

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO DE
COLECISTECTOMIA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, 2017**

TRABAJO ACADEMICO

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO
QUIRURGICO**

PRESENTADO POR:

LIC. MIRIAN LEONOR OBREGON HUARANGA

ASESOR:

MG. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS

LIMA-PERU

2017

INDICE

RESUMEN	3
ASBTRACT	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO I: MARCO TEORICO	7
1.1 BASES TEORICAS	7
1.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA	17
1.3 TEORIA DE ENFERMERIA	21
CAPITULO II: APLICACION PAE -EBE	
2.1 Valoración según dominios, DATOS SUBJETIVOS, DATOS OBJETIVOS	27
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	33
2.3 PLANTIAMIENTO OBJETIVOS Y PRIORIDADES	34 -46
2.4 EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES	34 -46
2.5 EVALUACION DE LOS RESULTADOS	34 -46
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
3.1 CONCLUSIONES	47
3.2 RECOMENDACIONES	48
3.4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
3.5 ANEXOS	50

RESUMEN

El presente trabajo es un caso clínico de un paciente que se encuentra en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), recientemente operado de Colecistectomía Laparoscópica en su inicio. Luego, por complicaciones intraoperatorias se convirtió en cirugía convencional. Para el desarrollo del presente caso clínico se aplicó el Proceso del Cuidado de Enfermería integrada por 5 etapas; en esta metodología sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Su ejecución permite a la enfermera quirúrgica la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta. Pero el cuidado de su salud es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones. En el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma se realizó en 3 capítulos: Capítulo I, El Marco Teórico; Capítulo II, Aplicación del Proceso Cuidado de Enfermería; Capítulo III Conclusiones y Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos, haciendo uso de la taxonomía NANDA, y el NIC y NOC, fundamentado en La Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: Paciente postoperado, colecistectomía laparoscópica, convencional.

ABSTRACT

The present work is a clinical case of a patient who is in the Post-anesthetic Recovery Unit (PRU), recently operated on Laparoscopic Cholecystectomy at its onset. Then, due to intra-operative complications, it became conventional surgery. For the development of the present clinical case the Nursing Care Process was applied, integrated by 5 stages; in this methodology its stages are successive and relate to each other. Its execution allows the surgical nurse the integrity of the care, to cover the interests and needs that the user manifests. But your health care is flexible, adaptable and applicable in all situations. In the process of loss of health or in the maintenance of the same was carried out in 3 chapters: Chapter I, The Theoretical Framework; Chapter II, Application of the Nursing Care Process; Chapter III Conclusions and Recommendations, Bibliographical References and Annexes, using the NANDA taxonomy, and the NIC and NOC, based on Virginia Henderson's The 14 Needs Theory.

KEYWORDS: Postoperative patient, laparoscopic cholecystectomy, conventional

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería es una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente y la familia, lo que se basa en un amplio marco teórico, por lo que constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad de manera humanística. (1)

La Enfermera quirúrgica tiene la misión de proporcionar una atención óptima a los pacientes pos operados en estados críticos y convalecientes mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad, una atención integral, favoreciendo la recuperación del paciente para su reincorporación a la sociedad. (2)

El presente caso clínico es un paciente pos operado de colecistectomía laparoscópica en su inicio y luego por complicación Intraoperatorio se convirtió a colecistectomía convencional. Entendiéndose que la colecistectomía laparoscópica es la extirpación de la vesícula biliar por un procedimiento que se utiliza pequeñas incisiones lo cual es considerada menos invasivas, se requiere un tiempo corto para la recuperación que la colecistectomía abierta. La colecistectomía convencional es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que esta inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. Se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los conductos biliares (arteria y conducto cístico) se deben cortar y se extrae la vesícula. (3)

En el periodo pos operatorio inmediato del paciente es muy importante el actuar de la enfermera, donde tiene que prevenir e identificar precozmente las posibles complicaciones, prevenir riesgo de lesión, aliviar el dolor entre otros, cada paciente es un caso diferente, único, la enfermera quirúrgica tiene que plasmar sus conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes, proporcionar un cuidado

integral humanizado, con la finalidad de protocolizar cuidados, para lo cual usará la herramienta metodológica científica.

Con el presente estudio se pretende contribuir a que las enfermeras especialistas según el caso quirúrgica, utilicemos el Proceso del Cuidado de Enfermería base científica en nuestra labor diaria, cuidados integrales, cuidado humanizado con calidad y calidez.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 VESÍCULA BILIAR

Es un órgano similar a la forma de una pera de 8 a 10cc de largo por 2 a 4cm de ancho. Está ubicado en la superficie inferior del hígado (hipocondrio derecho) y sirve de reserva para la bilis que es producida en el hígado, la que a su vez ayuda a dirigir los alimentos con grasa y es almacenada en la vesícula. Durante y después de una comida, la vesícula se contrae para expulsar la bilis, la cual entra en el conducto cístico y luego al conducto principal o colédoco para llegar al intestino.

Características:

- Es una víscera hueca pequeña
- Tiene forma de ovoide
- Posee un tamaño de 8 a 10 cm. de diámetro mayor.

Función:

- Almacenar y concentrar la bilis segregada por el hígado (concretamente en las células hepáticas o hepatocitos) hasta que sea requerida en el proceso de digestión.

FISIOLOGÍA

La vesícula biliar no es un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias. Sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado, la cual es concentrada hasta la décima parte mediante la absorción de agua; la presencia de alimentos ingeridos, especialmente grasas, durante la digestión producen la contracción de la vesícula, gracias a su capa muscular, eliminando la bilis concentrada a través del cístico hacia el colédoco y luego al duodeno. La contracción vesicular es estimulada por la Colecistoquinina, producida en el duodeno. (4)

1.1.1 COLECISTITIS

La colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, generalmente debida a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Se divide en:

Colecistitis aguda y colecistitis crónica.

Colecistitis aguda

Una colecistitis aguda se define como la inflamación e infección de la vesícula biliar. Dicha inflamación y posterior infección se produce en la mayoría de los casos por la oclusión del conducto de salida de la vesícula biliar por los cálculos biliares o litiasis biliares

Empieza repentinamente y causa un dolor intenso y continuo en la región superior del abdomen. El dolor suele durar más de 6 horas. Por lo menos el 95% de las personas con colecistitis aguda tienen cálculos biliares. La inflamación casi siempre comienza sin infección, aunque esta puede aparecer después. La inflamación puede hacer que la vesícula biliar se llene de líquido y que sus paredes aumenten en espesor.

El dolor de la colecistitis aguda es parecido al de los cólicos biliares, pero es más grave y persiste durante más tiempo: más de 6 horas y con frecuencia más de 12 horas. El dolor alcanza su máximo después de 15 a 60 minutos, y luego se mantiene constante. Generalmente se localiza en el cuadrante superior derecho del abdomen. El dolor llega a hacerse insoportable. La mayoría de las personas sienten un dolor agudo cuando el médico les presiona el cuadrante superior derecho del abdomen. El dolor empeora con la respiración profunda y a menudo se extiende a la zona inferior del hombro derecho o hacia la espalda. Son frecuentes las náuseas y los vómitos.

A las pocas horas, los músculos abdominales del lado derecho se vuelven rígidos. Aproximadamente un tercio de las personas con colecistitis aguda presentan fiebre, que tiende a aumentar gradualmente hasta superar los 38 °C y puede venir acompañada por escalofríos.

De modo característico, el dolor se calma en 2 o 3 días y desaparece por completo en una semana. Si el episodio agudo persiste, puede indicar una

complicación grave. Un dolor cada vez más intenso, fiebre alta y escalofríos sugieren la presencia de bolsas de pus (abscesos) o un desgarramiento (perforación) en la vesícula biliar. Los abscesos resultan de la gangrena que se desarrolla cuando muere un tejido. Una piedra de gran tamaño puede romper la pared de la vesícula biliar, pasar al intestino delgado y bloquearlo. Esto último puede provocar dolor y distensión abdominales.

Si la persona presenta ictericia, es probable que el colédoco esté obstruido por un cálculo y cause un estancamiento de la bilis en el hígado (colestasis). Se puede desarrollar una inflamación del páncreas (pancreatitis) debida a un cálculo que bloquea la ampolla de Vater, (donde el colédoco y el conducto pancreático se unen).

Etiología:

- Litiasica 95% por la obstrucción de un cálculo.
- Alitiasica el 5%
- Terapia hormonal
- Obesidad
- Diabetes

Fisiopatología

El proceso es una obstrucción física de la vesícula biliar por un cálculo, en el cuello o el ducto cístico.

Las sales biliares se concentran e inician la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobla los fosfolípidos. Los cálculos inducen al daño en la mucosa, distensión de la vesícula por la obstrucción por lo tanto la pared se inflama y edematiza, congestión vascular, zonas de hemorragia, infiltración de neutrófilos, necrosis de mucosa y posteriormente inflamación transmural secundario a vasculitis aguda, isquemia en los casos más graves, este proceso se sigue de isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar.

La presencia de bacterias con virulencia aumentada determina el factor infeccioso.

La producción de moco aumenta la presión intravesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de pared, áreas de infarto,

perforación y aun gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas.

Clasificación anatomopatológica:

- Vesícula biliar edematosa (2- 4 días), la vesícula biliar tiene fluido intersticial con capilares dilatados y linfáticos, el tejido está intacto histológicamente, con edema en la capa subserosa.
- Vesícula biliar supurada (3-5 días), existe infiltración celular inflamatoria importante con obstrucción de la mucosa que está en relación con los trastornos vasculares. La pared de la vesícula biliar tiene leucocitos, con áreas de supuración. El proceso activo de la inflamación es evidente. Comienza a contraerse y la pared está engrosada debido a la proliferación fibrosa.
- Vesícula gangrenosa (7-10 días), Existe infarto hemorrágico agudo con necrosis y la perforación es la etapa sucesiva. La vesícula tiene cambios con áreas de hemorragia y necrosis. Cuando está sujeta a elevada presión interna, el flujo sanguíneo esta obstruido, con evidencia histológica de trombosis vascular y oclusión. Hay áreas de necrosis dispersa es superficial y no involucra todo el espesor de la pared de la vesícula biliar.
- Vesícula biliar perforada (más de 10 días), Se presenta tumefacta, edematosa, con serosa hiperémica, con áreas de necrosis en todo el espesor de la pared y pseudo membrana.

Signos y síntomas:

- Fiebre
- Dolor en el cuadrante superior derecho
- Cólico biliar
- Signo de Murphy
- Nauseas vómitos
- Ictericia
- Leucocitosis moderada

Complicaciones:

- Perforación de la vesicular biliar

- Peritonitis biliar
- Absceso peri vascular
- Fistula biliar

Colecistitis crónica

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar. Si esta condición persiste por un período prolongado de tiempo o si ha repetido los ataques de dolor (cólico biliar), se llama colecistitis crónica.

Las personas con colecistitis crónica tienen ataques recurrentes de dolor. La zona superior del abdomen, por encima de la vesícula biliar, es dolorosa a la palpación. A diferencia de lo que ocurre en la colecistitis aguda, la fiebre es poco frecuente en las personas con colecistitis crónica. El dolor es menos intenso que el de la colecistitis aguda y no dura tanto tiempo.

1.1.2 Signos y síntomas

Los síntomas de la colecistitis pueden aparecer de repente o desarrollarse lentamente durante un período de años. Los signos y síntomas incluyen:

- Severos dolores abdominales que pueden sentirse agudo o sordo
- Calambres y distensión abdominal
- Dolor que se extiende a la espalda o por debajo del omóplato derecho
- Fiebre y escalofríos
- Náuseas y vómitos
- Heces de color claro sueltos
- Ictericia (cuando la piel y la esclerótica de los ojos se tornan amarillos)
- Picazón

Un ataque típico puede durar dos o tres días, los síntomas varían en la persona.

1.1.3 Complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

- Pancreatitis (inflamación del páncreas)
- Cáncer de la vesícula biliar (raro)

- Gangrena
- Perforación de la vesícula biliar
- Vesícula biliar agrandada debido a la inflamación
- Infección
- Muerte del tejido de la vesícula biliar

1.1.4 Diagnóstico

Algunos de los exámenes que pueden ayudar a diagnosticar la colecistitis son:

- **TAC abdominal.** El uso de los rayos X, la tomografía computarizada produce imágenes muy detalladas de su abdomen.
- **Ecografía abdominal.** El ultrasonido ayuda a su médico ver los órganos internos en el abdomen y ver cómo fluye la sangre a través de los vasos.
- **Análisis de sangre.** Los exámenes de sangre pueden identificar infecciones.
- **Colescintigrafía / Gammagrafía hepatobiliar.** Una inyección de una pequeña cantidad de material radioactivo se utiliza para identificar las contracciones anormales u obstrucciones de la vesícula biliar y los conductos biliares.
- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.** El uso de un endoscopio (un tubo largo y flexible que se inserta por la garganta), tinte, y una placa de rayos X, el médico puede examinar a fondo sus órganos y encontrar defectos o problemas.
- **Colangiografía transhepática percutánea (CTP).** El medio de contraste se introduce en el hígado con una aguja, que permite que los conductos biliares se vean en las radiografías.

1.1.5 Tratamiento

Las opciones incluyen:

- Antibióticos para combatir la infección. Por lo general, se administran antibióticos por vía intravenosa (porque hay posibilidad de infección) y analgésicos.
- Analgésicos para controlar el dolor durante el tratamiento
- Intervención quirúrgica.

La vesícula biliar suele extirparse dentro de las primeras 24 a 48 horas tras comenzar los síntomas, si:

- Se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda y el riesgo de la cirugía es pequeño.
- Las personas son mayores o tienen diabetes, ya que en estos casos es más probable que la colecistitis dé lugar a infecciones.
- Se sospecha la existencia de complicaciones, tales como formación de un absceso, gangrena o perforación de la vesícula.
- La persona tiene colecistitis acalculosa.

1.1.6 COLECISTECTOMIA.

Es la extirpación de la vesícula biliar.

Indicaciones:

- colelitiasis (la vesícula biliar contiene cálculos biliares)
- colecistitis (la vesícula biliar esta inflada o infectada)
- vesícula biliar cancerosa
- dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula
- obstrucción biliar (bloqueo de los conductos biliares)
- colédoco litiasis

Tipos de colecistectomía

- colecistectomía abierta o convencional
- colecistectomía laparoscópica

1.1.7 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Siendo la extirpación de la vesícula una de las operaciones que se practica con mayor frecuencia, parecía que la técnica quirúrgica había alcanzado un estándar muy difícil de superar. Sin embargo, es en este contexto que aparece la Cirugía Laparoscópica ocasionando una verdadera revolución.

La Cirugía Laparoscópica ha ganado progresivamente un lugar importante en el quehacer médico. Actualmente se considera el procedimiento de elección para la extirpación de la vesícula biliar.

INDICACIONES

Inicialmente se recomendaba una selección adecuada de los casos; teniendo en cuenta la experiencia del equipo quirúrgico y procurando evitar los casos complicados.

En la actualidad se consideran las mismas indicaciones que se tienen para la cirugía convencional.

CONTRAINDICACIONES

Actualmente las contraindicaciones son prácticamente las mismas que se tienen en la cirugía convencional.

EL EQUIPO

Comprende un sistema de imagen integrado por una Video Cámara y un Procesador, un Laparoscopio, una fuente de luz fría y un monitor de alta resolución.

Un insuflador de CO₂ (de flujo mayor a 9 l... x minuto)

Los materiales que se emplean:

- Aguja de Veress
- Trócares con sistema de protección de 10 mm y de 5 mm
- Pinzas de disección endoscópica
- Pinzas de tracción endoscópica
- Electrodo de disección, con extremos o puntas de diferentes formas
- Tijera endoscópica

- Clipera endoscópica
- Equipo de aspiración e irrigación

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- **Posición del paciente y del Equipo Quirúrgico**

Tradicionalmente se considera que existen 2 escuelas; sin embargo no hay la ventaja dramática de una sobre la otra. La preferencia del cirujano al respecto estará dada por su entrenamiento y su experiencia.

- **Posición Europea**

El paciente se encuentra en decúbito dorsal con las piernas separadas, colocándose el cirujano entre ellas y sus ayudantes a la izquierda y a la derecha del cirujano.

- **Posición Americana**

El paciente está en decúbito dorsal y el cirujano se ubica en el lado izquierdo del paciente junto a él, el ayudante que hace de camarógrafo y un asistente al frente, esto es a la derecha del paciente.

5. Tiempos de la cirugía

Instalación del Hemoperitoneo.- Consiste en inyectar en la cavidad abdominal un gas –CO₂– a fin de crear un espacio real que permita trabajar con la mayor libertad de movimiento.

- **En la técnica cerrada**

Se introduce la aguja de Veress a través del ombligo y luego de comprobar que se encuentra en la cavidad, se inicia la insuflación de CO2 en forma progresiva.

- **En la técnica abierta**

Se hace una disección en la pared abdominal llegando al plano peritoneal, posteriormente se introduce un trócar auto-estático de HASSON y se inicia la insuflación del CO2 por dicho trócar.

- **Colocación de los Trócares**

Habiéndose colocado el primer trócar por el ombligo, el Laparoscopio ingresa por él a la cavidad permitiendo hacer una exploración de todas las vísceras abdominales.

Los otros trócares de trabajo se colocan bajo visión directa, y su ubicación será de acuerdo a la técnica que se emplee.

La Cirugía Laparoscópica a través de pinzas largas y otros instrumentos practica los mismos gestos quirúrgicos que se tienen en la cirugía convencional.

Se tracciona suavemente la vesícula y se disecciona a nivel del bacinete, hasta tener claramente identificados los elementos del triángulo de Calot; se deben observar: conducto cístico, la arteria cística y la vía biliar principal.

Se introduce la clipera y se colocan clips en la arteria y el conducto cístico; posteriormente se seccionan dichas estructuras.

Si el cirujano considera adecuado puede colocar un catéter en el conducto cístico y por medio de él tomar una Colangio-grafía intraoperatoria. Habiéndose clipado y

seccionado el conducto cístico y la arteria, sólo resta despegar la vesícula de su lecho, lo cual se consigue con una cuidadosa disección mediante el gancho monopolar.

Completada la liberación de la vesícula se hace hemostasia y se lavan el lecho vesicular y el hígado. Posteriormente se retira la vesícula por el orificio del ombligo.

En general la evolución de estos pacientes permite su alta del Hospital en las 24 ó 48 horas postoperatorias.

Conversión

Se conoce con este nombre al hecho de tener que suspender el desarrollo de una cirugía laparoscópica y continuar con una cirugía convencional.

Las causas de conversión son diversas y entre ellas tenemos:

- Sangrado intraoperatoria no controlado,
- Sospecha de lesión en la vía biliar,
- Dificultad para reconocer claramente las estructuras anatómicas,
- Presencia de Neoplasia maligna no sospechada,
- Experiencia del equipo quirúrgico.

Complicaciones

Hay complicaciones en cada uno de los tiempos de la cirugía: en la introducción de los trócares, complicaciones por el CO₂, lesiones de la vía biliar, hemorragias, etc.

Durante los primeros años en la aplicación de esta técnica, la morbimortalidad fue

mayor que en la cirugía convencional. Un factor muy importante de esta morbilidad elevada fue la inexperiencia, la falta de un entrenamiento óptimo de los cirujanos.

Sin embargo, actualmente, habiéndose superado la famosa “Curva de aprendizaje”, la cirugía laparoscópica ofrece ventajas sobre la cirugía convencional.

1.1.8 Colectomía abierta - Convencional

Es la cirugía para extirpar la vesícula biliar, en la cual se emplea un corte quirúrgico abierto en lugar de un laparoscopio.

Riesgos

Los riesgos de la cirugía de la vesícula biliar abarcan:

- Sangrado
- Infección
- Lesión al intestino delgado o al intestino grueso
- Pancreatitis (inflamación del páncreas)

Descripción

- En la cirugía abierta de extirpación de la vesícula biliar, un cirujano hace un corte quirúrgico grande en el abdomen para abrirlo y ver el área. El cirujano extrae luego la vesícula biliar llegando a ella a través de la incisión, separándola de otros órganos y sacándola suavemente.
- La cirugía se hace mientras el paciente está bajo anestesia general.
- El cirujano hará una incisión de 5 a 7 pulgadas en la parte superior derecha del abdomen, justo debajo de las costillas, y cortará el conducto biliar y los vasos sanguíneos que llevan a la vesícula biliar. Luego, le extraerá la vesícula biliar.
- Durante la cirugía, se puede tomar una radiografía especial llamada Colangiografía. Esto implica chorrear algún tinte dentro del

conducto colédoco. El tinte le da al cirujano un mapa del área de la vesícula y también ayuda a encontrar otros cálculos que estén por fuera de ésta. Si se encuentran algunos, el cirujano puede extraerlos con un instrumento médico especial.

- La cirugía de extirpación abierta de la vesícula biliar toma aproximadamente una hora.

1.2.- CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Valoración post- anestésica:

Vías respiratorias. - evaluar permeabilidad, presencia de movimientos respiratorios, y funcionamiento adecuado de vías aéreas artificiales.

Signos vitales. - monitoreo y estar alerta ante posibles cambios.

Niveles de conciencia. - valorar constantemente su conexión con el medio.

Oxigenación tisular. - valoración del color de la piel, temperatura, y humedad.

Observar llenado capilar, color de labios y mucosas.

Vendajes y suturas.

Drenajes.

Consideraciones de enfermería:

1.- Evitar la aparición de complicaciones respiratorias estimulándole a la persona que respire profundamente y enseñándole la técnica adecuada para ello.

2.- Medir las entradas y salidas de líquidos y registrarse de una manera fidedigna.
(BHE)

3.- El material que drena por el tubo de penrose suele ser abundante, así como irritante para la piel, por lo cual el tubo debe mantenerse seco, limpio y protegido. En los frecuentes cambios de apósitos o de bolsa de drenaje, resulta útil la utilización de las tiras de mongomery.

4.- Atención con tubo en T (tubo de coledocostomia), que se introduce en el conducto biliar común, dejando que una parte salga al exterior. Generalmente se sutura en el punto donde está situado, acoplándose a un estremo en una bolsa de drenaje por gravedad debe de mantenerse dicha bolsa a un nivel más bajo que la vesícula biliar.

- a. Valórese y regístrese el volumen de drenaje. durante el primer día es normal que drene entre 200 y 500ml, disminuyendo progresivamente conforme pasa el tiempo. Al principio suele ser de color rojo, o bien de una tonalidad rojiza y enseguida pasa a ser del color de la bilis, regístrese el volumen y el color.
- b. Se debe de comunicar a la persona que no ejerzan presión sobre el tubo ni lo doblen.
- c. El tubo en T puede ir pinzándole a intervalos ante de retirarlo por completo. El tubo debe retirarse entre el séptimo y el décimo día después de que las imágenes que se obtiene en un Colangiografía indique que no existe obstrucción. (5)

El paciente presenta una serie de molestias y problemas de diversa identidad, que pueden ser aliviados por el tratamiento médico y los cuidados de enfermería adecuados. Estos pueden ser causa de complicaciones sino son tratados en su momento.

DOLOR:

- Identificar la localización.
- Informarle de posibles molestias.
- Interpretar a fondo su función respiratoria antes y después de la administración de analgésicos.
- Analizar la persistencia de dolor agudo, durante varios días, puede ser indicativo de la infección quirúrgica.

HIPORTEMIA:

El 60% de los pacientes experimentan tener una temperatura central inferior a los límites normales. Una hipotermia generalizada ocurre cuando el paciente presenta temperatura inferior a las 35°C durante el postoperatorio con una ligera subida durante 24-48 horas.

Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.

HIPERTERMIA:

Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas.

NAUSEAS Y VOMITOS:

Problema frecuente en el postoperatorio. Ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado. Puede estar producido por dolor intenso, distensión abdominal, medicamentos, iniciación de reflejo de náuseas, etc.

Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.

Colocarlo en decúbito lateral.

Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarse el dolor.

RETENCION URINARIA:

Problema frecuente en el postoperatorio, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor.

Se puede producir por: efecto de la anestesia, analgésico y narcótico.

1.3.- TEORIA DE ENFERMERIA: VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los

componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico.

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

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. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo, en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

a. Las Necesidades Humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existe independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

a. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

b. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

c. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar entre otros: defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

d. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

e. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

f. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

g. Necesidad de mantener la temperatura corporal:

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

h. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

i. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

j. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

k. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

l. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

m. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

n. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE - EBE

2.1 VALORACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE	: NRLV
EDAD	: 70 años
SEXO	: masculino
RELIGION	: católico
ESTADO CIVIL	: casado
OCUPACION	: Albañil
NACIONALIDAD	: peruano
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	: Secundaria

ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS:

Niega RAMS

TBC ganglionar: hace 3 años con tratamiento.

BK en esputo 28/07/17 es (-)

BK en orina (-)

MOTIVO DE INGRESO AL HOSPITAL: dolor tipo cólico con náuseas y vómitos.

Diagnostico medico: colecistitis

1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente varón de 70 años de edad, RLVN con diagnóstico posoperatorio: plastia vesicular, colecistitis sub aguda calculosa, gran síndrome adherencia; Enfermera de Sala de Operaciones refiere que paciente ingreso para cirugía laparoscópica pero se tuvo que ser convertida en colecistectomía abierta, porque sufrió sección de la arteria cística, que le ocasionó una pérdida sanguínea de aproximadamente de 1000cc, se encuentra en posición semifowler bajo efectos de la anestesia escala de ALDRETE 5 puntos (conciencia 1, respiración 1, actividad muscular 1, circulación 1, sato2 1), ventilando con ayuda de la máscara con bolsa de reservorio y tubo oro faríngeo, se le observa aleteo nasal, marcada palidez de piel y mucosas, diaforético con piel pegajosa, mucosas semihidratadas, a la auscultación murmullo vesicular pasa disminuido en ápices y bases, abdomen blando y depresible, facie de dolor, ruidos aéreos presentes en la cual presenta herida operatoria subcostal derecho, cubierta con gasas húmedas con secreción hemática, incisión laparoscópica (4 puntos) secos, con drenaje pen rose en lecho vesicular, conectado a la bolsa de colostomía drenando secreción hemática aproximado de 100cc, con doble vía periférica en ambos antebrazos pasando por uno ellos Cloruro de Na al 9°° por pasar 300cc y en otro pasando sangre por pasar 100cc (I paquete).

Funciones vitales: FC: 110 x'; FR: 26 por minuto. T°: 35.5 °C, PA 80/50mmhg, SatO2: 92%

A la entrevista: esposa manifiesta “la cirugía se tardó mucho y estoy preocupada por la salud de mi esposo y tengo miedo que le suceda algo peor” ya que le dijeron que le realizarían un corte por que presento sangrado. “Estuve muy asustada. “No sé qué haría ya que el dinero no me alcanza si se complica”

EXAMEN DE LABORATORIO.

Preoperatorio: (Fecha: 21/07/20)

Valores Normales

▪ Hemoglobina: 14.9 gr/dl	12 - 17 gr/dl
▪ Hematocrito: 42.7%.	36.0% a 54.0%
▪ Glucosa: 95 mg/dl	70 - 110 mg/dL
▪ Leucocitos: 15000 mm ³ .	1.300-4.000 /ml
▪ Proteínas totales: 6.9 gr/dl	6,7 - 8,6 gr/dL
▪ Albúmina: 3.48 gr/dl	3.4 a 5.4 gr/dl
▪ Urea: 23 mg/dl	10 a 50 mg/dl
▪ Creatinina: 0.76 mg/dl	0.720 a 1.80 mg/dl

ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETO

- Esteatosis Hepática Leve
- Colecistitis Litiasica (Litiasis + Barro Biliar + Vesícula Distendida + Pared Engrosada) Meteorismo Aerocolia Abundante.

Intraoperatorio: 5/8/17

Valores Normales

▪ Hemoglobina	: 9 gr/dl	12 - 17 gr/dl
▪ Hematocrito	: 27 %.	36.0% a 54.0%
▪ Glucosa	: 66 mg/dl	70 - 110 mg/dL

AGA

	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
PH	7.23	7.35 – 7.45
PCO2	13.4mmhg	35-45 mmHg
PO2	196mmhg	83-108 mmHg
PAFI	392mmhg	>350 mmHg
K	4.6meq/l	3.5 – 5 meq/l
Na	143meq/l	135 – 145 meq/l
Ca	0.95meq/l	4.5 – 5.5 meq/l
GLU	83mg/dl	80 – 120 mg/dl
LAC	1.5mmol/L	0.5 – 1.6 mmol/L

HCO3	9.3	22 – 26 meq/L
------	-----	---------------

TRATAMIENTO MEDICO

Posoperatorio 5/8/17

- NPO
- Reto Cloruro De Sodio 9^{0/00} 1000cc I y II,
- Dextrosa 5% 1000cc Nacl $\frac{1}{2}$ (1) K 20%(1)
- Ceftriaxona de 2gr ev c/ 24h
- Ranitidina 50 mg ev c/ 8h
- Ac. Transaminico 250mg.ev c/8h
- Ketoprofeno 100mg ev c/8h
- Paquete Globular I

VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdida sanguínea de aproximadamente de 1000cc • Piel pálida • Diaforesis • FC: 110 X' • PA: 80/50mmhg • Hb: 9 gr/dl • Hematocrito : 27 %. 	<p>DOMINIO 2 NUTRICION</p> <p>CLASE :5 HIDRATACIÓN</p> <p>Déficit de Volumen de Líquidos</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez de piel y mucosas. 	<p>DOMINIO :4 ACTIVIDAD Y REPOSOS</p> <p>CLASE: 4 RESPUESTAS</p> <p>CARDIOVASCULARES/ RESPIRATORIAS</p> <p>Disminución del Gasto Cardiac</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Diaforesis. • Disnea • Oliguria. • PA: 80/50mmhg. • FC: 110 x' • Hb. 9 gr/dl. • Aleteo nasal, • Murmullo vesicular disminuido en ápices y bases, • FR: 26xmin 	<p>Patrón Respiratorio Ineficaz</p>
<p align="center">TIPOS DE DATOS</p>	<p align="center">DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente Pos operado: plastia vesicular cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO2: 90% • PH 7.23 • PCO2 13.4mmhg • Po2 196mmhg • PAFI 392 	<p>DOMINIO: 3 ELIMINACION E</p> <p>INTERCAMBIO</p> <p>CLASE: 4 FUNCION RESPIRATORIA</p> <p>Deterioro del Intercambio Gaseoso</p>
<p align="center">TIPOS DE DATOS</p>	<p align="center">DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FC. 110 X' • Facie de dolor 	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <p>CLASE 1: CONFORT FISICO</p> <p>Disconfort.</p>
<p align="center">TIPOS DE DATOS</p>	<p align="center">DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p>	<p>DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>CLASE:1 INFECCION RESPUESTA DEL HUESPED A LA INFECCIÓN POR GERMENES PATOGENOS.</p> <p>Riesgo de Infección</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Hb: 9 gr/dl. • Presencia de doble catéter periférico. • Herida quirúrgica • Drenaje penrose, • Sonda Foley. 	CLASE 2 : LESION FISICA
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Esposa refiere “la cirugía se tardó mucho y estoy preocupada por la salud de mi esposo y miedo que le suceda algo peor ya que le dijeron que le realizarían un corte por que presento sangrado”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Facies de preocupación de la Esposa.</p>	<p>DOMINIO :9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL STRES</p> <p>CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO.</p> <p>Afrontamiento Familiar Comprometido</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel fría • T° 35.5°C • Tiempo operatorio: 3hrs • T° de quirófano 24° 	<p>DOMINIO11: SEGURIDAD PROTECCION (Clase 6 termorregulación)</p> <p>Hipotermia</p>

PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión e/p gasometría arterial anormal.
2. Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M/P aleteo nasal, disnea, murmullo vesicular disminuido en ápices y bases, FR: 26 por min.
3. Disminución del gasto cardiaco R/C Alteraciones del pos carga M/P palidez de piel y mucosas, diaforesis, disnea, oliguria, piel pegajosa PA: 80/50mmhg, FC: 110 x', Hb. 9 gr/dl.
4. Déficit del volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos M/P Perdida sanguínea de aproximadamente de 1000cc, Piel pálida, diaforesis, FC: 110 X', PA: 80/50mmhg, Hemoglobina: 9 gr/dl, Hematocrito: 27 %.
5. Hipotermia R/C disminución de la tasa metabólica, exposición ambiente frio, neumoperitoneo con CO2, M/P T° 35.5°C, piel fría, T° de quirófano 24°.
6. Discomfort R/C dolor a nivel de la incisión quirúrgica M/P facie de dolor.
7. Afrontamiento familiar comprometido R/C incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación M/P Manifestación verbal de la esposa.
8. Riesgo de aspiración/C disminución del reflejo de deglución.
9. Riesgo de lesión/C disminución de reflejos y sensaciones protectoras.
10. Riesgo de infección sobre agregado R/C perdida de la continuidad de la piel, agresión quirúrgica, Procedimientos invasivos: catéter periférico, drenaje penrose y sonda Foley.

1. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea a de aproximadamente de 1000cc • Piel pálida 	<p>Déficit del volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos M/P Pérdida sanguínea de aproximadamente de 1000cc, Piel pálida, diaforesis, FC:110X', PA:80/50mmhg, Hb:9gr/dl, Hematocrito: 27 %.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente recuperara el volumen de líquidos durante su estancia en URPA</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente presentará PA > 100/70mmhg. Hto > 30 %</p>	<p>Manejo De Líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene acceso I.V. permeable. ➤ Se mantiene un registro adecuado de ingresos y eliminación. ➤ Se administra terapia Intravenosa. ➤ Se administra coloides y cristaloides según indicación. ➤ Manejo de Electrolitos ➤ Se vigila el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática). ➤ Se controla resultados de laboratorio (aumento de BUN, disminución de hematocrito). ➤ Monitorización de Líquidos ➤ Se observar si hay manifestaciones de 	<p>Paciente presenta: PA= 110 / 70 mmHg.</p> <p>Hto 31 % luego de 6 horas de la transfusión sanguínea.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Diaforesis • FC: 110 X' • PA=: 80/50mm hg • Hb: 9 gr/dl • Hto.: 27 %. 			<p>desequilibrio de electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se determina la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario. 	
---	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez de piel y mucosas. • Diaforesis. • Disnea • Oliguria. • PA: 80/50mmh. • FC: 112 x' • Hb. 9 gr/dl. 	<p>Disminución del gasto cardiaco R/C</p> <p>Alteraciones de la pos carga M/P palidez de piel y mucosas, diaforesis, disnea, oliguria, piel pegajosa</p> <p>PA: 80/50mmhg, FC: 112 x', Hb. 9 gr/dl.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente recuperar el gasto cardiaco a límites normales durante su estancia en URPA</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente presentara PA > de 100/60mmhg HB: 10gr/dl al cabo de 8 horas.</p>	<p>Cuidados cardíacos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se monitoriza funciones vitales. ➤ Se realiza la valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, llenado capilar, color y temperatura e extremidades) ➤ Se toma nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco ➤ Se controla el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca ➤ Se controla valores de laboratorio (Hemograma completo, niveles de electrolitos) <p>Manejo del shock</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se auscultar sonidos pulmonares para escuchar crepitos u otros sonidos adventicios ➤ Se observar y valorar resultados de laboratorio, TP, TPT, fibrinógeno, Hb, recuento de plaquetas ➤ Se inicia inotrópicos a través de bomba infusora indicado según el 	<p>Paciente mejora la PA 110 / 70 mmHg Hb: 11gr/dl luego de 6 horas de la transfusión sanguínea.</p>

			<p>caso de la paciente</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se continua con el suplemento de oxígeno según el caso <p>Manejo de la hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se controla las vías periféricas para reto de fluidos y transfusiones. <p>Mantener la PAM >60mmhg,</p>	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal, • Murmullo vesicular disminuido en ápices y bases, • FR: 26 	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M /P aleteo nasal, disnea, murmullo vesicular disminuido en ápices y bases, FR: 26.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente recuperar el patrón respiratorio al lapso de 2 horas</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente presentara vía aérea libre de secreciones en URPA</p>	<p>ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene vía aérea permeable ➤ Se coloca al paciente en posición semifowler ➤ Se monitoriza AGA, Sat, FR, ➤ Se ausculta sonidos respiratorios, tomando nota de la disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. ➤ Se observar si hay fatiga muscular respiratoria. ➤ Se mantiene suplemento de oxigeno según prescripción ➤ Se administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la Hipoventilación ➤ Se controla periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. ➤ Se administrar broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas e intercambios de gases 	<p>Paciente presenta FR : 22 X' a la auscultación buen pasaje aire en ACP</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO2: 90% • PH 7.23 • PCO2 13.4 • Po2 196 • PAFI 392 	<p>Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión e/p gasometría arterial anormal.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente mejorara el intercambio gaseoso en la URPA</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente presentara un AGA dentro los límites normales en URPA.</p>	<p>MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ➤ Se anota el movimiento torácico, simetría, uso de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales. ➤ Se controla el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de kussmaul. ➤ Se observa si hay fatiga muscular diafragmática. ➤ Se ausculta los sonidos respiratorios. ➤ Se valora los cambios en el AGA. ➤ Se observa si hay disnea. ➤ Se coloca al paciente en decúbito lateral, según se indique. 	<p>Paciente presenta el resultado de AGA dentro de los parámetros normales</p> <p>PH: 7.43</p> <p>PCO2: 40mmhg</p> <p>PO2: 100mmhg</p> <p>SATO2 : 96 %</p>

			<ul style="list-style-type: none">➤ Se Instaura tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador) cuando sea necesario.➤ Se realiza el seguimiento de los informes radiológicos.	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FC. 110 X' • Facie de dolor 	<p>Disconfort R/C dolor a nivel de la incisión quirúrgica M/P facie de dolor, FC: 110 X min</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente recuperar el confort físico al cabo de 4 horas</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente manifestara escala de dolor en menor 4/10 en URPA</p>	<p>Administración de medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se determina la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. ➤ Se Comprueba las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. ➤ Se administra el analgésico prescrito. ➤ Se evalúa la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración. ➤ Se comprueba alergias ➤ Se registra respuesta a analgésico y cualquier efecto adverso. 	<p>Paciente más despierto manifiesta disminución del dolor en escala de EVA de 5/10</p>

			<p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se asegura de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.➤ Se administra analgesia en infusión continua prescrita si no hay respuesta a lo administrado.➤ Se evalúa y registrar el nivel de sedación si procede.	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 9 gr/dl. • Presencia de doble catéter periférico. • Herida quirúrgica • Drenaje penrose, • Sonda Foley. 	<p>Riesgo de infección R/C perdida de la continuidad de la piel, agresión quirúrgica, procedimientos invasivos M/P herida quirúrgica, Procedimientos invasivos: catéter periférico, drenaje penrose y sonda Foley.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente se mantendrá sin signos de infección durante su estancia hospitalaria y después de las intervenciones de Enfermería.</p> <p>Paciente mantendrá la temperatura dentro de los límites normales durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene la bioseguridad en todo momento con el paciente. ➤ Se aplica los diez correctos de la administración de medicamentos. ➤ Se administra los medicamentos por la vía y la técnica adecuada. ➤ Se observar la aparición de efectos adversos de los medicamentos. <p>Protección contra infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene la bioseguridad en todo momento. ➤ Se toma la temperatura. ➤ Se manipula la herida, los drenajes con la asepsia adecuada. ➤ Se Inspecciona la herida por la aparición de enrojecimiento, calor y dolor. ➤ Se tomar muestra para cultivos de secreciones. ➤ Se cambia el catéter periférico y sonda Foley según normas 	<p>Paciente presenta T° de 36.8°C</p>

			<p>establecidas.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se realiza la curación de la herida asépticamente.➤ Se administrar el antibiótico prescrito por el médico.➤ Administrar el antibiótico prescrito por el médico.➤ Tomar muestra para Hgra	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente pos operado: plastia vesicular, cirugía laparoscópica convertida en colecistectomía abierta</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel fría • T° 35.5°c • Tiempo operatorio: 3 hrs • T° quirófano 24° • Neumoperitoneo con CO2 	Hipotermia R/C disminución de la tasa metabólica, exposición ambiente frío, M/P T° 35.5°C, piel fría.	<p>OBJETIVOS GENERAL: Paciente se mantendrá en normotermia durante su estancia hospitalaria.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Paciente aumentará la Temperatura corporal por encima de 36. 5° después de las intervenciones de enfermería en un tiempo de 2hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se compruebe Temperatura AXILAR ➤ Se observe color, humedad y temperatura de la piel. ➤ Se utiliza la manta TERMICA ➤ Se administra oxígeno a alto flujo humidificado y caliente, controlando el Termostato. ➤ Se administre fluidos a través del calentador de fluidos. ➤ Se controla la Temperatura ambiental. ➤ Se disminuye la temperatura del aire acondicionado. 	Paciente en proceso de observación: T° 36.8C

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS:	Afrontamiento familiar	OBJETIVOS GENERALES:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda apoyo a la esposa. ➤ Coordinar con el médico 	Esposa del, paciente manifiesta haber

<p>Esposa refiere “la cirugía se tardó mucho y estoy preocupada por la salud de mi esposo y miedo que le suceda algo peor ya que le dijeron que le realizarían un corte por que presento sangrado”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Facie de preocupación de la Esposa.</p>	<p>comprometido R/C incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación M/P</p> <p>Manifestación verbal de la esposa.</p>	<p>Se mantendrá de normalizar a la esposa con los informes adecuados en la sala de espera de URPA</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Esposa manifestara estará más tranquila y colaborara en el proceso de la recuperación de su esposo</p>	<p>tratante para informar a esposa con respecto a la salud de su esposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda informes del movimiento del hospital para adquisición de medicamentos, análisis de laboratorio. ➤ Se coordinar con asistenta social para que le brinde el apoyo necesario. ➤ Se le manifestarle que necesita de apoyo de los demás familiares para que puedan ayudarle. 	<p>recibió el informe correspondiente del paciente y se siente más tranquila.</p>
---	--	--	--	---

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

1. En el presente caso se presenta los cuidados posoperatorios inmediatos de un paciente pos operado de colecistectomía laparoscópica convertida a la convencional por lesión de un vaso importante, donde la Enfermera especialista tiene que estar preparada para toda complicación dentro de SOP que repercute en el posoperatorio inmediato.
2. El cuidado de Enfermería especialista en centro quirúrgico es en las tres áreas de atención desde el preoperatorio, Intraoperatorio y pos operatorio por lo tanto tiene que tener habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos del centro quirúrgico de acuerdo a protocolos establecidos aplicando principios éticos en el cuidado del paciente.
3. Es primordial el manejo del Proceso de Atención de Enfermería tanto en sala de Operaciones como en el área de cirugía por lo que es importante el seguimiento del paciente en el área de cirugía.

3.2 RECOMENDACIONES

1. Incentivar a la Enfermera Especialistas en Centro Quirúrgico en las capacitaciones con respecto a los casos más frecuentes en el servicio.
2. Actualizar los protocolos de atención en paciente Pos operados de colecistectomía de las técnicas más frecuentes.
3. Establecer coordinaciones permanentes con el servicio de cirugía y hacer seguimiento de los pacientes pos operado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Alipio Cueva (2010) vesícula y vías biliares
2. Jaime Arias, Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar; 2000.
Books.google.com.pe/books/id.
3. R.R Zamudio Alegría (2015) Factor De Riesgo En La Conversión de Colelap a Colectomía Convencional. Recuperado 08 agosto del 2010
4. Jaime Arias, Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar;2000.
Books.google.com.pe/books/id.
5. Bravo Peña Mery. Guía Metodológica del Pae Taxonomía Nanda NOC NIC. 4ta ed. 2016.
6. Cortez Cuaresma, Castillo lujan. Guía para elaborar Nanda NIC, NOC.6ta ed. Rrohas Lima Perú 2012
7. <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2015/muv152a.pdf>
8. http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/792/1/ZamudioRonny_pdf_2016.pdf
9. A Cisneros Ramón (2013) cuidado de enfermería pre, intra y posoperatorio en paciente con colostomía –ecuador recuperado 10 de agosto 2013.
10. http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18114/Plan+de+cuidados+a+l+paciente+colectomizado_2010.pdf
11. <http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-postoperatorio.html>
12. <http://www.aulaenfermeria.org/articulo/cuidados-colectomia-laparoscopica.html>
13. Jaime Arias, Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar;2000.
Books.google.com.pe/books/id.

ANEXO

ANATOMIA VESICULA BILIAR







