



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

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POR COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCOPICA,
UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO 2018**

TRABAJO ACADEMICO

**PRESENTADO POR:
Lic. MAGALI PARIONA MOROTE**

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

**ASESORA:
Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO**

AYACUCHO - PERU

2018

DEDICATORIA

A mi familia, el éxito y la satisfacción por ser pilar y motivación fundamental para seguir adelante en mi vida profesional, sin ellos no hubiera podido culminar este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por permitirme la conclusión de la especialidad.

A los maestros de la Especialidad Centro Quirúrgico de la Facultad de Enfermería, quienes contribuyeron en mi desarrollo profesional, gracias por la motivación, sugerencias e interés.

A mi asesora por la buena disposición y la preocupación personal expresada y a todos los que me brindaron su valiosa y desinteresada orientación en la elaboración del presente trabajo académico.

A todos los pacientes pos operados inmediatos asistidos en la unidad de recuperación pos anestésico del Hospital Regional de Ayacucho, quienes contribuyeron en el enriquecimiento del presente trabajo académico.

A Todos de mi reconocimiento y gratitud.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
1.1. MARCO TEÓRICO.....	11
COLECISTITIS.....	11
1.2. BASE TEÓRICA.....	17
ENFERMERIA PERIOPERATORIA.....	17
PERIODO PERIOPERATORIO.....	17
PERIODO PREOPERATORIO.....	19
PERIODO OPERATORIO.....	27
PERIODO POST OPERATORIO.....	31
1.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	37
1.4. ESTUDIOS PREVIOS.....	45
Internacional.....	45
Nacional.....	47
CAPÍTULO II.....	50
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	50
2.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	50
2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	56
2.3. PLANIFICACION (Priorización y plan de cuidados).....	62
2.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO.....	75
CAPITULO III.....	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
3.1. CONCLUSIONES.....	76
3.2. RECOMENDACIONES.....	77
3.3. BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	80

INDICE DE TABLAS

Diagnóstico de enfermería.....	57
Planificación (priorización y plan de cuidados).....	64
Planteamiento de objetivos, prioridades, ejecución de intervenciones y evaluación de resultados	68
Evaluación del Proceso	76

RESUMEN

La enfermera asume el cuidado como eje y objetivo de la profesión que exige profesionalismo y compromiso expresado en la identidad y la calidad de sus cuidados, cuya calidad se da a través del uso del proceso de enfermería (PAE), considerado como la aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería; es una herramienta que permite la organización del trabajo de enfermería para la prestación de los cuidados en forma fundamentada, lógica y sistemática a través del uso de opiniones, conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas del usuario/paciente y evaluar cada uno de los cambios en la mejora del estado de bienestar de la persona; por ello, la aplicación del Proceso de Enfermería en la atención del paciente post operado por colecistectomía laparoscópica en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Regional de Ayacucho, permitió el cumplimiento de acciones como la identificación de sus necesidades fisiológicas psicológicas y sociológicas, y de esta forma implementar sus cuidados individualizados basados en los diferentes conocimientos, con la finalidad de preservar la salud, prevenir y evitar complicaciones en la paciente durante la etapa de recuperación postquirúrgica, entendiendo que este periodo es de riesgo por la característica lesiva de la cirugía que deja al paciente en una situación de vulnerabilidad con la probabilidad de repercusiones en su salud, donde la capacidad (cognoscitiva, procedimental y actitudinal) del profesional de enfermería determinan la minimización de riesgos en el paciente quirúrgico.

Palabras clave:

Cuidado enfermero – Recuperación - Colecistectomía – Post-operado

ABSTRACT

The nurse assumes care as the axis and objective of the profession that demands professionalism and commitment expressed in the identity and quality of their care, whose quality is given through the use of the nursing process (PAE), considered as the application of the method scientific applied to professional practice; is a tool that allows to organize the work of nursing for the provision of the well-founded, logical and systematic care through the use of opinions, knowledge and skills to diagnose and treat the human responses of the user / patient and evaluate each of the changes in the improvement of the welfare state of real or potential identified problems; that is why, when applying the Nursing Process in the post-operative patient's care by laparoscopic cholecystectomy in the post anesthetic recovery unit of the Regional Hospital of Ayacucho, which allowed to fulfill actions such as the identification of their psychological and sociological physiological needs, and in this way, implement their individualized care based on different knowledge, in order to maintain health, prevent and avoid complications of the patient during the postsurgical recovery stage, understanding that this process can cause complications with repercussions on the health of the person, for the characteristic of surgery that produces injury; where the capacities (cognitive, procedural and attitudinal) of the nursing professional determine the minimization of risks in the surgical patient.

Keywords:

Nursing care - Recovery - Cholecystectomy - Post-operative.

INTRODUCCIÓN

La finalidad de la profesión de enfermería es ofrecer cuidados completos e integrales con calidad y calidez a la persona, familia y comunidad en la condición de sano o enfermo, para el cual el profesional de enfermería debe recibir sólida formación científica, tecnológica y humanística con alto sentido de sensibilidad social, humana y de valores; (Rojano Polvo, 2015) por lo que el profesional debe desarrollar y defender actitudes y capacidades que favorezcan el ser y su hacer, y logre satisfacer cada uno de los problemas y necesidades de la persona, familia y comunidad; logrando el propósito fundamental que es la atención de personas portadoras de carencias de la salud en función de la disminución, insuficiencia o pérdida de la autonomía para el restablecimiento de sus capacidades potenciales y para tornarse en personas saludables con un proceso de vida para el cual el profesional requiere de aplicar el método científico a su práctica profesional.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es considerada como la metodología científica aplicada a la práctica de enfermería, que accede a la prestación de los cuidados de forma racional, lógica y sistemática, utilizando opiniones, conocimientos y habilidades para elaborar cada uno de los pasos del proceso de enfermería como es la valoración, diagnóstico y tratamiento, ejecución y evaluación de los problemas reales o potenciales; por ello, el Proceso de Enfermería es el sustento metodológico más importante de la disciplina de Enfermería, parte desde, datos y experiencias para valorar el contexto de salud de la persona, basada en ella se plantea la problemática en base a la revisión del tema conocido como base científica, para luego formular una meta semejante a la hipótesis denominada diagnóstico de enfermería, posterior a este proceso se realiza, la planeación (marco de diseño) para intentar dar solución a los problemas y necesidades y seguida de la ejecución de cada una de las acciones propuestas basado en la toma de decisiones adecuada y finalmente se analizan y evalúan cada uno de los cuidados en base a los resultados obtenidos en el paciente para finalmente registrarlo.

También, en este proceso se obtienen datos a través de métodos como la observación y valoración sistemática, para organizarlos de forma lógica y congruente, analizar la información relevante y contrastarlo con la ciencia, para plantearlo como un problema y/o necesidad de cuidado, en un diagnóstico de Enfermería basado en la taxonomía vigente para guiar cada una de las intervenciones de Enfermería, fundamentado y definidos cada uno de los cuidados, con el fin de aplicarlos y lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones; (Carolina Reina, 2010) el proceso de enfermería resulta trascendente cuando se labora en el entorno hospitalario sobre todo en cuidados críticos como es el centro quirúrgico.

La enfermería profesional en el quirófano cumple acciones como la identificación de los problemas y necesidades biológicos, sociológicos, psicológicos y espirituales del paciente; y de esta forma, implementar acciones individualizados de cuidados, basado en los diferentes conocimientos, a fin de restituir o conservar la salud y bienestar de la persona enferma antes, durante y después del proceso quirúrgico, la actuación del profesional cada día es más compleja por el avance y mejora de las técnicas y procedimientos quirúrgicos, que exigen la constante actualización de procedimientos y técnicas a desarrollar. (Gemma, 2012)

El proceso quirúrgico provoca daños considerables en la persona, que tiene resultados significativos en su salud, por la misma condición de este proceso, donde la capacidad del profesional de salud, entre ellos de enfermería favorecen en la disminución de riesgos que ponen en peligro la vida y bienestar del paciente quirúrgico, por considerarse un periodo donde todo paciente es vulnerable frente a las complicaciones y requiere ser controlado con cuidados individuales y de colaboración; basados en la elaboración del proceso de enfermería enfocado en la atención del paciente post quirúrgico observado en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) del Hospital Regional de Ayacucho es una Unidad especializada en el cuidado del usuario postquirúrgico, y ante la incidencia

considerable de pacientes post operados de Colecistectomía Laparoscópica que durante el año 2017 fue de 318 cirugías a razón de 25 a 30 cirugías por mes, es por esto que en la búsqueda de la excelencia y calidad de atención de enfermería por esta patología de tipo quirúrgico se realiza el presente trabajo descriptivo; identificando los problemas reales y potenciales presentes en la paciente aspecto que permitió prevenir o evitar las complicaciones o lesiones provenientes del proceso quirúrgico en la paciente buscando standarizar el actuar de enfermería frente a esta situación quirúrgica.

Por ello, se requiere que el profesional de enfermería que labora en esta Unidad de Recuperación Postanestésica tenga la preparación previa de conocimientos, posea habilidades prácticas y cualidades personales para brindar cuidados basados en la identificación y actuación temprana y oportuna; además de estar en el lugar de los hechos y espacio de la enfermedad, debe permanecer con el paciente de brindando el adecuado soporte emocional y mental.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. MARCO TEÓRICO

COLECISTITIS

La colecistitis es un proceso inflamatorio de la vesícula biliar. El 90 a 95% de casos, corresponde a complicaciones de la colelitiasis (Colecistitis Litiásica), fundamentalmente, por la obstrucción del conducto cístico, con distensión, inflamación e infección bacteriana secundaria, (Zarate, 2016).

La colecistitis es la patología de forma quirúrgica más prevalente en los países de mayor industria manufacturera, donde la colelitiasis es una de las causas más frecuentes de colecistitis y cólico biliar.

EPIDEMIOLOGIA

La colecistitis, en sus distintos tipos, es una forma quirúrgica prevalente en países industrializados, cuya causa usual de colecistitis y cólico biliar es la colelitiasis. Investigaciones necrológicas revelan que 11 a 35% de adultos que viven en Norteamérica, aproximadamente 25 millones, presentan cálculos biliares. Las complicaciones suelen presentarse en forma de cólico biliar, colecistitis aguda o crónica, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis y carcinoma de la vesícula biliar. Según estudios cada año se practican cerca de 700.000 colecistectomías en EEUU. (Elwood D. R., 2008)

COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

La Colecistitis Calculosa crónica es la inflamación de la vesícula biliar que se presenta por un periodo largo, se caracteriza por dolor abdominal agudo agresivo de forma repetida.

La litiasis biliar es muy antigua que sus primeros registros se encuentran en las escrituras del papiro de Ebers, la historia demuestra que también se han descubierto cálculos vesiculares desde hace 3000 años de antigüedad en

momias egipcias, hasta el año 1882 Langebuch realiza la primera intervención quirúrgica de vesícula biliar en una persona adulta de 43 años, procedimiento que se mantuvo sin variantes casi por 103 años hasta la actualidad, ya en el año de 1982 un 12 de septiembre el Cirujano Alemán Enrich Mühe inicio con la era de la colecistectomía laparoscópica. Múltiples factores como raza, sexo femenino, embarazo, edad, obesidad, problemas médicos, dieta rica en lipoproteína de baja densidad, fijan la prevalencia de la Colecistitis Crónica Calculosa pero que hasta la actualidad aún no está demostrada la relación existente entre estos factores y el desarrollo de la enfermedad de la vesícula. Uno de los usos del líquido biliar es para la solubilidad del colesterol, grasas y vitaminas de alimentos grasos para favorecer su mejor absorción, esta se encuentra almacenada en la vesícula biliar y la patología se inicia cuando se produce un defecto en la secreción y almacenamiento del líquido biliar que resultando con una sobresaturación biliar de colesterol, el cual produce una solución fisicoquímica inestable, continuada con una serie de precipitaciones de cristales de colesterol; fenómeno, denominado "nucleación", que luego posteriormente continúa con crecimiento y agregación de cristales de colesterol en la vesícula, provocando la formación de cálculos en su interior o incluso en las vías biliares. El mayor número de problemas de colecistitis se presentan sin síntomas observables, y si la obstrucción es parcial o total, produce síntomas característicos de dolor tipo cólico, dispepsias y otros; por ello, requiere establecer su manejo que puede ser con tratamiento sintomático o intervención quirúrgica. En el caso de manejo médico se debe considerar sus complicaciones, que es potencialmente mortal si no es detectado oportunamente. Se tiene poco conocimiento sobre las formas de prevención y control de la colecistitis, además aún existen dudas de si los factores de riesgo referidos tienen relación con el desarrollo de litiasis biliar.

La colecistitis crónica tiene mayor incidencia en casos secundarios a litiasis vesicular, presentando incidentes previos con características de colecistitis aguda. La lesión puede presentarse como un infiltrado leve de células inflamatorias crónicas y/o prosperar hasta producir fibrosis vesicular con

reducción del tamaño. La calcificación en mayor extensión de la vesícula biliar a causa de la fibrosis se denomina como vesícula en porcelana.

EPIDEMIOLOGÍA

La recurrencia de colecistitis crónica calculosa es causada por múltiples factores entre ellas el sexo, etnicidad, raza, edad, problemas médicos, y fertilidad.

En los Estados Unidos de Norte América, entre 10 a 20% de adultos tienen cálculos y cada año 1 a 3% desarrollan cálculos y en igual porcentaje también llegan a ser sintomáticos.

Los latinos tienen un riesgo elevado de cálculos. Un estudio en Italia refiere que el 20% de mujeres y 14% de varones tenían cálculos, estudio en Dinamarca encontró que de 18% en personas varones de treinta años y 4.8% para mujeres; la prevalencia en personas de 80 años estuvo entre 12.9% para hombres y 22.4% para mujeres.

Los cálculos biliares asintomáticos repercuten en morbimortalidad cuando se hacen sintomáticos, la mortalidad es más alta en 15% de usuarios con problemas de inmunidad.

La mortalidad de la colecistitis complicada es de 25% se presenta con gangrena y empiema de la vesícula. La perforación de la vesícula ocurre en 3 a 5% de pacientes con colecistitis y se asocia con 60% de mortalidad.

Los mayores factores de riesgo para desarrollar cálculos en las mujeres se resume en la frase “femenina, obesa y fértil” más común en mujeres. Los cálculos biliares tienen alta incidencia en mujeres que varones con una proporción de dos a tres veces; una de las causas es por los niveles de progesterona durante el embarazo que pueden causar estasis biliar, teniendo como consecuencia alta probabilidad de vesícula biliar durante el embarazo; estudios también demostraron que personas con problemas de obesidad tienen riesgo de enfermedad; porque, el sobrepeso incrementa la secreción biliar de colesterol, también, la aparición de cálculos se incrementa cuando hay una baja de peso brusca y rápida. (Peves Villagaray, 2015)

Estudios han demostrado que las poblaciones con bajo riesgo de colecistitis habitan en África Subsahariana y Asia; más no así, en América Latina donde la población blanca tiene mayores índices de prevalencia que la raza negra y además hay mayor incidencia con la edad.

Fisiopatología

La vesícula se inflama de forma crónica y constituye casi el 3% de colecistectomías en el adulto. La colecistitis por su cronicidad adopta diferentes formas que apenas se conoce su fisiopatología, muchas veces solo en base a la suposición de que el mayor número de casos se produce con inflamación y obstrucción leve de la vesícula en episodios repetidos que genera lesión recurrente de la mucosa. No existe mucha relación entre el volumen total, número de cálculos, volumen total y el grado de inflamación de las paredes de la vesícula biliar, porque entre 12 y 13% de pacientes no presentan cálculos en la colecistitis crónica; en cultivos biliares contienen *Escherichia Coli* o enterococos menos de un tercio, además que todo episodio inflamatorio agudo esta acompañado con infiltrado neutrófilo con contenido de linfocitos, células plasmáticas, macrófagos y eosinófilos; al presentarse ulceraciones focales y tejido necrótico estas se sustituyen por tejido granuloso y depósitos de colágeno; las paredes de la vesícula se engrosan o permanece delgada; y la mucosa queda intacta, pudiéndose presentar pliegues acentuados o aplanados.

La obstrucción crónica de la vesícula por cálculos, tumores, fibrosis o compresión extrínseca del conducto cístico puede causar problemas de hidropesía presente en el 3% de adultos, esta se observa con distensión de la vesícula y la sustitución de la bilis por líquido transparente o secreción mucoide.

Se denomina «colecistitis folicular». Cuando la difusión de linfocitos genera la producción de folículos linfáticos prominentes en la pared de la vesícula; la colecistitis xanto-granulomatosa se da cuando las paredes de la vesícula presenta masa amarilla dura mal delimitada que, al examen, se presenta como infiltrado focal de histiocitos espumosos, células plasmáticas, linfocitos y fibrosis; presente en 1,8% de las vesículas extirpadas. Finalmente, otro tipo es la vesícula de porcelana que ocurre cuando se da la incorporación de la bilis en el sub-

epitelio de la vesícula a través de la ulceración o fisura de la mucosa de forma crónica; así como, la escarificación crónica y depósito de calcificaciones distróficas dan lugar a una vesícula con aspecto consistente y duro como una roca, tiene asociación al riesgo de carcinoma vesicular.

Manifestaciones clínicas

La mayoría de personas con cólicos biliares y acuden por colecistitis aguda tienen edades entre 40 y 80 años, la incidencia de cálculos biliares en mayor proporción lo padecen las mujeres como colecistitis aguda. Con una relación de 3:1 mujeres/hombres. Las manifestaciones clínicas referidas frecuentemente son cólicos biliares presentes a nivel del hipocondrio derecho y/o epigastrio que tiende a acentuarse de 12 a 24 h. pese a la administración de analgésicos, el dolor no desaparece por completo; muchos pacientes refieren antecedentes de episodios de cólicos biliares suaves y progresivos. Otros síntomas que se presentan son malestar general, escalofríos, náuseas, vómitos y anorexia. Para la exploración física el profesional debe recordar preguntar por la orina que se presenta de color icterico, parecido a té anaranjado, además de las heces que tiene la característica del color arcilla, signos que pueden indicar sospecha de obstrucción del colédoco. En el examen físico se descubre febrícula o fiebre moderada, taquicardia y dolor intenso a la palpación en hipocondrio derecho; en el 25% de pacientes la vesícula es distendida y palpable con el signo de Murphy o la supresión brusca de la inspiración al palpar directamente la fosa cística; defensa o rigidez de la pared abdominal estas maniobras permiten la sospecha de una colecistitis gangrenosa o perforación. (Elwood D. , 2008)

Tratamiento de la colecistitis

Los porcentajes de falsos positivos en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis es de 15%, esto implica que la probabilidad después de los exámenes físico, de laboratorio e imagenología, es de 85%. La valoración clínica sintomatológica crea la probabilidad del 60%, antes de que el médico obtenga resultados del ultrasonido. Aproximadamente 5% de pacientes que consultan por

dolor abdominal, es diagnosticado en base a la prueba refleja, esto demuestra que el diagnóstico clínico de colecistitis aguda (clínica del paciente, examen físico y exámenes de laboratorio) mejora la probabilidad en 5 a 60%; donde el likelihood ratio de 25 a 30 nos indica la relación del componente clínico y laboratorio, aspecto que se debe considerar como posibilidad antes de la prueba. Evidenciando que el examen clínico tiene un rol importante en el diagnóstico de la colecistitis aguda.

- **Medidas generales:** es el manejo eficiente para evitar la progresión de la enfermedad, esta aun antes de patrones de obstrucción biliar y con hallazgos de colecistitis calculosa no complicada en los resultados radiológicos. En este proceso se suspende la vía oral, se corrige los problemas hidroelectrolíticos por vía endovenosa, iniciar analgesia y tratamiento con antibióticos. El tratamiento quirúrgico va a depender de la gravedad de la enfermedad, compromiso sistémico, problemas para el abordaje quirúrgico y si requiere de su manejo en cuidados intensivos.
- **Analgesia:** El cólico biliar es el problema más común que se maneja con el uso de antiespasmódicos y analgésicos opioides, conociendo que la hioscina tiene la acción de disminuir el tono, amplitud y frecuencia de contracciones del músculo liso, y tienen efecto parcial en la vesícula y vías biliares, también se reportó el manejo con antiinflamatorios no esteroideos, diclofenaco sódico con el que se obtiene un mejor manejo del dolor por inhibición de la producción de prostaglandinas que forman parte del proceso patológico de la colecistitis.
- **Antibióticos:** El papel de las bacterias en la patogénesis de la colecistitis aguda no es clara, 50 y 75% de pacientes muestra cultivo biliar positivo; resultado que justifica el uso de antibióticos, aun cuando no hay asociación con infección del sitio operatorio y el estado posoperatorio general. El tratamiento con antibióticos ideales tienen la finalidad de proteger contra bacilos entéricos Gram negativos, de la familia Enterobacterias, porque estas son causas de la sepsis e infecciones posoperatorias, porque son m.o que se recuperan de los cultivos de la bilis; el uso de antibióticos para enterococos no es necesario, por ser parte

en esta enfermedad, esto cuando no se presente complicaciones, la duración del tratamiento con antibióticos no debe superar 24 horas después de la colecistectomía. El manejo y uso de antibióticos tiene como principio la prevención de la infección en el sitio operatorio, más no el tratamiento de una infección.

- **Tratamiento quirúrgico:** La terapéutica más conveniente de la colecistitis aguda es la colecistectomía, que puede realizarse como cirugía abierta o cirugía laparoscópica. En lo que se refiere al tiempo para la realización de la intervención quirúrgica, puede ser temprano o tardío. (Angarita, 2010)

1.2. BASE TEÓRICA

ENFERMERIA PERIOPERATORIA

Enfermería peri operatoria es una especialidad definida como “Rol que el profesional de enfermería desarrolla en la asistencia del paciente durante la etapa quirúrgica. Esta disciplina alcanza los cuidados que brinda el profesional de enfermería durante el todo el proceso quirúrgico (antes, durante y después). Los deberes que tiene el profesional de enfermería en el peri operatorio incluye la elaboración y establecimiento del plan de cuidados preoperatorios del usuario” (Del Amo Muñoz, 2012)

PERIODO PERIOPERATORIO

El periodo peri operatorios inicia desde el momento en que el médico y paciente deciden iniciar con el tratamiento quirúrgico y culmina desde el momento del alta hospitalaria. Este proceso incluye un conjunto de procedimientos y prácticas que tiene como objetivo la preparación física y psicológica al usuario y familia, con la finalidad de favorecer el éxito del proceso quirúrgico, el prevenir complicaciones y reducir el periodo de convalecencia y permanencia hospitalaria. Este periodo tiene carácter multidisciplinario y de coordinación entre las distintas especialidades y niveles de atención.

El tratamiento durante el periodo peri operatorio de pacientes intervenidos por cirugía abdominal electiva hasta hace unos años residía en una serie de actividades estrictas realizados más por práctica que por acciones científicas. Este planteamiento adoptaba actitud expectante, en espera de que el organismo recupere rápidamente de la agresión quirúrgica y farmacológica, como mantener la dieta absoluta del paciente hasta recuperar la motilidad intestinal, empleo de sondas y drenajes, prolongación de fluidoterapia hasta aparición del peristaltismo, uso de opiáceos para control del dolor, mantenerlos encamado para evitar complicaciones que alargaban su convalecencia. Además de estrategias preoperatorias que hacían que el usuario llegue al quirófano en condiciones subóptimas por el ayuno prolongado y deshidratación causada por preparación del colon.

En el contexto hospitalario, el paciente quirúrgico es centro de atención constante para el personal de enfermería quienes juegan un rol importante para la atención integral y de calidad; sin embargo, el trabajo en equipo resulta fundamental para el logro de la calidad en el periodo peri-operatorio, según clasificación:

- a. Etapa pre-operatoria: Periodo que inicia con la correcta individualización del usuario, con una serie de actividades como el examen físico minucioso, exámenes de laboratorio y radiológicos, además de la preparación física (preparación de la piel) y fundamentalmente la preparación de aspecto psicológico.
- b. Etapa trans-operatoria: Se inicia cuando el usuario decide sujetarse al procedimiento quirúrgico, hasta el momento de su traslado a la sala de recuperación.
- c. Etapa post-operatoria, periodo dividido en tres momentos:
 - *Periodo inmediato* incluye atención proporcionada en la unidad de recuperación post anestésica y las primeras horas en sala de hospitalización.
 - *Periodo intermedio* son las actividades de enfermería ejecutadas en la sala de hospitalización durante el periodo de convalecencia hasta pre-alta del usuario.

- *Periodo post-operatoria*; considerado desde el momento del alta con actividades de enseñanza de los cuidados post operatorios en su domicilio, recomendaciones y seguimiento.

PERIODO PREOPERATORIO

Periodo que se inicia desde el momento en que el paciente y medico toman la decisión para que pueda efectuarse la intervención quirúrgica y culmina cuando el paciente es ingresado en el quirófano.

Preoperatorio: Etapa que se emprende desde el momento en que se decide que el paciente pase a la intervención quirúrgica. En esta etapa, el profesional de enfermería tiene la función de identificar las necesidades biopsico sociales y espirituales del paciente, así como la identificación de problemas reales y potenciales, para llevar a cabo actividades de enfermería dirigida a la resolución de los problemas planteados, ofreciendo apoyo individualizado. Esta etapa concluye en el momento que el usuario es trasladado a la mesa quirúrgica e inicia la siguiente etapa (trans-operatorio). (Del Amo Muñoz, 2012)

En este periodo se efectúa cada una de las preparaciones, desde el manejo administrativo hasta los cuidados clínicos multidisciplinarios al que debe ser sometido el paciente candidato a una cirugía. La planificación de los cuidados del paciente se establece teniendo como base la historia clínica y luego efectuándose una valoración cuidadosa para establecer toda la atención del paciente por el equipo multidisciplinario y dar inicio con el tratamiento protocolizado.

Actividades médicas que se realizan durante este periodo:

- Elaboración de la historia clínica: Información que recopila el medico
- Pruebas de laboratorio
- Estudio preoperatorio cardiovascular, pulmonar
- Radiodiagnóstico preoperatorio
- Valoración general y preparación preoperatoria
- Consentimiento informado: actuaciones

Cuidados de enfermería en el preoperatorio

Este periodo inicia en el momento de decidir para iniciar con la cirugía, hasta que da inicio a la misma. Los cuidados en esta etapa influyen sobre las experiencias peri-operatorias del paciente; por ello, es primordial identificar y valorar las respuestas: psicológicas, fisiológicas y espirituales del paciente:

Ansiedad pre-operatoria: La ansiedad y estrés son factores que deben afrontar el profesional de enfermería en el área de cirugía, no existe patrón de “rutina”, debe estar enfocado de forma particular en el paciente para el cual se debe identificar, elaborar y ejecutar un plan de cuidados que cubra todas las necesidades del paciente. Teniendo en cuenta la valoración basada en una teoría de enfermería, basada en Dominios NIC NOC, o basada en necesidades humanas que incluyen cada una de las características bio psico sociales del paciente. El proceso quirúrgico origina ansiedad y/o estrés cuyas respuestas fisiológicas y psicológicas dependen de factores:

- Temor a lo desconocido, inseguridad por el resultado o desconocimiento de la experiencia quirúrgica (pacientes que se intervienen por vez primera).
- Temor a la anestesia: es el miedo a respuestas desagradables, imprevistos en el proceso de anestesia como despertarse durante la intervención o sentir dolor, este temor se relaciona con la pérdida de control del paciente al encontrarse bajo anestesia con situaciones fuera de control y miedo a lo desconocido.
- Lo habitual es el temor al dolor o analgesia post-operatoria no efectiva.
- Temor a la muerte, sensación frecuente del paciente pese al avance científico y tecnológico respecto a la cirugía y anestesia; porque, nada indica que exista una anestesia e intervención quirúrgica segura. Pese a que en la vida diaria las personas se enfrentan a mayores riesgos que una cirugía.
- Temor; el temor se presenta frente a diferentes miedos que presenta el paciente quirúrgico uno es el *temor a la separación* del entorno familiar y

trabajo, como el dejar tareas y contratos pendientes, el no retornar por un tiempo o de forma definitiva; temor a alteración de patrones de la vida, a la incapacidad temporal o definitiva, temor a la mutilación o pérdida del cuerpo, alteración y amenaza de la integridad e imagen corporal posterior a la cirugía, el imaginar cada uno de estos temores de la cirugía interfiere de forma variable en las actividades cotidianas, del trabajo y en profesionales para su proceso de recuperación, para ello requiere de atención especial, donde su edad, historia, experiencias pasadas, antecedentes, entorno (familiar, socioeconómico y cultural), son aspectos que serán de referencia para la elaboración del plan de cuidados y apoyar en hacer frente a cada uno de sus temores:

Para valorar la ansiedad o estrés en pacientes durante la etapa preoperatoria, requiere conocer la evaluación del examen del estado mental para examinar ciertas conductas que son indicios y pueden ser patrones que permitan ayudar a superar en el paciente; muchas de las respuestas emocionales y defensivas se manifiestan con alteración en el patrón del sueño, indisposición para la comunicación, desinterés, falsas ilusiones, comportamiento hostil con agresividad, resentimiento, inadaptación, presunción, *negación* con actitud descuidada, risa inapropiada, bromas.

Medidas para reducir la ansiedad y estrés

1. Establecer una relación de confianza con el paciente.
2. Fomentar la verbalización de sentimientos (con exteriorización).
3. Uso de técnicas de comunicación verbales y no verbales para la comunicación con interés genuino.
4. Evitar aportar falsas seguridades, utilizar resultados realistas.
5. El uso de técnicas específicas para reducir el estrés como técnicas de relajación como pedir que el paciente se concentre por 10 minutos.
6. Escucharlo atentamente para identificar y dialogar sobre las causas que originan estrés, retraimiento, ira o negación.

7. Reforzar el éxito logrado cuando el paciente empieza a relajarse, ayudarlo a reconocer su fuerza y progreso y estimularlo para mantenerse alerta ante la tensión y revierta de forma inmediata su aumento.

Respuesta fisiológica a la cirugía

La homeostasis en personas sanas es un sistema de control autorregulado por el sistema neuroendocrino y hormonal que se encarga de conservar la energía y facilita la reparación de las lesiones, donde la alteración se produce como:

1. Respuesta metabólica al estrés quirúrgico se caracteriza por una reacción catabólica con liberación de catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento y glucagón, supresión de insulina. La duración y magnitud de la respuesta fisiológica depende de la extensión de la lesión, enfermedades preexistentes, infecciones, medicación, inanición, anestesia, estado psicológico y otros factores específicos.
2. Otra respuesta es la variación de las funciones vitales, como incremento de la presión arterial, vasoconstricción sanguínea, vasos renales con disminución del gasto urinario, de vasos gástricos y mesentéricos se manifiesta con náuseas, vómitos, distensión abdominal, flatos, disminución de ruidos intestinales, hiperactividad y diarrea, ligero aumento del llenado capilar en dedos de manos y pies por lo que se mantienen fríos.

Valoración pre-quirúrgica

La valoración es la identificación de los problemas del paciente para proporcionar datos básicos, se inicia con la somatometría, funciones vitales, anamnesis, historia clínica, examen clínico que incluya estado nutricional, hidratación, etc.

Historia clínica

Documento médico legal donde se realiza el interrogatorio completo que incluyen datos a considerarse que en algunos casos deben ser documentados con fechas, documento que da pautas para prevenir complicaciones durante el periodo trans y post-operatorio como:

- Alergia a medicamentos, alimentos, sustancias como yodo povidona y látex, que pueden llegar a ser letales.

- Considerar fármacos con indicación y no indicados, vía de administración de medicamentos ingeridos en los últimos 6 meses.
- Análisis por sistemas basado en los antecedentes médicos y quirúrgicos, no olvidar la historia familiar y enfermedades infectocontagiosas para tomar medidas pertinentes.
- Experiencia quirúrgica previa con complicaciones como hemorragias, infecciones previas, tromboembolias y problemas de dificultad respiratoria.
- Complicaciones de la anestesia con síntomas de hipertermia maligna, sueño prolongado y otras complicaciones operatorias.
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Es importante considerar cada una de las reacciones alérgicas a sustancias empleadas para asepsia de la piel, ha habido casos de quemaduras (ampollas flictenas) con el uso de yodo povidona. Se recomienda el uso de otros antisépticos como clorhexidina hipoalergénico de amplio espectro contra diferentes bacterias gram (+) y (-), ácido resistente, hongos, esporas y virus.

Valoración física del paciente por aparatos y sistemas

Es necesario tener cuenta los sistemas como:

Cardiovascular: con problemas como hipertensión arterial, arteriosclerosis, angina, infarto del miocardio 6 meses antes, insuficiencia cardiaca congestiva y arritmias estos trastornos disminuyen la capacidad de resistencia y reacción a los cambios hemodinámicos durante el proceso quirúrgico.

Respiratorio: las enfermedades crónicas o tabaquismo disminuyen la difusión de oxígeno a los tejidos, con pérdida de elasticidad pulmonar reduciendo la eficacia de eliminación del anestésico. El tabaquismo aumenta la concentración carboxi-hemoglobina circulante, aspecto que disminuye el suministro de oxígeno a los tejidos.

Renal: la disfunción renal afecta la filtración y secreción, y puede alterar el equilibrio de líquidos y electrolitos. La anomalía de la función renal disminuye el índice de excreción de los anestésicos y trastorna su eficacia.

Nervioso: verificar el nivel de conocimiento, orientación, capacidad o deficiencia por ser funciones mentales que afectan en el paciente al momento de determinar el tipo de cuidados a realizar durante el periodo peri-operatorio.

Estado nutricional: La desnutrición y obesidad son factores de complicación quirúrgica. La obesidad aumenta el riesgo anestésico y quirúrgico, técnicamente hay dificultad para la intervención, en la cicatrización el contenido de tejidos grasos limita su proceso con propensión a la infección y dehiscencia de herida.

Sistema musculoesquelético, valorar exámenes complementarios para tener en cuenta los antecedentes de cirugías de la columna vertebral, espalda por cifosis, artritis cervical; que son problemas, que requieren de procedimientos especiales para la aplicación de anestesia epidural.

Sistema endocrino: Evaluar enfermedades diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperlipidemia para establecer el plan de tratamiento adecuado.

Datos de laboratorio: Los exámenes de laboratorio son referencia de la salud del paciente. Las muestras se realizan antes de las 24 a 48 de la cirugía (programada). Las pruebas frecuentes según criterio médico son: orina, biometría hemática, glucemia, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y electrolitos.

Exámenes Auxiliares:

- *Hemograma: 14.4 gr%.*
- *Hematocrito:42%*
- *Plaquetas: 211,000*
- *Grupo Sanguíneo: 0*
- *Factor Rh: Positivo.}*
- *Leucocitos: 6760 mm3*
- *Neutrófilos: 76%*
- *Tiempo de coagulación. 7'*
- *Tiempo de sangría: 2'*

Datos radiológicos: La radiografía de tórax es de rutina para valor la función cardiopulmonar, determina el tamaño y contorno del corazón, pulmones y grandes vasos, que dan pautas para el manejo de anestésicos, donde la presencia de infiltrado neumónico cancelaría o retrasaría el procedimiento quirúrgico, otros exámenes radiográficos también se basan según el procedimiento quirúrgico y antecedentes médicos.

Consentimiento del paciente para la práctica de la cirugía

Para proceder con la intervención quirúrgica se requiere la autorización, y para que esta tenga validez, debe contener criterios básicos:

- La decisión voluntaria del paciente.
- La información adecuada al paciente.
- El paciente debe encontrarse en el pleno uso de sus facultades.

Los que podrán firmar el consentimiento son familiares directos, cónyuges e hijos solo deben comprobar la incompetencia (persona que no puede participar de las decisiones, relativas a su propio cuidado) del paciente. Todo paciente debe tener información respecto a su cirugía:

1. Naturaleza y motivo de la cirugía.
2. Las opciones disponibles y los riesgos afines a cualquiera de las opciones.
3. Riesgo del procedimiento quirúrgico y posible resultado.
4. Riesgo relacionado con la administración del anestésico.

Preparación del paciente para la cirugía

Después de evaluar al paciente según el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido, se prepara cada uno de los materiales y equipos necesarios para efectivizar los procedimientos iniciando con los signos vitales, división de la zona operatoria, cateterización de venoclisis, sondas y medicamentos preanestésicos.

Ayuno: indicar ayuno en el periodo de entre las 6 a 8 horas antes de la intervención quirúrgica, para cualquier tipo de cirugía, de forma independiente al tipo de anestesia a administrar. El cuidado de nada por vía oral (N.P.O) incluye la suspensión de todo tipo de ingesta por vía oral como agua y alimentos, así como, fumar (la nicotina estimula la secreción gástrica); estas medidas evitan secreciones gástricas en el estómago evitando la posibilidad de aspiración.

Venoclisis: Su instalación inicia antes de la cirugía, la administración de líquidos y electrolitos es según necesidad del paciente, la zona de venopunción, debe ser un lugar donde no exista riesgo de infiltración y permita el flujo adecuado.

Medicamentos pre-operatorios: Los medicamentos pre-anestésicos se prescriben según edad, estado físico y psicológico, antecedentes patológicos y tratamiento actual del paciente. Los medicamentos pre-anestésicos se administran para calmar la ansiedad, facilitar la inducción al anestésico inhibiendo secreciones gástricas y faríngeas. La administración se realiza por vía I.M. o I.V. Las combinaciones de fármacos utilizados son analgésicos y neurolépticos, analgésicos y ansiolíticos, mas anticolinérgicos. La combinación de medicamentos en el pre-operatorio son los sedantes o tranquilizantes, que reducen la ansiedad y facilita el estado pre-operatorio en calma, además del anticolinérgico que reduce secreciones y contrarresta el efecto vagal.

Higiene: La práctica del aseo corporal antes de la cirugía tiene el propósito de eliminar la suciedad y microorganismos presentes en la piel y de esta forma reducir su proliferación; además que el baño con agua tibia promueve la comodidad y relajación en el paciente. Otro de los cuidados de higiene es el desmaquillado sobre todo el esmalte de las uñas de manos y pies, con el propósito de valorar el llenado capilar y verificar la presencia de cianosis. Luego del procedimiento de higiene se realiza la preparación del paciente para su ingreso a sala con bata limpia, gorro, y si está indicado medias antiembólicas y/o vendaje de miembros inferiores como medida profiláctica.

Objetos de valor y prótesis: para el ingreso al quirófano el paciente no debe portar ningún tipo de alhajas (objetos metálicos producen quemaduras con el uso de bisturí eléctrico), retirar las prótesis dentales para evitar desplazamiento a la garganta, además de los lentes convencionales o de contacto, cada uno de estos materiales deben ser etiquetados juntamente con las joyas, objetos de valor, prótesis, lentes de contacto, registrados con los datos del paciente y resguardarlos de acuerdo a políticas institucionales o entregarlo al familiar con una relación y descripción de cada uno con firma de recibido y en presencia de un testigo.

Lista de verificación pre-operatoria: Es un proceso que sirve para confirmación del paciente acerca de la técnica quirúrgica planeada y la que se realizara con un mínimo de error en su preparación, se anexa toda la documentación en la historia clínica del paciente. (PISA, 2011)

PERIODO OPERATORIO

Periodo que inicia desde el momento de recepción al paciente en la sala de quirófano, y culmina cuando se traslada la sala de recuperación postanestésica; este periodo se caracteriza por ser crítico para la vida del paciente por ser de mayor riesgo dependiendo de condiciones que presenta el paciente, se inicia desde el momento de traslado de la camilla a la mesa operatoria para iniciar con la anestesia y el proceso quirúrgico propiamente dicho.

También llamado periodo intraoperatorio, inicia desde el momento de traslado del paciente a la mesa quirúrgica, donde todas las actividades están enfocadas a la finalidad de cubrir todas sus necesidades además de procurar el bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico; el profesional de enfermería debe realizar previamente la visita preoperatoria para establecer una relación enfermera paciente. En esta fase el profesional de enfermería realiza sus funciones en base a un plan quirúrgico establecido con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando el paciente es admitido en la sala de recuperación. (Del Amo Muñoz, 2012)

Área Quirúrgica

El área quirúrgica está constituido por un conjunto de áreas y ambientes con una infraestructura física y equipamiento característico propio de los procedimientos quirúrgicos derivados de la cirugía, necesario para la atención del paciente en los diferentes periodos pre, trans y post quirúrgico al que van a ser sometidos el cual alberga ambientes como las diferentes salas de operaciones por especialidades, además de servicios: sala de pre anestesia, unidad de recuperación pos anestésica (URPA), central de esterilización y equipo (CEYE), almacén de materiales, sala de rayos X, oficinas administrativas, vestidores para el profesional.

Esta área es una unidad que requiere de condiciones estructurales y físicas adecuadas para su funcionalidad, además del equipamiento, dotación suficiente de insumos, profesional calificado para la ejecución de procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces. El área de quirófano debe ser ubicado en la planta baja para su funcionalidad, con zonas de intercomunicación directa a la unidad de cuidados Intensivos, Urgencias, Cirugía gineco-obstétrica, Central Esterilización, y además cercanía a Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos, Banco de sangre y Anatomía Patológica. (Hernandez, 2010)

Áreas de la unidad quirúrgica

El área de la unidad quirúrgica es una zona de circulación restringida con características y restricción de la circulación de transporte y locomoción del personal según grados claramente delimitado para mantener las condiciones de asepsia y ambiente estéril que demanda cada uno; existen tres formas de circulación fundamental que la componen:

- **Área negra** que es la zona de circulación general **no restringida** de por encontrarse fuera de la unidad quirúrgica, se encuentra la sala de recepción de pacientes, zonas administrativas, etc.
- **Área gris** zona que requiere de condiciones de asepsia controlada **semirestringida** para el ingreso, permanencia y circulación indicado solo para personal autorizado (personal del servicio de SOP, central de esterilización, recuperación) zona que tiene acceso a través de las áreas de transferencia, en todos los casos el personal deberá utilizar uniforme quirúrgico.
- **Pasillo de Circulación blanca** Espacio físico de **circulación restringida**, limitada solo para personal idirectamente relacionado con el proceso operatorio personal médico cirujano, enfermeras instrumentistas, circulante, anestesiólogo y médicos generales, cuenta con acceso únicamente a través de las áreas de transferencia y requiere de uso estricto del uniforme quirúrgico con protección de ropa estéril. (DGCES, 2016)

Material quirúrgico fundamental

- Instrumentos de corte
- Pinzas para montar gasas
- Pinzas hemostáticas
- Pinzas para prehension
- Pinzas de presión continua
- Pinzas para paños
- Portaagujas
- Separadores
- Agujas
- Instrumentos para exploración

Material quirúrgico auxiliar

- Drenajes, catéteres, sondas, cánulas,

Cirugía laparoscópica y RICA

La cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica de mínima invasión que tiene la cualidad de reducir el dolor postoperatorio, preservar el peristaltismo intestinal, reducir complicaciones postoperatorias y acortar la duración del ingreso hospitalario sin aumentar los índices de mortalidad en cirugía mayor abdominal (CMA). Los pacientes que requieren de cirugía mayor abdominal son beneficiados por esta técnica quirúrgica; por la recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) consiste en aplicación de medidas para manejo del paciente quirúrgico antes y durante la intervención, en el postoperatorio inmediato, enfocado a reducir respuestas al estrés quirúrgico con la finalidad de lograr que la recuperación sea rápida y satisfactoria. La combinación de procedimientos en la cirugía laparoscópica y recuperación intensificada, aporta mejores resultados a corto plazo. En cirugía colorrectal convencional el programa RICA demuestra efectividad y seguridad. Sin embargo, esta cuestionado en cirugía laparoscópica por ser un procedimiento asociado a corta

estancia hospitalaria y de menor morbilidad que una cirugía abdominal abierta. (IACS, 2016)

A partir de los años ochenta, se evidenciaron los beneficios de las intervenciones quirúrgicas laparoscópicas de colecistectomía en relación a la técnica abierta. Estos beneficios son más efectivos en casos de colecistitis aguda que en un inicio se consideró como contraindicación, por las dificultades técnicas y por el riesgo de complicaciones en comparación a estados no agudos de colecistitis. Con el tiempo los cirujanos mejoraron la técnica y actualmente este procedimiento es considerado seguro en manos de cirujanos expertos. La tasa de mortalidad de colecistectomía laparoscópica es del 0,5%. Esta técnica ha disminuido la estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad, uso de analgésicos en posoperatorio y el número de hernias por incisión en comparación a la cirugía abierta. A la luz de estudios la colecistectomía laparoscópica es clasificada como beneficiosa y preferida sobre la colecistectomía abierta. Pese a estos resultados, la colecistectomía laparoscópica no es tratamiento de rutina en todo el mundo, ya sea por falta de habilidad o por espacio limitado en el quirófano.

La colecistectomía “mini laparoscópica” es una opción quirúrgica estudiada, fundamentada en los mejores resultados estéticos, reducción del dolor posoperatorio, disminución de estancia hospitalaria y acelera el proceso de recuperación. La mini laparoscopia se diferencia de la laparoscopia convencional en el tipo de instrumento utilizado, donde los trocares tienen un diámetro de 2 a 3 mm (el del equipo estándar tiene un diámetro de 5 mm). Estudios concluyen que falta información para su recomendación, ya que su efectividad es incierta. Esta técnica tiene altas tasas de conversión a colecistectomía laparoscópica o abierta. Se deben considerar precauciones al escoger la colecistectomía laparoscópica, en cualquiera de las fases. Existe mayor tasa de complicaciones en leucocitosis mayor de 18.000/ml al inicio del cuadro o sintomatología por más de 4 días, en edad mayor de 60 años, hay evidencia del aumento de riesgo de complicaciones, como biliares o fístulas biliares. (Angarita, 2010)

PERIODO POST OPERATORIO

Periodo que se inicia desde el momento en que se transfiere al paciente post operado inmediato a la unidad de recuperación y culmina con la evaluación seriada en los servicios de hospitalización o en el hogar. Esta etapa tiene una duración variable y el tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía y factores condicionantes del paciente.

Desde el momento de la admisión del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia se considera como periodo pos operatorio. Donde el profesional de enfermería debe verificar que todos los cuidados (procedimientos y técnicas) se realicen de forma correcta; solo así podrá garantizar indicadores positivos a los resultados de este proceso el que se evidenciaría en la satisfacción de cada una de las necesidades del paciente y el logro de los resultados en el perioperatorio. (Del Amo Muñoz, 2012)

Fases del postoperatorio

El periodo postoperatorio se divide en 2 fases:

- **Posoperatorio inmediato**
- **Posoperatorio tardío**
- **Posoperatorio inmediato:** periodo que dura entre 2 y 4 horas, fundamentalmente tiene lugar en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA), se considera desde el momento en que el paciente sale de quirófano hasta que se regula y estabiliza su estado hemodinámico y recupera totalmente del estrés de la anestesia y proceso quirúrgico.

El paciente es trasladado a la URPA (Unidad de Recuperación Post Anestesia) para estabilizarlo y esperar que despierte y recupere del efecto de los anestésicos. Los post operados pasan en la URPA entre 30 minutos y algunas horas donde se monitoriza y valora continuamente, estableciendo controles cada 10 minutos y una vez estabilizado cada hora, registrando todos los datos en la historia clínica, para ello requiere que nos informemos del:

- Estado de salud basal del preoperatorio
- Tipo de anestesia a utilizar y la duración de la misma
- Tipo de intervención quirúrgica

- Medicamentos administrados
- Localización de las vías de acceso venoso

Entre los principales objetivos de enfermería en el postoperatorio inmediato son:

- Mantener las vías aéreas permeables
- Diagnosticar y tratar las posibles complicaciones como riesgos
- Garantizar la seguridad del paciente
- Estabilizar las funciones vitales
- Disipar la anestesia residual
- Proporcionar alivio del dolor
- Tranquilizar y reducir la ansiedad del enfermo

Se realizara la valoración del:

- Estado de conciencia
- Permeabilidad de las vías aéreas y la ventilación pulmonar
- Monitorizar presión arterial, Frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno
- Funciones vitales: Respiración, Temperatura
- Valorar la herida, apósito, vendas, drenes, etc.
- Valoración de piel y mucosas
- Balance hídrico estricto incluido la diuresis
- Ruidos abdominales y peristaltismo
- Valorar pérdidas hemáticas
- Verificar la transfusión sanguínea y fluidoterapia
- Actividad motora y nivel de sensibilidad postquirúrgico

En el postoperatorio se debe considerar el peristaltismo y ruidos abdominales. El peristaltismo es la movilización de los alimentos a través de contracciones musculares organizadas que ocurren a lo largo del tubo digestivo y órganos tubulares que llevan la orina desde los riñones a la vejiga, así como la bilis desde la vesícula biliar hasta el duodeno. En este proceso la enfermera se debe observar después de 8 horas con el fonendo en las 4 zonas del estómago

escuchando durante un minuto en cada zona. La dieta a seguir es: Agua Líquida Blanda, así como los demás cuidados enfermeros estarán estructurados según el tipo de cirugía, anestesia y condiciones del paciente.

Los cuidados de enfermería en los diferentes tipos de anestesia:

Los cuidados estarán establecidos en función a la amplitud del bloqueo nervioso, también la presencia de una menor o mayor sensibilidad pueden producir ciertas complicaciones en función del grado de adecuación de la circulación y la presencia o ausencia recuperación de la función hemodinámica y control muscular problemas que pueden producir complicaciones si no se estructuran cuidados eficaces

Anestesia local: donde:

- La enfermera se encargará de verificar el estado del paciente mientras recobra la sensibilidad.
- Si en la valoración hay signos de desvanecimiento del bloqueo regional se administrara los analgésicos y continuar valorando signos de toxicidad.
- Se brindará ambiente agradable, con aislamiento y confort posible para la recuperación del paciente.

Anestesia general:

- Controlar el estado de conciencia, signos vitales vigilando manifestaciones de hipotensión y alteración respiratoria.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiración y frente a cualquier alteración observado se debe comunicar al médico para su evaluación.
- Verificar los apósitos, vendajes, drenajes, vías intravenosas, además del dolor o frío.
- Verificar la SO_2 y colocar la mascarilla de oxígeno, la manta térmica es preciso sobre todo si se administra analgésicos.

El paciente debe permanecer en la URPA hasta el momento en que se establezca su estado hemodinámico funcional y de conciencia, momento en que el médico

decidirá el traslado del paciente a la unidad de hospitalización (servicio de cirugía).

La estabilidad estará determinada a través del Test de Aldrete, instrumento que se categoriza funciones esenciales en el paciente a través de la valoración de la actividad, respiración, circulación, el nivel de conciencia y coloración y es determinado por la puntuación que va de 0 a 10 evaluado desde el momento de ingreso y posteriormente cada 5min, 10 min, y 15 min, hasta el momento del alta.

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación								

- **Posoperatorio tardío:** Periodo de fase de resolución y curación del paciente, esta se desarrolla en el servicio de hospitalización o de cuidados especiales. Este periodo tiene la finalidad de resolver cada una de las alteraciones y desequilibrios fisiológicos y psicológicos, asociados a la intervención quirúrgica, anestesia y proceso de curación.

El rol del profesional de enfermería es fundamental en este periodo para actuar de forma oportuna en el control del dolor, prevención de las náuseas, vigilancia de la herida operatoria y recuperación de la micción espontánea, y para la solución de posibles alteraciones fisiológicas y emocionales asociadas como estreñimiento e insomnio que son clave para confirmar la recuperación antes del alta. En este periodo se monitorizan las funciones vitales cada hora, se inicia la ingesta, retiro de fluidos intravenosos, dependiendo del tipo de anestesia. Los factores importantes a tener en cuenta son estreñimiento e insomnio que se relaciona con la inmovilidad, uso de analgésicos opiáceos y

otros fármacos, problemas de deshidratación, falta de privacidad, herida quirúrgica y grado de manipulación de vísceras durante la cirugía. El profesional de enfermería debe lograr la recuperación de los patrones de defecación normal, el que se evidencia con la aparición de ruidos intestinales en 48-72 h siguientes a la cirugía, abdomen blando o sensación de volumen, y eliminación de heces blandas. El insomnio está relacionado con la ansiedad que va desde el periodo preoperatorio manifestado con estrés, dolor y ruido del postoperatorio. Después de la intervención, el paciente apenas debe experimentar problemas del sueño, y sentirse totalmente descansado. En esta fase, los pacientes restablecen el contacto con sus familiares y se completa el proceso educacional al paciente y cuidadores, para conocer los cuidados post operatorios, pautas de analgesia, tipo de alimentación, límites de actividad física y signos de alarma en complicaciones. En este momento se debe entregar el plan de cuidados con cada una de las instrucciones por escrito.

Complicaciones potenciales

En el periodo posoperatorio el profesional de enfermería tiene que vigilar cualquier complicación real o potencial que se pueden presentar desde el postoperatorio inmediato como hasta el periodo tardío.

Complicaciones quirúrgicas Inmediatas

- Complicaciones respiratorias
- Complicaciones circulatorias
- Complicaciones renales y urológicas
- Complicaciones neurológicas
- Complicaciones digestivas
- Complicaciones hematológicas
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Alteraciones del equilibrio ácido base
- Fiebre e infección postoperatoria
- Complicaciones de la herida quirúrgica
- Dolor

- Complicaciones en cirugía laparoscópica
- Otras complicaciones

Complicaciones Tardías

Analgesia postoperatoria

Cura de heridas

Infección quirúrgica

Intervenciones de enfermería en el periodo de post operatorio inmediato

Tan pronto el paciente ingrese el profesional de enfermería realizará una rápida valoración de la situación del paciente en la cama de la unidad en aspectos como:

- Registrar las funciones vitales durante las primeras horas cada media hora.
- Valorar la permeabilidad y necesidad de aspiración de las vías respiratorias.
- Valorar el estado respiratorio en cuanto a profundidad, ritmo y características.
- Observar el estado de la piel: temperatura y color.
- Valorar los apósitos y drenajes.
- Valorar pérdidas hemáticas.
- Monitorear la valoración neurológica cada 15 minutos, para comprobar repuestas sensoriales y motoras y nivel de consciencia.
- Verificar catéteres, apósitos y vendajes
- Verificar y controlar pérdidas de líquidos por vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
- Controlar la diuresis, cada media hora.
- Valorar la necesidad de administrar sonda vesical si la vejiga está distendida y sino micciona en 6-8 horas después de la cirugía.
- Valorar y calmar el dolor, náuseas y vómitos.
- Controlar el efecto secundario de los medicamentos administrados.
- Colocar en posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a la familia. (Del Amo, Fatima, 2016)

1.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Dorothea Elizabeth Orem

En el estudio de teorías y modelos en el usuario quirúrgico, se encuentran diferentes modelos que van desde la satisfacción de necesidades a través de roles que se deben cumplir como la suplencia o ayuda según el problema que presenta el paciente fomentando la autonomía de la persona a través del apoyo en acciones que la persona no puede llevar a cabo por si sola en el periodo de convalecencia, con acciones que ayuden a preservar la vida, y la teoría más significativa y representante en la tendencia de cuidados clínicos además de las otras es la de Dorothea Elizabeth Orem quien estableció la Teoría del déficit del autocuidado como un modelo general de atención en pacientes convalescientes.

Dorothea Orem refiere que de todos los líderes en Enfermería para la elaboración de sus teorías ninguno ha tenido una influencia directa en su trabajo, han sido experiencias de otras enfermeras y en algunos casos ha sido experiencia suya acumulada en todo el tiempo de experiencia profesional lograda en años de trabajo; y Orem cita autoras que hace referencia en su teoría entre ellas Florencia Nightingale, Hildegarde Peplau, Martha Rogers; Calista Roy; Ida Jean Orlando, etc. Este modelo tiene una visión filosófica que se identifica como una visión de realismo moderado descrita por Wallace Bamfield quién también representa la visión de los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en su entorno y están en proceso de conversión, que poseen libre voluntad y otras cualidades humanas fundamentales”

La teoría del "Déficit de autocuidado" de Dorothea Elizabeth Orem es una de las más estudiadas y fue validada para su aplicación en la práctica de enfermería por su visión amplia en los diferentes contextos de la asistencia en los servicios de salud donde se desempeña el profesional, ya que permite la estructuración de los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado del paciente.

Dorothea Orem establece su teoría del déficit de autocuidado como un marco de referencia para el ejercicio de la práctica, educación y gestión de la enfermería y como modelo general el cual está compuesto por tres **teorías relacionadas** entre sí.

1. La teoría del autocuidado
2. La teoría del déficit de autocuidado y
3. La teoría de los sistemas de enfermería. (Prado Solar, 2014)

Conceptos Meta Paradigmáticos

Dorothea Elizabeth Orem, define los conceptos meta paradigmáticos desde su percepción del autocuidado:

Persona

Considera al ser humano como una unidad biológica, racional y pensante cuyo entorno con capacidad de acciones pre determinadas le afectan a él y a su entorno, cada una de estas condiciones le permiten hacer capaz para llevar su autocuidado. También es considerado como un todo complejo y unificado, sometido a las fuerzas objeto de la naturaleza, lo que los hace un ser cambiante; es una persona con capacidades para auto conocerse, autoridad para el uso de ideas, palabras y símbolos para comunicarse y guiar sus esfuerzos, con capacidad de reflexión sobre su experiencia y hechos colaterales, con la finalidad de llevar a cabo acciones de autocuidado y cuidado independiente.

Salud:

La Salud definida como estado que significa integridad física (estructural y funcional); ausencia de defectos, implica deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir su Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan mantener su integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería

Orem la define a la enfermería como el servicio humano, suministrado a la persona que requiere y no puede cuidarse por sí misma para mantener su salud, la vida y/o bienestar; por tanto, enfermería es proporcionar a las personas apoyo directo en su autocuidado, basado en sus necesidades, debido a las limitaciones que están dadas por su situación personal; enfermería es facilitar a personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según requerimiento, debido a incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería están definidos como la ayuda a la persona para llevar a cabo y mantenerse por sí mismo con acciones de autocuidado y conservar la salud y vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar consecuencias de esta.

La enfermera apoya cuando la persona, por cualquier razón, no tiene la posibilidad de autocuidarse. Las formas de asistencia de enfermería que Dorotea Orem propone, se basa en las relaciones de ayuda y/o suplencia del profesional de enfermería hacia el paciente, y son:

1. Realizar las actividades en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar o guiar a la persona, ejemplo recomendaciones sanitarias a mujeres embarazadas.
3. Apoyo físico y psicológico a la persona. ejemplo, administrar el tratamiento médico prescrito.
4. Promover entorno favorable para el desarrollo personal, ejemplo medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona para su auto ayuda; ejemplo, educación al colostomizado respecto a su higiene a realizar.

Concepto de Entorno:

Orem refiere que el entorno es el conjunto de componentes externos que influyen en las decisiones de la persona para emprender su proceso de autocuidado o en su capacidad de ejecutarlo, esta puede influir o interactuar con la persona a

través de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales, en la comunidad, familia e influir o interactuar con la persona. (Pereda Acosta, 2011)

Teorías de Dorothea E. Orem

1. La teoría del autocuidado

La teoría del autocuidado fue elaborado por Dorothea E Orem en 1969, quien lo define como una actividad que es aprendida por las personas, y está orientada a un objetivo. Esta es una conducta que se da en diferentes situaciones concretas a lo largo de la vida de la persona, por ello esta, dirigida a las personas sobre sí mismas y hacia los demás o al entorno, para ayudarlos para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece **requisitos de autocuidado**, que es componente principal del modelo y forma parte del proceso de enfermería en la etapa de valoración, en la teoría el término requisito se define como la actividad que la persona realiza para cuidar de sí mismo, para el cual se propone tres requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Factores condicionantes básicos: las capacidades del individuo para ocuparse de su autocuidado están afectados por factores internos o externos que además afectan el tipo y cantidad de autocuidado. Dorothea E. Orem (1993) identifica diez variables: edad, sexo, estado redesarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; donde cada uno es seleccionado para diferentes propósitos y está relacionado con el fenómeno de interés.

Orem en su teoría refiere que el eje fundamental en el desarrollo de enfermería es la identificación del déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y demandas de autocuidado del paciente. Cuya meta es la eliminación de forma que se pueda cubrir necesidades y/o problemas

reduciendo desviaciones en la salud, y según lo mencionado se asume al proceso de autocuidado como la responsabilidad que la persona para el fomento, mantenimiento y cuidado de su salud.

2. La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es la relación entre la demanda del autocuidado terapéutico y acción de autocuidado de las posesiones humanas donde las aptitudes y conocimientos desarrollados para el autocuidado, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Las personas tienen capacidad de adaptación a los cambios que se producen en sí mismo o su entorno. En esta situación, la persona requiere ayuda que procede de muchas fuentes, incluyendo intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Para Orem la palabra **agente de autocuidado** se refiere a la persona que brinda cuidados o realiza acciones específicas. Cuando cada persona realiza su propio cuidado es considerada como agente de autocuidado; la agencia de autocuidado es la capacidad que tiene la persona para participar en sus cuidados. Las personas que satisfacen sus necesidades tienen una agencia de autocuidado que es capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado y de los otros, la agencia de autocuidado se encuentra en proceso de desarrollo como en niños. Otros pueden poseer una agencia de autocuidado que no funciona en casos de temor y ansiedad porque impide la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que necesita.

El cuidar de uno mismo: Proceso que inicia cuando se toma conciencia del propio estado de salud. Que requiere de un pensamiento racional para aprovechar experiencias personales, normas de cultura y de conductas aprendidas, con la finalidad de tomar decisiones sobre la salud, en el cual debe de existir deseo y compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son barreras para el autocuidado posible, se presenta cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y no tiene deseo de adquirirlo. Puede presentar dificultad para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el mantenimiento continuo del autocuidado son funciones humanas centrales para el aprendizaje y uso del conocimiento para orientar las acciones de autocuidado interna y externas. Las acciones internas o externas de autocuidado pueden determinarse mediante la observación, a través de datos subjetivos tanto de paciente y agente de autocuidado; estas acciones internas y externas proporcionan un índice general sobre los métodos de ayuda. Las acciones de autocuidado externas son:

1. Sucesión de conocimientos basados en acciones de búsqueda.
2. Secuencia de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones interpersonales expresivas.
4. Secuencia para controlar factores externos.

Los tipos de acciones de autocuidado internos son:

1. Recursos para controlar factores internos.
2. Controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y regular factores internos o las orientaciones externas de uno mismo

Para determinar y satisfacer las necesidades de aprendizaje en el autocuidado, estas son aprendidas por el paciente de acuerdo a sus creencias, hábitos y prácticas que determinan la vida del grupo al que pertenece el individuo.

La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E Orem establece la relación de las participaciones humanas con necesidades de autocuidado y la misma actividad de autocuidado donde cada una de las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir la necesidad de autocuidado, esta abarca en pacientes que requieren ayuda total de enfermería por su incapacidad para realizar actividades de

autocuidado, ejemplo: en pacientes cuadripléjicos, también en acciones que realizan la enfermera-paciente, como actividades donde el paciente debe aprender a realizarlas siempre con ayuda, ej. Baño del paciente pos operado de cardiopatía congénita.

En casos de déficit de autocuidado, el profesional puede compensar con Sistemas de Enfermería: *totalmente compensatorio*, *parcialmente compensatorio* y *de apoyo educativo*. El método indica el grado de participación del paciente para realizar su autocuidado, regula o rechaza el cuidado terapéutico. La persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier momento, o activar varios sistemas al mismo tiempo.

3. La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece tres tipos de sistemas de enfermería cuyos elementos básicos del sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Hechos ocurridos que incluyen interacción con la familia y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen cosas en común.

1. La relación debe establecerse de forma clara en la relación de enfermería.
2. Los roles generales y específicos debe ser determinado por la enfermera, paciente y personas significativas. Se requiere determinar alcances de responsabilidad de enfermería.
3. Se debe formular acciones específicas a adoptar a fin de satisfacer necesidades de cuidados de la salud.
4. Determinar acciones requeridas para regular la capacidad de autocuidado para satisfacer demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem estableció tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. **Sistema totalmente compensador.** Sistema solicitado cuando la enfermera realiza el rol compensatorio para el paciente. La enfermera se

encarga de satisfacer requisitos de autocuidado del paciente hasta que pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

2. **Sistema parcialmente compensador:** Este sistema de enfermería no requiere amplitud o intensidad de intervenciones de enfermería, la enfermera actúa con papel compensatorio, y el paciente se implica más en su cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. **Sistema de apoyo educativo:** Sistema apropiado para el paciente que es capaz de realizar su autocuidado y se adapta a nuevas situaciones, pero requiere de ayuda de enfermería, a veces solo es alertarlo. El rol de enfermería es ayudar en la toma de decisiones, comunicar conocimientos y habilidades.

El sistema de enfermería parcialmente compensatorio y sistema de apoyo educativo, es apropiado cuando el paciente requiere de adquirir conocimientos y habilidades.

La principal función del rol de enfermería es regular la comunicación y desarrollo de capacidades de autocuidado de la persona, vinculándose con niveles de atención como promoción y mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, el profesional de enfermería debe poseer capacidad para identificar el momento que el paciente puede realizar su autocuidado y el momento que debe intervenir poder lograrlo, además ofrecer conocimientos teóricos al profesional para explicar los fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, esta teoría también es referente teórico, metodológico y práctico para el área de la investigación.

La importancia del autocuidado no es muy claro cuando se argumenta que, para cuidar del otro, primero es necesario saber cuidar de sí mismo, pues el cuidado solo ocurre cuando hay una transmisión de sentimientos y potencialidades hacia otra persona. (Naranjo Hernández, Dic -2017)



Fig. Teoría de Dorothea Orem

1.4. ESTUDIOS PREVIOS

Internacional

Luis Domínguez y colaboradores en su estudio al que titularon: “Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores” en Colombia en el año 2011. Estudio analítico descriptivo, con universo de 703 pacientes con más de 65 años de los cuales se estudiaron los factores demográficos, clínicos, bioquímicos y de imágenes diagnósticas. Se evaluó la tasa de morbilidad, de mortalidad, conversión y estancia hospitalaria. Se encontraron que el porcentaje de reintervención, de conversión y de hemorragia tuvieron significancia. Como comorbilidad la diabetes predominó en la conversión pacientes con más de 75 años, cuando los comparas con los pacientes de 65 a 74 años. Las complicaciones postoperatorias no mostraron ser significativas. La estancia hospitalaria fue de 4,5 días en promedio

Rubén Cordero y colaboradores publicaron un trabajo titulado “Tiempo de estancia hospitalaria postquirúrgica en pacientes postoperados de colecistectomía convencional y laparoscópica” en México el 2015, en donde realizaron un estudio retrospectivo, transversal y comparativo. La población incluyó a pacientes del año 2011 a los que se les realizó colecistectomías laparoscópica y convencional, de los cuales el 80% de pacientes se caracterizó por ser de sexo femenino; la edad media fue de 48 años, el 82% de pacientes fueron diagnosticados de colecistitis crónica calculosa. Las variables que se

estudiaron incluyeron sexo, domicilio, diagnóstico preoperatorio y complicaciones los cuales no fueron significativos y los que presentaron significancia estadística fueron la edad, el tiempo que el paciente permanece hospitalizado y número de días que el paciente permanece incapacitado luego del procedimiento.

Boris Espinoza y Sergio Aparicio en su estudio “Colecistectomía laparoscópica y abierta en el Seguro Social Universitario de Cochabamba, revisión de casos de cinco años” en Bolivia el 2014. El cual es un estudio retrospectivo de corte transversal que se orientó en caracterizar el abordaje terapéutico de la litiasis biliar, revisión de 7 casos de 5 años. Teniendo como universo 612 pacientes, de los cuales se trabajó con 413 pacientes. Se obtuvo 64% de mujeres y 36% varones; el resultado de colecistectomías que fueron electivas fue 83% y el resto de urgencia; de los cuales 98% fueron colecistectomías laparoscópicas, el 1% fueron abiertas y 1% fueron convertidas; como resultado final se encontraron como complicaciones postoperatorias 0,5% en los que se presentó lesión de vía biliar y en 0,2% cálculo residual. Llegando a la conclusión según este estudio en cuanto a la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento que se prefiere tanto en cirugías electivas como de urgencias, siendo un procedimiento seguro ya que se obtuvo menor porcentaje de complicaciones registradas, menor estadía hospitalaria y mayor aceptabilidad por los pacientes

Perea Baena (2003) en su estudio de “Plan de cuidados en el Postoperatorio Inmediato” Indica que la aplicación del proceso de atención de enfermería en el periodo de Reanimación post- anestésica, al igual que en otras unidades, requiere de realizar las cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. En el postoperatorio inmediato del paciente sometido a proceso quirúrgico bajo anestesia general, local-regional y/o sedación, está caracterizada por la recuperación del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas después de la intervención. Es periodo crítico donde hay complicaciones, muchas previsibles. La mayoría de problemas anestésicos graves suceden en el postoperatorio inmediato. Se considera finalizado este periodo cuando el paciente recupera la conciencia normal y

autonomía completa de sus funciones. Esta recuperación es diferentes de un paciente a otro, depende del tipo de anestesia y cirugía a la que se sometió. La enfermera debe ser capaz de identificar respuestas del enfermo y reconocer complicaciones.

La Unidad de Reanimación Postanestésica es un lugar donde el paciente pasa poco tiempo, está centrado en necesidades importantes, lo que no impide que si la enfermera detecta otros problemas debe ser incluido y tratado en las siguientes etapas del proceso de atención de enfermería. (Perea Baena, 2003)

Alves de Oliveira Serra (2015) En su investigación “Cuidados de enfermería en el paciente pos operado inmediato”; refiere que El cuidado de enfermería durante el periodo post-operatorio inmediato demanda de una atención y atención sistematizada para advertir complicaciones posteriores. El objetivo fue Caracterizar el cuidado prestado al paciente durante el post-operatorio inmediato; identificar los cuidados que se da al paciente y correlacionar las dificultades del profesional de enfermería con el uso de la sistematización de la Asistencia de Enfermería. Método: Es un estudio transversal con abordaje cuantitativo, efectuado en mayo y junio del 2013 en el Hospital de Urgencia y Emergencia de Fortaleza/CE. La muestra se constituyó con 13 enfermeros que laboran en la unidad de recuperación post-anestésica, tipo de estudio transversal. Resultado: existe predominancia del cuidado en el sistema respiratorio y cardiovascular; además hay asociación entre la gran demanda de pacientes y el no uso de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería. Conclusión: Los cuidados no se ofrecen de forma integral y los profesionales de enfermería tienen dificultades para el uso de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería. (Alves de Oliveira Serra, 2014)

Nacional

Aniceto Correa (2017) en su investigación titulada “Proceso de atención de enfermería en trans operatorio de colecistectomía convencional Hospital Nacional Dos de Mayo 2017” menciona que los Cuidados ejecutado en base al

Proceso de Enfermería (PAE), en el periodo trans operatorio en el paciente sometido a cirugía quirúrgica por colecistectomía convencional, tiene mucho énfasis el proceso de instrumentación quirúrgica y la prevención de daños mediante criterios estandarizados abarcando un conjunto de programaciones, intervenciones y cuidados en el proceso de instrumentación dirigido por la enfermería quirúrgica en pacientes que requieren una intervención de colecistectomía convencional.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo Servicio de Centro Quirúrgico Central y Emergencia del año 2017. Así mismo, a través de la aplicación del proceso de enfermería se busca mejorar la calidad en el paciente quirúrgico a través del uso conveniente de equipos y materiales durante el proceso Trans-Operatorio. (Aniceto Correa, 2017)

Rafael Flores (2017), en su estudio “Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima octubre - noviembre 2017”, tuvo como objetivo determinar la satisfacción del paciente con anestesia regional de los cuidados de enfermería en el servicio de URPA durante el post operatorio inmediato. El estudio fue una investigación aplicada, descriptiva con diseño transversal cuantitativa, el lugar fue la Clínica San Pablo. La población se conformó con pacientes post operados sometidos a anestesia regional del servicio de URPA y la muestra se conformó por 30 pacientes. La técnica de recolección fue la encuesta y el instrumento la escala de tipo Likert. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva con aplicación del Software IBM-SPSS versión 24,0. En cuanto a los resultados encontrados del 100% (30), 40% (12) la satisfacción es alto, el 37% (11) es medio y 23 % (07) es bajo. Respecto a la dimensión trato 44% (13) es alto, 33 % (10) es medio y 23% (07) es bajo. En cuanto a la dimensión continuidad del cuidado el 44 % (13) es medio, 33 % (10) es alto y 23% (07) es bajo y en la dimensión resultados el 47% (14) es alto, 30 % (09) es medio y 23% (07) es bajo. Se concluye que la satisfacción de los cuidados de enfermería en el servicio de URPA es alta en pacientes post

operados inmediatos con anestesia regional de la clínica San Pablo. (Rafael Flores, 2018)

Miranda Mendoza, Nilda Sofía (2015); en su estudio “Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería en el postoperatorio inmediato unidad de recuperación post anestesia - Hospital Daniel Alcides Carrión Tacna 2014”; trabajo ejecutado para determinar la relación existente entre la satisfacción del paciente y el nivel de cuidado de enfermería durante el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestesia- Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna 2014. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo de corte transversal la población se constituyó por 152 pacientes atendidos el mes de noviembre del 2014. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista y hoja de observación para medir la relación entre satisfacción del paciente y calidad de los cuidados de enfermería en el post operatorio. El nivel de satisfacción es Completa en 48.03% en el paciente de acuerdo a la escala del instrumento y 17.11% se encuentra en un Nivel de Insatisfacción. (Miranda Mendoza, 2014)

CAPÍTULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1. Datos generales

a. Datos de filiación

- Nombres y apellidos: H. G. A.
- Dirección: Asociación La Victoria Mz L lot 12 S.J. B
- Sexo: Femenino
- Edad: 52 años
- Grado de instrucción: ILETRADA
- Ocupación: SU CASA
- Religión: ADVENTISTA
- Situación laboral: SIN TRABAJO
- Idioma: QUECHUA

b. Datos de hospitalización

- Establecimiento: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
- Procedencia: CONSULTORIO EXTERNO DE CIRUGÍA
- Servicio: CIRUGÍA
- N° de cama: 279 - B
- Forma de llegada: POR SUS PROPIOS MEDIOS (caminando)
- Fecha de Hospitalización: 14 DE AGOSTO DE 2018
- Tiempo de hospitalización: 24 HORAS
- Fuente de información: LA PACIENTE
- Diagnóstico Médico: PREOPERATORIO COLECISTITIS
CALCULOSA CRÓNICA
- Diagnostico quirúrgico: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
- Médico Tratante: DR. ARCANA

➤ Fecha de entrevista: 15 DE AGOSTO DE 2018

- Antecedentes patológicos: hipertensión arterial controlada con indicación médica de captopril
- Antecedentes quirúrgicos: no refiere antecedente quirúrgico.

2.1.2. Situación problemática

Paciente adulto mayor de 52 años de edad de sexo femenino, post operada inmediata de Colectomía Laparoscópica, ingresa al área de recuperación del Hospital Regional de Ayacucho, en posición de cubito dorsal, en estado de semiinconsciencia bajo efectos de anestesia general inhalatoria, con ventilación espontánea, a la valoración física se evidencia piel pálida y mucosas húmedas, buen pasaje aéreo, con fascies de dolor, dolor a la palpación, estado de higiene regular, presenta vía periférica en Miembro superior izquierdo, pasando NaCl 0.9% x 1000 a 30gts./minuto (I fco), apósitos secos, miembros superiores e inferiores con presencia de movimiento, disminución de la fuerza muscular.

2.1.3. Valoración según dominios

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en un periodo de recuperación anestésica

DOMINIO 2: NUTRICION

Peso: 56 Kg. Talla: 1.60 cm IMC: 21.87 (saludable)

Ingesta alimentaria en 24 hrs.: NPO

Masticación: uso de prótesis

Observación: Paciente con estado nutricional saludable e indicación de nada por vía oral (NPO) por la intervención quirúrgica

Líquidos y Electrolitos

Mucosa oral: Hidratado

Hidratación Piel: Turgente

Observación: paciente con hidratación parenteral recibiendo NaCl 9‰ 30 gts/min.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Urinaria: Cantidad: no realizo micción

No presenta sistema de ayuda

A la palpación hay sensación de repleción vesical

Observación: paciente no presenta micción durante su estadía en la sala de recuperación, se palpa sensación de repleción vesical.

Intestinal: Frecuencia: 1 en 24 hrs.

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Sueño y Descanso

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

Ejercicio, movimiento:

Paciente inmovilizado por estado de semi-inconciencia por el periodo de recuperación quirúrgica.

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

Capacidad de autocuidado

Movilización en cama: requiere de apoyo

Observación: El paciente requiere de ayuda para su movilización por encontrarse en el periodo de post operada inmediata

Respuesta respiratoria

Respiración: 20 X´; Via aérea permeable:

Observación: paciente con normal estado respiratorio.

Respuesta cardiovascular

P.A:120/70 mmHg Pulso: 82 X´, extremidades frías

Riego periférico: Normal

Observación: paciente con presión sistólica ligeramente baja por lo que presenta las extremidades frías.

DOMINIO 5: PERCEPCION/COGNICION

Nivel de Conciencia

Test de aldrete

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Conciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5´	15´	30´	45´	60´	...´	Alta
Puntuación	7	8	10	10	10	10		10

Comunicación

Dificultad de comprensión por intubación

Observación: Paciente en recuperación post anestésica con tubo de mayo.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Estado de ánimo: Ansioso

Observación: Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica.

DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

Relaciones familiares: Vive con su familia

Observación: Paciente madre de familia se observa la preocupación del hijo por su estado de recuperación.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS Situación de hospitalización

Observación: Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

Herida quirúrgica

Paciente con apósitos secos por herida quirúrgica en zona de hipocondrio derecho.

Observación: paciente con herida quirúrgica y con riesgo de infección por la herida quirúrgica

Paciente en estado de semiinconciencia por estado de recuperación post anestésica postrada en camilla con vigilancia continua.

Observación: paciente con riesgo de caída por estado de recuperación post anestésica

Lesiones físicas

Observación: Paciente en estado de semi-inconsciencia, con mínima movilización por la intervención quirúrgica con probabilidad de aspiración de secreciones bronquiales producido por efecto del anestésico.

Temperatura

Temperatura: 36.8°C

Observación: Paciente presenta extremidades frías por las características de la intervención quirúrgica como pérdida de fluidos corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica, uso de soluciones frías.

DOMINIO 12: CONFORT

Dolor con Intensidad de 5 en la escala Campbell

	0	1	2
Musculatura facial	Relajada	Tensión mueca de dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Dientes apretados
Tranquilidad	Relajada	Inquietud <input checked="" type="checkbox"/>	Movimientos frecuentes
Tono muscular	Normal	Aumentado <input checked="" type="checkbox"/>	Rígido
Respuesta verbal	Normal	Quejas, libres, gruñidos <input checked="" type="checkbox"/>	Quejas, libres, gruñidos elevados
Confortabilidad	Tranquilo	Se tranquiliza con la voz <input checked="" type="checkbox"/>	Difícil de confortar

DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

Observación: En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en un periodo de recuperación anestésica

2.1.4. Medicación actual

NaCl 9‰ 1000 ml XXX gts /min

Ketoprofeno 100 mg e.v c/6 horas

Ranitidina 50 mg e.v c/8 horas

Metoclopramida 10 mg e.v c/6 horas

Diclofenaco 50 mg IM c/12 horas

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dominios alterados	Análisis e interpretación de datos, inferencia	Identificación del Problema	R/a	Factor causal etiológico	Diagnóstico de Enfermería (NANDA)
DOMINIO 2: NUTRICION Líquidos y Electrolitos Paciente con indicación de NPO, hidratación parenteral con NaCl 9‰ 30 gts/min; para evitar deshidratación por el proceso de [intervención quirúrgica	El paciente que es sometido a intervención quirúrgica tiene alta probabilidad de sufrir alteraciones en el equilibrio del agua corporal; las causas pueden ser múltiples entre ellas la cirugía por pérdidas en el tercer espacio y sangrado, déficits previos al acto quirúrgico, el ayuno o enfermedades que impliquen la pérdida del agua. El paciente presenta riesgo del déficit de volumen de líquidos y electrolitos debido al proceso de intervención quirúrgica e indicación de NPO	Riesgo de desequilibrio electrolítico	R/a	Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO	Cod. – 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico R/a Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN Urinaria:	La retención urinaria en el posoperatorio se relaciona al uso de drogas anticolinérgicas o analgésicas, tratamiento endovenoso,	Riesgo de la eliminación urinaria	R/a	Inhibición del arco reflejo, tipo de cirugía	Cod. 00023 Riesgo de retención urinaria

<p>Paciente no realizo micción Diuresis: 00 ml en sala de recuperación A la palpación hay sensación de repleción vesical.</p>	<p>posición, estrés, dolor, anestesia general y el tipo de cirugía que conduce a la liberación de receptores alfa adrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y uretra estimulado por hormonas, incrementando el tono y termina con retención urinaria; la analgesia peridural continuada con fentanilo inhibe la micción espontánea, porque la acción refleja en la zona de punción lumbar, estas causas explican la presencia de retención urinaria. El paciente presenta riesgo de la eliminación urinaria debido al tipo de cirugía y efecto secundario del anestésico.</p>				<p>R/a inhibición del arco reflejo</p>
<p>DOMINIO ACTIVIDAD/REPOSO Respuesta cardiovascular</p>	<p>4: El síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC) es una potencial complicación mas común en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica por las lesiones de conductos biliares, bilirragia, hemorragia transoperatoria y postoperatoria, perforación vesicular, que</p>	<p>Riesgo para la disminución del gasto cardiaco</p>	<p>R/a</p>	<p>Sangrado, disminución de la tasa metabólica.</p>	<p>Cod. – 00240 Riesgo para la disminución del gasto cardíaco R/a sangrado, alteración del</p>

<p>P.A:120/70 mmHg Pulso: 82 X', extremidades frías Riego periférico: Normal Paciente con presión sistólica ligeramente baja con extremidades frías, por el proceso quirúrgico</p>	<p>puede ocasionar un fracaso multiorgánico y en consecuencia la muerte del paciente. . , El paciente presenta la posibilidad de alterarse el gasto cardiaco debido a la complicación de la cirugía laparoscópica.</p>				<p>metabolismo hídrico.</p>
<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS Respuesta de afrentamiento: Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica</p>	<p>La ansiedad es una reacción de la persona en situaciones y por estímulos peligrosos que provocan reacciones fisiológicas en el metabolismo de glucosa, por acción del SN simpático e inmunológico hay aumento de presión arterial y taquicardia, que en algunas veces supera las capacidades propias y genera descontrol en situaciones, por su intensidad, difícil manejo e incluso por la</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>R/a</p>	<p>Anestesia y proceso quirúrgico</p>	<p>Cod. 00146 Ansiedad R/a anestesia y proceso quirúrgico</p>

		<p>carencia de recursos internos para su reacción, aspecto que genera el manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento</p> <p>El paciente presenta ansiedad debido a los resultados de la intervención quirúrgica.</p>				
<p>DOMINIO 11:</p> <p>SEGURIDAD/</p> <p>PROTECCION</p> <p>Paciente con herida quirúrgica y con riesgo de infección por la herida quirúrgica</p>	<p>Toda herida quirúrgica, tiene riesgo de aparición a una infección por la posibilidad de la interacción entre gérmenes patógenos preexistentes y el huésped que depende básicamente de la localización de la herida y la técnica quirúrgica, la cirugía por colecistectomía laparoscópica tiene como complicación común la infección de la herida.</p> <p>El paciente presenta riesgo de infección debido al proceso de intervención quirúrgica.</p>	Riesgo de infección	R/a	Procedimientos quirúrgicos invasivos	<p>Cod. 00004</p> <p>Riesgo de infección R/a</p> <p>Procedimientos quirúrgicos invasivos</p>	
<p>DOMINIO 11:</p> <p>SEGURIDAD/</p> <p>PROTECCION</p>	<p>La pérdida de conciencia, es una situación donde el cerebro tiene abolido algunos reflejos y solo responde a estímulos en función a profundidad y grado de inconsciencia</p>	Riesgo de aspiración	R/a	Presencia de secreciones secundarias a	<p>Cod. – 00039</p> <p>Riesgo de aspiración R/a</p> <p>Presencia de</p>	

<p>Lesiones físicas</p> <p>Paciente en estado de semi-inconsciencia, con mínima movilización por la intervención quirúrgica</p> <p>Probabilidad de aspirarse por la presencia de secreciones bronquiales producidos por efecto del anestésico.</p>	<p>produciendo disminución o ausencia de reflejos protectores como deglución, tos, vómito, etc. y de reacción ante estímulos externos.</p> <p>El paciente presenta riesgo de aspiración de secreciones debido al estado de inconciencia por efecto secundario del anestésico.</p>			<p>efecto de la anestesia.</p>	<p>secreciones secundario a efecto de la anestesia.</p>
<p>Temperatura</p> <p>Temperatura: 36.5°C</p> <p>Paciente presenta temperatura: 36.5°C con extremidades frías por la pérdida de fluidos</p>	<p>La hipotermia perioperatoria esta asociada a diferentes secuelas como: aumento de la incidencia de infección de la herida operatoria, hospitalización prolongada, problemas de la coagulación e inmunidad, discomfort del</p>	<p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p>		<p>Disminución de la tasa metabólica y exposición a ambientes fríos.</p>	<p>Cod. – 00005</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a perdida de</p>

<p>corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica, uso de soluciones frías.</p>	<p>paciente y estadía prolongada en la unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). El paciente presenta la posibilidad de alterarse su temperatura corporal debido a los efectos del proceso quirúrgico y efecto secundario del anestésico.</p>				<p>líquidos por evaporación, tiempo de exposición a ambientes fríos (SOP)</p>
<p>DOMINIO 12: CONFORT Paciente con gestos de dolor con Intensidad de 5 en la escala de Campbell</p>	<p>El dolor postoperatorio se considera como máximo representante del tipo de dolor agudo, surge como efecto de la estimulación nociceptiva por la agresión producida en el acto quirúrgico y procedimientos no propios de la técnica quirúrgica como consecuencia de estas se produce distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundaria a tracciones, etc., y por la técnica anestésica o patología basal. El paciente presenta dolor debido al proceso del acto quirúrgico.</p>	<p>Dolor agudo</p>	<p>R/a</p>	<p>Procedimientos invasivos.</p>	<p>Cod. – 00132 Dolor agudo R/a Procedimientos invasivos.</p>

2.3. PLANIFICACION (Priorización y plan de cuidados)

a. Priorización de diagnósticos

Diagnóstico de enfermería	Priorización	Fundamento
Cod. – 00132 Dolor agudo R/a Procedimientos invasivos	Alto 1	El dolor postoperatorio es un problema asistencial comunes en los establecimientos hospitalarios, añadiéndose al sufrimiento se acompaña la morbilidad como resultado de la repercusión y complicación que produce en distintos sistemas del organismo.
Cod. – 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico R/a Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO	Medio 2	La probabilidad de presentar pérdidas de líquidos y electrolitos es debido a la exposición durante el proceso quirúrgico como el sangrado o por la perdida en el tercer espacio como se ocasiona en los procesos quirúrgicos de colecistectomía.
Cod. – 00240 Riesgo para la disminución del gasto cardíaco R/a sangrado, alteración del metabolismo hídrico.	Medio 3	El gasto cardíaco es un mecanismo compensatorio que favorece el aporte de oxígeno a cada uno de los tejidos a través de la frecuencia cardíaca. las variables que afectan el volumen sistólico son la precarga, la poscarga y la función contráctil, en condiciones normales, estos componentes se interrelacionan, y si hay disfunción de uno de ellos esta se

		compensa con la finalidad de mantener una presión arterial apropiada, el sangrado con pérdida de volumen circulante, desencadena como respuesta vasoconstricción y aumento de la frecuencia cardiaca conllevando a una hipotensión que puede provocar shock observada como una presión arterial inapropiada para mantener una correcta perfusión tisular, generando hipoxia celular.
Cod. – 00039 Riesgo de aspiración R/a Presencia de secreciones secundario a efecto de la anestesia	Medio 4	La aspiración pulmonar es una complicación poco frecuente de la anestesia, de consecuencia muy grave como (neumonitis por aspiración e insuficiencia respiratoria). Cuyo tratamiento es inespecífico y de soporte, es importante evitar la aspiración en el paciente porque la protección de la vía aérea es principio básico en el cuidado pos anestésico.
Cod. – 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a perdida de líquidos por evaporación, tiempo de exposición a ambientes fríos (SOP)	Medio 5	La hipotermia es la asociación entre el acto anestésico-quirúrgico por la redistribución del calor corporal y disminución del umbral de vasoconstricción que producen los anestésicos, la exposición a ambientes fríos en sala de operaciones y la administración de fluidos a temperatura ambiente. La hipotermia perioperatoria se asocia a problemas adversos como: extensión de la infección en la herida operatoria, hospitalización prolongada, problemas de

		coagulación e inmunidad, problemas cardíacos y prolongación de la estadía en la unidad de Recuperación Postanestésica; por ello, es factor trascendente mantener la temperatura corporal en valores normales durante el período perioperatorio.
Cod. 00023 Riesgo de retención urinaria R/a abolición del sistema reflejo	Medio 6	La retención urinaria puede distender progresivamente la vejiga a medida que se llena la orina causando dolor en la zona baja del abdomen; la orina retenida también puede ser caldo de cultivo para las bacterias, puede producir infecciones del tracto urinario.
Cod. 00004 Riesgo de infección R/a Procedimientos quirúrgicos invasivos	Medio 7	Las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) constituyen el mayor problema de morbimortalidad en el periodo postoperatorio y tienen efectos en el sistema económico por el elevado índices del número de días en la estancia hospitalaria generando gastos económicos extra en el sistema de salud.
Cod. 00146 Ansiedad R/a anestesia y proceso quirúrgico	Medio 8	La ansiedad cumple una función adaptativa considerada como reacción habitual ante las demandas del ambiente; el proceso quirúrgico desencadena en la persona reacciones emocionales, psicológicas y físicas, durante todo el proceso quirúrgico, reacción que genera elevado incremento de los niveles de ansiedad que puede repercutir en el proceso de recuperación provocando cambios en las reacciones

		fisiológicas; si estas dos situaciones se unen nos encontramos ante un problema que requiere solución desde una perspectiva biopsicosocial.
--	--	---

b. Planteamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados

Planteamiento 1

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos</p> <p>Subjetivos: No aplica por estar en semi-inconsciencia</p> <p>Datos objetivos: Paciente con gestos de dolor con Intensidad de 5 en la escala de Cambell.</p>	<p>Cod. – 00132</p> <p>Dolor agudo R/a</p> <p>Procedimientos invasivos</p>	<p>1605-Control del dolor</p> <p>Obj. general: Controlar el dolor durante la recuperación post anestésica</p> <p>Obj. específico Evitar el dolor a través de la administración de analgésicos</p>	<p>2210 Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar analgésicos según prescripción médica: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketoprofeno 100 mg EV c/6 hrs ➤ Diclofenaco 75mg IM c/8 hrs. <p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar la valoración del dolor durante su estancia por lo general al controlar las constantes vitales. ➤ Utilizar técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de respiración profunda, Relajación y apoyo emocional ➤ Evaluar la efectividad del analgésico según la Escala Campbell después de realizada la administración 	<p>El paciente no presenta gestos de dolor</p> <p>PA: 120/70 mmHg.</p> <p>FR: 21X´</p> <p>Escala Campbell = 0</p>

Planteamiento 2

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos</p> <p>Subjetivos:</p> <p>Sangrado durante el periodo operatorio</p> <p>Indicación de NPO</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente post operado inmediato</p> <p>Labios ligeramente secos</p>	<p>Cod. – 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio o electrolítico</p> <p>R/a</p> <p>Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO</p>	<p>0606-Equilibrio electrolítico</p> <p>Obj. general:</p> <p>Evitar el desequilibrio de volumen de líquidos.</p> <p>Obj. específico</p> <p>Evitar el desequilibrio de ingresos y egresos para prevenir la deshidratación.</p>	<p>4120 Manejo de líquidos/electrolitos</p> <p>➤ Administrar CLNa 9‰ 1000 ml XXX gts /min.</p> <p>4130 Monitorización de Líquidos</p> <p>➤ Realizar control de balance hídrico estricto</p> <p>➤ Registrar el ingreso de líquidos por vía parenteral y egreso de líquidos en excreción de orina, drenes, sondas, etc</p> <p>➤ Registrar la duración de la administración de soluciones.</p> <p>➤ Vigilar la diuresis establecida en horario</p> <p>➤ Inspeccionar la administración de los líquidos parenterales en: cantidad, velocidad con bomba o controlador manual.</p>	<p>El paciente sin signos de deshidratación</p> <p>BHE Neutro = 550 cc.</p> <p>NaCl 9‰</p> <p>200ml pp.</p> <p>Diuresis: 300ml</p>

Planteamiento 3

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos</p> <p>Subjetivos:</p> <p>No aplica por estar en estado de semi inconciencia.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>P.A:110/60 mmHg</p> <p>Pulso: 82 X', extremidades frías</p> <p>Riego periférico: Normal</p> <p>Paciente con presión sistólica ligeramente baja con extremidades</p>	<p>Cod. – 00240</p> <p>Riesgo para la disminución del gasto cardíaco</p> <p>R/a sangrado, alteración del metabolism o hídrico.</p>	<p>0401-Estado circulatorio</p> <p>Obj. general: Mantener el gasto cardiaco durante su recuperación postanestesia.</p> <p>Obj. específico Disminuir el riesgo alteración hemodinámica a través de la observación constante</p>	<p>4050 Manejo del riesgo cardíaco</p> <p>➤ Monitorizar las funciones vitales (PA, FC, y SO₂; comparar con valores del período pre-operatorio.</p> <p>4010 Prevención de hemorragias</p> <p>➤ Vigilar los apósitos y drenes quirúrgicos cada ½ hora y verificar la condición del paciente.</p> <p>➤ Registrar la cantidad, color de líquido drenado en apósitos, sondas y/o drenes.</p> <p>4150 Regulación hemodinámica</p> <p>➤ Vigilar signos y síntomas Shok hipovolémico por hemorragia: Extremidades frías, oliguria (<30 ml/hr) retraso de llenado capilar (>3 seg,), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis, palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.</p> <p>➤ Informar de inmediato al cirujano en caso de pérdida excesiva de líquido drenado.</p>	<p>El paciente presenta:</p> <p>PA: 120/70 mmHg</p> <p>FC: 80 X'</p> <p>SO₂: 98%</p> <p>Apósitos secos</p> <p>Extremidades tibias</p> <p>Llenado capilar de 2"</p>

frías, por el proceso quirúrgico			➤ Brindar ambiente adecuado para evitar niveles de estrés elevados.	
----------------------------------	--	--	---	--

Planteamiento 4

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos</p> <p>Subjetivos:</p> <p>No aplica por ser paciente en estado de semi-inconsciencia</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Presencia de secreciones bronquiales por efecto del anestésico.</p>	<p>Cod. – 00039</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p>R/a</p> <p>Presencia de secreciones</p>	<p>1918- <i>Prevención de la aspiración</i></p> <p>Obj. general: Evitar la presencia de secreciones durante su recuperación postanestésica.</p> <p>Obj. específico Mantener las vías aéreas libres de a</p>	<p>3200 <i>Precauciones para evitar la aspiración</i></p> <p>➤ Realizar la monitorización continua de la permeabilidad de las vías respiratorias en la unidad de recuperación.</p> <p>➤ Mantener conectada la cánula de guedel, hasta cuando el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso.</p> <p>➤ Aspirar el exceso de secreciones, audibles en orofaringe o nasofaringe.</p> <p>➤ Administrar oxígeno húmedo a 5 l/min. por mascarilla, o según indicación.</p>	<p>El paciente presenta Vías aéreas permeables libre de secreciones</p> <p>Paciente en decúbito lateral</p> <p>FR: 20X´</p> <p>SO₂: 98%</p>

Mínimo movimiento por la intervención quirúrgica		través de la aspiración de secreciones.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar al paciente en posición de cubito dorsal con la cabeza lateralizada, de forma que permita la ventilación máxima. ➤ Monitorizar y registrar la función respiratoria considerando características de simetría, profundidad y expansión, nivel de conciencia, saturación de oxígeno a intervalos regulares. 	
--	--	---	---	--

Planteamiento 5

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos</p> <p>Subjetivos: No aplica</p> <p>Datos objetivos Temperatura: 36.5°C Extremidades frías por la pérdida de</p>	<p>Cod. – 00005</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a pérdida de líquidos por evaporación,</p>	<p>1923-Control del riesgo: hipotermia</p> <p>Obj. general: Mantener la T° corporal adecuada durante su recuperación postanestésica</p>	<p>3902 Regulación de la temperatura: Postoperatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Regular la temperatura ambiental según necesidades del paciente. ➤ Abrigar con mantas térmicas para mantener una adecuada temperatura corporal. ➤ Verificar vendajes (húmedos, apretados), ropa de cama húmeda y otros factores ambientales 	<p>T°: 36.7°C</p> <p>Extremidades tibias</p> <p>Temperatura ambiental 25°C</p>

fluidos corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica y uso de soluciones frías.	tiempo de exposición a ambientes fríos (SOP)	en valores normales Obj. específico Reducir el riesgo de pérdida de calor del paciente a través de técnicas de calor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brindar medidas para mantener la comodidad y confort del paciente (retiro soltura de vendas, secado del sudor y/o cambio de sábanas). ➤ Monitorizar la temperatura corporal. 	Vendajes secos
--	--	---	---	----------------

Planteamiento 6

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos subjetivos No aplica</p> <p>Datos objetivos Diuresis: 00 ml. en sala de recuperación</p>	<p>Cod. 00023</p> <p>Riesgo de retención urinaria R/a inhibición del arco reflejo</p>	<p>0503-<i>Eliminación urinaria</i></p> <p>Obj. general: Mantener la diuresis horaria durante su recuperación postanestésica entre 5ml/Kg/hra</p> <p>Obj. específico</p>	<p>0620 <i>Cuidados de la retención urinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar características de la eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color, signos de retención. ➤ Realizar balances hídricos parciales. ➤ Estimular el reflejo de la vejiga 	<p>Paciente:</p> <p>Mantiene diuresis: 300 ml.</p> <p>Balance parcial neutro.</p>

Sensación de repleción vesical.		Controlar la diuresis horaria.		
---------------------------------	--	--------------------------------	--	--

Planteamiento 7

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos subjetivos</p> <p>No aplica</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Herida quirúrgica en zona abdominal</p>	<p>Cod. 00004</p> <p>Riesgo de infección R/a</p> <p>Procedimientos quirúrgicos invasivos</p>	<p>1924-Control del riesgo: <i>proceso infeccioso</i></p> <p>Obj. general: Minimizar el riesgo de infección durante su recuperación postanestésica.</p> <p>Obj. específico Favorecer al escrupuloso manejo de la técnica estéril.</p>	<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener normas de asepsia como lavado de manos considerando sus momentos. ➤ Mantener los apósitos limpios y secos <p>0083 Cuidados del sitio de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejar la técnica estéril en procedimientos todo procedimiento con el paciente (cateterización, manipulación de líneas venosas). 	<p>Paciente no presenta riesgo de infección</p> <p>Se mantiene normas de asepsia</p> <p>Apósitos limpios y secos.</p>

			➤ Manejar la técnica adecuada de cuidados en heridas quirúrgicas,	
--	--	--	---	--

Planteamiento 8

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p>Datos subjetivos Ansiedad “balbucea estoy bien”</p> <p>Datos objetivos No aplica</p>	<p>Cod. 00146</p> <p>Ansiedad R/a y anestesia proceso quirúrgico</p>	<p>1211-Nivel de ansiedad</p> <p>Obj. general: Calmar la ansiedad durante su recuperación postanestésica.</p> <p>Obj. específico Controlar estímulos de ansiedad</p>	<p>5230 <i>Mejorar el afrontamiento</i></p> <p>➤ Vigilar y controlar ruidos excesivos en el servicio.</p> <p>6040 <i>Terapia de relajación</i></p> <p>➤ Explicar los procedimientos a realizar con el paciente durante su estancia</p> <p>➤ Proporcionar información sobre su estado.</p> <p>➤ Verificar los síntomas de ansiedad.</p>	<p>El paciente no presenta manifestaciones de ansiedad</p> <p>Ambiente libre de ruidos</p> <p>Informe sobre su estado de salud.</p> <p>Se permanece con la paciente.</p>

			➤ Fomentar la compañía al paciente para suscitar seguridad y reducir temor al proceso de recuperación.	
--	--	--	--	--

2.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO

	EVALUACIÓN
Valoración	Durante la etapa de valoración se logró recolectar todas las respuestas humanas reales y potenciales de la paciente basado en el examen físico y los datos recogidos durante el periodo transoperatorio. Aspecto que permitió continuar con las demás etapas del proceso de enfermería.
Diagnóstico	En esta etapa se analizaron todas las respuestas humanas expresadas en problemas presentes y potenciales teniendo la intención de evitar complicaciones postoperatorias en la paciente.
Planificación	Se priorizaron cada uno de los problemas identificados para posteriormente planificar cada uno de los cuidados basados en los criterios NOC y NIC con la finalidad de dar solución a cada uno de los problemas o necesidades de la paciente.
Ejecución	Se ejecutaron cada uno de los cuidados establecidos con la finalidad de dar solución a cada una de las respuestas humanas alteradas de la paciente durante el periodo de recuperación.
Evaluación	Con los problemas identificados y cuidados establecidos y ejecutados durante el periodo de recuperación la evolución del paciente fue positiva, logrando su alta en el menor tiempo y sin riesgo a complicaciones evidenciado en la tabla de Aldrett con buena evolución para regresar a su servicio donde se continuaran con los cuidados postoperatorios mediatos.

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un instrumento importante durante la atención que se brinda al paciente ya que permite al profesional de enfermería el uso del pensamiento crítico para efectuar cada una de sus etapas, además de brindar cuidados eficaces orientados al bienestar del paciente.

- El proceso de enfermería permitió garantizar la correcta asistencia en la unidad de recuperación post-anestésica a través de cuidados continuos y eficaces demostrados en el resultado de la tabla de Aldrett.
- Los cuidados post anestésicos estuvieron basados en el seguimiento estructurado desde la etapa pre quirúrgica y transquirúrgico y de esta forma se evitaron complicaciones en el periodo de recuperación considerando que los cuidados realizados por profesional de enfermería son de vital importancia en este periodo.
- La práctica del cuidado basado en el proceso de enfermería permite al profesional la obtención de una mayor satisfacción por la experticia que se adquiere al aplicar en cada paciente/usuario además de permitir la continuidad de los cuidados de atención al paciente.
- Respecto a los resultados de la aplicación en el paciente permitió la continuidad de los cuidados, además de la evitación de posibles complicaciones, logrando restablecerlo en el tiempo adecuado para su alta de la unidad.

3.2. RECOMENDACIONES

- Al departamento de enfermería promover estrategias de uso y práctica continua de los cuidados al paciente a través del proceso de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de atención al usuario y optimizar la atención en cada servicio.
- Que las unidades de enfermería de los servicios hospitalarios establezcan protocolos de atención basados en el proceso de enfermería con la finalidad de optimizar la continuidad de los cuidados en el paciente y fomentar el uso apropiado de recursos humanos y materiales.
- Que los profesionales de enfermería responsables del cuidado del paciente quirúrgico (en sus diferentes periodos) consideren una buena valoración para la adecuada identificación de las respuestas humanas del paciente y de esta manera facilitara la continuidad de los cuidados por la característica de que cada etapa peri operatoria es secuencial y continua.
- El profesional de enfermería que labora en la unidad de recuperación Postanestésica debe tener preparación y conocimiento que para cumplir con los cuidados establecidos en este periodo requiere de la revisión y seguimiento del paciente desde la etapa pre quirúrgica para favorecer la continuidad de los cuidados y evitar complicaciones posteriores.

3.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Alves de Oliveira Serra, M. A. (2014). Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 161.
2. Angarita, F. (2010). Colecistitis calculosa aguda. *UNiversitas Medica*, 20.
3. Aniceto Correa, G. (2017). *Proceso de atención de enfermería (PAE) en transoperatorio de la colecistectomía convencional en el hospital nacional dos de mayo 2017*. Lima- Peru: UNiversidad Garcilazo de la Vega.
4. Carolina Reina, N. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Redalyc*, 7.
5. Del Amo Muñoz, E. (2012). Atención de Enfermería en el paciente quirúrgico . En E. Del Amo Muñoz, *ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO* (pág. 12). Mexico: Interamericana.
6. Del Amo, Fatima. (2016). *Proceso Quirúrgico: postoperatorio*. Mexico.
7. DGCES. (2016). *Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*. Mexico: Dirección general de calidad y educación en salud.
8. Elwood, D. (2008). Colecistitis. *Clinicas quirúrgicas de Norteamérica*, 12.
9. Elwood, D. R. (2008). Colecistitis. *Surgical Clinics of North America*, 88(1).
10. Gemma, C. V. (2012). Enfermera instrumentista. En *MANUAL DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO* (pág. 12). Mexico: Interamericana.
11. Hernandez, G. (2010). *Técnicas quirúrgicas en Enfermería*. Mexico: Editores de textos mexicanos.
12. IACS. (2016). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal*. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
13. Miranda Mendoza, N. S. (2014). *Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad*

de recuperación post anestesia - Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna 2014. Tacna Peru: UNiversidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .

14. Naranjo Hernández, Y. (Dic -2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*.
15. Perea Baena, M. C. (2003). PLAN DE CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. *Enfermera docente*, 78.
16. Pereda Acosta, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Medigrafic*, 163-167.
17. Peves Villagaray, N. (2015). *Proceso de atención de enfermería en Paciente Post operatorio de colecistectomía*. Ica - Peru: Universidad nacional de San Luis gonzaga de Ica.
18. PISA. (2011). *Principales procesos asistenciales de enfermería*. Mexico: Panamericana.
19. Prado Solar, L. A. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Medica Electronica*.
20. Rafael Flores, N. (2018). *Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima octubre - noviembre 2017*. Lima Peru: Universidad Nacional MAyor de SAn Marcos.
21. Rojano Polvo, D. (2015). Naturaleza de la enfermería destacando su razón de ser para el cuidado humano. *Academia edu*, 8.
22. Zarate, A. (2016). Colecistitis Aguda. *Universidad Finis Terrae: Escuela de Medicina*, 7.

ANEXOS

VISTA 01: Preparando el instrumental para una intervención de colelap



VISTA 02: Instrumentando en una intervención de colelap



VISTA 03: Paciente intervenido en Unidad Recuperación Post Anestésico

