

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS
INMEDIATOS DE COLELAP EN EL SERVICIO DE URPA DEL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA-2017**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. VICTORIA TOVAR BERNAOLA

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

ASESORA:

DRA. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios Padre Celestial por haber sido mi sustento espiritual día a día en este camino, y por permitirme haber llegado hasta etapa de mi vida académica profesional, a mi familia y mi hija por su perseverancia, esfuerzo y aliento para seguir luchando por mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A mi madre, hermanos e hija que me motivan a seguir adelante. Asimismo, a mi asesora por incentivar me a que uno debe luchar por las metas que quiere lograr, con el camino lleno de obstáculos, pero salir vencedoras de ello, y poder decir que vencí y logre mis metas propuestas.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	9
1.1.- VESÍCULA BILIAR.....	9
1.1.1.- Definición	9
1.1.2.- Clasificación y complicaciones	12
1.1.3.- Tratamiento quirúrgico	13
1.2.- COLECISTECTOMÍA LAPARASCÓPICA	13
1.2.1.- Cuidados de enfermería	16
1.3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA	17
1.3.1 Modelo conceptual de Virginia Henderson	17
CAPÍTULO II: DESARROLLO CAPITULAR	20
2.1.- VALORACIÓN	20
2.1.1.- Situación problemática	20
2.1.2.- Recolección de datos	21
2.1.3.- Valoración	23
2.2.- PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	24
2.3.- ESQUEMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35

RESUMEN

El presente trabajo académico es de una operación de Colecistectomía laparoscópica, su ventaja es de una hospitalización corta con una rápida reincorporación a la actividad normal de la persona.

Para lo cual se desarrolló el trabajo en cuidados de enfermería en pacientes posoperado inmediato en el servicio de URPA del hospital Arzobispo Loayza, lo cual se aplicó la teoría de Enfermería de Virginia Henderson con las 14 necesidades, haciendo uso de la taxonomía de la NANDA del NIC y el NOC, esta clasificación de enfermería hace uso del juicio y conocimiento científico, para realizar un resultado en la cual se hace uso de la valoración y la formulación de los Dx de enfermería, su intervención y el resultado, que se pretende llegar para identificar la necesidad de ayuda inmediata en paciente pos operado inmediato de colecistectomía laparoscópica.

El presente trabajo consta del Capítulo I que presenta un caso clínico.

- Capítulo II se presenta la base teórica y la teoría de enfermería.
- Capítulo III se menciona la aplicación del proceso de atención de enfermería, los diagnósticos, intervención y resultado, finalmente se detalla las conclusiones y recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos, al trabajo realizado.

Palabras Clave: Cuidado de enfermería, post-operado, colecistectomía

ABSTRACT

The present academic work is from a laparoscopic cholecystectomy operation, its advantage is a short hospitalization with a rapid reincorporation to the normal activity of the person.

For this purpose, the work in nursing care was developed in patients after immediate surgery in the URPA service of the Arzobispo Loayza Hospital, which applied the theory of Nursing of Virginia Henderson with the 14 needs, making use of the taxonomy of the NANDA of the NIC and the NOC, this nursing classification makes use of the judgment and scientific knowledge, to realize a result in which use is made of the assessment and formulation of the nursing Dx, its intervention and the result, which is intended to be achieved to identify the need for immediate help in patient after immediate operation of colelap.

The present work consists of Chapter I that presents a clinical case.

- Chapter II presents the theoretical basis and the theory of nursing.
- Chapter III mentions the application of the nursing care process, the diagnoses, intervention and result, finally the conclusions and recommendations, bibliographic reference and annexes are detailed, to the work carried out.

Keywords: Nursing care, post-operative, cholecystectomy

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que la colelitiasis es una enfermedad de la vesícula biliar; es decir, es la inflamación de la pared de la vesícula biliar y el revestimiento abdominal circundante, producidas por la mayoría de los casos por piedras en la vesícula (cálculos), que provocan la obstrucción del conducto cístico (conducto que comunica vesícula con el tubo digestivo), reteniendo la bilis y provocando la distensión de la vesícula biliar. Existe una mayor prevalencia de la enfermedad de colelitiasis (inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar), en países industrializados como Estados Unidos entre 15 a 20%, Europa 7%, Asia y África 1%. Además, a nivel latinoamericano se presenta mayor prevalencia en Chile 44%, Brasil y Colombia 23%, Bolivia 16%, Argentina 15%, México 14%, y Perú 8% (1).

La colelitiasis es una enfermedad con sumo riesgo si se demora el diagnóstico y el tratamiento, teniendo una morbilidad y mortalidad entre un 40 a 70%, y riesgos de lesión biliar en un 1.3% laparoscópica y 0.7% convencional. Asimismo, los riesgos y complicaciones después de la cirugía, reporta una incidencia de aproximadamente en 8% laparoscópica y 2% convencional.

Al respecto Vásquez, Díaz y Muños refieren que la presencia de cálculos se debe a la precipitación de cristales de colesterol, por una alteración de sales biliares, pigmentos biliares donde el 75% de los cálculos son de colesterol, y se da partir de los 40 años de edad, y es frecuente en las mujeres, que han tenido varios hijos y especialmente aquellos que tienen sobrepeso (2).

En la actualidad la cirugía laparoscópica se encuentra en progresivo desarrollo, por las ventajas sobre la cirugía convencional, que ofrece un corto tiempo de recuperación postoperatoria, mínimo dolor, menores efectos adversos respiratorios y ventajas estéticas; conllevando a una disminución del riesgo de trombosis venosa profunda. Es un tratamiento de elección para Colelitiasis, por su recuperación y un período de hospitalización cada vez más corto (3).

Actualmente los pacientes pos operados de colecistectomía laparoscópica no presentan complicaciones como sangrado, infección, neumonía, el cuidado de enfermería después del postoperatorio inmediato se dirige a la intervención

inmediata al restablecimiento del equilibrio fisiológico a recuperar su función normal con rapidez, y seguridad (4).

Por todo ello, la colecistectomía laparoscópica (Colelap), se conoce en la actualidad como un abordaje mínimamente invasivo se define como: La Colelap es la cirugía para extirpar la vesícula biliar usando un dispositivo llamado laparoscopia; en todas ellas el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica por presentar multitud de ventajas frente a la convencional (5).

La ventaja es la corta estancia hospitalaria ya que los pacientes son dados de alta antes de 24 horas post cirugía, lo que conlleva a un menor gasto hospitalario, y a un menor riesgo de infección hospitalaria y a un menor riesgo de infección postoperatoria, el profesional de enfermería realiza un trabajo de gran relevancia, por ello es importante conocer tanto la anatomía como tener un mínimo de conocimientos en la fisiología de este órgano. Por ende, un plan de cuidados de enfermería estandarizado de un paciente con colecistitis sometido a colecistectomía laparoscópica tras las primeras 24 horas de intervención el paciente debe estar recuperado en un 90% (6).

Por ende, el presente trabajo académico titulado: "Cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediatos de colecistectomía laparoscópica en el Servicio recuperación de sala de operaciones de cirugía de sala del 6^{mo} del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2017", realizado con el fin de conocer y evaluar a fondo los cuidados de enfermería en la etapa postoperatoria en pacientes con colecistectomía laparoscópica, ya que esta cirugía se realiza con mucha frecuencia, pues la incidencia de la colelitiasis, de la vía biliar es muy alta en la actualidad por cambios frecuentes del cuerpo humano, el porcentajes más alto se da en el sexo femenino en edad fértil por el aumento de la sobre saturación de colesterol y el aumento de la secreción biliar.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es una guía práctica, fundamentada en el conocimiento y en la experiencia profesional, para lo cual se desea elaborar e implantar un plan de atención y protocolos de cuidados de enfermería referente a este procedimiento quirúrgico.

CAPÍTULO I

I. MARCO TEÓRICO

1.1.- VESÍCULA BILIAR

1.1.1.- Definición

La vesícula biliar es un órgano en forma de pera. Está ubicada en la superficie inferior del hígado (Hipocondrio derecho) y sirve de reserva para la bilis que es producida por el hígado que a su vez ayuda a digerir los alimentos ricos en grasa y es almacenada en la vesícula. Durante y después de una comida, la vesícula se contrae para expulsar la bilis, la cual entra al conducto cístico y luego al conducto principal o colédoco para llegar al intestino (duodeno)

Características

- . Órgano pequeño
- . Forma de ovoide o pera.
- . Su tamaño de 5 a 7 cm. de diámetro.

Estructura

Las paredes de la vesícula biliar, consisten en túnica serosa, muscular y mucosa. Su interior consta de pliegues semejantes al estómago.

Función principal

La vesícula biliar almacena bilis por absorción de agua y sodio, además almacena la bilis en periodos inter digestivos y la vacía al duodeno después de la estimulación por una comida con influencia de la hormona colecistoquinasa (7).

Causa de Cálculos Biliar

- Cálculos compuestos de colesterol: Son los más comunes. Estos cálculos no tienen nada que ver con los niveles de colesterol en la sangre.
- Se produce debido a que el colesterol que excreta el hígado es superior a la capacidad de la bilis favorecen la formación de cálculos.
- Cálculos compuestos de bilirrubina: Estos se desarrollan cuando los glóbulos rojos se destruyen (hemolisis). Llevando a un exceso de bilirrubina en la bilis, se les denominan pigmentarios.

Síntomas

- Dolor constante y agudo en la parte superior derecha o media del abdomen de tipo calambre o sordo.
- Es constante;
- Se irradia a la espalda o debajo del omóplato derecho.
- Presenta Fiebre. y pigmentación amarillenta de la piel y esclerótica de los ojos. (ictericia)

Exámenes auxiliares.

- Análisis de sangre
- La TAC o resonancia magnética nuclear
- La ecografía abdominal
- La Tomografía computarizada abdominal
- La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- La Gammagrafía de la vesícula biliar con radionúclidos
- La Ecografía endoscópica
- La Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)
- La Colangiografía transhepática percutánea (CTHP)

Tratamiento.

El tratamiento de los cálculos biliares o cálculos en la vesícula biliar, en general, los pacientes que tengan síntomas necesitarán cirugía ya sea inmediatamente o después de un corto período de tiempo.

Mucho de los casos la inflamación de la vesícula biliar se debe a una predisposición congénitas fisiológicas y desequilibrios químicos en la composición de la bilis, resultando la formación de piedras en el interior de la vesícula y conductos biliares, y son en su mayoría en personas con edades de más de 50 y predominan en mujeres que es el 80% que requieren tratamiento de colecistectomía (8).

COLELITIASIS

La colelitiasis o piedras en la vesícula es uno de los problemas del aparato digestivo más común. Consiste en la formación de cálculos biliares en la vesícula, que se encuentra adherido al hígado, o en los conductos biliares que lo comunican con el resto de órganos del sistema digestivo.

La colelitiasis está relacionada con los niveles de colesterol en la sangre debido a que el colesterol que excreta el hígado es superior a la capacidad de la bilis para su disolución, favoreciendo la formación de cálculos

Además se forma debido a problemas de vaciado de la vesícula biliar al intestino delgado, conllevando a una concentración muy alta y favorecen la formación de la colelitiasis (cálculos biliares) (9).

Causas

Los factores causantes son.

- Las mujeres tienen más posibilidades de sufrir colelitiasis que los hombres.
- Personas mayores de 40 años. En la gran mayoría de casos, tanto en hombres como en mujeres.
- El sobrepeso y el sedentarismo son dos factores que en general son debido a los malos hábitos de alimentación que tienen, como comer ricos en grasa.
- Los Factores hereditarios. en algunos casos, en familias que existen casos previos de colelitiasis, son más proclives a sufrir de este problema los hijos.
- La Diabetes es también otro factor que se asocia al proceso metabólico, Las personas con diabetes deben llevar una vida saludable y evitar comer ricos en ácido graso.
- La Cirrosis hepáticas o infecciones de los conductos biliares no permite un flujo libre de la bilis a la vesícula por la cual hay formación de cálculos.(10)

Síntomas

Los síntomas presentes pueden causar graves molestias e incluso problemas médicos importantes como la peritonitis biliar. Entre los síntomas están la:

- Dispepsia, se debe a la intolerancia a las comidas ricas en grasa, en la cual hay flatulencia, inflamación abdominal e incluso vómitos.

- Cólicos biliares: se percibe el dolor en la parte superior derecha del abdomen y se producen cuando uno de los cálculos bloquea uno de los conductos biliares.
- Dolor en la parte superior derecha del abdomen hasta que cede espontáneamente o bien por la toma de analgésicos o espasmolítico
- Presencia de fiebre y una coloración amarillenta de la piel y ojos denominada ictericia.
- Además, se produce vómitos y náuseas.

1.1.2.- Clasificación y complicaciones

COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula, causada por la obstrucción de un cálculo a nivel del conducto cístico, se desarrolla una inflamación aguda de la vesícula, y empieza con dolor en el abdomen, se diagnostica con una ecografía abdominal y necesita una intervención quirúrgica por la presencia de inflamación que puede producir infección bacteriana, necrosis y perforación.

La complicación que requiere una intervención quirúrgica por la obstrucción total de los conductos que conectan la vesícula con el intestino delgado. Se puede producir la rotura de la vesícula causando una peritonitis

COLECISTITIS CRÓNICA

Se desarrolla cólicos frecuentes con presencia de dolor en la cual se produce fibrosis en la vesícula llegando a reducirse su tamaño, el diagnóstico se da con una ecografía abdominal (11)

Diagnóstico:

Los exámenes son:

- TAC Abdominal.
- Ecografía abdominal.
- Col angiografía transhepática.
- Análisis de sangre.

1.1.3.- Tratamiento quirúrgico

El tratamiento en caso de cálculos biliares es de carácter quirúrgico, como es el caso de la colecistectomía abierta o laparoscópica, o de carácter no quirúrgico mediante medicación

COLECISTECTOMÍA

La colecistectomía, es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, que puede ser laparoscópica que consiste en la introducción de un equipo laparoscópico por medio de la cavidad abdominal, y por otro lado puede ser convencional que es una incisión quirúrgica.

Indicación:

Esta intervención es a pacientes que tienen:

- Cálculos biliares (colecistitis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intenso debido a un cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

Tratamiento

La cirugía se realiza para extirpar la vesícula que está infectada (colecistitis), inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares, por medio de la exploración de vía biliar con el uso de una solución de contraste y por medio de una placa radiográfica esta cirugía se realiza bajo anestesia general, por la cual puede hacerse mediante una incisión abdominal haciendo tres a cuatro incisiones pequeñas que se utiliza un laparoscópico, si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción, el acceso es abdominal es lo más recomendable. (13).

1.2.- COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (COLELAP)

Actualmente, la mayoría de cirugías de vesícula biliar utilizan laparoscópicas, es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar utilizando un laparoscópico a través de pequeñas incisiones. Para esta intervención quirúrgica se requiere la inducción de una anestesia

general, esta intubado y monitorizado adecuadamente. Tras la colocación propicia del paciente en la mesa quirúrgica (decúbito dorsal).

Muchos cirujanos utilizan dos técnicas.

1.- Técnica Francesa

El paciente se encuentra en decúbito dorsal con las piernas separadas donde el cirujano se encuentra entre sus piernas cogiendo la cámara y los ayudantes a la derecha superior cogiendo la pinza grasper.

2.- Técnica Americana

El paciente se encuentra en decúbito dorsal con las piernas juntas, donde el ayudante se encuentra al lado derecho de las piernas del paciente cogiendo la cámara laparoscópica, y al costado se encuentra el cirujano (14)

Procedimiento

Una vez anestesiado con anestesia general el paciente, la enfermera procede a la colocación de posición la técnica a utilizar el cirujano, luego se continua con lavado de la zona quirúrgica con solución de iodopovidona antiséptica espuma al 7.5% y solución al 10%) luego se coloca el campo quirúrgico, dejando al descubierto las zonas a través de las cuales se operará.

La colecistectomía laparoscópica se realizará a través de 3 o 4 pequeñas incisiones, se colocan 4 trocares 2 de 5, y 2 de 10, el primer trocar se coloca en el ombligo donde ingresa el equipo laparoscópico el cual permite ver o explorar todo la cavidad abdominal, el segundo trocar de 5 al lado derecho por debajo del apéndice xifoides donde se conecta el dren de co2 que es dióxido de carbono para introducir el gas para separar y permitir una visión del interior de la cavidad abdominal, el tercer trocar de 5 en la línea medio clavicular y el cuarto trocar al lado izquierdo. Y a los costados del lado derecho el trocar de 5, y el de 10 al lado izquierdo.

El laparoscópico tiene luz y una cámara, que se conecta a la torre de endoscopias y permite ver la intervención en tiempo real.

Al introducir los instrumentos quirúrgicos, se cortan y cauterizan los tejidos que hay entre la piel y la vesícula, procurando no lesionar tejidos no generables o importantes. Tras ello, al llegar a la vesícula biliar, se corta el conducto biliar (vaso de conexión entre el hígado y la vesícula, por el cual

trascurre la bilis. y los vasos de irrigación de la vesícula, para dejar, a continuación, unos “clips” de titanio que mantendrán dichos vasos cerrados. En ocasiones si hay presencia de cálculos en la vía biliar se extrae bajo la colocación de una sonda nelaton y el uso de una jeringa de 50cc con suero fisiológico y se inyecta para extraer los cálculos, o con el uso de una pinza de Holsen y una guía se introduce una sustancia de contraste para la toma de una placa radiográfica para observar si hay presencia de cálculos, a continuación se coloca un dren ker para un drenaje continuo de la secreción biliar.

A continuación, se procede a la extracción de la vesícula a través de una pinza extractora por veces se hace uso de una bolsa pequeña para la extracción de cálculos y la vesícula.

Esta muestra será enviada a patología para ser procesada para que el servicio de anatomía patológica diagnostique el origen del cuadro. Tras comprobar la ausencia de focos sangrantes, se lava la cavidad con suero fisiológico estéril y se coloca un dren pen rose si hay presencia de sangrado y luego se retiran, los trocares con mucho cuidado. Y luego se suturan las incisiones, se coloca apósitos estériles, y el dren ker va conectado a una bolsa de urogar a circuito cerrado o a una bolsa de colostomía. La laparoscopia, frente a la laparotomía (cirugía abierta abdominal), permite que haya un menor riesgo de complicaciones, además de favorecer, por lo general, una recuperación más rápida del paciente pos operado (15).

Sin embargo, las complicaciones derivadas de este procedimiento de Colecistectomía laparoscópica esta eminentemente relacionada con los riesgos intrínsecos a la anestesia general y la propia cirugía, pueden ser incluso letales. Algunas de las más frecuentes son: infecciones postquirúrgicas nosocomiales o iatrogénicas, alteraciones respiratorias, reacciones alérgicas o adversas a medicamentos (RAM), lesiones de vía biliar u órgano cercano a la vesícula.

El equipo para cirugía laparoscópica está constituido:

- a) un sistema óptico
- b) un insuflador y su fuente de CO2
- c) un electro bisturí

d) un sistema de aspiración e irrigación.

El sistema óptico está constituido:

a) una fuente de luz.

b) una fibra óptica

c) una óptica o laparoscópico

d) una cámara de video

e) un monitor de televisión

Instrumental laparoscópico.

- Un mango de bisturí número 7 con hoja numero 11
- 2 pinzas grasper, uno con cremallera y el otro sin cremallera
- 1 pinza merylan
- 1 tijera
- 1 pinza extractora
- 1 irrigador
- 1 hook con cable
- 1 pinza holsen
- 1 pinza mizer
- 1 clipera
- 1 aguja de verres

CIRUGÍA CONVENCIONAL

La cirugía abierta es una técnica de la exploración manual en la cual se hará una incisión en el abdomen, la más usada es la incisión subcostal, la para mediana, de McBurney, la mediana supra umbilical. Por la cual el cirujano examina la presencia de cálculos para su extracción. (16)

1.2.1.- Cuidados de enfermería

Cuidados de enfermería en post operados inmediato de colecistectomía laparoscópica en recuperación

Valoración:

- Valorar el estado respiratorio, la permeabilidad de las fosas nasales, los movimientos respiratorios.
- Valorar el nivel de conciencia, su conexión con el medio que lo rodea.
- Valorar los signos vitales.

- Observar la herida operatoria, drenajes si presentara.
- Observar el abdomen: Palpar para ver si hay distensión. Escuchar si hay ruidos intestinales.
- Observar la permeabilidad de la vía periférica.
- Observar la hidratación de la piel y mucosas.
- Valorar el color de la piel, mucosas, temperatura y humedad.
- Observar el llenado capilar.
- Valorar la intensidad del dolor, la localización y las características.
- Controlar el balance hídrico.
- Controlar la diuresis.

Asistencia de enfermería postoperatoria

El cuidado de enfermería en el periodo pos operado inmediato es el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente y a evitar el dolor y las complicaciones, con una valoración cuidadosa y minuciosa se realizarán la intervención inmediata para ayudar a su recuperación y su función normal.

El período postoperatorio empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la unidad de recuperación. La duración depende del tiempo de recuperación del paciente y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser de una a dos horas, además, intervienen los factores como la edad del paciente, estado nutricional, por la que se debe prevenir y actuar oportunamente las complicaciones.

Los objetivos son:

1. Valorar el estado de la función respiratoria óptima.
2. Valorar el estado cardiovascular y corregir cualquier posible desviación.
3. Proporcionar la comodidad y seguridad del paciente.
4. Controlar el balance de líquidos y electrolitos.
5. Evitar la infección de herida operatoria (17)

1.3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA

1.3.1.- Modelo conceptual de Virginia Henderson

Virginia Henderson desarrollo un modelo conceptual referente a la valoración por necesidades, la cual estuvo influenciado 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 de Maslow, y Piaget., para conceptualizar a la persona y ayuda a la enfermera en los cuidados básicos en atender al individuo enfermo o sano. En la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento que ayuden al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. (18)

De acuerdo con este modelo, la persona es considerado como un ser integral en sus aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

En los escritos más recientes Henderson habla de la naturaleza dinámica del entorno, en cuanto a las 14 necesidades humanas que constituyen el elemento integrador de aspectos físicos, sociales psicológicos y espiritual del ser humano.

El último modelo de valoración que hace uso es el modelo según dominios y clases dado por la NANDA que son 13 dominios en la cual la enfermera aplica para el cuidado de la persona enferma, sana.

Las necesidades básicas que la enfermera utiliza en el cuidado del paciente son independientemente del diagnóstico médico, realiza cuidados en cuanto a la edad, a la situación social y a la formación cultural, al estado emocional y a las capacidades físicas e intelectuales de la persona.

Todos estos factores se tienen que tener en cuenta para cubrir sus necesidades, en cuanto a:

- a. Necesidad de respirar.
- b. Necesidad de beber y comer. Es el estado nutricional
- c. Necesidad de eliminar
- d. Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Son los movimientos y ejercicios.
- e. Necesidad de dormir y descansar
- f. Necesidad de vestirse y desvestirse
- g. Necesidad de mantener la temperatura corporal
- h. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos

- i. Necesidad de evitar los peligros, es valorar el entorno familiar, medio ambiente, mecanismo de defensa, medida de seguridad física y psicológica.
- j. Necesidad de comunicar
- k. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores
- l. Necesidades de ocuparse para realizarse se valora la autonomía, autoestima, rol social, estatus social.
- m. Necesidades de recrearse
- n. Necesidades de aprender valorar el aprendizaje, enseñanza. (19).

CAPÍTULO II

II.- DESARROLLO CAPITULAR

2.1.- VALORACIÓN

2.1.1.- Situación problemática

Paciente adulto mayor de 65 años edad de sexo masculino, con diagnóstico médico de colelitiasis crónica calculosa, pos operado de colecistectomía laparoscópica + E.V.B. ingresa a sala de recuperación bajo efecto residuales de anestesia no orientado en tiempo , persona y espacio, se observa mucosas húmedas, frías con presencia de escalofríos, con facies de dolor ,con signos vitales de. Frecuencia Cardiaca de 102 por minuto, Frecuencia Respiratoria de 24 por minuto, Presión Arterial de 90/50mmhg, Temperatura de 35.5 C, Saturación de 95%, con vía periférica permeable de CLNA al 9%, p.p.900 II frasco. A la observación y palpación presenta abdomen blando y depresible con presencia de ruidos aéreos presentes en la cual presenta incisión laparoscópica cubierta con apósito de gases secos, con drenaje de ker conectado a una bolsa de u rogar drenando secreción biliosa aproximadamente de 40cc, y con dren pen rose con apósito secos, con sonda Foley a circuito cerrado al acercarse paciente refiere, "donde estoy, ya me operaron, tengo mucho dolor."

2.1.2.- Recolección de datos

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y apellido	: HPMH
Edad	: 73 años
Sexo	: Masculino
Grado de instrucción	: Secundaria incompleta
Ocupación	: Comerciante
Lugar de nacimiento	: Lima
Estado Civil	: Casado
Fecha de nacimiento	: 20/06/1945
Número de hijos	: 2 hijos
Religión	: Católico
Procedencia	: Lima
Modalidad de ingreso	: Consultorio externo
Dx Clínico	: Colecistitis crónica
Tiempo de enfermedad	: 6 meses
Signos y síntomas	: Dolor abdominal tipo cólico con náuseas y vómitos

Antecedentes Personales y Patológicos

HTA	Diagnosticado hace 1 año
DM	No
TBC	No

RELATO

Paciente refiere que hace 1 año presenta dolor tipo cólico en epigástrico de intensidad de 8/10 que se irradia en hipocondrio derecho no asociado a náusea y vómito, cede con analgésico, los episodios han ido repitiéndose y

aumentando de intensidad y presentándose náuseas y vómitos, por la cual acude por consultorio externo donde se decide su hospitalización.

AL EXAMEN

Presenta abdomen globuloso hay dolor a la palpación en hipocondrio derecho

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemograma = 12.70
- Leucocitos = 14,300
- Glucosa = 94
- Examen complementario de orina = negativo
- Grupo sanguíneo y factor = O (+)
- Bilirrubina total = 0,055
- Bilirrubina directa = 0,33
- Fosfatasa alcalina = 345u/L (65 – 300)
- Gama glutamil transferasa = 89 u/L (11.0 -50.0)
- Transamina Glutámico oxalactato = 56U/L TGO (38)
- Transamina Glutámico Piruvico = 100U/L TGP (41)
- Proteína Total = 4,59
- Amilasa = 56
- Bilirrubina Total = 6.45 mg/dl
- Bilirrubina directa = 5.23 mg/dl
- Riesgo Quirúrgico = II
- Riesgo neumológico = II

ECOGRAFÍA

Vía biliar intrahepática no dilatado, colédoco mide 4mm, vena porta de 2mm, vesícula mide 6mm, paredes engrosada de 7mm y ocupada por varios cálculos y mide 10mm

CONCLUSION. Colecistopatía calculosa múltiple.

Diagnostico Medico. Colecistitis Crónica Calculosa

2.1.3.- Valoración

VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>Datos Subjetivo Paciente posoperado inmediato de colecistectomía laparoscópica E.V.B.</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel fría - FC. 102X" - PA. 90/50 	<p>DOMINIO 2 NUTRICIÓN CLASE. 5 HIDRATACIÓN Déficit de volumen de líquidos</p>
<p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - PA = 90/50 - SatO2= 95% - FC = 102x - FR = 24x 	<p>Dominio. 4 Actividad y reposo Clase. 4 función respiratoria -Alteración del patrón respiratoria</p>
<p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de herida quirúrgica - Drenaje de ker, penros - Presencia de vía periférica - Presencia de sonda foley 	<p>Dominio 11 seguridad y protección. Clase Clase 1. Infección respuesta del huésped a la infección por gérmenes patógenos. -Riesgo de infección</p>
<p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel fría, húmeda, es calosfríos - Presencia de temperatura de 35.5C - Tiempo operatorio - Temperatura de quirófano Dato subjetivo - paciente refiere „tengo mucho dolor y frio“" 	<p>Dominio 11. Seguridad y protección. (Clase 6 termorregulación) Hipotermia</p>
<p>Datos subjetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - paciente refiere „,„donde estoy me operaron“" <p>Dato Objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fascia de preocupación. 	<p>Dominio. 9 Afrontamiento y tolerancia al stress.</p>

2.2.- PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

DX1: Alteración del patrón respiratorio relacionado con disminución del estado de conciencia evidenciado por efectos de anestesia por retención de secreciones, por dolor evidenciado por FR de 24X", por alteración de signos vitales.

DX2: Déficit de volumen de líquido, relacionado a pérdida del líquido, sanguínea evidenciado por frecuencia cardíaca 102 X'. Presión arterial de 90/50.

DX3: Dolor relacionado con la intervención quirúrgica evidenciado por gestos de dolor, FC de 102X", por sensibilidad a la palpación en zona de incisión, por procedimiento quirúrgico, evidenciado por dren ker y dren penrose, por manifestación de dolor e intensidad de 8/10.

DX4: Hipotermia relacionado con disminución de la tasa metabólica, exposición al ambiente frío del quirófano, procedimientos quirúrgicos evidenciado por piel húmeda y fría, presencia de escalofríos por temperatura de 35.5C.

DX5: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo, evidenciado por herida quirúrgica, vía periférica, drenaje de ker y pen rose, sonda Foley a circuito cerrado.

DX6: Ansiedad relacionado a intervención quirúrgica, evidenciado por nerviosismo, por aumento de la frecuencia cardíaca de 102X".

2.3.- ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<p>DATO OBJETIVO.</p> <p>Paciente se encuentra despertado al llamado no orientado en T.E.P. bajo efecto residuales de la anestesia _FR:24 X" -FC. 102X"</p>	<p>- Alteración del patrón respiratorio R/C disminución del estado de conciencia evidenciado por efectos residuales de anestesia por alteración de signos vitales.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>- Mantener el patrón respiratorio dentro de límites normales de (18-20X").</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>- Identificar signos de alteración del patrón respiratorio.</p> <p>- Mantener vía aérea permeable libre de secreción y caída de la lengua a la oro faringe.</p>	<p>- Mantengo vía aérea permeable con colocación de tubo de mayo _</p> <p>- Administro oxígeno por máscara con bolsa de reservorio.</p> <p>- Coloco Pulsoximetría continua.</p> <p>- -Monitorizo C.F.V. de F.R, F.C, P.A, Saturación.</p> <p>- Observo el estado de conciencia.</p> <p>Coloco en posición semifowler con la cabeza hacia un costado</p> <p>Controlo periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.</p> <p>Realizo aspiración de secreción de vía aérea.</p>	<p>Paciente presenta FR 20 por minuto, a la auscultación buen murmullo vesicular en ACP.</p>

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Piel fría - FC. 102x" - PA. 90/50 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de volumen de líquido r/c pérdida de líquido, sangre evidenciado por FC 102x' PA = 90/50. 	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente recuperara el volumen perdido, durante - Durante su recuperación <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de alteración de deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantengo un acceso de vía periférica permeable. - Mantengo un registro adecuado de ingresos y egreso. - Vigilo el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión arterial adecuada). <p>Controlo signos vitales.</p> <p>Observo si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.</p>	<p>Paciente presentará una presión arterial de 110/70 mmhg.</p>

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<p>DATO OBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa facies de dolor. - Hipersensibilidad a la palpación en incisión. - FC 102 X" - FR= 24X" <p>DATO SUBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente refiere „tengo mucho dolor“" 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor R/C la intervención quirúrgica evidenciada por gestos de dolor y manifestación verbal. - FC 102 X - Por sensibilidad a la palpación en zona de incisión - Por procedimiento quirúrgico, evidenciado por dren ker y dren pen rose - Por manifestación de dolor e intensidad de acuerdo a E.V.A.8/10. 	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir al paciente el dolor durante el proceso de recuperación. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el dolor con la escala del dolor según E.V.A. del 1 al10. - Mejorar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoro la intensidad del dolor según escala numérica del 1 al 10. - Administro oxígeno. - Controlo las funciones vitales - Administro analgésico, según prescripción médica. - Registro respuesta a analgésico y cualquier efecto adverso 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente despierto manifiesta disminución del dolor en escala - EVA de 4/10

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS OBJETIVOS Paciente presenta Piel fría, mucosas húmedas, con presencia de escalofríos Temperatura de 35.5C</p> <p>DATO SUBJETIVO. Paciente refiere „tengo frío“.</p>	<p>- Hipotermia R/C la exposición al ambiente frío del quirófano, procedimiento quirúrgico, procedimiento anestésico, Evidenciado por temperatura de 35.5C, piel fría, húmeda presencia de escalofrío.</p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la temperatura corporal en 37C, durante el tiempo que permanezca en recuperación. <p>Específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la temperatura corporal por encima de 36.5 después de las intervenciones de enfermería en un tiempo de 1 hora - Identificar signos de hipotermia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coloco manta térmica. - Cubro con cobertores. - Controlo la temperatura corporal. - Compruebo la temperatura ambiental - Administro oxígeno humidificado - Administro fluidos a través del calentador de fluidos. 	<p>Paciente mantendrá una temperatura dentro de Parámetros normales de 36C. durante el proceso de su recuperación.</p>

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<p>DATO OBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de vía periférica Herida quirúrgica. - Drenaje de ker y Pen rose. Sonda Foley a circuito cerrado. <p>DATO SUBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente refiere „ya me operaron“. 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, evidenciado por herida quirúrgica, vía periférica, drenaje de ker y Pen rose, sonda Foley a circuito cerrado. 	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la herida y el dren libre de contaminación <p>Objetivo Especifico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de alarma de infección. - Identificar si hay presencia de secreción en herida quirúrgica y en el drenaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inspecciono herida y drenaje de ker y pen rose. - Cubro con apósito y sabana limpia zona de incisión y drenaje. - -Inspecciono herida operatoria si hay aparición de enrojecimiento y dolor. Controlo la Temperatura periódicamente. - Protejo contra las infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente se mantuvo libre de contaminación durante su recuperación

Valoración	DX Enfermería	Objetivo o planeación	Intervención	Evaluación
<p>DATO OBJETIVO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa facies de intranquilidad, inquietud, voz temblorosa. - Frecuencia cardiaca de 110X" <p>DATO SUBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente refiere"" ya le operaron"". 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad R/C intervención quirúrgica, evidenciado por nerviosismo, por aumento de la frecuencia cardiaca de 110X" 	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener sin manifestación de ansiedad durante la recuperación. <p>Objetivo Especifico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de ansiedad que presenta el paciente. - Mejorar la estabilidad de los signos vitales. - Identificar cualquier inquietud que presenta el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindo apoyo emocional - Proporciono sentimientos de seguridad. - Brindo un ambiente tranquilo. - Explico al paciente antes de cualquier procedimiento a realizar. <p>Controlo continuamente la frecuencia cardiaca. Del paciente. Observo continuamente facies en el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente no presenta signos de nivel de ansiedad.

CONCLUSIONES

- El presente caso que se presenta en pacientes post operado inmediato de colecistectomía laparoscópica en sala de recuperación, el principal cuidado es en cuanto al patrón respiratorio por la disminución del estado de conciencia por efecto residual de anestesia en la cual es necesario que la enfermera esté preparada para evitar posibles complicaciones, posoperatorio inmediato.
- El cuidado frente al dolor, es importante que la enfermera utilice una escala del dolor según EVA para la administración de un analgésico y disminuir la intensidad del dolor.
- En cuanto a la hipotermia que presenta todo paciente después de una cirugía debido a la exposición al ambiente frío del quirófano, la enfermera debe cubrir con manta térmica y evitar posibles complicaciones.
- En cuanto al riesgo de infección se debe evitar una posible complicación de infección de la herida quirúrgica, con la observación y el uso de una asepsia adecuada, por parte de la enfermera.
- En cuanto a la ansiedad la enfermera debe brindar un apoyo emocional al paciente en todo momento de su recuperación, en la cual la enfermera debe tener habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos, aplicando principios éticos en el cuidado post operado inmediato de cirugía del paciente.

RECOMENDACIONES

- El presente trabajo realizado en paciente pos operado inmediato de colecistectomía laparoscópico es para que el profesional de enfermería esté capacitado en brindar oportunamente cuidados inmediatos en sala de recuperación incentivar a que la enfermera se capacite continuamente para brindar una atención de calidad.
- Se debe actualizar los protocolos y guías de procedimientos de enfermería en la atención de pacientes posoperado inmediato en sala de recuperación, a fin de garantizar un cuidado pos operatorio favorable.
- Se debe establecer coordinación con el departamento de enfermería para que realicen programas educativos en cuidados inmediatos en paciente pos operado en sala de recuperación, utilizando técnica participativa del departamento de anestesiología para un manejo adecuado del cuidado en sala de recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Tasa de prevalencia mundial de la enfermedad de colelitiasis o cálculos biliares. Ginebra: OM
- 2.- Almora C, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Pinar del Río: Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 2013.
- 3.- Dávila V. Colectomía laparoscópica en pacientes con enfermedad de vesícula. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 4.- Almeida R, Sado B, Samper O. Complicaciones tras colecistomía en el Hospital Docente Miguel Enríquez. Habana: Revista Cubana; 2015.
- 5.- López L. Paciente con litiasis biliar sometido a colecistomía laparoscópica. Cantabria: Universidad de Cantabria de España; 2016.
- 6.- Bueno J. Evaluación de la colecistomía laparoscópica en régimen ambulatorio validación de un sistema predictivo de selección de pacientes. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014.
- 7.- Reiriz J. Sistema digestivo: anatomía de la vesícula biliar. Barcelona: Universidad de Barcelona de España; 2015. .
- 8.- Tejedor M, Albillos A. Enfermedades de la vesícula biliar o cálculos de la vesícula biliar. Barcelona: Revista Española de Enfermería; 2014
- 9.- Moreira V, López A. Colelitiasis aguda y crónica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid: Universidad de España; 2015
- 10.- Cálculos biliares (Colelitiasis). Madrid: España; 2018. [Internet] [Fecha de Acceso: 25 de marzo de 2018]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgadobiliar/tla-ves%C3%ADc-yde-las-v%C3%ADas-biliares/c%C3%A1culosbiliares>
- 11.- Coledocolitiasis (Cálculos biliares). Madrid: España; 2018. [Internet] [Fecha de Acceso: 27 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://www.salud180.com/salud-z/coledocolitiasiscalculos-biliares>

- 12.- Yusoff I, Barkun J, Barkun A. Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis y la colangitis. Buenos Aires: Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); 2015.
- 13.- Siddiqui A. Colecistectomía. Vesícula biliar y vías biliares. Pensilvania. Thomas Jefferson University de Estados Unidos, 2015.
- 14.- Diplomado. Avance Tecnológico en la Instrumentación quirúrgica por Especialidades de Enfermería
- 15.- Yagüe R. Atención de Enfermería al paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica complicada. Zaragoza: Universidad San Jorge. Graduado en Enfermería por la Universidad San Jorge; 2015.
- 16.- Diplomado. Avance Tecnológico en la Instrumentación Quirúrgica por Especialidades de Enfermería.
- 17.- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Cuidados en el postoperatorio. Andalucía: Hospital Universitario Reina Sofía; 2013
- 18.- Bravo Peña Mery. Guía Metodológica del PAE Taxonomía Nanda NOC NIC 4ta ed. 2016.
- 19.- Cortez cuaresma, Castillo Lujan. Guía para elaborar Nanda NIC, NOC 6ta ed. Rrohhas Lima Perú 2012.

ANEXOS





