetivo Especifico</u> Identificar los principales factores de angustia y ansiedad para el afrontamiento quirúrgico.</p>	<p><b>1-Escucha activa:</b> Mostrar interés por el paciente. Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido. Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.</p> <p><b>2-Mejorar el afrontamiento:</b> Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, según corresponda.</p> <p><b>3-Disminución de la ansiedad:</b> Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza.</p>	<p>1-Desarrolla una capacidades de aprendizaje frente al procesos quirúrgico , al ser escuchado permite mejorara el mensaje</p> <p>2-Identifica los conceptos que permite que sus pensamiento sean utilizados favorablemente para su evolución</p> <p>3-con un lenguaje sencillo permite explicar en todas las etapas a seguir de los procedimientos y facilita la seguridad, para afrontar sin miedo.</p>	<p>Afrontamiento de problemas</p> <p>Nivel de ansiedad.</p> <p>Autocontrol de la ansiedad.</p>

- Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).	<p><u>Objetivo general</u> Vigilar aparición de sangrado.</p> <p><u>Objetivo específico</u> Minimizar las causas del sangrado con hemoderivados e insumos quirúrgicos (hemostáticos).</p>	<p><b>1-Identificación de riesgos:</b> -Coordinar y organizar con el anestesiólogo de la administración de hemoderivados (paquete globular, plasma fresco congelado), según corresponda.</p> <p><b>2-Prevención de hemorragias:</b> Revisar los datos derivados, grupo sanguíneo y factor, protrombina, etc.) y comunicar al cirujano de ser necesario. Observar y/o monitorizar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre, coordinando con la enfermera circulante y observando el frasco de aspiración.</p> <p><b>3-Preparación quirúrgica:</b> -Aplicar las actividades de reducción del riesgo teniendo insumos (hilos para ligar vasos, suturas, electro cauterio).</p> <p><b>4-Asistencia quirúrgica:</b> -Verificar el funcionamiento de los equipos e instrumentos necesarios para la cirugía (sistema de aspiración, lápiz quirúrgico, electrocauterio).</p>	<p>1- una coordinación efectiva previa permite actuar con ligereza para evitar el riesgo de sangrado</p> <p>2-la valoración de datos y la interpretación de los análisis permite, actuar conociendo los posibles riesgos de las pérdidas hemáticas, durante la cirugías</p> <p>3-la base de conocimientos de la enfermera de quirófano se anticipa y prepara por cada etapa quirúrgica</p> <p>4- la enfermera de quirófano mantiene la inspección quirúrgica, y funcionalidad de los instrumentos para minimizar riesgos.</p>	<p>Detección del riesgo.</p> <p>Control del riesgo.</p> <p>Severidad de la pérdida de sangre.</p> <p>Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato</p>

- Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C Inmovilización y alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.	<p><u>Objetivo general</u> Prevenir el riesgo de lesión postural.</p> <p><u>Objetivo específico</u> Proporcionar cuidado integral, para evitar los riesgos de lesión postural. durante la cirugía.</p>	<p><b>1-Precauciones quirúrgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar el correcto funcionamiento de los equipos.</li> <li>-Controlar y verificar los accesorios para la posición quirúrgica.</li> </ul> <p><b>2-Preparación quirúrgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Participar en la lista de chequeo de cirugía segura, durante el pre, intra y post operatoria inmediato.</li> <li>-Enumerar las alergias en la primera página de la historia clínica.</li> <li>-Comunicar las condiciones especiales del paciente (ceguera, acusia o minusvalía) al equipo quirúrgico, según corresponda.</li> <li>-Realizar el, lavado antiséptico, según corresponda.</li> </ul> <p><b>3-Manejo de la instrumentación quirúrgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar los equipos, instrumentos y materiales necesarios para la cirugía y colocar las mesas con los instrumentos y equipos apropiados.</li> <li>-Comprobar el funcionamiento de los instrumentos y disponerlos en orden de uso.</li> </ul>	<p>1- la enfermera de quirófano mantiene la inspección quirúrgica, y funcionalidad de los instrumentos para minimizar riesgos y tiempo quirúrgico</p> <p>2-la lista de chequeo seguro salva vida previniendo riesgos quirúrgicos y hasta la muerte, respetando las pausas, revisión antes de la anestesia, antes de la cirugía antes de que salga el paciente de sala de operaciones.</p> <p>3- la enfermera de quirófano será capaz de interpretar cada paso quirúrgico con conocimiento anatómico de la cirugía para su requerimiento de insumos y los instrumentales que necesitara en la cirugía</p>	<p>Detección del riesgo.</p> <p>Preparación antes del procedimiento.</p> <p>Recuperación quirúrgica: Postoperatorio inmediato.</p>



- Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C Cirugía abdominal.	<p><u>Objetivo general</u> Evitar el desequilibrio de volumen de líquidos.</p> <p><u>Objetivo específico</u> Contribuir con el control de ingresos y egresos para prevenir el desequilibrio electrolítico.</p>	<p><b>1-Manejo de líquidos:</b> - Realizar un registro preciso de ingresos (endovenosas), egresos (aspiración), en coordinación con el anesthesiólogo. - Coordinar y organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.</p> <p><b>2-Prevención de hemorragias:</b> - Vigilar de cerca los pasos quirúrgicos por si se produce sangrado en abundancia.  - Proteger al paciente de traumatismos quirúrgicos que puedan ocasionar hemorragias durante el intraoperatorio.</p>	<p>1- El monitoreo y la coordinación con el anesthesiólogo permite el estricto control del volumen de egresos, ingresos para reponer la pérdida de líquidos en el menor tiempo posible.</p> <p>2-La enfermera de quirófano permite tener Conocimiento y habilidad quirúrgica para cada etapa de hemostasia con los insumos necesarios para minimizar el sangrado.</p>	<p>Equilibrio hídrico.</p> <p>Control del riesgo</p>

- Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c sedación y tiempo operatorio prolongado	<p><u>Objetivo general:</u> Mantener T° corporal adecuada durante y después de la cirugía entre 36.5 y 37°C.</p> <p><u>Objetivo específico:</u> Disminuir el riesgo de pérdida de calor con métodos de calefacción</p>	<p><b>Regulación de la temperatura perioperatoria:</b> 1-Ajustar la temperatura ambiente</p> <p>2-Aseptización de la zona operatoria exposición del paciente durante la preparación y el procedimiento quirúrgico</p> <p>3-Preparar y regular los dispositivos de calefacción.</p>	<p>1-Nos permite identificar anomalías y complicaciones que se pueda presentar</p> <p>2-la exposición del cambio en la vestimenta quirúrgica se hace de una manera rápida que permite que cubra todo el campo quirúrgico y el paciente</p> <p>3-Los dispositivos de calefacción permitirán mantener la T°, corporal</p>	Termo regulación

-Elaboración del plan de cuidados

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cirugía) y defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).	<p><u>Objetivo general:</u> Minimizar el riesgo de infección durante el trans-operatorio</p> <p><u>Objetivo específico:</u> contribuir con la vigilancia estricta del Campo estéril libre de contaminación.</p>	<p><b>1-Control de infección intraoperatoria:</b> Monitorizar T° Ambiental entre 20°C - 24°C y la Humedad relativa entre 40% – 60%.</p> <p>2-Limitar entradas y salidas de personas en el quirófano</p> <p>3-Verificar indicadores de esterilización. 5-Realizar el lavado de manos quirúrgico.</p> <p>4-Aseptizar la zona operatoria Isodine al 7.5%, 10% o clorhexidina al 4%.</p> <p><b>5-Cuidado de las heridas: drenaje cerrado:</b> Colocar el sistema de drenaje de forma adecuada y con funcionalidad.</p> <p>6-campo limpio, campo contaminado (por orden de mesa de mayo)</p> <p>7- Barrera protectoras bien colocadas (mascaría, gorra bata quirúrgica, puños del mandil).</p>	<p>1- Permite minimizar los riesgos de infección ambiental.</p> <p>2- se pierde el flujo estéril con el ingreso de personas y el aire de afuera hacia dentro para la cirugía.</p> <p>3-los indicadores internos de los materiales quirúrgicos son pruebas validas que certifican la esterilidad de un material</p> <p>4.-la clorhexidina al 4% es un desinfectante quirúrgico Es un agente bactericida tópico eficaz contra gérmenes Gram (+) y Gram (-)</p> <p>5-el manejo incorrectamente se disipan los gérmenes pudiendo contaminar una herida limpia.</p> <p>6-Permite un trabajo ordenado de acuerdo al tiempo de la cirugía sin contaminación.</p> <p>7- El uso adecuado de Barreras universales previenen una contaminación dentro del quirófano.</p>	<p>. Detección del riesgo.</p> <p>Control del riesgo: proceso infeccioso.</p>

## 2.5.- Evaluación del logro del objetivo

<b>Diagnósticos</b>		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>JUICIO CLÍNICO</b>	<b>INFORME</b>
<p>1.- Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: mantener sin ansiedad</p> <p>➤Objetivo Específico: Lograr que la paciente ingrese al quirófano sin ansiedad.</p>	Se logró disminuir su ansiedad	Gracias a la valoración de datos que se obtuvieron y al informe que brindó la paciente se pudo actuar a tiempo para que la paciente pueda afrontar la cirugía sin ansiedad durante el trans-operatorio.
<p>2- Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: Vigilar aparición de sangrado.</p> <p>➤Objetivo Específico: Minimizar las causas del sangrado</p>	Se logró disminuir el riesgo de sangrado durante la cirugía	Gracias a la intervención de la enfermera de quirófano y los datos que se obtuvieron de la programación, se pudo actuar previniendo el riesgo de sangrado durante la cirugía convencional, para que la paciente mantenga una recuperación favorable.
<p>3- Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: Prevenir el riesgo de lesión postural.</p> <p>➤Objetivo Específico: Proporcionar cuidado integral, para evitar los riesgos de lesión postural durante la cirugía.</p>	Se logró disminuir el riesgo de lesión postural durante la cirugía.	Gracias a la valoración y la intervención de la enfermera de quirófano se buscó la seguridad y protección para que la paciente mantenga su piel libre de riesgo de lesión postural durante la cirugía.
<p>4- Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: Evitar el desequilibrio de volumen de líquidos.</p> <p>➤Objetivo Específico: Contribuir con el control de ingresos y egresos para prevenir el desequilibrio electrolítico</p>	Se logró disminuir el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos durante la cirugía.	Gracias a la intervención de la enfermera de quirófano y los datos que se obtuvieron se brindó una atención inmediata y se pudo actuar a tiempo evitando el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos durante la cirugía.
<p>5- Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: Mantener T° corporal adecuada durante y después de la cirugía entre 36.5 y 37°C.</p> <p>➤Objetivo Específico: Disminuir el riesgo de pérdida de calor con métodos de calefacción.</p>	Se logró disminuir el riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal durante el trans-operatorio.	Gracias a la valoración y la intervención de la enfermera de quirófano se brindó los cuidados de protección para prevenir el riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal durante el trans-operatorio.
<p>6-Diagnóstico.</p> <p>➤Objetivo general: Evitar el riesgo de infección durante el trans-operatorio</p> <p>➤Objetivo Específico: contribuir con la vigilancia estricta del Campo estéril libre de contaminación.</p>	Se logró inspeccionar y detectar los posibles riesgo de infección	Gracias a la intervención de la enfermera de quirófano y los datos que se obtuvieron se brindó los cuidados de asepsia y control y evaluación de los indicadores de esterilización para evitar el riesgo de infección durante la cirugía.

### 2.5.1.- Evaluación de Resultados

El presente trabajo ha sido desarrollado siguiendo los pasos del proceso de atención de enfermería quirúrgica en la intervención de: colecistitis convencional, posteriormente continuando con su recuperación en el servicio de URPA y luego pueda integrarse en su entorno familiar y comunidad. Es decir, se consiguió la calidad en los cuidados Trans-Operatoria durante la intervención quirúrgica.

## CAPÍTULO III

### 3.1.1- Conclusiones

Este modelo de trabajo es conjunto de conceptos interrelacionados que permiten comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado de enfermería, quirúrgica, ayuda a organizar, analizar e interpretar los datos del paciente para formar un diagnóstico de enfermería quirúrgica, nos facilita la toma de decisiones y favorece la planificación, ejecución y evaluación del cuidado secuencial:

- Se considera fundamental el apoyo emocional, humanístico frente a un ambiente desconocido donde se compromete transitoriamente su salud.
- Se anticipa los insumos hemostáticos y monitorea de acuerdo a la secuencia de las fases en el trans-operatorio por los posibles eventos adversos y riesgo hemodinámico
- Se mantiene un monitoreo estricto de egresos e ingresos
- Se brinda cuidados preventivos durante el trans-operatorio, libre de daños tisulares
- Se maneja la técnica aséptica y control de los procesos de esterilización estrictamente durante el campo operatorio
- Considera la T° ambiental para minimizar riesgos de la pérdida de calor por exposición durante el periodo del trans-operatorio

### **3.1.2.- Recomendaciones de la enfermera de quirófano**

#### **Enfermera Circulante**

- Brindar mayor seguridad al paciente
- Presentarse por su nombre
- Mantener la coordinación con el banco de sangre durante el trans-  
Operatorio
- Registrar los ingresos de cristaloides y coloides para ser reportados  
al servicio de URPA
- Proteger puntos de presión y cuidados de la piel para evitar  
(Quemaduras, lesiones etc.)
- Manejar temperatura de acuerdo a lo establecido para minimizar el  
riesgo por exposición

#### **Enfermera Instrumentista**

- Tener todos los insumos e instrumentos a la mano para eventos  
adversos: Sangrado:(suturas, seda Multiempaque, hemocolágeno,  
pinzas hemostáticas, clamps, ligasure sellador de vasos etc.)
- Mantener aspiradores libres de coágulos
- Alcanzar instrumental limpio libre de coágulos
- Tener instrumental adicional como reparo
- Considerar instrumental adicional: (Valvas maleables, pinzas vasculares,  
alargadores de electrocauterio)
- Conservar la integridad del abordaje quirúrgico

### 3.2.- Bibliografía.

- 1- Dr. Mauricio, Lira, 23 de marzo 2006 México, Servicio de Cirugía Gastrointestinal, publicación: 4
- 2- Quevedo Guanche, Lázaro 2007, La Habana Cuba , Revista Cubana de cirugía, Complicaciones de la colecistitis aguda, vol. 46, núm. 2
- 3- María Jiménez y Villegas, 1999-2017 Rev. Mexicana, La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico, Vol. 7, Núm. 1-4
- 4- Organización Mundial de la Salud, 2009 Ginebra Suiza, Manual de aplicación de la lista "Cirugía Segura"
- 5- Sanz San José, Laura, 2014 Valladolid Facultad de Enfermería quirúrgica según las 14 necesidades de Virginia Henderson
- 6- Agustina Pérez Zarza, Francisco Javier Rubio Gil, 2008 Rev. Española Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato NANDA/NIC/NOC.
- 7- Lic. Enf. María del Carmen Jiménez, 1999 a 2017, México Revista Mexicana avances científicos Enfermera Cardiológica.
- 8- Carmen Ferrer Arnedo. Enfermera. Madrid España 2012, Congreso Regional de calidad asistencial.
- 9- Antonio Gómez, Brau, 2010, Barcelona: Elsevier Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería
- 10- Elliott C. Cutler, Robert M. Zollinger, 2011. Oklahoma Atlas de Operaciones Quirúrgicas: 2ª Edición. Editorial hispano.
- 11- Servicio Extremo de Salud, 2011, México Mérida, Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura, Guía Práctica: SES N° 18
- 12- Herdman, T.H. 2012-2014, Barcelona, Definiciones y Clasificación (Ed), NANDA International. Diagnósticos Enfermeros
- 13- Herdman, T.H. 2015-2017, Barcelona, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación (Ed.). NANDA International.

- 14-Moorhead, Johnson, Swanson, 2014 Barcelona, Nursing Outcomes Classification (NOC) Clasificación de Resultados de Enfermería, 5ª Edición. Edit: Elsevier.
- 15-Curso Integrado de Clínicas Médico Quirúrgicas, junio del 2016. México Escuela Medicina, Temas de gastroenterología.
- 16-María Galindo, María Jiménez, 2012, México. Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de enfermería.

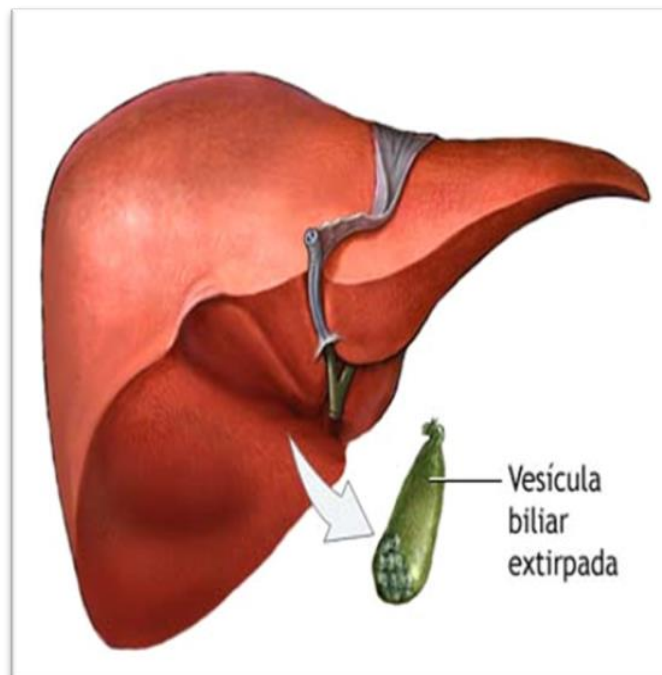
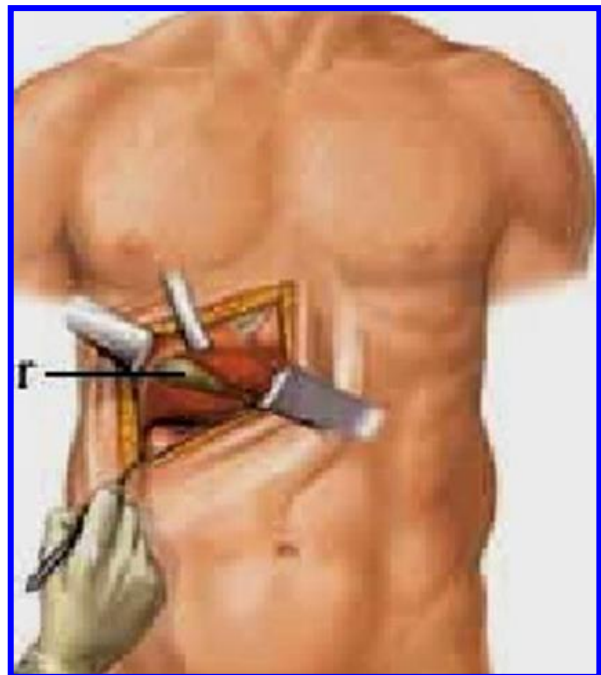
### **3.2.1.- Paginas recomendadas**

- 1.<http://www.arcesw.com/niveles.htm>
- 2.[http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_3.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_3.htm)
- 3.[http://www.colfisio.org/php/adjuntos\\_varios/adjunto2513.pdf](http://www.colfisio.org/php/adjuntos_varios/adjunto2513.pdf)
- 4.<http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/Spanish/RelatedItems/85,P04238>
- 5.<http://es.scribd.com/doc/198974619/Catalogo-Nacional-de-Planes-de-cuidado-de-Enfermeria-Mexicoscribd>.



# ANEXOS

**Imágenes 1:** planos anatómicos y ubicación



## Imagen 2: Anatomía de la vesícula biliar

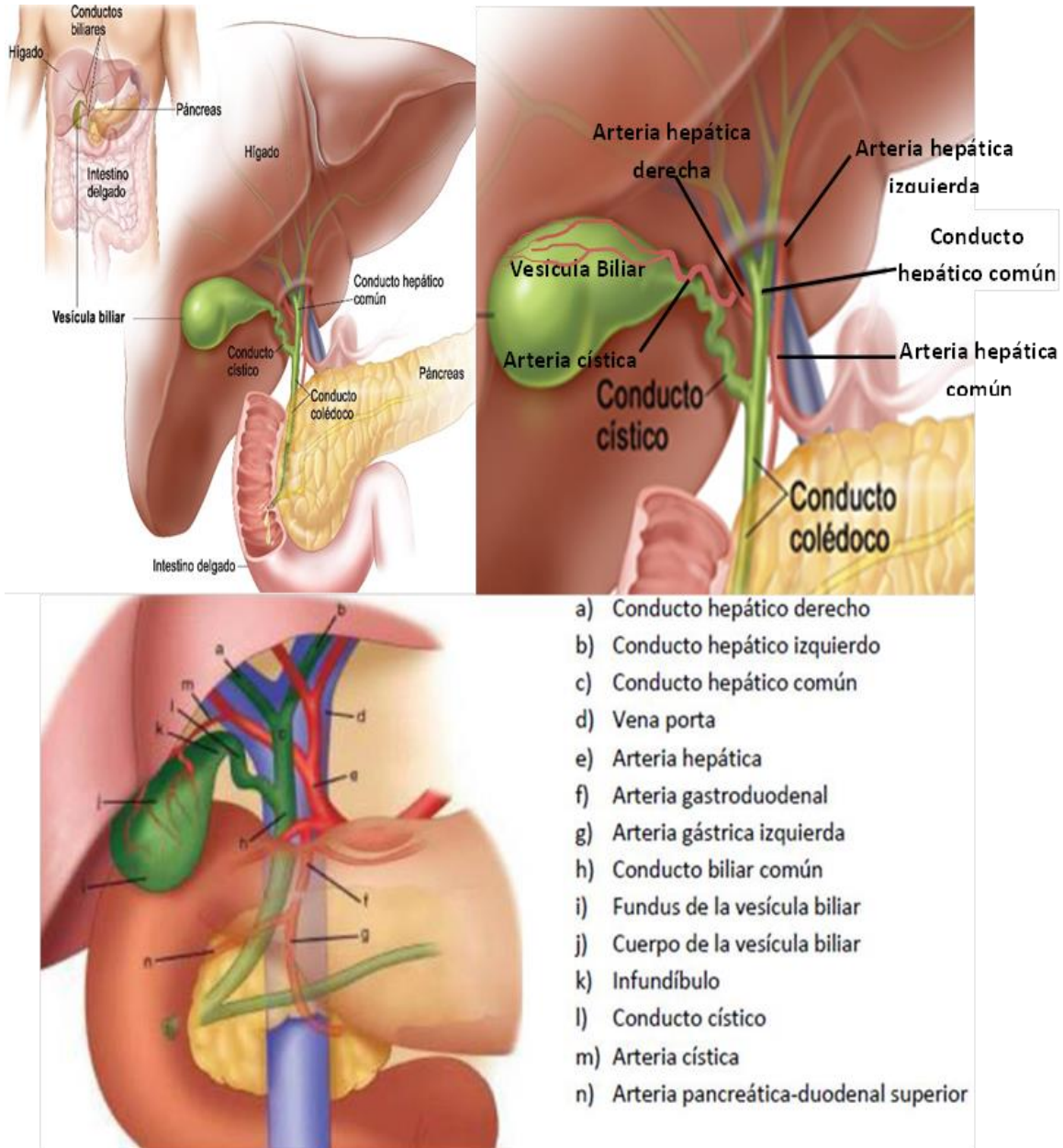


Imagen 3: Protocolo universal

INGRESO	PAUSA	SALIDA
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO -IDENTIDAD -SITIO -PROCEDIMIENTO -CONSENTIMIENTO	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE -PACIENTE -SITIO -PROCEDIMIENTO	<input type="checkbox"/> ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO <input type="checkbox"/> LA CIRUGIA REALIZADA <input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA) <input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS
<input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA <input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS <input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE	<b>EVENTOS CRITICOS PROBABLES</b> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE? <input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD (INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE <b>CONSIDERACIONES PARTICULARES:</b> <input type="checkbox"/> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA <b>OTRAS</b> <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO
TIENE EL PACIENTE? ALERGIJA CONOCIDA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS	<input type="checkbox"/> SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA	
NOMBRE / SELLO	NOMBRE / SELLO	NOMBRE / SELLO

ESTA LISTA DE CHEQUEO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL. TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

**Problema 1: Falta de reconocimiento como problema de salud pública**

Complicaciones quirúrgicas conocidas de 3-16% = 7 millones de complicaciones incapacitantes (incluyendo 1 millón de muertes) en el mundo cada año

Índices de mortalidad de 0.4-0.8%

**Cómo aplicar el Checklist o Lista de Verificación**

- Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la *Lista de verificación* durante una operación.
- Por lo general, ese "Coordinador de la lista" será la enfermera circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación.
- Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.



## Imágenes 4: Fases de instrumentación quirúrgica



*Muchas Gracias  
Lic. Gladys Aniceto Correa*

*Lima Perú 2017*