

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO DE COLECISTECTOMÍA.**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. MIRIAM ALIDA RODRIGUEZ VELASCO

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

ASESOR:

MG. ZOBEIDA CAMARENA VARGAS

**LIMA – PERÚ
-2018-**

DEDICATORIA

A Dios siempre me ilumina en los momentos más difíciles de mi vida, me brinda sabiduría, fortaleza para continuar y no caer en el fracaso.

A mi esposo, mis hijos, mis padres y mis hermanos que siempre me han apoyado en mi carrera profesional moralmente con su amor y comprensión.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I.....	7
1.1. MARCO TEORICO.....	7
1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	26
1.3. TEORIA DE ENFERMERÍA	32
1.4. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	34
CAPITULO II	35
2.1. APLICACIÓN DEL PAE – EBE.....	35
2.2. VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA.....	37
2.3. EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	49
CONCLUSIONES	57
BLIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	59

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivos brindar cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de colecistectomía.

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula que se infecta (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares, esta se realiza bajo anestesia general. Estos pacientes requieren de cuidados post operatorios inmediatos para lograr su recuperación, es aquí donde la enfermera especialista en Centro Quirúrgico utiliza el proceso de atención de enfermería a través de los 13 DOMINIOS de la NANDA. Este se define como un proceso de cinco partes que incluye valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. El proceso de atención de Enfermería se considera la piedra angular del desarrollo de la enfermería profesional y son la base para el trabajo profesional, independientemente del entorno en el que se realice.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento de gestión, que identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, de forma autónoma o como parte de un equipo, y determina las actividades que realizan para conseguir unos resultados en salud, ayuda a crear una base de conocimiento científico en el que se basa la teoría y la práctica enfermera, lo cual se logra mediante la generación y validación de conocimientos que promueva mejores resultados en la práctica.

Este plan de cuidados permitió que el paciente se recupere y no presente complicaciones, pasando posteriormente a la sala de hospitalización.

Palabras Clave: cuidados de enfermería, postoperatorio inmediato, colecistectomía, plan de cuidados.

ABSTRACT

The objective of this work is to provide nursing care to patients who have undergone immediate cholecystectomy.

Cholecystectomy is the surgical procedure performed to remove a vesicle that becomes infected (cholecystitis), that is inflamed, or that is blocked (blocked) by being full of gallstones. This is performed under general anesthesia. These patients require postoperative care for their recovery, this is where the nurse is a specialist in Surgical Center, and she uses the process of nursing care through the 13 DOMAINS of the NANDA. This is defined as a five-part process that includes assessment, diagnosis, planning, intervention and evaluation. The Nursing care process is considered the cornerstone of the development of professional nursing and the basis for professional work, regardless of the environment in which it is performed.

The plan of health care is a management tool, it identifies situations in which the nurses are involved, independently or as part of a team, and determines the activities that can help achieve health outcomes, it helps create a scientific knowledge base on which is based the theory and practice nurse This is accomplished by generating and validating the knowledge that better results are obtained in practice.

This care plan allows the patient to recover and not present complications, then going to the hospital ward.

KEYWORDS: Nursing care, immediate postoperative, cholecystectomy, care plan.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos practicados más frecuentemente por el cirujano general y en un importante número de casos se efectúa en pacientes mayores con gran inflamación vesicular, lo que pone a prueba los conocimientos y habilidades del cirujano. Es perfectamente posible reconocer, antes del acto quirúrgico, en cuáles pacientes este resultará difícil en mayor o menor grado, para así diseñar estrategias de manejo intraoperatorio que nos permitan resolver favorablemente estos casos, se pretende mostrar cuáles son las opciones de manejo en aquellos pacientes cuyas colecistectomías son muy difíciles por el grado de inflamación o por las enfermedades subyacentes y que constituyen alternativas de manejo viables para la colecistectomía laparoscópica clásica o para evitar la conversión a cirugía abierta; aunque también, se llama fuertemente la atención sobre la necesidad de una conversión temprana y oportuna antes de tener complicaciones o alteraciones iatrogénicas de la vía biliar u otro órgano vecino.

El presente trabajo se realizó considerando un enfoque biopsicosocial, espiritual al paciente en todas sus esferas, para el desarrollo de los cuidados; se usó el plan de cuidados, de los 13 dominios de la taxonomía 2 de NANDA y a su vez interrelaciones NIC – NOC; Se priorizó los problemas alterados y se intervino de manera óptima y oportuna para cubrir las necesidades del paciente post operado de colecistectomía; cuyo objetivo es dar a conocer los cuidados especializados de enfermería, en un espacio que proporcione el mayor índice de seguridad, confort, eficiencia, así como un cuidado oportuno, seguro, continuo y humano, reduciendo los riesgos innecesarios ofreciendo un servicio eficiente y de alta calidad.

Permitirá implementar una Guía de atención sobre “Cuidados de Enfermería en pacientes post operados de Colecistectomía” en mi institución, estandarizando de esta manera los cuidados enfermeros, con un enfoque de la enfermería basada en evidencias.

CAPÍTULO I:

1.1. MARCO TEORICO

1.1.1. Vesícula biliar

La vesícula biliar es un órgano que forma parte del aparato digestivo de todos los seres humanos y animales cuadrúpedos (menos en los caballos). Está situada por debajo del hígado.

Su nombre en latín es vesica fellea.

La vesícula biliar es una visera hueca pequeña, con forma de ovoide o pera, que tiene un tamaño aproximado de entre 5 a 7 cm de diámetro mayor. Se conecta con el intestino delgado (duodeno) por la vía biliar (el conducto cístico y luego por el colédoco).

Su función es la acumulación de bilis, contiene un volumen de alrededor de 50ml de bilis que libera al duodeno a través de los conductos arriba reseñados, entrando en el mismo a través de la papila y ampolla de Váter. Está adherida a la superficie visceral del hígado.

La función de la vesícula es almacenar y concentrar la bilis segregada por el hígado y que alcanza la vesícula a través de los conductos hepático y cístico, hasta ser requerida por el proceso de la digestión.

La segregación de la bilis por la vesícula es estimulada por la ingesta de alimentos, sobre todo cuando contiene carne o grasas, en este momento se contrae y expulsa la bilis concentrada hacia el duodeno.

La bilis es un líquido de color pardo verdusco que tiene la función de emulsionar las grasas, produciendo micro esferas y facilitando así su digestión y absorción, además de favorecer los movimientos intestinales, evitando así la putrefacción. Fistera. (2008)

1.1.2. Patologías de la vesícula biliar

Litiasis vesicular

Definición

La colelitiasis, comúnmente conocida como cálculos biliares, litiasis vesicular, se refiere a la formación de cálculos en la vesícula biliar. Son acreencias de materias sólidas que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula. La mayor parte, sin embargo, suelen ser de tamaño intermedio, es decir, de 20 mm o menos. La mayor parte de estos cristales cerca de un 80% están constituidos por cristales de colesterol, el resto son cristales pigmentados de color negro. Brunicardi, F. (2012)

Clasificación

Los cálculos biliares habitualmente están formados por una mezcla de colesterol, bilirrubinato cálcico, proteínas y mucina. En función de sus compuestos predominantes se clasifican en:

- Cálculos de colesterol, son los más frecuentes en los países industrializados.
- Cálculos de pigmento negro, formados fundamentalmente de bilirrubinato cálcico a partir de la hemólisis.
- Cálculos de pigmento marrón, se forman a partir de infecciones bacterianas o helmínticas en el sistema biliar, son frecuentes en poblaciones orientales.
- Cálculos mixtos, constan fundamentalmente de pequeñas cantidades de calcio y sales de bilirrubinato.

Epidemiología

La colelitiasis siempre es más frecuente en las mujeres que en los hombres con una proporción de 4 a 1, y hay factores que predisponen a la enfermedad como la obesidad, la toma de anticonceptivos, las dislipemias, la diabetes.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de litiasis biliar son:

- Edad: más frecuente a partir de los 40 años, cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años.
- Sexo femenino.
- Embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, normalmente son formas asintomáticas de litiasis biliar y tanto el barro biliar como los cálculos menores de 10 mm habitualmente desaparecen tras el parto.
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos. Otros fármacos como los fibratos y la Ceftriaxona.
- Antecedentes familiares de litiasis biliar.
- Obesidad.
- Pérdida rápida de peso.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad celíaca, especialmente en personas sin diagnosticar ni tratar con la dieta sin gluten o que han sufrido largos retrasos en el diagnóstico de la enfermedad celíaca.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedad de Crohn.
- Nutrición parenteral. Brunicardi F. (2012)

Cuadro clínico

Puede ser asintomática como ocurre en la mayoría de los pacientes, o presentar síntomas, con un cuadro de dispepsia biliar, que se caracteriza por: intolerancia a las comidas grasas, flatulencia, inflamación abdominal, náuseas, vómitos, etc. Los cálculos pueden causar colecistitis (inflamación de la vesícula) aguda, crónica, cólicos biliares, pancreatitis e ictericia obstructiva.

La manifestación principal es el cólico biliar, se produce al obstruir con un cálculo un conducto biliar, y se suele asociar a la inflamación de la vesícula (colecistitis). La colecistitis aguda se caracteriza por: dolor abdominal en el epigastrio o hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre, peritonismo local o un plastrón de vesícula biliar, etc. en el caso de la colecistitis crónica produce cólicos intermitentes e inflamación crónica.

Pero el cuadro clínico clásico de colelitiasis es dolor en hipocondrio derecho tipo cólico (intermitente), mejora con analgesia. No se acompaña de ictericia, no hay fiebre, el vómito es raro, y tiene signo de Murphy negativo, a diferencia de la colecistitis que tiene este signo positivo.

Complicaciones de los cálculos biliares

En muchos pacientes, los cálculos permanecen "mudos," es decir asintomáticos y plantean pocos problemas de importancia. No obstante, cuanto más tiempo hayan estado presentes, mayor será la probabilidad de que causen complicaciones.

En un paciente determinado, la probabilidad de que un cálculo mudo produzca malestar es de aproximadamente el 3% por año.

Así pues, al cabo de 20 años la mayor parte de las personas que tienen cálculos asintomáticos acabarán por experimentar síntomas.

Una vez aparecidos, los síntomas persisten. Y si el problema afecta a personas mayores, el tratamiento puede hacerse mucho más difícil, sobre todo si la persona tiene otros problemas médicos.

A medida que aumentan de tamaño, los cálculos pueden obstruir el orificio de salida de la vesícula biliar y con ello dar lugar a trastornos de carácter serio.

La obstrucción puede comenzar en forma gradual u ocasional, acompañada de inflamación de la vesícula (colecistitis crónica), y terminar en obstrucción total, con inflamación aguda de la vesícula (colecistitis), cuadro que exige intervención quirúrgica. Jorge Ordoñez (2016)

Diagnostico

La mayoría de los cálculos biliares pueden describirse mediante técnicas sencillas e indoloras. Los pacientes que se quejan de dolor abdominal o de malestar gastrointestinal reciben a menudo análisis específicos destinados a diagnosticar la presencia de cálculos.

El empleo generalizado de la ecografía abdominal para el estudio del dolor abdominal, la enfermedad pélvica y la alteración de las enzimas hepáticas, ha

provocado la identificación accidental de litiasis biliar en muchos pacientes con ausencia de los síntomas típicos de esta enfermedad. Cerca del 30% de estos casos desarrollarán síntomas a lo largo de su vida, en una proporción del 1,5-2% anual. Los pacientes sintomáticos con litiasis biliar sin tratamiento tienen una mayor probabilidad de recurrencia de síntomas, así como de complicaciones como la colecistitis, pancreatitis o coledocolitiasis. Wang HH, Liu M, Li X, Portincasa P, Wang DQ (2017)

Con frecuencia, basta una radiografía ordinaria del abdomen para descubrir los cálculos, sobre todo si son ricos en calcio.

Hay otra técnica más sensible, denominada, ultrasonografía, con la que se produce una imagen o fotografía de la vesícula y de los conductos biliares, permitiendo al médico determinar si hay algún cálculo presente, cualquiera que sea su clase. Este método es el que más se emplea, por no emitir radiaciones.

Una tercera técnica se denomina colecistografía y requiere la deglución previa de unas pastillas que contienen colorantes. El colorante pasa del torrente sanguíneo a la vesícula y pone de relieve el contorno de ésta de manera que puedan detectarse los cálculos mediante radiografía.

Cuando se sospecha la presencia de cálculos en los conductos biliares son necesarios procedimientos más complicados.

En la CPER (colangiopancreatografía endoscópica retrógrada) se introduce en el intestino delgado un tubo flexible que se pasa al conducto biliar; seguidamente se inyecta en los conductos un colorante y se toma una radiografía. Método de elección para detectar cálculos en el colédoco.

Cuando se emplea la técnica llamada CPT (colangiografía percutánea transhepática), se atraviesa el abdomen con una aguja muy delgada que se hace pasar hasta la red de conductos del hígado. Seguidamente se inyecta colorante y se toma una radiografía. Wang DQ (2017)

Colecistitis

Definición

La colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, causada normalmente por cálculos biliares.

La colecistitis se divide en dos aguda y crónica. Martínez Acosta (2007)

Colecistitis aguda

La colecistitis aguda es una enfermedad inflamatoria aguda de la vesícula biliar. En los casos de colecistitis aguda litiásica resultados de la inflamación, obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares y la continua secreción de la mucosa conduce a la distensión de la vesícula por lo tanto la pared se inflama y edematiza, en los casos más graves 5%-18% este proceso se sigue de isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar.

La inflamación en la colecistitis aguda es típicamente estéril, aunque la infección bacteriana secundaria puede ocurrir.

Si no se trata adecuadamente la colecistitis puede conducir a la perforación con peritonitis o absceso intraabdominal. Se atribuye frecuentemente a cálculos biliares, pero muchos factores, como isquemia; trastornos de motilidad; lesiones químicas directas; infecciones con microorganismos, protozoos, y parásitos; enfermedad de colágeno; y reacciones alérgicas están involucradas también

Etiología

La colelitiasis representa del 90%-95% de todos los casos de colecistitis aguda, mientras la colecistitis sin cálculos representa el restante 5%-10%. No debe dejarse de mencionar como propiciadores de la colecistitis aguda, menos frecuentemente, la volvulación de la vesícula biliar, la anulación del sifón vesicular

- Alitiásica 5% ausencia de calculo
- Litiásica 95% por la obstrucción de un cálculo crónica
- Ser mujer
- Embarazo
- Terapia hormonal
- Edad avanzada

- Obesidad
- Bajar o subir de peso rápidamente
- Diabetes

Factores de riesgo

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente en pacientes con colelitiasis. De acuerdo a la revisión de Friedman, de la historia natural de colelitiasis, síntomas severos o complicaciones (colecistitis aguda, colangitis aguda, ictericia clínica, y pancreatitis) se observaron en 1%-2% de pacientes asintomáticos y en 1%-3% de pacientes con síntomas leves por año, el riesgo de complicaciones incrementa en los primeros años después de descubrir los cálculos biliares, pero después disminuye. Cada año 6%-8% de pacientes cuyos síntomas progresan de leve a severo experimentan colecistectomía, pero este porcentaje disminuye año con año.

Fisiopatología:

En la mayoría de pacientes, los cálculos biliares son la causa de colecistitis aguda. El proceso es uno de obstrucción física de la vesícula biliar por un cálculo, en el cuello o en el ducto cístico. Esta obstrucción resulta en presión incrementada en la vesícula biliar.

Hay dos factores que determinan la progresión a colecistitis aguda el grado de obstrucción y la duración de la obstrucción.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración los pacientes experimentan cólico biliar.

Si la obstrucción es completa y de larga duración el paciente desarrolla colecistitis aguda.

Si el paciente no recibe tratamiento temprano, la enfermedad se hace más severa y pueden ocurrir complicaciones.

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 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 la mucosa y posteriormente inflamación transmural secundario a vasculitis aguda, isquemia en los casos más graves 5%-18%, 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. Se debe a P. Mirizzi el estudio bacteriológico de la colecistitis aguda en 1945, y a Reis la comprobación de que cuando la concentración bacteriana supera 10.000 bacterias/ml se presentan complicaciones en el paciente a partir de 72 horas de iniciado el cuadro.

La producción de moco aumenta la presión intravesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la 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): Donde la pared presenta un grado variable de edema y congestión vascular. La vesícula biliar tiene fluido intersticial con capilares dilatados y linfáticos. La pared de la vesícula biliar esta edematosa. El tejido de la vesícula biliar 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. En esta etapa, el proceso de reparación activo de la inflamación es evidente.

La vesícula biliar agrandada comienza a contraerse y la pared está engrosada debido a la proliferación fibrosa.

Vesícula biliar gangrenosa (7-10 días): Donde existe infarto hemorrágico agudo con necrosis y la perforación es la etapa sucesiva. La vesícula biliar tiene cambios con áreas de hemorragia y necrosis. Cuando la pared de la vesícula biliar está sujeta a elevada presión interna, el flujo sanguíneo esta obstruido, con evidencia histológica de trombosis vascular y oclusión. Hay áreas de necrosis dispersa, pero es superficial y no involucra todo el espesor de la pared de la vesícula biliar.

Vesícula biliar Perforada (más 10 días): La vesícula se presenta tumefacta, edematosa, con serosa hiperémica, con áreas de necrosis en todo el espesor de la pared y pseudo membrana.

Signos y síntomas

Los pacientes con colecistitis aguda generalmente se quejan de fiebre y dolor en cuadrante superior derecho acompañado de náuseas y vómitos. Además, el dolor que se irradia a la región escapular derecho es posible si la inflamación ha causado irritación del diafragma. Los pacientes también pueden reportar una historia de cólico biliar a repetición.

En contraste con la colecistitis aguda, cólico biliar consiste en intermitente o fugaz dolor en cuadrante superior derecho en ausencia de fiebre, a menudo después de alimentos grasos. Con frecuencia existe una larga historia de episodios de dolor. Si el cólico biliar es visto en un paciente en el servicio de urgencias, a menudo están disminuyendo los síntomas y el paciente no tiene fiebre ni leucocitosis.

Esta distinción es importante, como los pacientes con colecistitis aguda requieren manejo inmediato, mientras que aquellos con episodios de cólico biliar pueden programarse para colecistectomía de forma electiva.

En el examen físico, fiebre y taquicardia a menudo están presentes. Sensibilidad en cuadrante superior derecho es probable sello de colecistitis.

El hallazgo de detención inspiratoria secundaria al dolor cuando el examinador realiza la palpación profunda en la zona subcostal derecha se conoce como signo de Murphy. Los pacientes que presentan en una etapa tardía de la enfermedad pueden demostrar signos de peritonitis.

Otros signos y síntomas:

- Náuseas y Vómitos: En el 50% de los casos.
- Fiebre Moderada: 38 a 39°, con frecuencia de 50% a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.
- Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por comprensión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.
- Leucocitosis Moderada: De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

Tipos de complicaciones.

Hay cuatro tipos de complicaciones principales:

- **Perforación de la vesícula biliar:** es causada por colecistitis aguda, lesión o tumores, ocurre más comúnmente como resultado de isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar. Los signos locales y efectos sistémicos se exageran; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal, los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más
- **Peritonitis biliar:** que ocurre con presencia de bilis en la cavidad peritoneal debido a varias causas, incluyendo perforación de la vesícula inducida por colecistitis, trauma, por catéter al realizar drenaje incompleto biliar y sutura incompleta después de cirugía biliodigestiva.
- **Absceso peri vesicular:** Consiste en la colección de pus alrededor de la vesícula, proveniente de una perforación de la vesícula o aun sin perforación y/o ruptura vesicular por diapédesis de los elementos contaminantes a través de la vesícula. Limitan al absceso tanto el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias.
- **Fistula biliar:** que ocurre entre la vesícula y el duodeno después de un episodio de colecistitis aguda. La fistula es causada usualmente por un gran calculo erosionando a través de la pared de la vesícula en el duodeno. Si el cálculo es grande, el paciente puede desarrollar íleo por cálculo, con el cálculo causando obstrucción del intestino delgado en la válvula ileoceca. Anabella coronel (2008)

Colecistitis Crónica

Es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula Ya que la mucosa de la vesícula está muy irritada y pierde la capacidad de almacenar la bilis correctamente absorber agua y electrolitos.

Esta puede ser asintomática por muchos años o presentar cuadros repetidos de cólico biliar. Cada vez que una persona come sobre todo grasa la colecistoquinina hace que la vesícula se contraiga para abastecer la bilis necesaria para dirigir la grasa.

Se contrae la vesícula sobre uno o varios cálculos esta reconoce la presencia de un cuerpo extraño entrando en un proceso de contracción espasmódica a esto se le conoce como cólico biliar la idea de la contracción es expulsar el cuerpo extraño si la persona tiene suerte esto no sucede, si la persona tiene mala suerte eso sucede y la contracción es capaz de expulsar el cálculo hacia el conducto cístico, si es lo suficientemente pequeño pasa y sale de la vesícula, si no están pequeño y no puede pasar por el cístico se impacta la salida de la vesícula.

La vesícula intenta seguir sacándolo, manteniéndolo en la salida de la vesícula.

La mucosa alrededor del cálculo se edematiza dificultando más la salida y el cálculo no se mueve, cuando tenemos esta obstrucción empieza un proceso de inflamación activa, la vesícula tiene glándulas que secretan liquido hacia el lumen, se dilata y sigue contrayéndose.

Causas

La colecistitis crónica está causada por ataques leves y repetitivos de colecistitis aguda lo cual produce un engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar, y con el tiempo pierde la capacidad para desempeñar su función de concentrar y almacenar bilis.

La causa más frecuente es la presencia de piedras o caculos en la vesícula biliar. Esta enfermedad es más frecuente en las mujeres a partir de los 40 años.

Síntomas

Dolor abdominal leve mantenido o cólicos ocasionales.

Indigestión crónica

Nauseas frecuentes

Presencia de gases y eructos

Colecistitis a repetición

Engrosamiento de la pared de la vesícula. Esta se diagnostica mediante ecografía, donde se ve la pared gruesa y el caculo lo que significa que hay una inflamación lo cual es crónico.

1.1.3. Tratamiento general

El tratamiento definitivo de la colecistitis y colelitiasis es una intervención quirúrgica, llamada colecistectomía; existen dos tipos, la abierta y la laparoscópica.

La laparoscópica es preferente ya que tiene una recuperación más rápida que con la abierta, debido a que solo son de tres a cuatro incisiones pequeñas en el abdomen; quedando puertos quirúrgicos más no una herida quirúrgica de gran tamaño y la colocación de un drenaje (penrose) en un ojal cutáneo al costado de la herida quirúrgica, haciendo esto para prevenir abscesos.

El momento de realizar dicho tratamiento suele depender del tiempo de evolución del cuadro clínico. Una colecistitis aguda de menos de 48 horas de evolución puede ser de urgencia, mientras que si lleva ya más de 48 horas se realiza cirugía diferida a los 3 - 4 meses con tratamiento médico y controles, siguiendo una dieta baja en grasas.

El tratamiento médico es terapia antibiótica y analgésica.

1.1.4. Colecistectomía

Definición

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula biliar enferma.

Descripción

La cirugía se realiza para quitar una vesícula que se infecta (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. La cirugía de vesícula se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas y la utilización de una herramienta de alcance especial.

Si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción, el acceso abdominal es lo más recomendable.

En este caso 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 de cortar y se extrae la vesícula.

El colédoco (conducto común de bilis) que transporta la bilis al tubo digestivo desde el hígado se examina para comprobar la presencia de posibles bloqueos o presencia de piedras. Después de cerrar la vía de acceso se deja un tubo de drenaje durante unos días para que puedan salir los exudados (líquidos) de la inflamación o infección.

Si el proceso está poco avanzado y puede ser programada la intervención, ésta se puede realizar mediante laparoscopia. En este caso se utiliza un aparato, llamado laparoscopio, que se introduce en el abdomen cerca el ombligo. Los instrumentos de laparoscopia se a través mediante de dos pequeños orificios perforados previamente. Se localiza la vesícula y los conductos biliares (arteria y conducto quístico); se cortan y se extrae la vesícula.

Técnica Quirúrgica

- Incisión en área umbilical de 10mm
- Inserción de aguja de Veress
- Aspiración con jeringa (10ml) e inyección de solución salina
- Insuflación de CO₂
- Presión intraperitoneal *
- Distensión abdominal satisfactoria
- Inserción de trocar de 10-11mm angulado a 45
- Inserción de laparoscópico
- Examen laparoscópico
- Observación de vesícula biliar
- Inserción de trocar de 10mm
- Línea media o ligeramente derecha
- Colocar los 2 trócares restantes bajo visión directa
- Ajuste de mesa en Trendelenburg inverso y giro a la izquierda

- Disección de arteria y conducto cístico
- Grapado de conducto cístico y arteria cística distal y proximal
- Sección de ambas estructuras
- Extracción de vesícula biliar
- Pinza de 10-11mm bajo visión directa
- Agrandar la incisión si es necesario
- Control de hemostasia
- Retiro de trócares bajo visión directa
- Cierre de aponeurosis y piel. Broto-Delor. (2012)

Complicaciones Intra operatorias en colelap.

Esta cirugía se acompaña de diversas complicaciones relacionadas generalmente con:

- Inserción de la aguja de Verres, del trocar y cánula laparoscópica.
- Creación del neumoperitoneo.
- Inserción y manipulación de los instrumentos laparoscópicos.

Complicaciones relacionadas con la inserción de la aguja de Verres, trocar y cánula laparoscópica.

La inserción de estos instrumentos puede causar lesiones en el intestino, vejiga o vasos retroperitoneales principales.

Las lesiones relacionadas con la inserción de una cánula se deben al trocar afilado que se usa para penetrar la pared abdominal y permitir la introducción de la cánula en la cavidad peritoneal. La incidencia de lesión visceral por la inserción de la aguja de Verres o el trocar varía del 0,05 al 0,2. Las lesiones penetrantes tienen mayor posibilidad de producirse durante la colocación de la aguja de insuflación, o con la inserción de la cánula inicial ya que se coloca sin el beneficio de la vía visual.

La lesión de los vasos retroperitoneales es la complicación más grave de la inserción de la aguja o el trocar.

Es esencial el reconocimiento temprano de la producción de una lesión vascular, ya que la demora en el diagnóstico es un factor importante en la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

La aspiración de sangre a través de la aguja de Verres es signo de que se ha penetrado en una estructura vascular. Se requiere exploración inmediata. El trocar y la cánula deben de dejarse colocados en el sitio mientras se abre el abdomen, para ayudar en la identificación del lugar de la lesión y reparar el vaso lesionado.

La perforación intestinal con trocar suele dar origen a una lesión intestinal transmural y requiere reparación inmediata sea por laparoscopia o laparotomía. El trocar siempre debe dejarse colocado en el sitio de la lesión para disminuir la contaminación peritoneal y ayudar en la identificación del segmento intestinal lesionado.

La perforación vesical causada por estos mismos agentes es una complicación poco común de la laparoscopia y suele producirse como resultado de la falta de descompresión vesical antes de la inserción de los elementos mencionados.

Las complicaciones potenciales de un procedimiento laparoscópico son las relacionadas con la laparoscopia y con el procedimiento operatorio específico. Existen varios factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones: falta de percepción de profundidad tridimensional, visión limitada del campo operatorio, contacto indirecto con los tejidos durante la disección y la incapacidad del cirujano para controlar la visión del campo operatorio.

Las lesiones de las vías biliares extra hepáticas continúan siendo una de las complicaciones más graves de la colecistectomía, ya que una lesión del conducto biliar expone al paciente al riesgo inmediato de una peritonitis biliar en caso de pasar inadvertida la lesión; la reconstrucción biliar es una cirugía de orden mayor y debe ser muy bien realizada para evitar el riesgo de estenosis de dicha vía.

Diferentes publicaciones nos indican que estas lesiones se producen generalmente durante la etapa de aprendizaje de este procedimiento. La colecistectomía

laparoscópica lleva un riesgo eminentemente mayor de lesión de conductos biliares que la colecistectomía tradicional.

Hay varios factores técnicos de riesgo de lesión del Colédoco durante esta cirugía:

El uso de un laparoscopio de 0 grados (visión terminal) altera la perspectiva del campo operatorio del cirujano. Debido a que las estructuras portales se ven desde su parte inferior más que directamente por encima como en una colecistectomía abierta y este cambio en la orientación visual puede ocasionar como resultado una identificación errónea del Colédoco, tomándolo como el conducto cístico.

El desplazamiento en dirección cefálica del fondo vesicular hace que el conducto cístico y el Colédoco queden alineados en el mismo plano.

Observado a través del laparoscopia, el conducto Colédoco puede confundirse fácilmente con el cístico y ligarlo y seccionarlo. Igualmente sucede con los conductos hepático común y hepático derecho.

La prevención de la lesión de los conductos biliares depende de la exposición apropiada de la Porta Hepatitis, de la identificación precisa de las estructuras dentro del Triángulo de Calot y de la experiencia del cirujano. Luis Del Águila Hoyos (2010)

Complicaciones postoperatorias en colecistectomía

Complicaciones de las heridas

Hemorragia de Herida Operatoria

Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida.

Cuando el material de sutura no absorbible se infecta, se forma el llamado granuloma a cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de

formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera seno o senos en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo.

De persistir el seno es preferible abrir la porción de herida comprometida, extraer todo el material de sutura que se encuentra en ese lugar y dejar la herida abierta para cierre por segunda intención.

Infecciones en cirugía

Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención.

La infección quirúrgica puede originarse en una cirugía séptica o en una cirugía aséptica. Puede ser endoinfección o ex infección, mono bacteriano o poli bacteriana, toxígena, micótica o mixta.

Se denomina endoinfección quirúrgica a la sepsis focal o general producida a raíz de una cirugía séptica o aséptica, por invasión de los agentes correspondientes a las cepas indígenas que pueblan la encrucijada Aero digestiva, enterocolónica o vía genitourinaria baja, y que adquieren protopatogenicidad por el acto quirúrgico o ciertas terapéuticas o modificaciones del terreno o estados clínicos especiales, llegando a producir cuadros sépticos mono o poli bacterianos o micopatías localizadas o generalizadas.

Se denomina exoinfección quirúrgica a la sepsis focal y/o general producida a raíz de un acto quirúrgico en un medio quirúrgico, por invasión del o de los gérmenes que rodean al enfermo en su hábitat y que alcanzan al huésped por diferentes vías, sean aerógenas, digestivas, por inoculación o por contacto íntimo.

Las infecciones postquirúrgicas se sintetizan en tres síndromes:

Síndrome infeccioso focal
Síndrome infeccioso general
Síndrome bacteriano sin sepsis

Complicaciones del tratamiento parenteral con líquidos

Hematoma

Cuando se usa la vía percutánea, la laceración de la pared venosa puede condicionar la formación de hematoma local.

Flebitis

La complicación más frecuente de la infusión intravenosa es la inflamación local de la vena usada. Sus manifestaciones son: dolor local, induración en el trayecto de la vena y a veces eritema supra yacente.

Esta flebitis por extravasación ocurre más frecuentemente en los miembros superiores que se usan más comúnmente en terapia postoperatoria.

Complicaciones urinarias y renales

Retención Urinaria

En el estrés, el dolor en la anestesia general y raquídea, la liberación de catecolaminas aumenta. Se cree que los receptores alfa adrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y la uretra son estimulados por estas hormonas, aumentando su tono por este mecanismo para terminar produciendo retención urinaria, la que se presenta con más frecuencia en varones de edad avanzada.

Complicaciones respiratorias

Es fundamental mantener libre la vía traqueo bronquial, porque atelectasia, neumonía, absceso y edema pulmonar suelen ser secundarios a obstrucción parcial o total de las vías respiratorias por las secreciones retenidas o aspiradas.

Atelectasia y Neumonía.

Son numerosos los factores etiológicos, entre ellos: narcóticos que suprimen el reflejo de la tos, inmovilización postoperatoria prolongada, vendajes constrictivos, deshidratación, congestión pulmonar, aspiración de materiales extraños, debilidad de músculos respiratorios.

Complicaciones cardiovasculares

Embolia Pulmonar

Todo paciente incluido en el grupo de cirugía general, forma parte de un amplio conglomerado de pacientes por encima de cuarenta años, sometidos a cirugía abdominal mayor que pueden presentar esta complicación; pero también deben considerarse otros tipos de intervenciones: ginecológicas, urológicas, pulmonares, vasculares, mastectomías, etc. que están sometidas al riesgo de presentar como complicación una embolia pulmonar, teniendo como base a una trombosis venosa profunda. Luis Del Águila Hoyos (2010)

1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO

Según Carmen Perea Baena. (2003).

Aplicación del plan de acogida del paciente que consta de:

Comprobación de equipos. Antes de la llegada del enfermo a la unidad, habrán sido comprobados los equipos de:

Reanimación cardio-pulmonar, aspiración, monitorización de signos vitales, administración de oxígeno y preparada medicación de urgencia.

Recepción del paciente:

Presentación al enfermo, Monitorización y valoración de signos vitales: FC, TA, FR, SaO₂

Administración de oxígeno, si procede, Valoración nivel de conciencia, Valoración actividad motriz, Valoración coloración de la piel, Valoración de la comunicación no verbal, Comprobación vías venosas y sueroterapia, Comprobación y revisión de drenaje, Comprobación de la sonda vesical y medición de diuresis, Comprobación SNG (sujección, permeabilidad...) y Registro en gráfica

Atención a la familia:

Mediante hoja informativa del circuito que seguirá el paciente y mediante comunicación telefónica con la enfermera de la planta de hospitalización.

Intervenciones:

5820. Disminución de la ansiedad del paciente y su familia

Definición:

Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado

Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento

- Proporcionar información
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad

3140. Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la bronco aspiración

Definición:

Asegurar la permeabilidad de la vía aérea

Actividades:

- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede
- Colocar al paciente en posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante sistema de aspiración
- Colocación de cánula oro faríngea
- Manejo del resucitador manual (Ambú)
- Fomentar una respiración lenta y profunda
- Enseñar a toser de manera efectiva
- Administrar aerosol terapia prescrita

6482. 6486 Manejo ambiental: Regulación de la temperatura, seguridad y confort

Definición:

Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos

Actividades:

- Ajustar una temperatura ambiental adecuada a las necesidades del paciente
- Proporcionar o retirar mantas para mantener la temperatura adecuada
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar sudor, hidratar labios, enjuagar la boca...)
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de articulaciones durante el movimiento)
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación
- Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes
- Ajustar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos, evitando la luz directa a los ojos
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos

6490. Prevención de caídas

Definición:

Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caída

Actividades:

- Identificar el déficit cognitivo o físico que puede aumentar la posibilidad de caída
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada
- Permitir que un familiar se quede con el paciente
- Orientación de la realidad
- Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros

1400. Manejo del dolor

Definición:

Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

Actividades.

- Realizar una valoración del dolor que incluya: localización, características, intensidad
- Observar claves no verbales de dolor, especialmente en aquellas personas que no puedan comunicarse eficazmente
- Administrar analgésicos prescritos
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el paciente
- Proporcionar información acerca del dolor: causas, tiempo que durará, recursos para aliviarlo
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor

2210. Administración de analgésicos

Definición:

Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos
- Atender a las necesidades de comodidad que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta analgésica
- Establecer expectativas positivas respecto la eficacia de los analgésicos
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares
- Registrar la respuesta analgésica y cualquier efecto adverso

2314. Administración de medicación intravenosa

Definición:

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa

Actividades:

- Tomar nota del historial médico y del historial de alergias del paciente
- Comprobar fecha de caducidad de los fármacos y las soluciones

- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación
- Preparar la concentración adecuada de medicación intravenosa
- Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto
- Etiquetar el recipiente con la medicación
- Verificar la colocación del catéter en la vía venosa
- Administrar la medicación a la velocidad adecuada
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación
- Controlar el equipo, la velocidad de flujo y la solución a intervalos regulares
- Verificar si se produce extravasación o flebitis
- Registrar según normas

4030. Administración de productos sanguíneos

Definición:

Administración de sangre y hemoderivados y monitorizar la respuesta del paciente

Actividades:

- Verificar la orden médica
- Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente
- Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado y comprobado para el receptor
- Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado al producto sanguíneo y el estado inmunitario del receptor
- Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o producto sanguíneo a la vez, a menos que sea necesario para el estado del paciente
- Vigilar el sitio de punción para ver si hay signos de extravasación o flebitis
- Controlar signos vitales
- Vigilar y regular el ritmo del flujo durante la transfusión
- No administrar medicamentos o líquidos por la misma vía intravenosa que no sea solución salina isotónica
- Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada cuatro horas.
- Detener la transfusión si se producen reacciones adversas, mantener la vía venosa permeable con solución salina isotónica y avisar al laboratorio

- Administrar solución salina cuando la transfusión haya acabado
- Registrar la duración de la transfusión y el volumen transfundido

6540. Control de infecciones

Definición:

Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Actividades:

- Limpiar el ambiente adecuadamente
- Cambiar y limpiar el equipo de cuidados según protocolo
- Mantener técnicas de aislamiento si procede
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes
- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
- Utilizar cateterización vesical intermitente para reducir la incidencia de infección de vejiga
- Poner en práctica precauciones universales

3660 Cuidados de la herida y del sitio de incisión

Definición:

Prevención de complicaciones de las heridas.

Actividades:

- Mantener los apósitos bien pegados y limpios
- Utilizar técnica estéril para cambio de apósito, inserción de catéter, sondaje vesical.
- Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje

Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario. (Carmen Perea Baena.2003).

1.3. LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

Para la elaboración de este trabajo se consultaron distintas referencias bibliográficas e investigaciones relacionadas con: el Modelo de déficit del autocuidado de Orem y el Modelo de Cuidados de Henderson.

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado. De oren

Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, simbolizar lo que experimenta y usar ideas o palabras para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros. Define los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona; finalmente define la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. Matanzas. (2014)

Con el siguiente trabajo, se pretende describir el caso de un paciente post operado de colecistectomía laparoscópica a través del modelo de Dorothea Orem, valorando, diagnosticando, planificando, ejecutando y evaluando los cuidados a seguir, usando la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Nos centraremos principalmente en el manejo de la recuperación de la salud y control del dolor.

La teoría las 14 necesidades de V. 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.

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

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.

Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades.

La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación 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.

La puesta en marcha de un plan de cuidados enfermeros ayuda a conocer mejor aquellas desviaciones de la salud que presenta un paciente y nos facilita el poder plantear con mayor seguridad y claridad los objetivos a alcanzar y qué intervenciones y actividades serán las mejores. Hernández Martín (2016).

1.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los objetivos

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

CAPITULO II:

2.1. APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1.1 datos de filiación

Nombre	: A.S.L.
Edad	: 41 años
Grado de instrucción	: superior incompleto
Ocupación	: estudiante universitario
Religión	: católico
Estado civil	: Soltero

2.1.2 Antecedentes patológicos

Niega

2.1.3 Antecedentes familiares

Niega

2.1.4 Situación problemática:

Paciente adulto joven de 41 años, sexo masculino de iniciales A.S.L.

Se encuentra en la sala de recuperación, post operado de 5 min, por cirugía de colecistectomía laparoscópica.

Paciente refiere que: No Evaluable

Familiar refiere: No le explicaron de lo que le van hacer después de la cirugía a su paciente

A la observación: paciente en posición Semi Fowler, con facies de dolor, gemidos, angustia, en REG; Aparente REH.

Escala de Aldrete (4/10)

Actividad: Incapaz de mover extremidades voluntariamente o a solicitud (0).

Respiración: Disnea o limitación de la respiración (1)

Circulación: P/A. \pm 20% del nivel pre anestésico (2)

Conciencia: No responde (0)

Saturación de O₂: Necesita inhalar O₂ para mantener saturación de O₂ >90 % (1).

Escala de Coma de Glasgow (12/15); RO (3) RV (3) RM (6), pupilas isocóricas

reactivos a la luz, piel caliente al tacto, diaforético, rubicundez en mejillas, Se observa en fosa nasal izquierda SNG a gravedad conectado a bolsa colectora con presencia de residuos bilioso aproximadamente de 400cc, Con piezas dentarias completas, halitosis, presencia de secreciones. En tórax presenta electrodos para monitoreo hemodinámico, a la auscultación con roncales difusos en Ambos Campos Pulmonares, con movimientos torácicos activos, abdomen distendido, con presencia de orificios en hipocondrio izquierdo, derecho, flanco derecho e izquierdo, con apósitos con secreciones sanguinolentas 50cc aproximadamente, con dolor a la palpación Eva 8/10 en Miembro superior derecho presenta vía periférica pasando NaCl 0.9% a 30 gts. X minuto, con presencia de sonda Foley conectado a bolsa colectora con orina 800 CC de color ámbar ligeramente turbio.

Signos vitales:

P/A: 90x/ 50 mmhg, Fr: 28 x min, T°: 39.5 °C, Fc: 150 x min, Sao2: 92 %.

Hemoglobina: 9,5g/dl, glucosa 219 mg/dl, C.BH negativo

2.1.5 Diagnóstico médico

- Post operado colecistectomía laparoscópica

2.1.6 Exámenes auxiliares

- Leucocitos : 9.000 mil/mm³
- Eritrocitos : 4.40 mil/mm³
- Hemoglobina :9.5 g/dl
- Hematocrito :28.5.00 %
- Plaquetas :276,000.00 mil/mm³
- Creatinina :0.91(0.9-1.3mg/dl)
- Glucosa : 219 (70-110) mg/dl
- urea :35 (15-40)
- Grupo sanguíneo O+.

Perfil de coagulación

- TP: 12 (11-13.5)segundos

- TPT (tiempo de tromboplastina):27 (25-35segundos)
- Tiempo de coagulación : 7 (5-15 minutos)

2.1.7 Tratamiento médico

- NPO + SNG a Gravedad
- ClNa 0.9% cc 30 gts x min
- Ceftriaxona 2gr EV. c/ 24 h
- Insulina cristalina 5UI SC c/8h
- Omeprazol 40 mg EV. STAT luego cada 12 h
- Tramadol 100 mg EV. c/ 8 h
- Metamizol 2gr EV. C/ 6 h
- O2 Para mantener sat 95% CBN 4LTXM - FIO2= 36%
- Sondaje Vesical
- CFV + BHE.

2.2 VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA.

2.2.1. VALORACIÓN SEGÚN: DOMINIOS

- **DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD (Toma de Conciencia, Manejo de la Salud)**

No alterado

- **DOMINIO II: NUTRICIÓN (Ingestión; Digestión; Absorción; Metabolismo, Hidratación).**

Paciente en NPO, Con SNG para drenaje con 400 cc de residuo bilioso.

T° 39.5°C, control de BH negativo

- **DOMINIO III: ELIMINACIÓN (Sistema Urinario, Gastrointestinal, tegumentario y pulmonar)**

Se encuentra con sonda Foley N° 18 Con diuresis 800 cc, sin embargo por, grado de dependencia IV requerirá la ayuda permanente del profesional de enfermería.

- **DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO** (Reposo y Sueño, Actividad y ejercicio, equilibrio de la energía, y respuestas cardiovasculares / respiratorias)
Dependencia grado IV.
- **DOMINIO V: PERCEPCION COGNICION** (Atención, Orientación, Sensación/Percepción, Cognición y comunicación)
No alterado
- **DOMINIO VI: AUTOPERCEPCION** (Auto concepto, Autoestima, Imagen corporal).
Déficit para comunicarse.
- **DOMINIO VII: ROL / RELACION** (Roles del cuidador, relaciones familiares, desempeño de rol).
No alterado
- **DOMINIO VIII: SEXUALIDAD** (Identidad sexual, Función sexual, Reproducción).
No hay datos.
- **DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS** (Respuestas post traumáticas, Respuestas de afrontamiento y estrés neuro comportamental).
A la observación familiar presenta facies de:
Asustado (x) Angustiado (x) Preocupación (x)
- **DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES**
No hay datos.
- **DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCION** (Infección, lesión física, violencia, peligros ambientales, procesos defensivos y termorregulación).
Incisión quirúrgica (si)
Catéter Invasivo (X) SNG (x) Sonda Foley (x)

DOMINIO XII: CONFORT (Confort físico, Confort ambiental, Confort social).

Presenta dolor en abdomen y lo demuestra mediante:

- Escala de Eva 8/10
- Gemidos
- Inquietud
- Irritabilidad

Síntomas de malestar como:

- Frecuencia respiratoria 28 x m
- Fc: 150 x m
- PA:90/50 mmhg

- **DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

No hay datos.

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos: paciente no refiere:</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina 9.5 g/dl• PA: 90/50 mmhg• Piel y mucosas no hidratadas• T° 39.5°C• Control de BH negativo• SNG a gravedad con 400ccde residuos biliosos	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>Déficit del volumen de líquidos</p> <p>CLASE 5: HIDRATACIÓN</p> <p>ETIQUETA: 00027</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p data-bbox="485 467 751 500">Datos subjetivos:</p> <ul data-bbox="352 544 674 576" style="list-style-type: none"><li data-bbox="352 544 674 576">• paciente no refiere: <p data-bbox="493 651 743 683">Datos objetivos:</p> <ul data-bbox="344 727 825 1068" style="list-style-type: none"><li data-bbox="344 727 653 760">• Dolor en abdomen<li data-bbox="344 764 520 797">• Gemidos<li data-bbox="344 802 527 834">• Inquietud<li data-bbox="344 839 548 872">• Irritabilidad<li data-bbox="344 876 701 909">• Síntomas de malestar<li data-bbox="344 914 667 946">• Escala de Eva 8/10<li data-bbox="344 951 825 984">• Frecuencia respiratoria 28 x m<li data-bbox="344 989 558 1021">• Fc: 150 x m<li data-bbox="344 1026 621 1058">• PA:90/50 mmhg	<p data-bbox="1312 508 1656 540">DOMINIO 4: CONFORT</p> <p data-bbox="1367 581 1596 613">(Dolor Agudo)</p> <p data-bbox="1304 654 1661 686">CLASE 1: confort físico</p> <p data-bbox="1346 727 1619 760">ETIQUETA: 00132</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017pag.172

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Piel al tacto caliente.• FR: 28 x m• T°: 39,5 °c• FC: 150 x m• Diaforética• Rubicundez en mejillas• PA:90/50 mmhg• Hemoglobina:9.5 g/dl	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION</p> <p>(Hipertermia)</p> <p>CLASE 6: Termorregulación</p> <p>ETIQUETA: 00007</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p style="text-align: center;">Datos subjetivos:</p> <p style="text-align: center;">No contributivo a la entrevista</p> <p style="text-align: center;">familiar refiere:</p> <ul style="list-style-type: none">• No le explicaron de lo que le van hacer después de la cirugía a su paciente. <p style="text-align: center;">“</p> <p style="text-align: center;">Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Facies de preocupación del familiar.	<p style="text-align: center;">DOMINIO 9 : AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES</p> <p style="text-align: center;">(Afrontamiento Familiar Comprometido)</p> <p style="text-align: center;">CLASE 2: Respuesta de Afrontamiento</p> <p style="text-align: center;">ETIQUETA: 00074</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017pag.426

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p data-bbox="489 508 758 540">Datos subjetivos:</p> <p data-bbox="413 618 833 651">No contributivo a la entrevista</p> <p data-bbox="489 691 743 724">Datos objetivos:</p> <ul data-bbox="392 769 995 1032" style="list-style-type: none">• Presencia de estertores y roncales en ACP.• Agitación.• FR: 28 x m• SAO2: 92 %• Grado de dependencia IV• Bajo efectos de anestesia	<p data-bbox="1171 508 1797 540">DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION</p> <p data-bbox="1192 581 1770 613">(Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas)</p> <p data-bbox="1304 654 1661 686">CLASE 2: Lesión Física</p> <p data-bbox="1346 727 1619 760">ETIQUETA: 00031</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017pag.426

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p data-bbox="344 467 611 500">Datos subjetivos:</p> <p data-bbox="256 586 533 618">paciente no refiere:</p> <p data-bbox="323 760 575 792">Datos objetivos:</p> <p data-bbox="438 833 858 902">Glucosa: 219 mg/dl Piel y mucosas no hidratadas</p>	<p data-bbox="1304 508 1667 540">DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p data-bbox="1272 581 1698 613">Nivel de Glucemia Inestable</p> <p data-bbox="1289 654 1671 686">CLASE 5: HIDRATACIÓN</p> <p data-bbox="1346 727 1614 760">ETIQUETA: 00179</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017pag.426

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente no refiere:</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">catéter periféricosonda vesicalsonda nasogástrica	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>(RIESGO DE INFECCION)</p> <p>CLASE 1: INFECCION</p> <p>ETIQUETA: 00004</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente no refiere:</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>presencia de orificios en hipocondrio izquierdo, derecho, flanco derecho e izquierdo, con apósitos con secreciones sanguinolentas 50cc aproximadamente</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>(Deterioro de la Integridad Cutánea)</p> <p>CLASE 2: LESION FISICA</p> <p>ETIQUETA: 00046</p>

Diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-2015-2017

PRIORIZACION DE DIAGNÓSTICOS

1. **Hipertermia R/C proceso inflamatorio E/P piel al tacto caliente. temperatura: 39.5 ° Fc: 150 x min**
2. **Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P post operada de colecistectomía, dolor en abdomen, gemidos, inquietud, irritabilidad, síntomas de malestar, Escala de Eva 8/10, Fr: 28 x m, Fc: 150/m, PA:90/50 mmhg**
3. **Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C inmovilidad, estasis de secreciones, tos inefectiva. retención de secreciones, secreciones bronquiales E/P estertores y roncales en ACP, hiperventilación, tos ineficaz, agitación, Fr: 28 x m, sto2: 92 %, presencia de secreciones.**
4. **Nivel de glucemia inestable R/C alteración de mecanismos reguladores E/P glucosa: 219 mg/dl piel y mucosas no hidratadas**
5. **Deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos E/P presencia de orificios en hipocondrio izquierdo, derecho, flanco derecho e izquierdo, con apósitos con secreciones sanguinolentas 50cc aproximadamente**
6. **Afrontamiento familiar comprometido R/C informacion insuficiente e inadecuada E/P facie de preocupación, pregunta por cómo fue La cirugía.**
7. **Déficit del volumen de líquidos R/C alteración de los mecanismos reguladores E/P sangrado por herida. 50ml , NPO, SNG a gravedad con 400cc de residuo bilioso , hemoglobina 9.5 g/dl sto2: 92% T° 39.5°c, BH negativo**
8. **Riesgo a infección sobre agregada R/C procedimientos invasivos. (SNG, catéter periférico y sonda vesical).**

2.3. EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>No Evaluable</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Piel al tacto caliente, rubicundo.</p> <p>FR: 28 x min</p> <p>T°: 39.5°C</p> <p>FC: 150 x min</p> <p>Leucocitos: 9.000xm3</p>	<p>Hipertermia</p> <p>R/C</p> <p>proceso inflamatorio</p> <p>E/P datos objetivos</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mantendrá temperatura corporal adecuada de 36.5 °c – 37.5°c durante su estancia hospitalaria.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Paciente disminuirá temperatura corporal con apoyo del personal de enfermería.</p>	<p>6680- monitorización de signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se controla FV. <p>3900 – regulación de la temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se aligera cobertores - Se aplica medios físicos - se administra Metamizol 2gr EV diluido en CIna 0,9% en 100cc según prescripción médica. - se revalora FV. <p>6480 – Manejo ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. - Se evita exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio. 	<p>Paciente queda sin fiebre durante el turno.</p> <p>T=37.5°C</p> <p>FC= 90Xmin</p> <p>FR=20 X min</p> <p>Piel al tacto tibia.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: " no evaluable"</p> <p>Datos objetivos: Gemidos Inquietud Irritabilidad Síntomas de malestar Escala de Eva 8/10 Fr: 28 x m Fc: 150 x m PA:90/50 mmhg</p>	<p>Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P post operado de colecistectomía y todos los datos objetivos</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Paciente lograra bienestar durante el tuno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u> Paciente lograra disminuir el dolor en un tiempo de 1h con disminución de gemidos Y normalidad de la FC</p>	<p>1400 – manejo del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Realiza una valoración del dolor que incluya: localización, características, intensidad - se observa claves no verbales de dolor, ya que el paciente no puede comunicarse eficazmente - Se controla los factores ambientales que pueden influir en el paciente - Se proporciona información acerca del dolor: causas, tiempo que durará, recursos para aliviarlo <p>2210 – Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se comprueba las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia - Se comprueba el historial de alergias a medicamentos - Se administra Tramadol 100mg EV en CIna 0,9% en 100cc se pasa en 1h - Se coloca posición antalgica - Se hidrata con CIna 0,9% 30 gotas x min 	<p>Paciente queda con FC=100 X min No hay irritabilidad Gemidos disminuidos. Escala de Eva 3/10.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: No Evaluable</p> <p>Datos objetivos: Estertores y roncales en ACP, Hiperventilación Tos ineficaz, Agitación, FR: 28 x min Sto2: 92 % Presencia de secreciones.</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p>R/C</p> <p>inmovilidad, estasis de secreciones, tos inefectiva.</p> <p>retención de secreciones bronquiales</p> <p>E/P datos objetivos</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Paciente mantendrá limpieza eficaz de las vías aéreas durante su estancia hospitalaria.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u> Paciente eliminara secreciones verdosas abundantes durante un tiempo de 30 minutos con apoyo del personal de enfermería.</p>	<p>3140- manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca al paciente en posición Semi fowler - Se elimina las secreciones fomentando la tos o mediante el sistema de aspiración. - Se coloca cánula orofaríngea. - Se tiene listo el resucitador manual <p>3320 –oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se prepara el equipo de oxígeno y se administra según prescripción médica CBN - FIO2= 36% = 4 Lt x min. <p>0802 – estado de los signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Monitoriza signos vitales: FR, PA, FC Y STO2 <p>2380 -manejo de la medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene hidratación con CIna a 30 gotas x min - Se humedece la boca. 	<p>Paciente logra mantener vías aéreas permeables libre de secreciones, se ausculta buen pasaje pulmonar sin ruidos sobre agregados con StO2: 96%</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>No contributivo.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Glucosa: 219 mg/dl</p> <p>Piel y mucosas no hidratadas</p>	<p>nivel de glucemia inestable R/C</p> <p>alteración de mecanismos reguladores</p> <p>E/P glucosa: 219 mg/dl</p> <p>piel y mucosas no hidratadas</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mantendrá Glucemia dentro de los valores normales durante su estancia hospitalaria</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Paciente disminuirá alteración de los mecanismos reguladores durante un lapso de 30 minutos con apoyo del personal de enfermería.</p>	<p>5240 manejo de la hiperglucemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administra insulina cristalina 5UI/ SC según prescripción médica. - Se Hidrata solo con cloruro de sodio - Se realiza prueba de hemoglucotest cada 6h - Se realiza monitoreo del estado neurológico 	<p>Paciente queda hidratado con glucosa de 150gm/dl.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: No contributivo.</p> <p>Datos objetivos: presencia de orificios en hipocondrio izquierdo, derecho, flanco derecho e izquierdo, con apósitos con secreciones sanguinolentas 50cc aproximadamente</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos E/P datos objetivos</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Paciente mantendrá vascularización activa durante su estancia hospitalaria.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u> paciente disminuirá exposición a agente infecciosos durante el turno</p>	<p>3440-Cuidados del sitio de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> - se realiza cura de la incisión de modo estéril con solución antiséptica - se mantiene apósito limpio y seco. - se vigila aspecto, exudados y aparición de hematomas. - se observa signos de infección en zona de incisión - se mantiene ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. 	<p>Paciente queda con herida limpia y cubierta con gasa y tegader</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>No Evaluable.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Se observa al familiar con facies de preocupación</p>	<p>afrentamiento familiar comprometido R/C</p> <p>informacion insuficiente e inadecuada E/P facies de preocupación</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>La familia manifestara apoyo constante por parte del personal de la salud durante la estancia hospitalaria del paciente.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>La familia obtendrá el conocimiento necesario para poder afrontar los procesos familiares.</p>	<p>7110 fomento de la implicación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa la estructura familiar y sus roles. - Se identifica el déficit de cuidado propio del paciente. - Se identifica las capacidades del familiar para implicarle en el cuidado del paciente. <p>7040 apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se orienta sobre la dependencia que tiene el paciente del cuidador. - Se anima al cuidador a que asuma su rol. - Se hace pasar para que este un momento con su paciente <p>5240 - asesoramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se apoya a favorecer el desarrollo de nuevas habilidades. - Se educa sobre cuidados de la herida y seguimiento de las indicaciones del alta. 	<p>Familiares participan activamente en la recuperación del paciente permaneciendo en su unidad.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina 9.5 g/dl • PA: 90/50 mmhg • Piel y mucosas no hidratadas • T° 39.5°C • Control de BH negativo • SNG a gravedad con 400 residuos biliosos. 	<p>Déficit del volumen de líquidos R/C pérdidas de sangre E/P hemoglobina 9.5 g/dl sto2: 92%</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Paciente recuperara hemoglobina dentro de los valores normales durante su estancia hospitalaria.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u> Paciente mantendrá hidratación y se mantendrá termodinámicamente estable en el turno con apoyo del personal de enfermería.</p>	<p>6680- monitorización de signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se controla FV. <p>4120- manejo de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca vía periférica - Se administra CLNA 0,9% II Lt en 12 horas - Se contabiliza estrictamente los ingresos y egresos. - Se realiza Balance Hídrico con resultado negativo - Se Vigila estado de hidratación (membranas mucosas) <p>4010- prevención de hemorragias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa herida operatoria - se contabiliza la perdida de sangrado 	<p>Paciente logra mantener volemia, con hidratación constante, hemoglobina se mantiene en 9.5 mmhg P/A 100/60 mmhg. STO2=96%</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente no refiere.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>catéter periférico sonda vesical sonda nasogástrica</p>	<p>Riesgo a infección sobre agregados R/C procedimientos invasivos (catéter periférico sonda vesical sonda nasogástrica)</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>paciente se mantendrá libre de infección durante su estancia hospitalaria</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO</u></p> <p>Paciente mantendrá procedimientos invasivos asépticos, con apoyo del personal de enfermería</p>	<p>6540 control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes - Se utiliza técnica estéril para cambio de apósito, inserción de catéter, sondaje vesical, SNG. - Se mantiene los apósitos bien pegados y limpios - Se limpia y cambia los equipos según protocolo. - Se administra Ceftriaxona 2gr EV. En CINA 0,9% en 100cc. 	<p>Paciente queda libre de infección</p> <p>procedimientos invasivos asépticos</p> <p>Leucocitos 9.000mm3</p>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

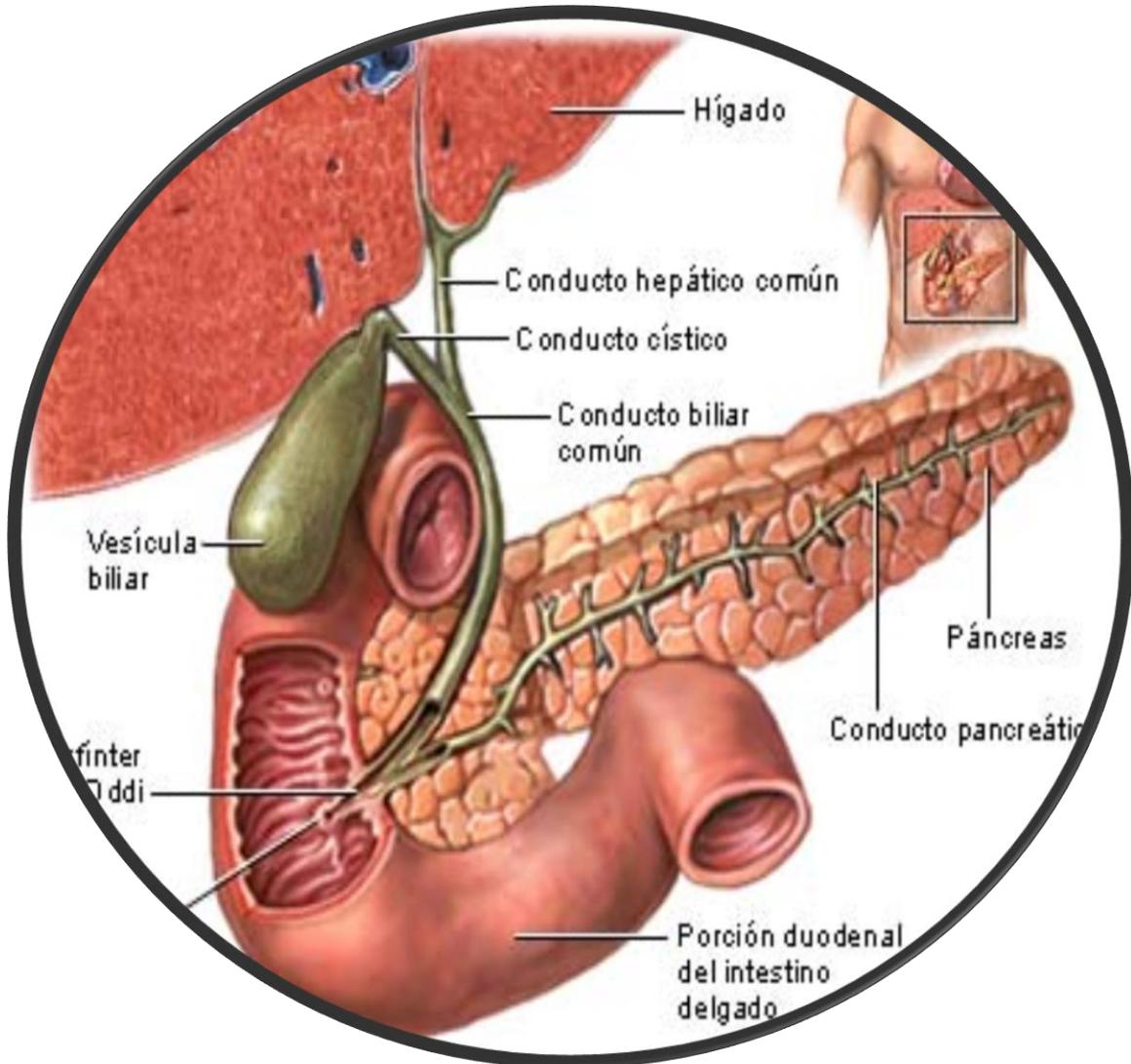
1. Es relevante destacar la importancia de las teorías de enfermería en el cuidado de nuestros pacientes.
2. La importancia que tiene el cuidado enfermero en pacientes de las áreas críticas de los establecimientos de salud.
3. Debe tenerse en consideración el tratamiento quirúrgico de urgencia de esta afección, en las primeras 48-72 horas de realizado el diagnóstico, si las condiciones lo permite.
4. La colecistectomía video laparoscópica debe ser la vía de acceso preferida como proceder quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

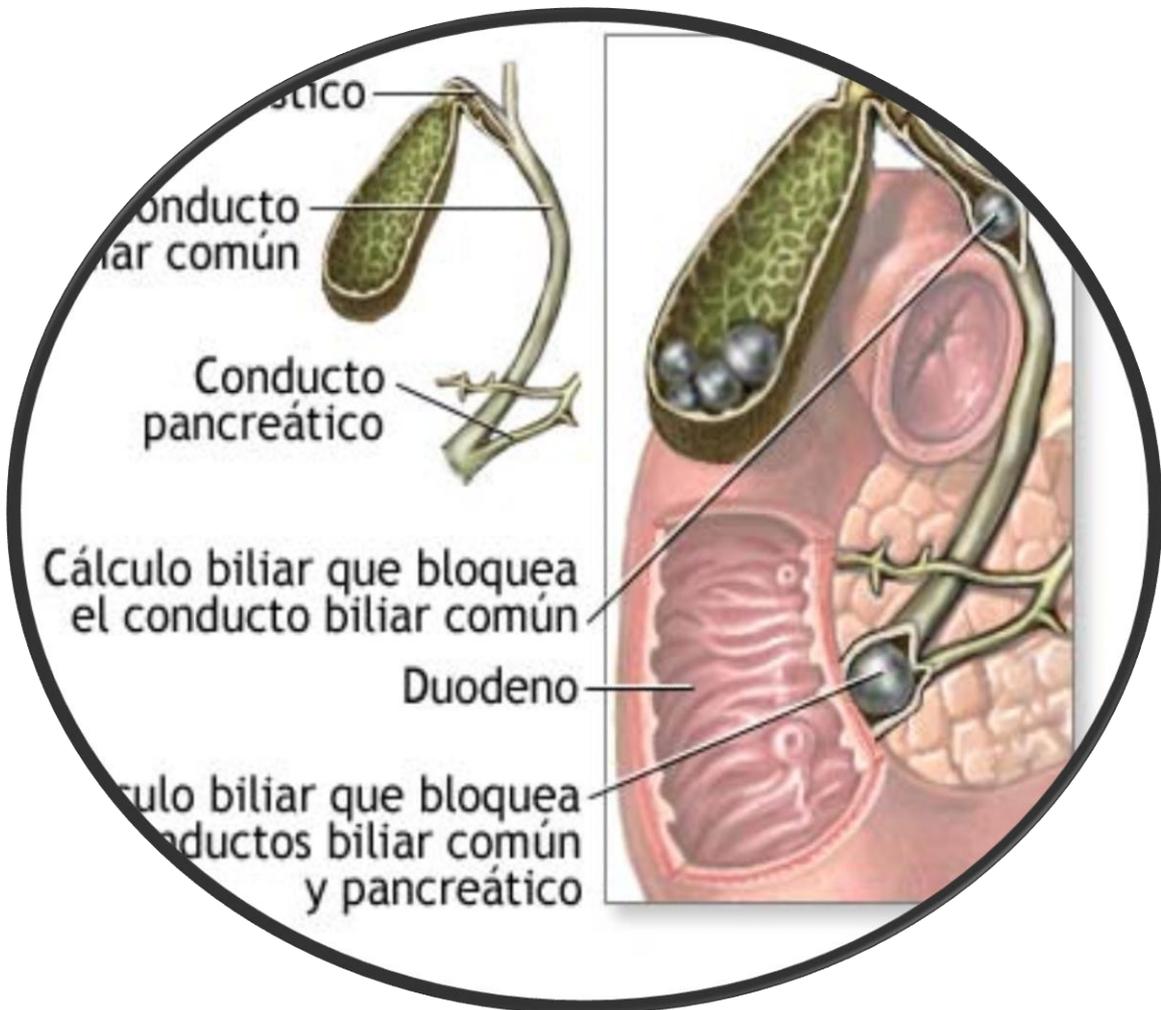
1. Brunicardi F. principios de cirugía general. (2012)
2. Litiasis biliar. Guías Clínicas... Fistera; (2008)
3. Martínez Acosta U, Arzabe Quiroga J, Zamorano Vicente I, Palacios Nava J, Pomier Saavedra S, Soza Gonzales PL. Incidencia de colelitiasis. (2007)
4. Gutiérrez Salazar A, Salinas Gonzales JM, Kochi Tamashiro R, Gandarillas M. Curso de Postgrado de Ecografía Abdominal Chile (2005)
5. Pardo Gómez G. Vesicular litiasis. Rev. Cubana Cir (2008)
6. Wang HH, Liu M, Li X, Portincasa P, Wang DQ diagnóstico de colelitiasis (2017)
7. -Broto-Delor: Instrumentación Quirúrgica. Técnicas en cirugía General. Panamericana.2012.Buenos Aires Argentina
8. Mendieta Sevilla SR, Muñoz Carlín ML, Díaz de León Ponce G, Olguín Juárez P. Deficiencia con la edad del vaciamiento vesicular. Anales de Radiología, México. (2008)
9. Parra Pérez V, Vargas Cárdenas G, Astete Benavides M. Predictores de Coledocolitiasis en población de alto riesgo sometida a Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica en el Hospital Arzobispo Loayza. Rev. Gastroenterol. Perú. (2011)
10. Otano S, Castillo Rascón MS, Echevarría M, Bollati E, Leiva R, Medina G. Litiasis vesicular: Su relación con el Síndrome Metabólico y la Obesidad. Bioquímica y Patología Clínica (2008)
11. González Hita M, Bastidas Ramírez BE, Panduro Cerda A. Factores de riesgo en la génesis de la Litiasis Vesicular. Investigación en Salud. (2005)
12. Martínez Luna MS, Guzmán Ortiz D, Herrera Colmenares E. Investigación de oligoelementos en litos vesiculares de diferentes regiones del estado de Oaxaca por espectroscopia de plasma de acoplamiento inductivo. (2010)
13. Luis del Águila. complicaciones post operatorias de colecistectomía. (2010)
14. Carmen Perea Baena. supervisora recuperación. hospital universitario virgen de la victoria. cuidados en el postoperatorio inmediato (2003)
15. Hernández Martín. Artículos relacionados con la teoría de Virginia Henderson. (2016)
16. Matanzas Rev. Med. Electrón. La teoría Déficit de autocuidado. (2014)

ANEXOS

ANATOMIA VESICULAR



CALCULOS DE VIAS BILIARES



COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

