

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POST OPERADO DE  
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL I OXAPAMPA  
ESSALUD, 2020**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

**LIC. LAUREANO ELÍAS ESPINOZA VIDAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA  
EN CENTRO QUIRÚRGICO**

ASESOR

Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

Lima, Perú

2020

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme desarrollarme como Enfermero y poder brindárselo a los demás.

A mis padres Laureano y Agustina, por su incondicional amor, fuerza y apoyo.

A mis hermanos Elia, Omar y Luz, por su eterna muestra de cariño, amor y apoyo.

A mi hija Alexandra, motor y motivo de mi superación, y por su cariño incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo está dedicado a nuestro Padre Celestial, por brindarme la vida y a mis padres, hermanos e hija por su apoyo incondicional para lograr mis metas.

## ÍNDICE

	<b>PÁG</b>
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	07
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Bases Teóricas	10
1.2 Teoría de Enfermería	15
1.3 Cuidados de Enfermería	18
1.4 Estudios Relacionados	19
<b>CAPÍTULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE</b>	
2.1 Valoración según Dominios	22
2.2 Diagnósticos de Enfermería	31
2.3 Planteamiento de Objetivos y Prioridades	34
<b>CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
3.1 Conclusiones	45
3.2 Recomendaciones	46
Referencias Bibliográficas	47
ANEXOS	

## RESUMEN

Colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios que evolucionan desde una simple congestión hasta supuración, gangrenación y perforación.

El presente plan de cuidados de enfermería se aplicó a un paciente con el diagnóstico postoperatorio de colecistectomía laparoscópica, paciente atendido en el Hospital I Oxapampa de ESSALUD.

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la asistencia, que permite al enfermero prestar sus cuidados de forma estructurada, y lógica. En la etapa de valoración por dominios se identifica necesidades en el paciente pos operado como: seguridad/ protección, confort, ansiedad, etc. Para el diseño del presente plan de cuidados de enfermería se hizo uso de la taxonomía diagnósticos N.A.N.D.A. según dominios y clases. NIC y NOC para la implementación objetivos e intervenciones encaminado a la conservación y restablecimiento de la salud.

Los objetivos del presente trabajo académico fueron la implementación del PAE (proceso de atención de enfermería) y, comprendió: valorar de manera holística al paciente colectistectomizado; elaborar el plan de cuidados de enfermería usando taxonomías NANDA, NIC y NOC, ejecutar el plan y evaluar la eficacia de las intervenciones.

Como resultado encontramos de vital importancia la aplicación del PAE como método científico para generar teorías relacionados a la esencia del cuidado.

**Palabras Clave:** Colecistectomía, Proceso de Atención de Enfermería.

## ABSTRACT

Cholecystitis is an inflammation of the gallbladder wall. Once started, the inflammatory process generates changes that evolve from a simple congestion to suppuration, gangrenation and perforation.

This nursing care plan was applied to a patient with a postoperative diagnosis of laparoscopic cholecystectomy, a patient treated at Hospital I Oxapampa of ESSALUD.

The nursing care process is the application of the scientific method in care, which allows the nurse to provide care in a structured and logical way. In the assessment stage by domains, the needs of the postoperative patient are identified, such as: safety/protection, comfort, anxiety, etc. For the design of this nursing care plan, the N.A.N.D.A diagnostic taxonomy was used. according to domains and classes. NIC and NOC for the implementation of objectives and interventions aimed at the preservation and restoration of health.

The objectives of this academic work were the implementation of the PAE (nursing care process) and included: holistically assess the cholecystectomized patient; develop the nursing care plan using NANDA, NIC and NOC taxonomies, execute the plan and evaluate the effectiveness of the interventions.

As a result, we find of vital importance the application of the PAE as a scientific method to generate theories related to the essence of care.

**Keywords:** Cholecystectomy, Nursing Care Process.

## INTRODUCCIÓN

El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica. El manejo de trastornos quirúrgicos como las colecistectomías requiere no sólo de la aplicación de habilidades técnicas y de capacitación en ciencias y tecnologías; sino también, se necesita de un compromiso honesto de brindar cuidados holísticos, competentes, pero sobre, todo humano de parte del profesional de enfermería. <sup>1</sup>

La labor del profesional de enfermería consiste en satisfacer las necesidades del paciente sobre todo después de una cirugía, proporcionar confort y seguridad es una labor esencial. La relación terapéutica entre el enfermero y el paciente es el canal de comunicación que garantiza la satisfacción de todas las necesidades del paciente y a través de estrategias optimizamos los cuidados de enfermería, esto se logra aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

El presente trabajo tiene por propósito: Diseñar e implementar programas de mejora continua, elaborando guías, protocolos de atención en el paciente post quirúrgico haciendo uso del proceso de Atención de Enfermería. Brindar capacitaciones al personal de enfermería, evaluaciones continuas para fortalecer el cuidado de enfermería y así contribuir a disminuir los riesgos de complicaciones post operatorias.

A través del Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente colecistectomizado se logrará constituir una estructura que pueda cubrir las

necesidades individuales del paciente, a través de la valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

El proceso de Atención de Enfermería fue aplicado a un paciente adulto maduro con diagnóstico posoperatorio de colecistectomía laparoscopia en el Hospital I ESSALUD de la Provincia de Oxapampa.

El trabajo está organizado en tres capítulos: Capítulo I: Marco teórico; capítulo II: Aplicación de PAE y finalmente el capítulo III: Conclusiones y recomendaciones.



# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Base Teórica

La colelitiasis es una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos en la vesícula biliar, tiene una alta prevalencia en todo el mundo, por ello la colecistectomía es el tratamiento quirúrgico de preferencia elegido por sus bajos riesgos para el paciente. La colecistectomía laparoscópica tiene muchas ventajas en relación a la colecistectomía convencional, como menor tiempo de hospitalización, menor dolor en la etapa posoperatoria, rápida recuperación y menos mortalidad.<sup>2-3</sup>

Entre los factores de riesgo para que la colelitiasis se pueda complicar tenemos la edad, predominando en personas mayores de 60 años, estos datos a partir de investigaciones revisadas alcanzando un 20% aproximadamente y para las personas mayores de 70 años un 30%; entonces a mayor edad habrá mayor probabilidad de complicaciones. También tenemos el sexo femenino, sobre todo durante la etapa de gestación en donde se incrementa el desarrollo de cálculos de colesterol. La gestante desarrolla litiasis biliar asintomática, barro biliar y los cálculos miden menos de 10mm que desaparecen después del parto.<sup>4</sup> Otros factores que puede agudizar la colelitiasis es el Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30, los antecedentes familiares y los factores hereditarios.<sup>4</sup>

Philip Mouret, en el año 1987, ejecuta la primera colecistectomía laparoscópica, juntando la laparoscopia, que era un procedimiento diagnóstico, con una técnica quirúrgica. A través de esta nueva experiencia quirúrgica, se obtuvieron valiosos resultados para los pacientes, este procedimiento quirúrgico es la primera elección de tratamiento ante una colecistopatía quirúrgica, relegando así a la colecistectomía convencional.<sup>5</sup>

La colecistectomía laparoscopia generalmente está indicado en pacientes con cálculos biliares que presentan dolor tipo cólico y en patologías de colecistitis de inicio agudo y crónico, discenesia biliar y pancreatitis biliar. En relación a las contraindicaciones, está contraindicado en pacientes con reacciones a la anestesia general.<sup>6</sup>

Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica son muchas entre ellas tenemos menos trauma quirúrgico, esto disminuye el tiempo de hospitalización en el paciente, la recuperación posoperatoria es rápida y el paciente se reincorpora a su actividad laboral. Así mismo, el costo socio-laboral disminuye y produce menos tejido cicatricial cuidando la apariencia del paciente.<sup>7 8</sup>

Al existir menor trauma quirúrgico, el paciente se recupera de manera rápida en la etapa posoperatoria. El tamaño de la herida es pequeña, existe menor sección peritoneal y muscular y esto se plasma en que los pacientes experimentan menor dolor en la etapa posoperatoria, menor riesgo de dehiscencia y evisceración. La

reinserción a la actividad laboral es rápida y es una ventaja de este procedimiento quirúrgico que impacta positivamente en los costos socio- laborales.<sup>9</sup>

La colecistectomía laparoscópica, trajo consigo grades avances y beneficios para los pacientes, pero también con el transcurrir del tiempo se evidenciaron un conjunto de complicaciones producto de la técnica quirúrgica. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos las lesiones quirúrgicas de las vías biliares en diferentes niveles de gravedad y la litiasis residual; también se fue retirando la aplicación de la conlangiografía en la etapa intraoperatoria.

Como nueva técnica quirúrgica, con el paso del tiempo no solo produjo beneficio para el paciente, sino también complicaciones como ya se mencionó las lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal (colédoco), incrementándose en gravedad y numero, siendo más difícil y complejas de abordar en relación a la colecistectomía convencional.<sup>10 11</sup>

## **1.2 Teoría de Enfermería**

### **Teoría de confort de Katherine Kolcaba**

El término de confort presenta sinónimos como holgura, bienestar, desahogo y comodidad, todos estos relacionados con las diferentes interpretaciones que se dan a este término. El termino de comodidad proviene del latín *commoditas*, *-ātis*, que tiene cono significado de cualidad de cómodo. Para la Real Academia Española la palabra confort se origina del francés confort y a su vez del inglés confort, describiéndose como el hecho de bienestar.<sup>12</sup>

Para la Teorista Katherine Kolcaba el termino de comodidad es definida como “experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos: alivio, tranquilidad y trascendencia”.<sup>13</sup>

El profesional de enfermería comprende lo que significa el término de comodidad y que sus cuidados son fundamentales para proporcionar comodidad a sus pacientes, sin embargo, el término de comodidad es subjetivo por lo que es complicado ejecutarlos y evaluarlos para ir mejorando progresivamente. A la fecha la gran mayoría de profesionales están de acuerdo que la comodidad es un estado asociado al bienestar traducido en un estado de alivio. Cuando un paciente está sometido a un reposo prolongado durante su estancia hospitalaria esta propenso a sufrir de alteraciones en su confort relacionado o no a su patología.

Para Khaterine Kolcaba el termino de confort es más que la magnitud física, afectando también las dimensiones, psicológicas, espiritual, social y ambiental. Considera que la capacidad y habilidad en la identificación del tipo de confort en los diferentes entornos le permitirá al profesional identificar y comprender la situación real de comodidad que experimentan sobre todo los pacientes que se encuentran hospitalizados por periodos prolongados en donde se altera la percepción de confort.<sup>13</sup>

Para Collière (1997), el hecho de cuidar es el acto de esmero y dedicación que se ofrece a la persona o paciente que necesite apoyo para el logro de

satisfacción de necesidades, ya sea de manera temporal o definitiva. Por lo tanto, el término de cuidar es considerado un acto de vida y comprende una serie de actividades encaminadas a mantener y conservar la vida. Los profesionales de enfermería realizan un conjunto de cuidados dirigidos al paciente para satisfacer sus necesidades a través de acciones de cuidado y acciones administrativas.<sup>14</sup>

Para Kozier (1995), las intervenciones de cuidados son “las estrategias que la enfermera aplica para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente”, estas estrategias son el conjunto de cuidados que se brinda al paciente de acuerdo a su estado de salud y sus necesidades como pueden ser: alimentación, movilización, higiene y confort.<sup>11</sup> Las acciones de cuidado que buscan la comodidad del paciente han sido considerados por varias teoristas de la enfermería como es Florence Nightingale quien considera al mismo cuando refiere: “Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación nos sirve para recopilar datos variados y hechos curioso, para salvar vidas y promover la salud y la comodidad”.

Por todo lo mencionado muchas teoristas de enfermería consideran que la razón de ser del profesional de enfermería es brindar sus cuidados para el logro de la comodidad y bienestar de la persona, promover el mantenimiento de la salud, recuperar la salud y apoyar a morir con dignidad. Se concluye entonces que el cuidado es el estado final de la salud y se distingue como objetivo de los cuidados que brinda el profesional de enfermería.<sup>15</sup>

Katherine Kolcaba define los diferentes tipos de comodidad teniendo como base otras investigaciones realizadas por otras enfermeras que utilizaron el término de confort. También tenemos el concepto de alivio en donde Kolcaba utiliza la definición de Ida Jean Orlando quien considera que la salud tiene correspondencia con el bienestar y las expresiones de comodidad física y mental de la persona, por lo tanto, los cuidados que brinda el enfermero está encaminado a alcanzar una comodidad holística en el ser humano.

Por otro lado tenemos la definición de comodidad como tranquilidad que también Kolcaba lo desarrollo a partir de la investigaciones de Virginia Henderson. La definición de necesidades humanas de la persona considera que para que este se encuentre en equilibrio o hemostasis debe darse como requisito la satisfacción de las necesidades como exigencia para la vida y el logro de independencia.<sup>13</sup>

Para la teorista Kolcaba el fenómeno de la comodidad y la interacción de la enfermera con la persona es fundamentalmente positivo y necesario, a partir de los cuidados de comodidad terapéuticos se podrá alcanzar el objetivo del restablecimiento de la salud de las personas.<sup>16 17</sup>

### **1.3 Cuidados de Enfermería**

Jean Watson en su Teoría de Cuidado Humanizado considera la definición del cuidado humanizado como fundamento de la disciplina de enfermería y que a través de la interacción de ayuda y entrega al paciente, se desarrollan

herramientas necesarias para el logro del equilibrio entre el cuerpo, mente y alma, resaltando la dignidad humana. <sup>18</sup>

Los fundamentos teóricos que fortalecen la teoría de Watson son producto de las ciencias naturales, las humanidades, incluyendo también un enfoque espiritual. Sus principales fuentes teóricas provienen de los supuestos de: Henderson, Peplau, Leininger, Rogers, Nightingale y Newman, entre otros. <sup>19</sup>

Las competencias de brindar los cuidados se pueden alcanzar, desarrollarlas y madurarlas a través de acciones educacionales y fundamentalmente por la existencia del cuidado.

El profesional de enfermería debe cumplir con ciertas exigencias que lo diferencie del resto de profesionales de salud, la interacción con el paciente debe tener como base el respeto y calidez, se debe proporcionar estímulos positivos para así garantizar una relación terapéutica en donde el paciente sienta la necesidad de relacionarse con el enfermero para poder resolver cualquier problema físico y emocional y poder desarrollar un adecuado desempeño de roles. El profesional de enfermería es un guía y soporte para los pacientes. <sup>20</sup>

Alvis C. Tania y col. definen cualidades y características del profesional de enfermería como: “son todos aquellos comportamientos de la enfermera que durante la experiencia de cuidado, la persona reconoce y la caracteriza, siendo los más destacados: persona cálida, querida, especial agradable, que

demuestra su simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención: además se destaca su diligencia, eficacia, flexibilidad y atención”.<sup>21</sup>

Cada ser humano es particular y único en sus formas de pensar y actuar, por tanto, el profesional de enfermería debe orientar sus cuidados como únicos y específicos para cada persona. Alvis C. Tania y col. consideran este componente como: “Al cuidado de enfermería que está orientado a poner en primer lugar a la persona, donde existe una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de ser cuidado y persona se conserva mediante la identificación de su nombre”.

Para Watson, los comportamientos del profesional de enfermería se enmarcan en una relación transpersonal de cuidado en donde el objetivo es cuidar, reconocer y proteger la dignidad del ser humano, el bienestar interior y la integridad.

Madeleine Leininger considera al cuidado como la esencia y es la característica más importante para la enfermería. El cuidado es concebido como una necesidad del ser humano para alcanzar su desarrollo, mantener su salud y garantizar su supervivencia en todas las sociedades del mundo. Esta esencia del cuidado tiene por objeto resolver las dificultades que atentan contra la calidad de vida del ser humano, este cuidado se sustenta en la convicción de que los seres humanos de las diferentes culturas pueden proporcionar información y



guiar a los profesionales de enfermería para recibir el tipo de cuidados que necesiten de acuerdo a su entorno y realidad. <sup>21</sup>

Para la teórica Jean Watson el cuidado al ser humano y el acto de cuidar son concebidos como el ideal moral de la enfermería. Este cuidado de enfermería comprende un conjunto de esfuerzos transpersonales de la persona para la persona, lo que exige fomentar, preservar y proteger al ser humano, apoyando a las personas a comprender el significado de sufrimiento, dolor y enfermedad así como la existencia misma.

Para Boykin y Schoenhofer, el cuidado de enfermería es una forma de su expresión objetiva, no es un hecho abstracto, sino es personal que engloba una dimensión de conocimiento. El cuidado que brinda el profesional de enfermería es una experiencia compartida, vivida, comunicada de manera intencional a la persona a través de una interrelación auténtica. <sup>22</sup>

#### **1.4. Estudios Relacionados:**

**Fernández Cauti Lizeth.** Lima – Perú (2018), estudia los factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte, el presente estudio se formuló como objetivo general demostrar la relación del sexo, edad e índice de masa corporal con las complicaciones después de una colecistectomía laparoscópica. Investigación de tipo observacional, casos y controles, analítico y retrospectivo. La muestra lo conformo 136 pacientes con un total de 91 controles y 45 casos. Los resultados

evidencian que en relación al sexo el 44,9% es masculino y 55,1% femenino, el grupo etario corresponde 79,4% a mayores de 60 años y 20,6% entre 18 a 60 años de edad, en relación al IMC el 61.8% tiene un IMC mayor de 30 y 38,2% menor de 30. Se concluye que se asocia a la enfermedad la edad mayor de 60 años, sexo femenino y el IMC mayor de 30, se presentaron complicaciones donde prevaleció la hipertermia e infección de la herida quirúrgica.<sup>23</sup>

**Gonzales Quispe, Gian Marco.** Arequipa – Perú (2014), investiga la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en pacientes colecistectomizados. Se formula como objetivo general determinar la percepción de los comportamientos del cuidado del profesional de enfermería en pacientes hospitalizados por colecistectomía. La población de estudio lo conformo 63 pacientes colecistectomizados, de ellos el 65,08% pertenece al sexo femenino y 34,9% al sexo masculino. El presente estudio arrojó como resultados que el 49,21% de los pacientes colecistectomizados perciben como favorable los comportamientos del cuidado humanizado que proporciona el profesional de enfermería, un 41,27% medianamente favorable y 9,5% desfavorable.<sup>24</sup>

**Espinoza Zavala, Norma Juana.** Arequipa- Perú (2017), presenta el proceso del cuidado de enfermería en pacientes con patología de vesícula biliar que fueron sometidos a una intervención quirúrgica laparoscópica. El tratamiento quirúrgico utilizado en el paciente por enfermedad de la vesícula biliar fue la colecistectomía laparoscópica. El personal de enfermería durante los cuidados

que brinda a nivel de centro quirúrgico desde utilizar de manera sistemática la metodología científica, sus intervenciones y actividades permitirá resolver los problemas del paciente garantizando un cuidado de calidad y humano durante todo el proceso de atención de enfermería al paciente post operado. Estos cuidados comprende la preparación oportuna de los equipos y materiales necesarios para conseguir una cirugía segura y exitosa. <sup>25</sup>

**Gómez Mendoza María José.** Esmeraldas - Ecuador. (2015), estudia las complicaciones quirúrgicas durante y después de la cirugía de colecistectomía laparoscópica. La investigación utilizo la metodología mixta. La población de estudio lo conformo 150 pacientes colecistectomizados. La muestra con la que se trabajó lo conformo 11 pacientes con complicaciones en la etapa intra y postoperatoria. Los resultados que arrojó la investigación fueron que un 18% de los pacientes que presentaron complicaciones pertenecen al sexo masculino y el 82% al sexo femenino; en relación al diagnóstico un 64% de los pacientes presento colecistitis y 36% colelitiasis. En relación a las complicaciones se identificó en la etapa intraoperatoria las lesiones iatrogénicas y hepáticas en el mismo porcentaje con 26%, hemorragias y lesiones del intestino con un 18%; en la etapa posoperatoria se reportó 18% arritmia y 10% vómitos. Como conclusión se tuvo que las principales complicaciones de una colecistectomía laparoscópica son las lesiones hepáticas, iatrogénicas, hemorragias y perforación del intestino que se relacionan directamente con la destreza y experiencia del cirujano. <sup>26</sup>

**Meza Romero Yessela Patricia.** Zamora – Ecuador (2016), estudia la incidencia de colelitiasis en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. Investigación de tipo cuantitativa, descriptivo y retrospectiva. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos para recopilar la información de 58 historias clínicas. Los resultados encontrados evidencian en relación al grupo etario que el 51,7% predominó la edad de 20 a 40 años, 74,4% pertenece al sexo femenino, el 65,5% de procedencia urbana. La incidencia de la enfermedad de colecistolitiasis fue del 2,47%; la sintomatología más frecuente fue el dolor en epigastrio con un 18,9% y con un 44,8% en el hipocondrio derecho. Considerando los factores de riesgo el 94,8% consume una dieta rica en grasas, el 87,9% tienen sobrepeso y el 77,5% experimentaron ayunos prolongados.<sup>27</sup>

## **CAPITULO II**

### **APLICACIÓN DEL PAE**

El proceso de atención de enfermería (PAE), es considerado la metodología científica, sistemática que permite proporcionar el cuidado enfermero de forma eficiente dentro un marco humanístico orientado al logro de resultados esperados para satisfacer las necesidades del paciente, familia y comunidad.<sup>28</sup>

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado a un paciente adulto maduro que fue atendido en el servicio de emergencia del Hospital de Oxapampa con el diagnóstico de ingreso de colecistitis crónica, posteriormente con el diagnóstico posoperatorio colecistectomía laparoscópica.

En un primer momento se realiza la valoración por dominios a través de este proceso organizado y sistemático se pudo recoger y recopilar los datos sobre el estado de salud del paciente, identificando las necesidades a satisfacer en el paciente, posteriormente se organizó la información con la base científica incluida en el marco teórico.

Se enuncian los problemas o necesidades del paciente y se formulan los diagnósticos de Enfermería, para esto se utiliza el clasificador NANDA.

En la planificación se trabajó con el plan de cuidados de enfermería, en donde se identifican las prioridades de los cuidados, se formulan los objetivos utilizando la taxonomía NOC, se describen las intervenciones con sus actividades a través de la taxonomía NIC y se procedió al registro de la ejecución de las

actividades. Los criterios de resultado permitieron medir el logro de las intervenciones

Posteriormente se lleva a la práctica el plan de cuidados. Se implementan las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades del paciente, finalmente como última fase del proceso se evalúa la eficacia y efectividad de las intervenciones, a través del proceso de atención de enfermería se pudo solucionar los problemas identificados y en el transcurso de hospitalización del paciente también se pudo reconocer otros diagnósticos modificando el plan de cuidados para que las intervenciones permitan satisfacer las necesidades del paciente.

## **2.1 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS**

### **2.1.1. Situación problemática**

El día 30 de junio de 2020, se ubica en el servicio de hospitalización de cirugía del Hospital I de Oxapampa, un adulto mayor de iniciales M.M.M. de 65 años de edad, género masculino, se le observa en posición semifowler, con el diagnóstico médico de ingreso de colecistitis aguda por lo que el cirujano indica colecistectomía laparoscópica.

A la anamnesis el paciente refiere dolor abdominal a nivel de epigastrio de características tipo cólico con una duración aproximada de dos semanas, también refiere náuseas que termina con vómitos, no se encuentra otro síntoma significativo. En los antecedentes refiere episodio similares hace un año atrás

que se desencadenaban después de experiencias estresantes. Al examen físico se puede evidenciar abdomen doloroso a la palpación a nivel de epigastrio irradiándose al mesogastrio y ambos flancos abdominales.

### **2.1.2. Datos de filiación**

- Nombre y apellidos: M.M.M.
- Edad: 65 años.
- Sexo: Masculino.
- Ocupación: Obrero
- Estado civil: Viudo.
- Grado de instrucción: Secundaria incompleta.
- Religión: católico.
- Raza: Mestizo
- Fecha de nacimiento: 12 – 07 - 62
- Persona responsable: Su hijo
- Lugar de procedencia: Oxapampa

### **2.1.3 Datos fisiológicos:**

- Apetito: Disminuido.
- Sed: conservado.
- Orina: conservado.
- Deposición: conservado.

- Sueño: Disminuido.
- Estado de ánimo: Presenta facies de dolor y ansioso
- Peso: 50 kg.
- Talla: 1.52 cm

#### **2.1.4 Antecedentes de enfermedad:**

a) Enfermedades anteriores:

- HTA

#### **Hábitos nocivos:**

- Alcohol: A veces
- Te : no
- Café: si
- Tabaco: A veces
- Drogas: no

#### **Enfermedades comunes:**

- Hipertensión arterial: Si
- Tuberculosis: No
- Hepatitis: No
- Diabetes mellitus: No

#### **Hospitalizaciones:**



- Si (fractura de MII)

**Antecedentes familiares:**

- Ninguno

b) Enfermedad actual:

**Signos y síntomas principales:**

- Dolor
- Fiebre
- Nauseas
- Vómitos

**Signos vitales:**

- T: 38.9 C<sup>0</sup>
- P.A: 130/90
- P: 75 x min
- R: 22 x min
- SatO<sub>2</sub>: 92%

### **2.1.5 Motivo de ingreso**

**Relato de la enfermedad**

Paciente adulto mayor, varón de 65 años, procedente de Oxapampa, llega al hospital I Essalud, en horas de la tarde acompañado de su hijo, con facies de

dolor, ansioso, fatiga y fiebre. Paciente refiere dolor abdominal a nivel de epigastrio de tipo cólico de una semana de evolución; asociado a náuseas y vómitos, sin otro síntoma asociado. Refiere cuadros similares un año atrás, en contexto de situación de estrés. En la exploración física en ese momento presenta abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, en ocasiones en ambos flancos, resto normal.

### **2.1.6 Valoración de enfermería según dominios**

#### **Examen físico:**

- Estado General: Paciente adulto maduro en buen estado de higiene, se muestra ansioso.
- Piel y mucosas: tibia/hidratada/elástica, llenado capilar de 2 segundos.
- Cabeza: Normo cefálico.
- Ojos: Pupilas fotoactivas
- Oídos: Implantación adecuada, conducto auditivo externo permeable.
- Nariz: simétrico, sin presencia de dolor
- Boca: Mucosa oral seca, no lesiones.
- Faringe: No congestiva.
- Cuello: Simétrico, cilíndrico móvil.
- Sistema linfático: No presenta adenopatías.
- Sistema Osteomuscular: Moviliza los MII con dificultad, recibe apoyo.
- Tórax y Pulmones: Ampliación conservada, no presenta dolor torácico.

- Corazón: Latidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Doloroso a la palpación.
- Genitourinario: No presenta globo vesical.
- Recto y Ano: No se evaluó.
- Neurológico: Glasgow 15/15.

## DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Ejecución de las indicaciones terapéuticas :

Régimen farmacológico (SI) Régimen dietético (SI) Ejercicios (SI) Evaluaciones periódicas (SI) Ausencia de conocimientos (SI)

**Observaciones:** Paciente refiere que le gustaría conocer más sobre las causas de su enfermedad.

**00262 Disposición para mejorar la alfabetización en salud R/C** el paciente refiere su deseo de mejorar los conocimientos sobre su enfermedad y salud.

## DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- Tipo de dieta habitual: Dieta completa, baja en sal
- Intolerancias alimentarias: (NO)
- Talla: 1.52m
- Peso: 50 Kg
- IMC: 21.6
- Alteración de apetito (SI)
- Dificultad para masticar: (NO)
- Dieta prescrita: NO Absoluta ( ) Oral (X) Enteral ( ) Parenteral ( )
- Dificultad para deglutir: (NO)
- Vómitos/Nauseas: SI

- Piel y mucosas: Hidratadas: (NO) Secas: (SI) Edemas: (NO)
- Diarrea: (NO)
- Estreñimiento: (NO)

**Observaciones:** Se observa mucosa oral seca.

**00027 Déficit de volumen de líquidos R/C** perdida activa de líquidos a través de los vómitos M/P mucosa oral seca.

### DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

- Problemas al miccionar: (NO)
- Sensación de tenemos vesical (NO) Polaquiuria (NO) Nicturia (NO) Poliuria (NO) Dolor al orinar (NO)
- Incontinencia intestinal: (NO)
- Incontinencia urinaria: (NO)
- Habito intestinal (frecuencia): 1 al día Uso de ablandadores de heces: (NO)

### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO

- Al levantarse se siente descansado: (NO)
- Usa algún fármaco para dormir: (NO)

Autonomía para la vida diaria	Total autonomía	Necesita ayuda parcial	Necesita ayuda total
Higiene	X		
Uso del inodoro	X		
Alimentación	X		
Vestido	X		

Ambulación		X	
------------	--	---	--

- Dificultades en la función respiratoria (NO)  
Disnea de reposos (NO) Cianosis (NO) Disnea de esfuerzo (NO)

**Observaciones:** Paciente refiere “Me siento fatigado, cansado, débil ya no puedo hacer mis actividades de la obra”

**Diagnósticos:**

**00085 Deterioro de la movilidad física** R/C reducción de la fuerza muscular M/P debilidad

**00093 Fatiga** R/C mala condición física M/P Letargo

**DOMINIO 5 : PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN**

- Estado de conciencia:  
Lucido (SI) Somnoliento (NO) Estupor (NO) estado comatoso (NO)
- Orientación:        Persona (SI)        Tiempo (SI)        Espacio (SI)
- Ideas o pensamiento delirantes: (NO)
- Alteración de la memoria: (NO) A corto plazo (NO) A largo plazo (NO)
- Alteraciones en la comunicación: (NO)
- Deterioro del SNC: Ver (NO) Oír (NO) Hablar (NO)

**DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**

- Estado de ánimo:  
Tranquilo (NO)        preocupado (SI)        ansioso (SI)  
Triste (SI)                apático (NO)                irritable (NO)

**DOMINIO 7: ROL/RELACIONES**

- Con quien vive: Hijo

- Estatus laboral: Obrero
- Persona que se encarga del cuidado: Hijo
- Nivel de apoyo familiar:
  - (X) Buena ( ) Esporádico ( ) Ausencia de la familia ( )
- Rechaza el apoyo familiar ( )
- Conflictos en las relaciones familiares (NO)
- Cambios en los roles familiares (NO)
- **Observaciones:** Ninguno

### DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- Uso de métodos anticonceptivos: ----
- Impacto de la enfermedad en la actividad sexual: (NO)
- Requiere información complementaria: (NO)
- **Observaciones:** Ninguno

### DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Se evidencia y expresa preocupación por su estado actual de salud.
  - Síntomas de ansiedad de causa específica (SI)
  - Presencia de temor de causa específica (SI)
- Se evidencia signos de preocupación por la enfermedad (SI)
- Duelo: (NO)
- Se evidencia ausencia de mecanismos para afrontar la situación problemática (NO)

**Observación:** Se observa al paciente intranquilo, con manos inquietas, sudoración excesiva.

#### **Diagnósticos:**

**00146 Ansiedad** R/C crisis situacional M/P temor, temblor de manos

## DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

- ¿Tiene creencias religiosas o culturales que afectarían su proceso de recuperación? (NO)
- **Observaciones:** Ninguno

## DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

- Uso de procedimiento invasivos:  
Sonda vesical (NO) Acceso intravenoso (SI) Herida quirúrgica: SI
- Piel integra: (NO)
- Riesgo de caída: (SI)
- Riesgo de aspiración: (NO)
- Riesgo de alteraciones nerviosas o vascularizaciones: (NO)
- Edema: (NO)
- Dificultades para expulsar las secreciones: (NO)  
Presencia de secreciones (NO) Inmovilidad (NO) Tos ineficaz (NO)
- Riesgo de sufrir lesiones: (NO)
- Mucosas: Secas.
- Alergias: Ninguna.
- Piel caliente al tacto. T = 38.9°C

### Diagnósticos:

**00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica** R/C procedimientos invasivos y comorbilidad

**00155 Riesgo de caída** R/C alteración en la movilidad

**00007 Hipertermia** R/C enfermedad M/P piel caliente al tacto y temperatura de 38.9°C.

## **DOMINIO 12: CONFORT**

- Se evidencia dolor: SI  
Nivel de dolor de 1 a 10: 8  
Localización de dolor: Abdominal
- Nauseas: SI

**Observación:** Se observa facies de dolor.

**Diagnóstico:**

**00132 Dolor agudo** R/C Agentes lesivos biológicos M/P facie de dolor y escala de dolor Eva: 8

**00134 Nauseas** R/C distensión gástrica M/P sensación nauseosa

## **DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO**

Ninguna observación.



## 2.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DOMINIOS	DATOS OBJETIVOS.	DATOS SUBJETIVOS.	TEORÍA	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
<b>Dominio 1</b> <b>Promoción de la salud</b> <b>Clase 1. Toma de conciencia de la salud</b>	Paciente expresa deseos de conocer las causas de su enfermedad	-----	Necesidad de un conjunto de saberes sobre una determinada situación.	Respuesta ante la falta de conocimiento de la enfermedad.
<b>Dominio 2. Nutrición</b> <b>clase 5. Hidratación</b>	Se observa las mucosas secas del paciente	-----	Es importante que el cuerpo permanezca hidratado, que mantenga el nivel correcto de agua, para permitir que se produzcan las reacciones químicas vitales.	La sequedad de las mucosas es un síntoma de desequilibrio hídrico por déficit.
<b>Dominio 4. Actividad / reposo</b> <b>Clase 2. Actividad / ejercicios</b>	Se le observa al paciente con falta de fuerza en las piernas	Hijo del paciente refiere "mi padre no tiene buena estabilidad".	Estabilidad: propiedad de un cuerpo de mantenerse en equilibrio estable o devolver a dicho	Falta de equilibrio o estabilidad en el cuerpo

DOMINIOS	DATOS OBJETIVOS.	DATOS SUBJETIVOS.	TEORÍA	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
			estado tras sufrir una perturbación	
<b>Dominio 4. Actividad / reposo</b> <b>Clase 3. Equilibrio de la energía</b>	Se observa al paciente fatigado.	Paciente refiere "Señorita me siento fatigado, cansado, débil ya no puedo hacer mis actividades de la obra"	Fatiga: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.	Respuesta del cuerpo ante una enfermedad
<b>Dominio 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b> <b>Clase 2. Respuestas de afrontamiento</b>	Se observa al paciente intranquilo, con manos inquietas y sudoración excesiva.	_____	Ansiedad: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma.	Respuesta ante la falta de conocimiento de la enfermedad.
<b>Dominio 11 Seguridad / protección</b> <b>Clase 1. Infección</b>	Se observa una herida quirúrgica en abdomen	_____	Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo	A través de la herida pueden ingresar agentes patógenos.

DOMINIOS	DATOS OBJETIVOS.	DATOS SUBJETIVOS.	TEORÍA	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
<b>Dominio Seguridad Protección</b> <b>Clase 2. Lesión física</b> <b>11. /</b>	Se le observa al paciente con falta de fuerza en las piernas	Hijo del paciente refiere "mi padre no tiene buena estabilidad".	Estabilidad: propiedad de un cuerpo de mantenerse en equilibrio estable o devolver a dicho estado tras sufrir una perturbación.	Sin estabilidad el paciente puede sufrir de caídas.
<b>Dominio Seguridad protección</b> <b>Clase 6</b> <b>Termorregulación</b> <b>11 /</b>	Temperatura del paciente 38.9°C	_____	Aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad	La hipertermia es el aumento de la temperatura corporal en respuesta a una enfermedad
<b>Dominio 12 Confort</b> <b>Clase 1 Confort físico</b>	Paciente presenta reflejos nauseosos que algunas veces culmina con vomitos	_____	Nauseas: fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta del estómago que puede o no dar a lugar a vómitos.	La presencia de náuseas y vómitos causa incomodidad en el paciente y desequilibrio hidro-electrolítico.
<b>Dominio 12 Confort</b> <b>Clase 1 Confort físico</b>	Se observa al paciente con facie de dolor.	Paciente manifiesta "me duele	Dolor: Percepción sensorial que puede ser intensa, molesta o desagradable que se	El dolor es algo que podemos percibir de acuerdo al grado de

DOMINIOS	DATOS OBJETIVOS.	DATOS SUBJETIVOS.	TEORÍA	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
		demasiado el estómago”	siente en alguna parte del cuerpo	intensidad en la que se presenta.

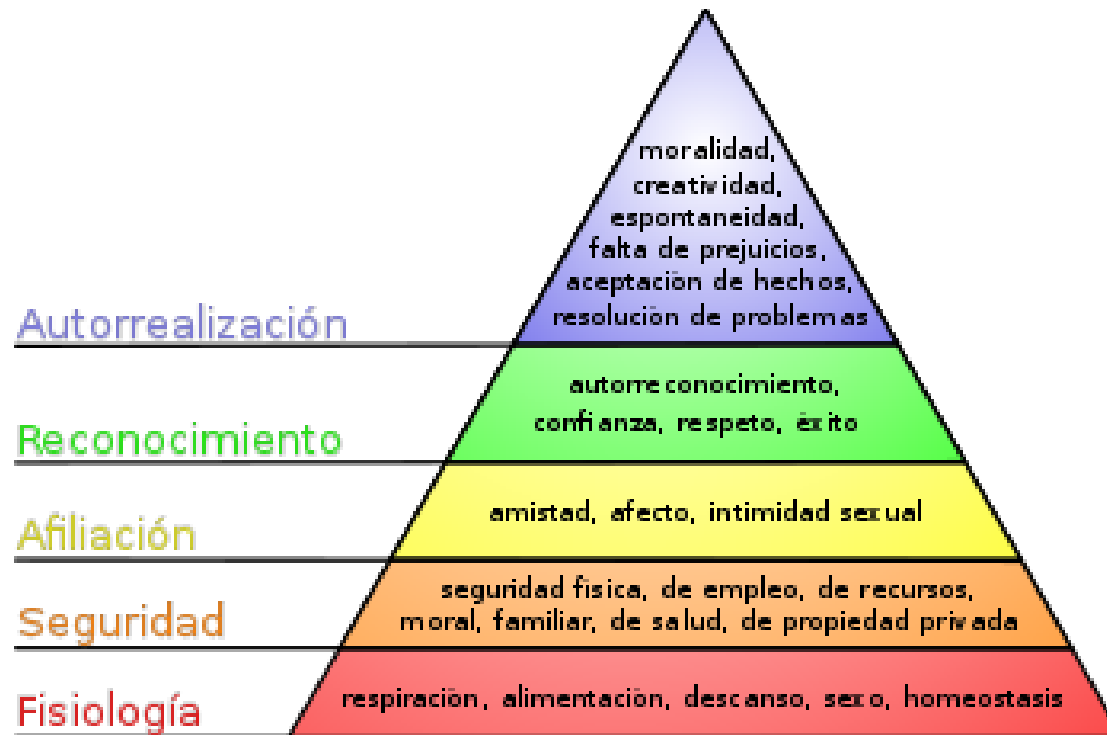
### 2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DATO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA(FACTOR RELACIONADO)	EVIDENCIA	TIPO DE DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO COMPLETO
<b>Paciente expresa deseos de conocer las causas de su enfermedad</b>	Disposición para mejorar la alfabetización en salud	Expresa deseos de mejorar la comprensión de la salud.	_____	Real	00262 Disposición para mejorar la alfabetización en salud R/C el paciente refiere su deseo de mejorar los conocimientos sobre su enfermedad y salud.
<b>Se observa las mucosas secas del paciente</b>	Déficit de volumen de líquidos	perdida activa del volumen de líquidos	Sequedad de mucosas	Real	00027 Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa de líquidos a través de los vómitos M/P mucosa oral seca.
<b>Se le observa al paciente con falta de fuerza en las piernas</b>	Deterioro de la movilidad física	disminución de la fuerza muscular	Debilidad	Potencial	00085 Deterioro de la movilidad física R/C reducción de la fuerza muscular M/P debilidad
<b>Se observa al paciente fatigado.</b>	Fatiga	mala condición física	Letargo	Real	00093 Fatiga R/C mala condición física M/P Letargo

<b>Se observa al paciente intranquilo, con manos inquietas y sudoración excesiva.</b>	Ansiedad	Crisis situacional	temor, sudoración en manos	Real	00146 Ansiedad R/C Crisis situacional M/P temor, sudoración de manos
<b>Se observa una herida quirúrgica en abdomen</b>	Riesgo de infección de la herida quirúrgica	procedimiento invasivo, comorbilidad	_____	Potencial	00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica R/C procedimientos invasivos y comorbilidad
<b>Se le observa al paciente con falta de fuerza en las piernas</b>	Riesgo de caída	deterioro de la movilidad	_____	Potencial	00155 Riesgo de caída R/C alteración en la movilidad
<b>Temperatura del paciente 38.9°C</b>	Hipertermia	enfermedad	por piel caliente al tacto	Real	00007 Hipertermia R/C enfermedad M/P por piel caliente al tacto y temperatura 38.9C.

<b>Paciente presenta reflejos nauseosos que algunas veces culmina con vomito</b>	Nauseas	distención gástrica	sensación nauseosa	Real	00134 Nauseas R/C distención gástrica M/P sensación nauseosa.
<b>Se observa al paciente con facie de dolor</b>	Dolor agudo	Agentes lesivos biológicos	Escala de Eva: 8	Real	00132 Dolor agudo R/C Agentes lesivos biológicos M/P facie de dolor y escala de Eva: 8

## 2.4 PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS. PIRÁMIDE DE MASLOW





DIAGNÓSTICOS	ACCIÓN
<b>00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos M/P facie de dolor y escala Eva: 8</b>	Inmediata
<b>00007 Hipertermia R/C enfermedad M/P piel caliente al tacto y temperatura 38.9°C.</b>	Inmediato
<b>00027 Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa de líquidos a través de los vómitos M/P mucosa oral seca.</b>	Inmediato
<b>00134 Náuseas R/C distensión gástrica M/P sensación nauseosa</b>	Inmediato
<b>00085 Deterioro de la movilidad física R/C reducción de la fuerza muscular M/P debilidad</b>	Inmediata
<b>00093 Fatiga R/C mala condición física M/P Letargo.</b>	Inmediata
<b>00146 Ansiedad R/C crisis situacional M/P temor y sudoración de manos.</b>	Mediato
<b>00262 Disposición para mejorar la alfabetización en salud R/C el paciente refiere su deseo de mejorar los conocimientos sobre su enfermedad y salud.</b>	Mediato
<b>00266 Riesgo de la infección de la herida quirúrgica R/C procedimientos invasivos y comorbilidad.</b>	Mediato
<b>00155 Riesgo de caída R/C alteración en la movilidad</b>	Mediato

## 2.5 PLANES DE CUIDADOS

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>  Paciente manifiesta “me duele demasiado el estómago”	<b>ETIQUETA</b>  <b>Diagnóstico: Dolor agudo</b>  (00132)			Control del dolor  (1605)	Describe el dolor  (160516)	2	3	<b>INTERVENCIONES:</b>  Manejo del dolor  (1400)	Se logró en el paciente aliviar el dolor con los cuidados brindados
	<b>DEFINICIÓN:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve grave con un final anticipada				Utiliza analgésicos como se recomienda  (160505)	2	3		
<b>DATO OBJETIVO</b>  Se observa al paciente con facie de dolor Eva 8	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b> R/C Agentes lesivos biológicos M/P facie de dolor y escala de Eva: 8			<b>TOTAL PUNTAJE DIANA</b>		4	6		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>  Piel caliente al tacto	<b>ETIQUETA</b>  <b>Hipertermia</b>  <b>(00007)</b>  <b>DEFINICIÓN:</b>  Temperatura corporal central superior al rango diurno a causa del fallo de la termorregulación.			Termorregulación  (0800)	temperatura cutánea aumentada  (080001)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b>  Regulación de la temperatura  (3900)  <b>ACTIVIDADES:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicamentos.</li> <li>• Ajustar la temperatura ambiental.</li> <li>• Favorecer ingesta de líquidos adecuado.</li> <li>• Bajar la temperatura por medios físicos.</li> <li>• Control de funciones vitales</li> </ul>	Se logró disminuir el nivel de fiebre del paciente con los cuidados de enfermería.  Se dejó al paciente cómodo y más tranquilo.
<b>DATO OBJETIVO</b>  Temperatura de 38.9°.	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  R/C enfermedad M/P pie caliente al tacto y temperatura de 38.9°C								
				TOTAL PUNTAJE DIANA		2	4		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	<b>ETIQUETA</b> <b>Déficit de volumen de líquidos</b> <b>(00027)</b>			Equilibrio hídrico  (0601)	Hidratación cutánea  (060116)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b> Manejo líquidos/ electrolitos  (2080)  <b>ACTIVIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos y síntomas de deshidratación</li> <li>• Obtener muestras para los análisis de laboratorio de los niveles de líquidos y electrolitos</li> <li>• Administrar líquidos si está indicado.</li> <li>• Pesar a diario y valorar la evolución</li> <li>• Favorecer la ingesta oral</li> <li>• Valorar los niveles séricos de electrolitos si hay disponibilidad.</li> </ul>	Se logró recuperar el equilibrio hidroelectrolítico, piel turgente y mucosas húmedas.
	DEFINICIÓN: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua sin cambio en el nivel de sodio.				Humedad de membranas mucosas  (060117)	2	4		
<b>DATO OBJETIVO</b>  <b>Paciente se le observa con mucosas secas y vómitos</b>	FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:  R/C perdida activa de líquidos a través de los vómitos M/P mucosa oral seca.								
				<b>TOTAL PUNTAJE DIANA</b>		<b>4</b>	<b>8</b>		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	ETIQUETA <b>Nauseas</b> (00134)			Control de náuseas y vómitos (1618)	Describe factores causales (161802)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b> <b>INTERVENCIONES:</b> Manejo de las náuseas (1450) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración completa de las náuseas.</li> <li>• Asegurarse que se han administrado antieméticos.</li> <li>• Controlar los factores ambientales</li> <li>• Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas</li> <li>• Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas</li> <li>• Utilizar una higiene bucal</li> <li>• Administrar alimentos líquidos fríos.</li> </ul>	Paciente no presenta náuseas logrando mejoría.
	DEFINICIÓN: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.					Utiliza medidas preventivas (161805)	2		
<b>DATO OBJETIVO</b>	FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:								
<b>Paciente presenta reflejos nauseosos.</b>	R/C distensión gástrica M/P sensación nauseosa								
				TOTAL PUNTAJE DIANA		6	8		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>  <b>Hijo del paciente refiere “mi padre no tiene buena estabilidad”.</b>	<b>ETIQUETA</b>  <b>Deterioro de la movilidad física</b>  (00085)			Ambular  (0200)	Camina a paso moderado  (020003)	2	3	<b>INTERVENCIONES:</b>  Terapia de ejercicios: ambulación  (0221)	Paciente ambula en su habitación  Se dejó al paciente cómodo y más tranquilo
	<b>DEFINICIÓN:</b> Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.				Anda por la habitación  (020014)	2	3		
<b>DATO OBJETIVO</b>  <b>Se observa dificultad para caminar</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  R/C reducción de la fuerza muscular M/P debilidad								
				TOTAL PUNTAJE DIANA		4	6		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	ETIQUETA  <b>Fatiga</b>  (00093)			Conservación de la energía  (0002)	Prioriza actividades para el día  (000210)	2	3	INTERVENCIONES:  Manejo de la energía  (0180)	Paciente realiza sus tareas de autocuidado con periodos de descanso
	DEFINICIÓN:  Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.					2	3		
<b>DATO OBJETIVO</b>  <b>Paciente refiere “me siento cansado al caminar”.</b>	FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:  R/C mala condición física M/P Letargo.				Equilibra actividad y descanso  (000201)				
				TOTAL PUNTAJE DIANA		4	6		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	<b>ETIQUETA</b>  <b>Ansiiedad</b>  (00146)			Control de la ansiiedad  (1402)	Monitoriza la intensidad de la ansiiedad  (140201)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b>  Apoyo emocional (5270)	Se observa al paciente tranquilo, haciendo uso de técnicas de relajación
	<b>DEFINICIÓN:</b>  Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro.				Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiiedad  (140207)	2	4		
<b>DATO OBJETIVO</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b> R/C Crisis situacional M/P temor, sudoración en manos.								
				<b>TOTAL PUNTAJE DIANA</b>		4	8		



VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>  Paciente refiere que le gustaría conocer sobre su enfermedad	<b>ETIQUETA</b> <b>Disposición para mejorar la alfabetización en salud</b> (00262)			Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda (1844)	Causa y factores contribuyentes (184401)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b> Facilitar el aprendizaje (5520)	Paciente adquiere conocimientos relacionados a su enfermedad
	<b>DEFINICIÓN:</b> Patrón de uso y desarrollo de un conjunto de habilidades y competencias dirigidos a encontrar, comprender, evaluar y utilizar la información y los conceptos de salud, con la finalidad de tomar decisiones diarias relacionadas con la salud.				Estrategias para prevenir complicaciones (184406)	2	4		
<b>DATO OBJETIVO</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  R/C el paciente refiere su deseo de mejorar los conocimientos sobre su enfermedad y salud								
				TOTAL PUNTAJE DIANA		4	8		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	ALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	<b>ETIQUETA</b> <b>Riesgo de infección de la herida quirúrgica</b> (00266)			Curación de la herida: pro primera intención. (1924)	Aproximación cutánea (110201)	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b> Cuidados en el sitio de incisión (3440)	El control de riesgos de una supuesta infección a raíz de la herida postoperatoria ha sido controlada
	<b>DEFINICIÓN:</b> susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud				Formación de cicatriz (110214)	2	4		
<b>DATO OBJETIVO</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Se observa al paciente con herida quirúrgica Paciente con HTA R/C procedimientos invasivos y comorbilidad (HTA)								
				<b>TOTAL PUNTAJE DIANA</b>		4	8		

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO(A)			RESULTADOS / PLAN (NOC- Indicadores)		ESCALA DE PUNTUACIONES (DIANA)		INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACIÓN (E)
	REAL	RIESGO O POTENCIA	BIENES	NOC	INDICADORES	PUNTAJE INICIAL	PUNTAJE FINAL		
<b>DATO SUBJETIVO</b>	<b>ETIQUETA</b>  <b>Riesgo de caída (00155)</b>			Equilibrio (0202)	Mantiene el equilibrio en bipedestación	2	4	<b>INTERVENCIONES:</b>  Prevención de caídas (6490)  <b>ACTIVIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la marcha, equilibrio y cansancio en la deambulación.</li> <li>• Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse</li> <li>• Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente</li> <li>• Identificar déficit cognitivos físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas</li> </ul>	Se logró disminuir el riesgo de caída con los cuidados de enfermería.  Se dejó al paciente cómodo y más tranquilo
	<b>DEFINICIÓN:</b> vulnerable a un aumento de la susceptibilidad de las caídas, que puede causar daño físico y comprender la salud.				(020201)	Mantiene el equilibrio al caminar	2		
<b>DATO OBJETIVO</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</b> R/C alteración en la movilidad				(020203)				
<b>Paciente se le observa debilidad en las piernas</b>									
				<b>TOTAL PUNTAJE DIANA</b>		4	8		

## CONCLUSIONES

- El Proceso de Atención de Enfermería es la metodología científica que organiza de manera sistemática las acciones planificadas del profesional de enfermería, tiene como soporte las teorías y modelos con el objetivo de garantizar cuidados de enfermería cálidos y de calidad.
- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología sistemática orienta la administración de los cuidados de manera individualizado capaz de responder a las necesidades del paciente ante un problema real o potencial de la salud.
- El plan de cuidados de enfermería se cumplió satisfactoriamente ya que se pudo ejecutar las actividades dirigidas al paciente con colecistectomía, brindando cuidados postquirúrgicos oportunos holísticos y humanos.
- Se concientiza sobre los estilos de vida saludable, enfocándose en la alimentación saludable y el monitoreo de enfermedades crónicas.
- Los factores de riesgos determinan las complicaciones en el paciente ya sea en el trans o postoperatorio, y estos son: obesidad, hipertensión, edad, diabetes y cardiopatías.
- El profesional de enfermería desempeña funciones esenciales en la recuperación del paciente, solo a través de un cuidado planificado y organizado se lograra resolver los problemas de salud.

## RECOMENDACIONES

- Implementar programas de fortalecimiento de capacidades y habilidades en la gestión del Proceso de Atención de Enfermería con el objeto de afianzar la esencia y el quehacer del desempeño del profesional de enfermería.
- Se sugiere que los programas de formación profesional de enfermería enfatizan en la aplicación del PAE, Modelos y teorías de enfermería como base científica del cuidado en sus planes curriculares.
- Elaborar programas educativos sobre estilos de alimentación saludable en pacientes con factores de riesgo.
- Se sugiere a la Jefatura de enfermería del Hospital I de Oxapampa el monitoreo sobre la satisfacción del cuidado enfermero.
- Implementar programas de capacitación dirigidos al profesional de enfermería sobre el Ser y Quehacer enfermero
- Implementar Guías y Protocolos de atención dirigidos al cuidado del paciente quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. K erouac S, Pepin J, Ducharme F y Duquette A. Pensamiento enfermero (Sitio en internet). MASSON E, editor. España; 2004. 184 p.
2. Gisella C, Hayro V, Wilson L. Complicaciones quirúrgicas de cirugías de vesícula y vías biliares y su relación con factores de riesgo y diagnósticos. Hospital del IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", enero 2006 - diciembre 2007. Rev. "Medicina" Vol. 15 N  1. Año 2009; 25-30
3. Corbelle J, Ferrero J, Rosales C, Amor H, More M et al. "Lesiones quirúrgicas de la Vía Biliar. Incidencia, tratamiento y resultados alejados de la reparación" Rev Argent Cirug 1996, 71:217-223
4. Crist W. "Complicaciones en la cirugía laparoscópica" Clin Quirurg de Norteam 1993, 2\_293-315
5. De Santiba es E, Sivori J, Pekojl J, Ciardullo M, Sendin R et al. "Lesiones de la Vía Biliar secundarias a colecistectomía laparoscópica" Rev argent Cirug 1996, 70:208-219
6. Kleiman A "Colecistectomia laparoscopica. Progresos y perspectivas" Rev Argent Cirug 1988, 54:226-228
7. Rosasco C, Bianchi D. "Monitoreo de las variaciones hemodinámicas en la colecistectomia laparoscopica" Anest Analg Reanim 2001, 17: 41-50
8. Sorrentino E, Olivero R, D'Agostino J. "Colecistectomia laparoscopica. Ventajas de la laparoscopia abierta" Rev Argent Cirug 1997, 73:49-53
9. Felipe C, Monica B. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev Colomb Cir 2008;23(1):16-21.

10. Abaúnza, H et al. Colectectomía laparoscópica: trabajo cooperativo de la Sociedad Colombiana de Cirugía. Rev. Colomb. 2002; 7(1): 2 – 10.
11. Berrios, G: Experiencia de la Colectectomía en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales. León 1 de Febrero de 2004 – 1 de Noviembre del 2001. UNAN León. 2002.
12. Real Academia Española. [página web en Internet]. Madrid: RAE  
Disponibile en: <http://www.rae.es/>
13. Kolcaba, K. Kolcaba. Taxonomic structure for the concept comfort. Disponible en: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>.
14. Colliere, Françoise. Promover la Vida, 1ª. Ed, Madrid, Mcgraw-Hill/ Interamericana, 1993.
15. KOZIER, B. Conceptos y temas de Enfermería. Interamericana. Mc. Graw-Hill. 1995
16. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enf Neurol. 2010.
17. Quintero M, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichán. 2010.
18. Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. Enferm. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002)

19. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. [Internet]. Séptima Edición. España. EdIDE S.L. 2011. Disponible en: <http://books.google.cl/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=libro+de+teorias+y+modelos+de+enfermeria&hl=es&sa=X&ei=WUh1UuzWOLTc4APErICoBA>
20. Ferrer E. La medición de la comodidad en las enfermeras y pacientes oncológicos. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 501-515, 2009. Disponible en: [www.researchgate.net/.../273772721](http://www.researchgate.net/.../273772721)
21. Alvis C. Tania y col. Op cit. p. 46, citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del Country; auv. Enferm., XXV (1): 56-68.
22. Boykin A, Schoenhofer S.O, Smith N, St Jean J, Aleman D. Transforming practice using a caring-based nursing model. Nurs Adm Q. 2003; Jul-Sep;27(3):223-30.
23. Fernández Cauti Lizeth. Lima – Perú (2018), estudia los factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte
24. Gonzales Quispe, Gian Marco. Arequipa – Perú (2014), estudia la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en personas colecistectomizadas - Hospital Goyeneche – Arequipa 2014



25. Espinoza Zavala, Norma Juana. Arequipa- Perú (2017), presenta el Proceso del Cuidado de Enfermería en Pacientes con Patología de Vesícula Biliar Sometidos a Cirugía Laparoscópica. Arequipa, 2017.
26. Gómez Mendoza María José. Esmeraldas - Ecuador. (2015), estudia las complicaciones quirúrgicas en el trans y post operatorio de colecistectomía laparoscópica en el hospital Delfina Torres de Concha de junio a diciembre del 2015
27. Meza Romero Yessela Patricia. Zamora – Ecuador (2016), estudia la incidencia de colelitiasis en los pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital Zumba, Cantón Chinchipe
28. Perry A, Potter, P. Fundamentos de enfermería. Tercera ed. España.: Harcourt-Brace; 2003.
29. Brunner y Suddarth. Manual de enfermería médico-quirúrgica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
30. Moorhead , Johnson , Maas , Swanson. Clasificación de resultados (NOC). In. Barcelona: ELSEVIER; 2013. p. 736.



*"Año de la Universalización de la Salud"*

Oxapampa, 15 de Enero del 2020

Lic.

Laureano Elías ESPINOZA VIDAL

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

REFERENCIA: CARTA N° 01-LEEV-HIO-RAPA-ESSALUD-2020 CON FECHA  
13/01/2020

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de referencia manifestarle que esta jefatura no tiene ningún inconveniente en aceptar y autorizar se ejecute la investigación Trabajo Académico "Cuidados de Enfermería en el paciente post operado de Colectectomía Laparoscópica en el Hospital I Oxapampa - EsSalud, 2020".

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente.

  
Dr. Ricardo Mariano Fajarte  
DIRECTOR  
HOSPITAL I OXAPAMPA  


Cc/archivo