

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POS OPERADOS DE  
LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA B  
DEL HOSPITAL SANTA ROSA II PIURA, 2013 - 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**MARIELA ESPERANZA VARGAS TARRILLO**

**Callao, 2017  
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mariela Vargas Tarrillo", with a circular flourish at the end.

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY     | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA       | VOCAL      |

### ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 248

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1705-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	24
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe	29
<b>IV. RESULTADOS</b>	31
<b>V. CONCLUSIONES</b>	34
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	35
<b>VII. REFERENCIALES</b>	36
<b>ANEXOS</b>	38

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional está enfocada a la atención integral, de calidad y calidez al paciente que es intervenido quirúrgicamente de Laparatomía exploratoria. Teniendo en cuenta que avances recientes han permitido conocer muchas características de Laparatomía exploratoria, sin embargo, con el propósito de aclarar aspectos de: Hallazgos, diagnósticos Pre y Post operatorios, tipos de cirugías, complicaciones y estancia hospitalaria, se continúa realizando estudios hasta la actualidad (1).

La exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal no precisable por otros métodos o cuando hay una lesión en el abdomen causada por una herida con arma de fuego o cortante, lo cual es conocido como "trauma contundente".

El resultado de la cirugía varía de acuerdo con la evolución de la enfermedad misma, como también sucede con el curso y la duración del período de recuperación. Por lo general, la laparotomía exploratoria se realiza debido a lesiones, dolor abdominal severo de causa desconocida, obstrucción intestinal, enfermedades inflamatorias como la apendicitis y la diverticulitis y el cáncer de cualquiera de los órganos abdominales.

Se emplean diferentes tipos de incisiones dependiendo de la condición del paciente. Las incisiones más comunes son la incisión vertical en la línea media, las incisiones transversas de los cuadrantes inferior y superior derechos o los cuadrantes inferior y superior izquierdos. Se toman muestras de tejido (biopsia) para permitir que se analice el área afectada. Cuando el tratamiento está terminado, se cierra la incisión, ya sea con sutura o grapas de piel (2).

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La laparotomía exploratoria es resultado de problemas abdominales y extra abdominales así mismo es el único procedimiento que puede resolver todos los problemas viscerales intraabdominales, ya sea por infección, trauma y sean agudos o crónicos. La etimología de la palabra laparotomía es griega (laparos= ventral, tomía corte, incisión quirúrgica).

El diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo está entre los aspectos más importantes de la atención médica y corresponde al Cirujano la resolución del problema. Resulta esencial el diagnóstico para elegir el tratamiento apropiado del cual en la mayoría de casos, depende la vida del enfermo, ya que según varios autores, un paciente que presenta disfunción multiorgánica secundario a proceso séptico por rotura o proceso infección de alguna víscera intraabdominal la mortalidad oscila entre 50-70%<sup>1,2</sup> Así pues vemos que el procedimiento llamado laparotomía exploradora es de vital importancia ya que de lo que se haga para resolver el cuadro que produjo el abdomen agudo y en consecuencia la laparotomía exploradora, va depender el bienestar del paciente así como su morbilidad y/o mortalidad. Tenemos como consecuencia de la laparotomía procesos menos invasivos que nos pueden proporcionar los mismos resultados lo cual llamamos videolaparoscopia la cual fue ideada primeramente como parte del proceder del ginecólogo, mas sin embargo en la actualidad en el campo de la cirugía es mucho más útil. La evolución natural del dolor abdominal depende del proceso patológico causal, que en algunos casos muestran resolución espontánea, aun con poco o ningún tratamiento (por ej. Gastroenteritis), pero que en otros casos degenera en peritonitis generalizada y muerte si no es tratada a tiempo (por ej. Perforación de víscera hueca). Según lo demuestra J. Medina et. Al.<sup>5</sup> que al ingreso de pacientes con abdomen agudo y sepsis grave era de 15.7%. En la actualidad, la combinación de los adelantos logrados en los recursos

diagnósticos, los antibióticos, la anestesia, la laparoscopia y la atención pre y post operatoria, han disminuido la morbilidad y la mortalidad de pacientes con trastornos abdominales agudos, tanto de origen séptico como traumáticos (3).

En el Perú, se han desarrollado investigaciones sobre el tema donde se evidencia que tal trauma abdominal es una causa importante de morbilidad y de mortalidad en todos los grupos etarios. El abdomen es la tercera región del organismo más frecuentemente lesionada en los traumatismos, y el trauma abdominal es la causa del 20% de las injurias civiles que requieren intervención quirúrgica. El 2% de las consultas por trauma corresponden a la región abdominal. De ellas el 90% requieren internación, y el 50% serán sometidas a Laparatomía exploratoria. Por otra parte, las lesiones abdominales no reconocidas son la causa más frecuente de muerte postraumática evitable. La mayor parte de los traumatismos abdominales son producidos por accidentes automovilísticos, el resto corresponde a caídas de altura, accidentes deportivos o agresiones civiles. En la evolución del trauma abdominal el objetivo inicial es el reconocimiento de la presencia de una lesión intraabdominal que, requiera una Laparatomía de urgencia y luego definir el tipo particular de lesión órgano específico.

Los pacientes con trauma abdominal cerrado que presentan evidencia obvia de abdomen agudo, hemorragia intraabdominal, o signos clínicos o radiográficos de Neumoperitoneo deben ser sometidos a una Laparatomía sin más estudios.

Sí el examen clínico es dudoso o el paciente no está en condiciones de brindar una historia adecuada a causa de la ingestión de alcohol o drogas, por traumatismo de cráneo o espinal, o si es necesario realizar una anestesia general para tratar otra lesión conviene recurrir a un método objetivo que permita excluir una lesión abdominal como el lavado peritoneal, la ecografía abdominal focalizada en el trauma o la tomografía abdominal (4).

## **1.2. OBJETIVO:**

Describir los Cuidados de Enfermería en pacientes Post operados de Laparatomía Exploratoria en el Servicio de Cirugía – Hospitalización en el Hospital Santa Rosa II – 2 Piura: 2013 – 2015.

## **1.3. JUSTIFICACION:**

El presente informe permitirá que en cuidados de Enfermería en Pacientes Post Operados de Laparatomía Exploratoria en el servicio de Cirugía Hospitalización en el Hospital Santa Rosa II – 2 .

Por tanto, este informe será de gran utilidad, ya que podrán beneficiar a un significativo número de personas que diariamente se someten a intervenciones quirúrgicas, como Laparatomía Exploratoria, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones é incluso llegar a la muerte innecesariamente.

Fortalecer la aplicación de la sugerencia del presente trabajo, contribuirá a mejorar la calidad de la atención de enfermería brindada a estos pacientes. Esto permitirá al personal profesional de enfermería superar las limitaciones en su ejecución é implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano y de calidad, concordante con el respeto a la vida y dignidad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

Erika Roxana Díaz Tumay, (2015), en la tesis "Valor Predictivo de la Ecografía en pacientes con Trauma Abdominal Cerrado. Hospital Vitarte 2013 – 2014", se planteó como objetivo identificar el valor predictivo de la ecografía en el trauma abdominal cerrado, frente a los hallazgos de la laparotomía exploratoria, en el Hospital Vitarte en el periodo comprendido de Enero del 2013 a Diciembre del 2014. El método usado es el estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal; diseño no experimental. Se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte en pacientes con trauma abdominal cerrado (TABC) que contaban con estudio de ecografía y que fueron intervenidos por laparotomía exploratoria. Se obtuvo como resultados la edad promedio de la población de estudio fue 34,13 años, el género masculino fue el más afectado con 71% de los casos. La causa más importante de TABC fue el accidente de tránsito (74,2%). Según la ecografía, en el 80% de los casos se detectó líquido libre en cavidad abdominal y los órganos más frecuentemente lesionados fueron el hígado (32,3%) y el bazo (12,9%). Según los hallazgos de laparotomía exploratoria, en el 97% de los casos se halló líquido libre en cavidad (hemoperitoneo) y los órganos frecuentemente lesionados fueron: hígado (29%) y bazo (16,1%). Los resultados de sensibilidad y especificidad de la ecografía para diagnosticar líquido libre fueron de 83% y 100% respectivamente y para diagnosticar lesión de órgano fue 62 % y 100% respectivamente. El valor predictivo positivo tanto para la detección de líquido libre y lesión de hígado fue de 100%. Llegando a la conclusión de que el valor predictivo positivo de la ecografía mostró a los pacientes que realmente tenían colección de líquido libre en abdomen o lesión de algún órgano. Tanto en los hallazgos de ecografía o laparotomía exploratoria se encontraron cifras similares para líquido libre en abdomen y lesión de hígado.



Esteban Leonel Sincal Saquec, (2013), en la tesis "Hallazgos en Laparatomía Exploradora de Pacientes Adultos que Ingresan a la Emergencia" se planteó como objetivo conocer los hallazgos intraoperatorios más frecuentes de Laparatomía Exploradora en pacientes que ingresaron a la emergencia de cirugía del hospital regional de Cuilape, Santa Rosa, durante Enero a Diciembre del año 2009. Método utilizado: descriptivo, retrospectivo, se analizaron fichas clínicas de pacientes atendidos del 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2009. Los resultados fueron: Se evidencia el rango de edad más frecuente en los cuales se realizó laparotomía exploradora más frecuentemente afectado es de 31-40 años con un 24% del total de los casos, en segundo lugar el rango de edad de 21 a 30 años con un 18% y en tercer lugar el rango de edad mayor de 60 años con un 17 %, en donde los primeros dos rangos pueden deberse a causa traumática y el último enfermedad común. Se evidencia que el sexo masculino ocupa el 65% de casos ingresados por abdomen agudo, frente al sexo femenino con un 35 % del total de los casos. Podemos observar que la perforación intestinal ocupa el primer lugar de tipo de lesión en pacientes que ingresaron por abdomen agudo con un 20% del total de los casos, en segundo lugar el trauma esplénico con un 12% y en tercer lugar el trauma hepático con un 10%. La etiología de la laparotomía fue por enfermedad común seguida de las lesiones por proyectil de arma de fuego, arma blanca y trauma cerrado de abdomen, siendo en este caso las lesiones por trauma cerrado de abdomen no siempre de origen violento sino también accidental. Se evidencia la mortalidad de los pacientes la cual se encuentra alrededor de 19% lo que hace tener un parámetro que debemos mejorar por el bienestar de nuestra población. También se evidencia que la mayor parte de los pacientes fallecidos fueron por heridas por proyectil de arma de fuego con un 43%, seguido de trauma cerrado de abdomen con un 15% y luego de causas orgánicas, las cuales en su mayoría presentaban sepsis. Así mismo las causas principales fueron apendicitis perforadas que presentaban componente con abscesos

intraabdominales 11%, seguidos con obstrucciones por bridas también 11%, Seguidas por vólvulos con 10% y Pancreatitis en un 9%. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

La perforación intestinal es la lesión más frecuente que origina el abdomen agudo.

El procedimiento mayormente efectuado es la resección y anastomosis y el drenaje de absceso intraabdominal.

La principal etiología del abdomen agudo más frecuentemente operados por laparotomía exploradora fue enfermedad común, siendo la causa la apendicitis perforada más abscesos intraabdominales.

El porcentaje de mortalidad de los pacientes operados durante el año 2009, fue de 18%, siendo la causa principal de muerte herida por proyectil de arma de fuego.

Se determina que la etiología de los abdómenes agudos de paciente quienes fueron sometidos a laparotomía exploradora fueron así: enfermedad común 41%, herida proyectil arma de fuego 26%, herida por arma blanca 19%, trauma cerrado de abdomen 13%.

Se logró determinar que los pacientes masculinos y en el rango de 31-40 años son los que sufren a menudo laparotomías exploradoras.

El porcentaje de laparotomías no terapéuticas realizadas fue de 11%. Lo que no se compara con complicaciones cuando se difiere una operación necesaria.

Martínez García, Arturo; Rivera Ledesma, Emilio, (2012), elaboran el estudio "traumatismo penetrante por arma cortante en pacientes hemodinámicamente Estables, ¿Laparatomia exploratoria mandatoria?, se planteó como objetivo determinar si la indicación de Laparatomia exploratoria mandatoria es adecuada en los pacientes hemodinámicamente estables con traumatismo penetrante de la región abdominal anterior por arma perforocortante, en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Fenlan", en el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre 2010. Estudio observacional de tipo descriptivo transversal. Obtuvo como resultados el

53,2% de los pacientes estaba comprendido entre 18 y 27 años, y el 96,8% lo constituyeron hombres. El dolor abdominal fue el síntoma más reportado (94,3%). La reacción peritoneal y la contractura abdominal, solamente estuvieron presentes en los pacientes con lesiones intraabdominales. La indicación de laparotomía exploratoria mandatoria, resultó inadecuada en 55 pacientes (43,6%). La hepatorrafia (28,1%) y la colostomía (18,3%), constituyeron los procedimientos quirúrgicos transoperatorios más realizados. La infección de la herida quirúrgica afectó a 28 pacientes. Se reportaron 13 pacientes laparotomizados innecesariamente, con complicaciones postquirúrgicas.

Se concluyó que predominaron los pacientes del sexo masculino entre los 18 y 27 años. La reacción peritoneal constituye un indicador altamente significativo, de la indicación de laparotomía exploratoria mandatoria. En la mayoría de los pacientes, la indicación de laparotomía exploratoria mandatoria fue adecuada. El uso de la conducta quirúrgica reglamentaria, unido a la poca utilización de exámenes paraclínicos diagnósticos, reporta un alto índice de laparotomías innecesarias. En un grupo de los pacientes que fueron laparotomizados innecesariamente, se reportaron complicaciones postquirúrgicas infecciosas.

Aguirre Benancio, Adriana B., (2013), en la tesis "Hallazgos en Laparotomía Exploratoria en Pacientes Adultos con Trauma Abdominal en el Hospital General Dr. Nicolas San Juan, 2007 a 2012", se planteó como objetivo determinar los hallazgos quirúrgicos en laparotomía exploratoria en pacientes adultos que ingresaron al hospital general Dr. Nicolas San Juan, Toluca, México, en el periodo 2007 – 2012. Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Resultados: un total de 123 pacientes fueron ingresados con el diagnóstico de traumatismo abdominal y se les realizó laparotomía exploratoria, el 61.78% con trauma abierto, 81.30% masculinos, con promedio de edad en años 32.41, el mecanismo de acción más común fueron las heridas por arma blanca en un 60.52%, la

lesión más frecuente fue la de asa delgada con un 21.95%. El tiempo transcurrido en horas desde que ocurrió el evento hasta la realización de la laparotomía en su mayoría menor a 8 horas, con un 59.34%. En resumen, el trauma abdominal se ha transformado en un problema de salud pública en la actualidad, que incapacita a la población joven, además pone en evidencia nuestras carencias y limitaciones en prevención y manejo, por lo que decidimos contribuir a la investigación médica, aportando datos referentes al presente tema que cada vez se vuelve más común en nuestro medio. Se concluye que el trauma abdominal es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 4.3:1. Lo cual evidencia la imprudencia presente desde hace algunos años en la población masculina, además del incremento de la delincuencia en nuestro país. El rango de edad más afectado fue de 18 a 29 años de edad, con un promedio de 32.41 para el total de nuestra población. El trauma abierto resultó ser más frecuente que el cerrado, nuevamente, evidenciando la violencia que azota nuestra nación. En cuanto al órgano afectado encontramos que la realización de laparotomía exploratoria blanca fue el hallazgo más común, en segundo lugar tenemos a intestino delgado y tercer lugar lesión múltiple; el resto de los órganos tomados en cuenta para el estudio cursaron con una frecuencia relativamente baja. Finalmente se llegó al resultado de que a la mayoría de los pacientes se les realizó laparotomía exploratoria en menos de 8 horas, después de ocurrido el evento traumático.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

Entre las teorías más destacadas para el desarrollo del presente informe, se tomó en cuenta las siguientes teorías de enfermería:

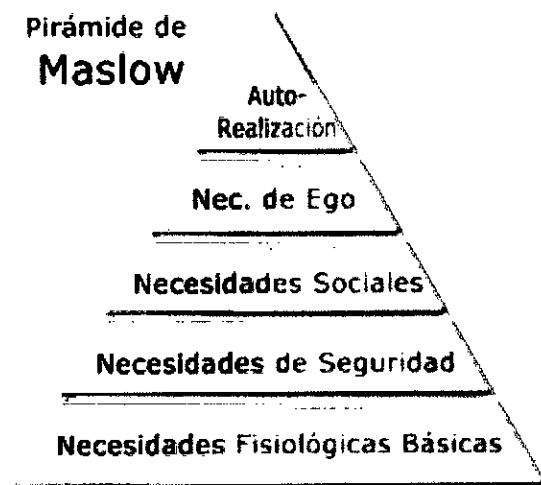
### 2.2.1 Teoría de Maslow

#### Teoría de la jerarquía de necesidades

Probablemente estemos en lo cierto al decir que la teoría más conocida de la motivación es la **jerarquía de necesidades** de Abraham Maslow. Él presenta la hipótesis de que dentro de todo ser humano existe una jerarquía de las siguientes cinco necesidades.

- *Fisiológicas*: incluye el hambre, la sed, el abrigo, el sexo y otras necesidades corporales
- *De seguridad*: incluye la seguridad y protección de daños físicos y emocionales.
- *Sociales*: incluye afectos, la sensación de pertenencia, aceptación y amistad.
- *De Ego*: incluye factores internos de estima, como el respeto a uno mismo, la autonomía y los logros; y factores externos como el status, el reconocimiento y la atención.
- *De autorrealización*: el impulso de ser lo que se es capaz de ser; incluye el crecimiento, alcanzar el potencial de uno y la autosatisfacción.

Figura 1



WordPress.com

teorías de motivación.<https://teoriasmotivacionales.wordpress.com>

A medida que se satisface cada una de estas necesidades en lo sustancial, el siguiente nivel de necesidades se vuelve dominante. En términos de la figura, el individuo sube por los escalones de la jerarquía. Desde el punto de vista de la motivación, la teoría indica que, aunque ninguna necesidad se satisface siempre, una necesidad que ha quedado en gran parte satisfecha ya no motiva. De manera que si uno desea motivar a alguien, de acuerdo con Maslow, necesita comprender en qué nivel de la jerarquía está en la actualidad, y enfocarse a la satisfacción de las necesidades en ese nivel o el siguiente superior.

Maslow separa las cinco necesidades en órdenes superior e inferior. Describió las necesidades fisiológicas y de seguridad como de **orden inferior**, y las sociales, de estima y de autorrealización como necesidades de **orden superior**. Esta diferenciación entre los dos órdenes se hizo a partir del criterio de que las necesidades de orden superior quedan satisfechas en lo interno (dentro de la persona), mientras que las necesidades de orden inferior quedan satisfechas predominantemente en lo externo (por el pago, los contratos sindicales y el ejercicio de un puesto, por ejemplo). De hecho, la conclusión natural a la que se debe llegar

partiendo de la clasificación de Maslow es que, en tiempos de abundancia económica, casi todos los trabajadores con empleos permanentes han satisfecho de manera considerable sus necesidades de orden inferior.

La teoría de las necesidades de Maslow ha recibido un amplio reconocimiento, en particular entre los administradores profesionales. Se puede atribuir esto a la lógica intuitiva y a la facilidad de su comprensión. Sin embargo, por desgracia, la investigación no respalda en general dicha teoría. Maslow no proporcionó una verificación empírica, y varios estudios que intentaron respaldar su teoría encontraron que no había apoyo para la misma.

Las viejas teorías, en especial aquellas que son intuitivamente lógicas, parecen difíciles de abatir. Un investigador revisó la evidencia y llegó a la conclusión de que aunque tiene una gran popularidad en la sociedad, la jerarquía de necesidades, como teoría, continúa recibiendo poco apoyo empírico". Además, el investigador concluyó que "la investigación disponible ciertamente debe hacer que estemos renuentes a aceptar sin reservas las implicaciones de la jerarquía de Maslow". Otra revisión llegó a la misma conclusión. Se ha encontrado poco respaldo para la predicción de que las estructuras de las necesidades estén organizadas de acuerdo con las dimensiones propuestas por Maslow, de que las necesidades insatisfechas motiven, o que una necesidad satisfecha active el traslado a un nuevo nivel de necesidades (9).

### **2.2.2 Teoría de Virginia Henderson:**

#### **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:**

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

## **Postulados, valores, conceptos.**

### **a) Postulados:**

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

\*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

\* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

\* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

\* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

\* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades.



\* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

\* Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

\* Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

\* Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- N. de respirar.
- 2.- N. de beber y comer.
- 3.- N. de eliminar.
- 4.- N. de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. de dormir y descansar.
- 6.- N. de vestirse y desvestirse.
- 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- N. de evitar los peligros.
- 10.- N. de comunicarse.
- 11.- N. según sus creencias y sus valores.
- 12.- N. de ocuparse para realizarse.
- 13.- N. de recrearse.
- 14.- N. de aprender.

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

*Rol de la enfermera:* Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

*Fuentes de dificultad:* Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

*Intervenciones:* El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

*Consecuencias deseadas:* son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

## METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) *Persona*: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) *Enfermería*: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible (10).

### 2.2.3 Teoría de Florence Nightingale

Todos los conceptos mencionados los engloba una sola palabra que es entorno (entorno físico). Un entorno saludable es necesario para aplicar adecuadamente los cuidados de enfermería. Los cinco elementos de un entorno saludable: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz.

**Ventilación:** Actualmente contamos en los hospitales con ventiladores y aire

aconicionados, y se deja de lado la ventilación natural (abriendo ventanas) por eso la calidad del aire hoy en día es muy importante por tal razón se le pide a los enfermos, familiares y personal de salud el uso de tapabocas para evitar la diseminación de los gérmenes.

**Iluminación:** La luz natural (luz solar) es esencial para la recuperación del paciente mejora la calidad del aire y da una sensación de calidez.

**Ruido:** Actualmente se establece los horarios de visita para que no se interrumpan los horarios de descanso. Además se solicita que la visita sea en grupo reducido, esto ayuda a mantener el orden y la tranquilidad en el entorno de los demás pacientes si es sala compartida. En cuanto a la medicación y los procedimientos se trata de evitar o minimizar los horarios de la siesta y la noche para evitar la interrupción del descanso.

**Higiene:** Hoy en día se establece horarios de higiene y se reconoce su importancia para el cuidado de la integridad física, control de temperatura corporal, evitar la diseminación de infecciones, mejorando así el confort del paciente. Además, las enfermeras se enfrentan a una epidemia de sustancias tóxicas e infecciones nosocomiales y el desarrollo de microorganismos

resistentes (SARM) en sus entornos de pacientes, las medidas preventivas de primera línea de lavarse las manos y de higiene ambiental influye de gran manera en esto.

Nightingale creía que las enfermeras formadas tenían que aprender principios científicos para aplicar en sus trabajos y tenían que ser más hábiles para observar e informar el estado de salud de sus pacientes. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención mediante el control del entorno y la responsabilidad social; creía que las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el status social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida física y psicológica. Basándonos en los conceptos de Nightingale observamos que en la actualidad el gobierno tiene una responsabilidad social con respecto a la prevención de enfermedades por ejemplo adquiriendo lotes de vacunas sin costo para los ciudadanos y promocionando la aplicación de estas. Otro punto es que este es un momento en que nuestros hospitales ha aumentado el número de infecciones nosocomiales por lo que se valora más la importancia de la limpieza, la esterilización de instrumentales, la correcta eliminación de basura patológica.

Recientemente se ha inculcado el uso de tapabocas a la población en general y más aun a los profesionales de la salud, la importancia del lavado de manos, el uso del alcohol en gel, entre otros.

Se trata de evitar el hacinamiento derivando a los pacientes a otros servicios para una mejor atención según las necesidades. Se considera a las enfermeras como agentes de cambio a través de la educación. A pesar de que nuestro país no invierte suficientemente en prevención se está tomando conciencia de su importancia (11).

#### **2.2.4 Teoría de Dorothea Orem:**

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son:

Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

□ **La teoría del autocuidado:**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

□ La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

□ La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

*Acción de la enfermera:* Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

*Acción de la enfermera:* Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

*Acción del paciente:* Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

*Acción de la enfermera:* regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

*Acción del paciente:* Cumple con el autocuidado.



**Naturaleza del autocuidado:**

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (12).

## 2.3 DEFINICION DE TERMINOS

**LAPARATOMIA EXPLORATORIA:** La laparotomía exploratoria es una operación en la que se abre el abdomen para averiguar la causa de ciertos problemas, como dolor o sangrado abdominal, que no puede detectarse con otras pruebas. Resulta especialmente útil en casos de traumatismo abdominal que requieren tratamiento inmediato. Si se encuentra la causa del problema, el tratamiento suele hacerse al mismo tiempo. Para realizar la cirugía, se practica una incisión grande que le permite al proveedor de atención médica ver y examinar directamente los órganos en el interior del abdomen. En algunos casos, puede usarse laparoscopia exploratoria con una cámara y varias incisiones pequeñas. No obstante, hay muchas circunstancias en las que se prefiere la laparotomía exploratoria. Siga leyendo para obtener más información sobre la laparotomía exploratoria (13).

**CUIDADOS DE ENFERMERIA:** Es un proceso donde se adquiere actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su trabajo a través de la práctica y el desempeño en el área donde labore. El cuidado es asistir a un individuo o interpretar su propia realidad a través de los tiempos, la acción de cuidar siempre ha trascendido y según se estudie desde la óptica cultural, religiosa, sociológica, psicológica, antropológica, económica, o medicamente, tiene singularidades y especificidades que directa o indirectamente influyen ya sea en quien da y quien recibe la acción de cuidar, en por qué y para que del cuidado, en el donde y cuando se cuida y en el cómo y con que se cuida. La acción de cuidar requiere de un sujeto, el cuidador. Puede ser ejercida por la propia persona, se habla del auto-cuidado y si es ejercida por una familia y/o amigo, nos referimos al cuidado afectivo-instintivo. Los cuidados de enfermería son el pilar de la recuperación favorable del paciente, el concepto dado por diferentes teóricos de enfermería lo definen

como parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin. La asistencia de enfermería en el postoperatorio entraña el cuidado intensivo con la finalidad de apreciar el estado del paciente psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación, prevenir y apreciar oportunamente las complicaciones, proteger al paciente de lesión durante el período de inconsciencia, aliviar molestias y ayudar al paciente a recuperar su independencia (14).

**PACIENTE POSTOPERADO:** Es el paciente que se atiende en la etapa postquirúrgica, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresada a la sala de recuperación post anestésica. El postoperatorio se divide en dos fases la primera es el postoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención comprende las primeras 24 horas post intervención quirúrgica; la segunda fase es el periodo de resolución y curación, comprende a partir de las 24 horas hasta las 72 horas (14).

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCION DE DATOS:**

Para recolectar la información se identificó a los pacientes adultos que estuvieron hospitalizados en el Hospital Santa Rosa, post operados de laparatomía exploratoria. Se utilizó ficha de recolección de datos y se obtuvo la información de historias clínicas de los pacientes, identificándose la información necesaria. Así mismo, se realizaron datos de exámenes auxiliares e imágenes y hojas de reporte operatorio. También se recopilan datos del departamento de Estadística del hospital Santa Rosa. Todo esto para obtener la base de datos respectiva para realizar el análisis correspondiente.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL:**

Desde hace más de una década que laboro en el servicio de cirugía B hospitalización del hospital Santa Rosa II -2 Piura como licenciada de enfermería pues fui rotada del Centro de Salud La Arena – Piura a solicitud del director del Hospital y desde entonces continuo desempeñándome en dicho cargo. He observado que entre los casos más críticos de pacientes adultos hospitalizados en el servicio son: aquellos pacientes postoperados de laparatomía exploratoria, sin embargo la mayoría de ellos: aunque gradualmente se recuperan satisfactoriamente. Cabe reconocer que la mayoría de estos pacientes provienen de zonas rurales y andinas, y de escasos recursos económicos, por lo que nuestra labor como enfermeras debe incidir en una eficiente atención preventiva promocional con respecto a una nutrición balanceada y adecuada, utilizando como alternativa: alimentos de la zona y de temporada. Así como mejorar la calidad de vida, y que también deben acudir a los servicios de salud ante cualquier síntoma de enfermedad y así el personal de salud pueda detectar precozmente cualquier patología y dar tratamiento oportuno y eficaz, a fin de evitar complicaciones, llegando a una laparatomía exploratoria. Por esto debemos

seguir esforzándonos por mejorar cada día nuestra noble atención de enfermería, teniendo en cuenta las siguientes funciones:

#### Función de Atención Directa O Asistencial

Las acciones de enfermería tienen su base en la satisfacción de las necesidades del cuidado humano. Ejemplo.

Aplicación de oxígeno por mascarilla, catéter, tienda de oxígeno.

Medición y registro de signos vitales o constantes vitales.

Administración de medicamento por las diferentes vías.

Informe de dietas.

Alimentación por sonda.

Cambio y tendido de cama.

Baño en cama, aseo parcial, corte de uñas.

Movilización para prevenir úlceras por decúbito.

Ofrecer apoyo para disminuir la ansiedad, depresión, angustia.

Control de líquidos ingeridos, eliminados y registrarlos

Aplicación de calor y de frío.

Colaborar en la revista médica.

Colaborar y acompañar en el examen físico.

Aplicación de enema, lavados y duchas.

Participar en las tareas de punción, de diálisis, reanimación, rayos x, suturas.

Proporcionar la ayuda espiritual al paciente.

#### Funciones Administrativas

La enfermería constituye el enlace entre el cuidado humano y el sistema de salud. Ejemplo.

Realiza normas y técnicas administrativas en los procedimientos de enfermería.

Participa en la definición de funciones y responsabilidades del personal de enfermería.

Organiza los cuidados humanos en enfermería.

Organiza y controla el sistema de informes y registro de enfermería.

Dirige y toma decisiones.

Delega funciones y asigna actividades.

Participa en la evaluación del servicio o unidad del paciente y de los cuidados humanos.

Lleva el control del material y equipos necesarios para los procedimientos de los cuidados humanos.

Calcula el personal necesario en las áreas de salud.

#### Funciones Docentes

Un elemento importante en todo cuidado que se le proporcione al usuario o paciente y familiares, es la educación formal o informal orientada hacia la necesidad de obtención de conocimiento y apoyada con técnicas de enseñanzas según el caso. Ejemplo.

Colabora en la educación de estudiantes de enfermería y otros profesionales en prácticas clínicas o asistenciales.

Participa en la educación para la salud en los cuidados humanos, usuarios, familia y comunidad.

Facilita orientación sobre las necesidades de alimentación y nutrición al paciente, familia.

Educar al paciente, y la familia sobre ejercicios especiales.

#### Funciones de Investigación

Enfermería para el servicio que presta debe vincularse con la organización y resultados de los servicios de enfermería (visión, misión, objetivos, políticas, y estrategias de acción. Ejemplo.

Participa en los estudios de investigación:Palacios Crespo Zuly Margot Cuidados de Enfermería en niños apendicectomizados en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa II-2 2014-2016. Y también el control de epidemias.

Realiza estudios de investigación relativos a las diferentes áreas de enfermería

Aplica métodos de investigación científica con el propósito de mejorar los cuidados humanos, innovando técnicas, procedimientos e incluso conceptos y acciones.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

Para el desarrollo del presente informe, se consideró a los pacientes adultos post-operados de laparatomía exploratoria para aplicar una atención de calidad, basada en estudios científicos acorde a la situación teniendo en cuenta que: El Cuidado Efectivo de enfermería promueve la salud, crecimiento personal y familiar, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo, y su ambiente. Este cuidado es complementario de la ciencia curativa; el cuidado no es solo cuidar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover y recuperar la salud. La enfermera debe considerar al paciente como un ente bio psico social y recordar que es un individuo, miembro de una familia y componente de una sociedad. Hay que tomar en cuenta que muchas veces, la actitud de la enfermera hacia los pacientes es favorable o desfavorable influyendo diversos factores, como falta de dotación del personal, actividades recargadas, grado de dependencia del paciente, complejidad del paciente(14).

Por ello también cabe mencionar que el servicio de cirugía B Hospitalización del hospital Santa Rosa contaba con 32 camas y laboraba solo 1 enfermera asistencial en el día y otra por la noche. Recientes cambios se han suscitado en el servicio, gracias a la gestión de la coordinadora del servicio y al apoyo de la enfermera jefe del hospital y del director del mismo; por ello hace algunos meses ya laboramos 2 enfermeras en el turno diurno, pero aun todavía solo 1 enfermera por la noche, ahora con 30 camas. No obstante, continuamos esforzándonos por mejorar la calidad y calidez de nuestra atención de enfermería.



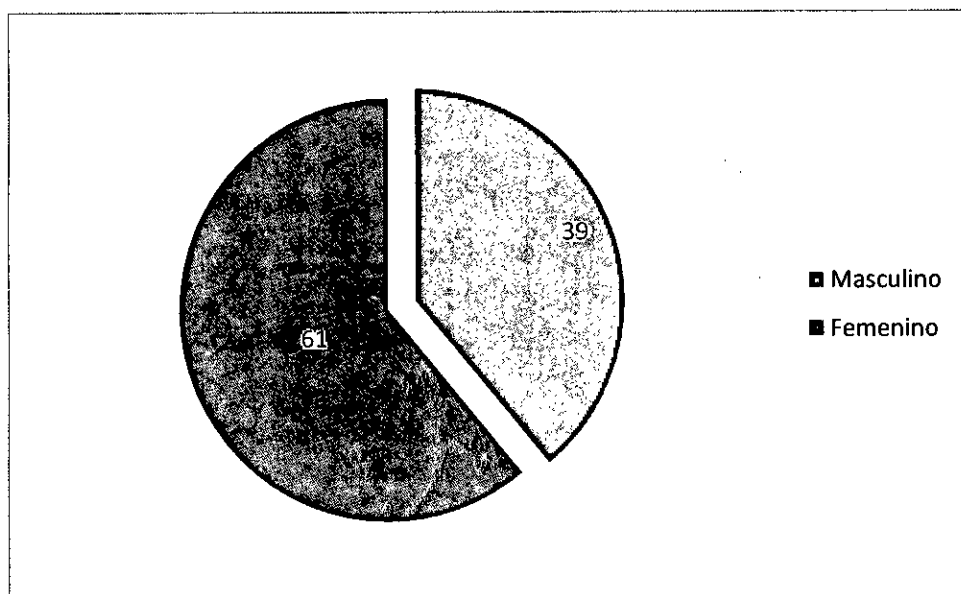
#### IV. RESULTADOS

Cuadro N°1: Distribución según sexo de pacientes postoperados de Laparatomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015

Edad	N°	%
Femenino	72	39
Masculino	112	61
Total	184	100

Fuente: Datos de la Historia Clínica de pacientes del servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2 Piura 2013-2015

Gráfico N° 1: Distribución según sexo de pacientes postoperados de Laparotomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015



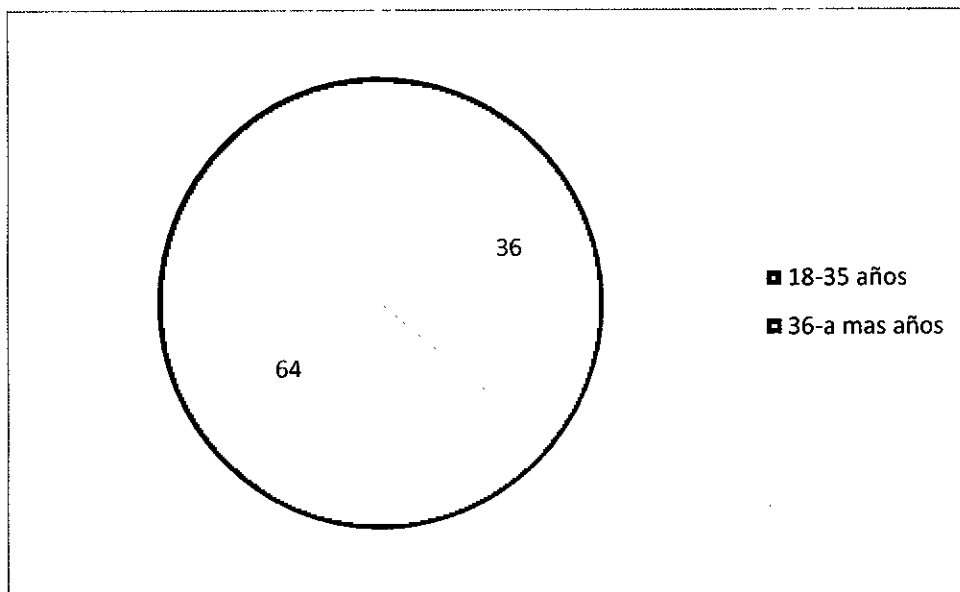
Descripción: Se evidencia que el sexo masculino predomina en un 61%, lo que corresponde a 112 pacientes postoperados de laparotomía exploratoria y el 39% de sexo femenino, que son 72 pacientes

Cuadro N° 2: Distribución según edad de pacientes postoperados de laparatomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015

Edad	N°	%
18-35 años	66	36
36-a mas años	118	64
Total	184	100

Fuente: Datos de la Historia Clínica de pacientes del servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015

Gráfico N° 2: Distribución según edad de pacientes postoperados de laparotomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015



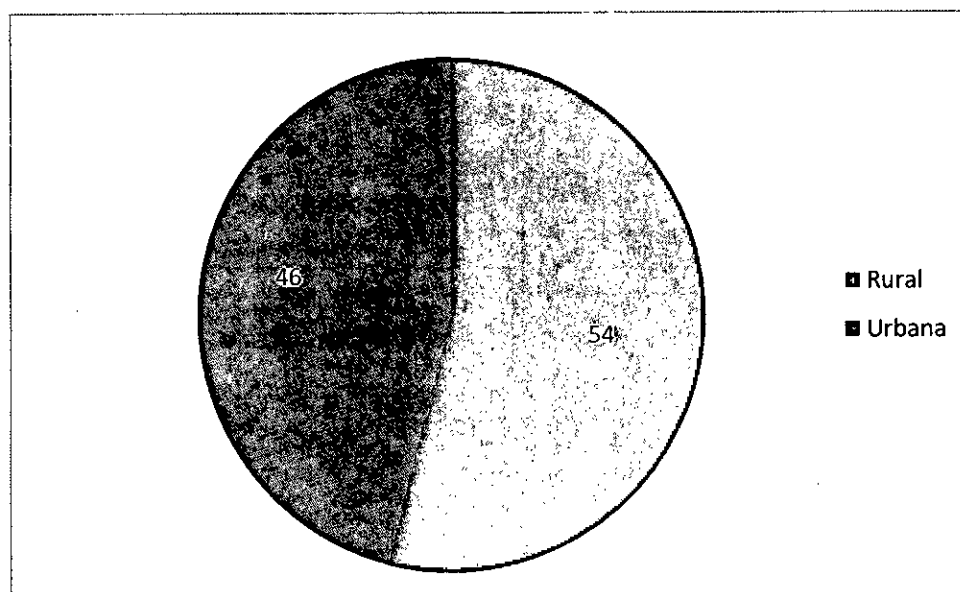
Descripción: El presente cuadro nos muestra que el 64% corresponde: de 36 a más edad, esto es adultos maduros y mayores pacientes postoperados de laparotomía exploratoria, que son 118 pacientes y el 36% son adultos jóvenes lo que corresponden a 66 pacientes (15).

Cuadro N° 3: Distribución según procedencia de pacientes postoperados de laparatomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015

Edad	N°	%
Rural	99	54
Urbana	85	46
Total	184	100

Fuente: Datos de la Historia Clínica de pacientes del servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015

Gráfico N° 3: Distribución según procedencia de pacientes postoperados de laparotomía exploratoria en el servicio de Cirugía B del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2015



Descripción: Se puede observar que el 54% de pacientes postoperados de laparotomía exploratoria son procedentes de zona rural: 99 pacientes y el 46% proceden de zona urbana: 85 pacientes

## V. CONCLUSIONES

- a) Del total de los pacientes postoperados de laparatomía exploratoria, el sexo masculino es el más frecuente.
- b) El grupo etario predominante intervenidos quirúrgicamente por laparatomía exploratoria es de 36 a más edad: 64%: 118 pacientes (adultos maduros y mayores) y de 18 a 35 años: 36 pacientes adultos jóvenes (15).
- c) De todos los pacientes postoperados de laparatomía exploratoria, la procedencia más frecuente fue de zona rural: 99 pacientes y de zona urbana: 85 pacientes

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Realizar estudios de investigación que permitan mejorar y actualizar la atención de enfermería, lo que redundara en beneficio del paciente, familia y comunidad.
  
- b) Motivar al personal de salud mediante la dotación real de recursos humanos necesarios para la prestación de cuidados a pacientes postoperados, tomando en cuenta el grado de dependencia del paciente, demanda de pacientes, la complejidad del postoperado y considerar al cuidador como eje principal.

## VII. REFERENCIALES

- 1.- Richard Rojas Hilario. Tesis: "Laparatomía exploratoria en Emergencia: Hospital Militar Central 1980 – 2001". Para optar el T título profesional de: Médico Cirujano. Lima-Perú 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Asesor: Dr. Carlos Cullqui Levano-Médico Cirujano General (UNMSM).
- 2.-University of Maryland Medical Center (UMMC). Exploración quirúrgica. Serie consultado: [www.umm.edu/halth/medical/spanishency](http://www.umm.edu/halth/medical/spanishency).
- 3.-Esteban Leonel Sincel Saquec. Tesis: "Hallazgos en Laparatomía Exploratoria de pacientes adultos que ingresan a la emergencia".  
Para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Cirugía General. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2013.
- 4.-Carol Lisseth Bobadilla Reyes. Tesis: "Score Ssortt como indicador pronóstico de Laparatomía en pacientes con Trauma abdominal llevado en el Hospital Belén de Trujillo". Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Trujillo-Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.
- 5.- Ericka Roxana Díaz Tumay. Tesis "Valor Predictivo de la Ecografía en pacientes con Trauma Abdominal Cerrado. Hospital Vitarte 2013-2014. Para optar el Título de especialista en Radiología Lima-Perú. Universidad San Martín de Porres. 2015.
- 6.- Martínez García, Arturo; Rivera Ledesma, Emilio. "Traumatismo penetrante abdominal por arma Perforocortante, en pacientes termodinámicamente estables. ¿Laparatomía exploratoria mandatoria?. 16 de abril de 2017 revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Abril de 2012. ([www.16deabril.ald.cu/rev/247/ao1.Html](http://www.16deabril.ald.cu/rev/247/ao1.Html))

7.- Adriane Betzabet Aguirre Benancio. Ever Evelin Santene Maya. Tesis "Hallazgos en laparatomía exploratoria en pacientes adultos con trauma abdominal en el Hospital General Dr. Nicolas San Juan 2007 a 2012 Tesis para obtener el título de médico cirujano. Toluca, México. Universidad Autónoma del estado de México. 2013.

8.- Krames Online. Laparatomía exploratoria. [ ] 2016  
<https://overlake.kramesonline.com>.

9.- WordPress.com. Teorías de motivación.  
<https://teoriasmotivacionales.wordpress.com>.

10.- ULPGC. Virginia Henderson (2...5).  
[www.ulpgc.es/descargadirecto.php](http://www.ulpgc.es/descargadirecto.php).

11.- Universidad Centro Medico bautista (UCMB) Modelo teórico Florence NighTingale.pag1.1 Julio 2014. [Ucmb.edu.py/modelo-teorico-florence-nightingale](http://Ucmb.edu.py/modelo-teorico-florence-nightingale).

12.- Blogspot. El cuidado. Dorothea Orem. [teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/Dorothea-orem-html](http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/Dorothea-orem-html).9 Junio 2012 Yolanda Coraspe.

13.- Overlake Medical Center. Laparatomía exploratoria. 9.- WordPress.com. Teorías de motivación.  
<https://overlake.kramesonline.com/spanish>.

14.- Claudia Marcela Alva Albarrán, Carole Berene Tirado Terán. Tesis "Satisfacción del paciente pos operado inmediato sobre el cuidado de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Regional docente de Trujillo 2016" Tesis para obtener el título profesional de licenciado en enfermería. Trujillo- Perú. Universidad particular Antenor Orrego 2016.

15. Lidia Nuñez Redonet. Preescolar, escolar, adolescente, adulto sano y trabajador. [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf)

# **ANEXOS**



## Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II 2



### HISTORIA

El año 1958 en la ciudad de Piura, en un sector ubicado después de la Av. Bolognesi, a la altura del actual AAHH. Buenos Aires, existió una barriada que se llamó el "barrio de las latas", nombre que recibió debido a que muchas casas usaban en su construcción quinchas y chatarra, el concejo Provincial se vio en la necesidad de reubicar a todas estas familias, en los descampados de la zona Oeste de la ciudad donde actualmente se encuentra situado el AAHH Santa Rosa. Los primeros moradores se agruparon en un comité vecinal llamado "comité de los sin techos", el mismo que fue fundado el 17 de agosto de 1961, dicho comité estaba integrado por los moradores, entre ellos el Srs.: Humberto La Chira Martínez y Carlos Ordinola Mena, Eusebio Chira Julián, etc. En ese entonces alcalde del concejo provincial de Piura era el Dr. Carlos León Monzón. Posteriormente se forma un comité con el nombre de "comité central pro defensa y progreso de la Urbanización Santa Rosa", quienes dentro de sus necesidades consideran solicitar la construcción de una posta médica. Es así que en agosto de 1963, el área de salud de Piura y Tumbes que estaba bajo la dirección del Dr. Alfredo Heinzelman, aplica una encuesta en las 870 familias, que era el número de pobladores en ese entonces vivían en el barrio. En dicha encuesta se saca conclusión que aparte de la carencia de servicio de agua potable, desagüe, alumbrado público, la construcción de una posta era prioritaria, dado que la población venía siendo afectada por enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas consecuencia de la falta de higiene, frío, tierra y plagas de moscas.

Ante esta situación; en el año 1963, ante esta situación siendo su presidente el Dr. Ricardo Rodríguez Vergaray, el Rotary club de Piura toma la iniciativa de construir una posta médica, destinando para tal fin una partida de 109 soles, para la cual se forma un comité pro construcción de la posta integrado por los rotarios, entre ellos Alfredo Heinzelman y Juan Canstanigno Vera Tudela. En el año de 1964 se construye la obra y el Rotary club de Piura, un 30 de agosto de 1964 en una ceremonia especial con la presencia de las autoridades de la localidad tales como el alcalde Oscar Román Baluarte, el Director del Área de Salud de Piura y Tumbes, hace entrega de la posta médica Santa Rosa, al área de salud y a la comunidad asumiendo la jefatura el Dr. Juan Ubillus Galeno Hospital II-1 Santa Rosa | Análisis Situacional de Salud. Natural de Catacaos, posteriormente en el transcurrir del tiempo fueron Jefes de este establecimiento de salud en orden que se presentan los Doctores: Oriol Saavedra, Guillermo Varillas Castro, Alberto Guevara Ibarra, Segundo Montoya Carvajal, y es a partir del año 1994, que asume la jefatura del Centro de Salud II Santa Rosa el Dr. Oscar Requena Ramírez, en el año 2011 asume como Director el Dr. Genaro Ipanaque Chiroque su actual Director. En Marzo del 2014 asume la dirección encargada el Dr. Paul Enrique Pachas Yataco a la fecha.

Podríamos sintetizar la evolución histórica de la estructura administrativa de este establecimiento de la manera siguiente: en el año 1964 se crea el puesto de salud Santa Rosa que brinda servicios preventivo promocionales, en 1989 se eleva de categoría a centro de salud y asume adicionalmente actividades, en 1995 se potencia con servicios especializados de atención quirúrgica, en 1996 adopta la modalidad de administración CLAS y el 15 de julio del 2002 es elevado a categoría de Hospital I Santa Rosa; mediante Resolución Ministerial N° 1171 – 2002 – SA/DM, el centro de Salud Santa Rosa fue elevado a la categoría de hospital I, constituyéndose actualmente en el Hospital I Santa Rosa Piura, perteneciente a la red de Piura – Castilla de la Dirección Regional de Salud Piura, siendo un establecimiento del II nivel de atención, que asume y comprende un espacio Geosocial – asistencial de tres provincias poblacionales importantes como son la provincia de Piura, la provincia de Sechura en la costa y la provincia de Huancabamba en nuestra serranía, que se verán beneficiadas con la atención especializada y actividades, recuperativa, de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud.



Habiéndose obtenido, la categoría de hospital, y contando con el apoyo de las entidades gubernamentales y de las organizaciones de base de los AAHH. de Santa Rosa y de San Martín; de manera conjunta se inician arduas gestiones para el financiamiento de la construcción y equipamiento de este nuevo hospital; obteniéndose de la cooperación Coreana koika, una donación consistente en \$ 1'300,000 dólares, por parte del Gobierno Regional de Piura se obtuvo la donación de \$ 400,000 dólares, con la finalidad de

ampliar el área terreno para el nuevo hospital el Concejo Provincial de Piura realizó una consulta popular al pueblo del AH. de San Martín, preguntándosele si es que querían que su plazuela fuera demolida, y que el terreno que quedaba sea anexada al área de terreno del nuevo Hospital Santa Rosa, la respuesta fue unánime; el pueblo respondió: si, donando la Municipalidad de Piura, el terreno del parque el establecimiento Hospitalario, desde su funcionamiento hasta la actualidad, subsiste económicamente, básicamente de sus prestaciones de servicios, que generan ingresos por la fuente de financiamiento de recursos, Directamente recaudados, por donaciones y transferencias (SIS) cabe anotar que por la fuente de Financiamiento de recursos ordinarios, asignados por la unidad ejecutora 400 DIRESA - Piura, cubre principalmente el gasto corriente de planillas y obligaciones sociales, del personal nombrado y contratado.

Resumen de los directores:

- 2009 - 2011: Dr. Oscar Eduardo Requena Ramírez
- 2011 - 2013: Dr. Genaro Ipanaque Chiroque
- 2013 - 2014: Dr. Paul Pacchas Yataco
- 2014 - 2015: Dr. Cristhian Requena Palacios
- 2015 - hasta la fecha: Dr. Rogger Oquelis Cabredo

## **MISIÓN**

Somos un Hospital de mayor capacidad resolutive, contamos con recursos humanos altamente calificados, y con equipos modernos para brindar la atención de servicios de salud a la población de pobreza y extrema pobreza, de la Región Piura.

## **VISION**

· Ser en el año 2018 un Hospital con reconocimiento a nivel nacional e impulsador de un modelo moderno en prestación de servicios de salud especializados, con equipos de alta tecnología y recursos humanos calificados, contribuyendo al desarrollo humano en nuestra Región.

## **LOGOTIPO**

El logo mantiene su forma circular para conservar lo ya establecido por el hospital y por el estilo de Corea (La mayoría de entidades de salud en corea usan la forma circular en sus logotipos).

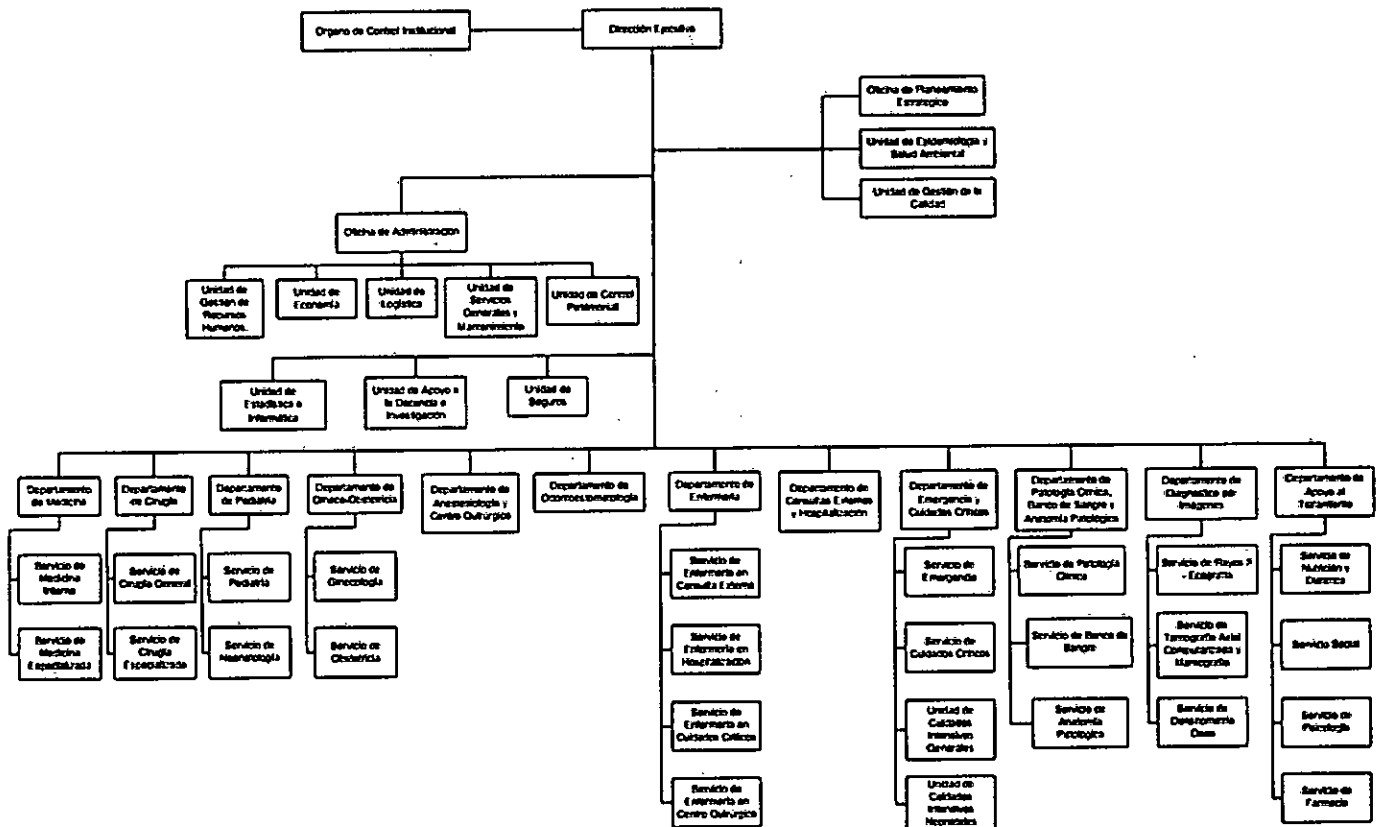
Los colores rojo y azul son los representativos de las banderas de Perú y Corea con un toque de blanco en las tonalidades ya que en la categoría salud los colores pasteles son los más apropiados.



# ORGANIGRAMA

Un organigrama es un esquema de la organización de una empresa, entidad o de una actividad. El término también se utiliza para nombrar a la representación gráfica de las operaciones que se realizan en el marco de un proceso industrial o informático. Un organigrama permite analizar la estructura de la organización representada y cumple con un rol informativo, al ofrecer datos sobre las características generales de la organización. Los organigramas pueden incluir los nombres de las personas que dirigen cada departamento o división de la entidad, para explicitar las relaciones jerárquicas y competencias vigentes. De esta manera, los organigramas deben representar de forma gráfica o esquemática los distintos niveles de jerarquía y la relación existente entre ellos. No tienen que abundar en detalles, sino que su misión es ofrecer información fácil de comprender y sencilla de utilizar.

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA II-2 SANTA ROSA PIURA



## Programación de Turnos Quirúrgicos

### PROGRAMACION DE TURNOS QUIRURGICOS 2017

<b>TURNO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>
<b>MAÑANA</b>	<b>GINECOLOGIA</b>	<b>CIRUGIA PLASTICA</b>	<b>CIRUGIA GENERAL</b>	<b>TRAUMATOLOGIA</b>	<b>CIRUGIA PEDIATRICA</b>	<b>CIRUGIA GENERAL</b>
<b>TARDE</b>	<b>GINECOLOGIA</b>	<b>GINECOLOGIA</b>	<b>TRAUMATOLOGIA</b>	<b>ONCOLOGIA UROLOGIA</b>	<b>CIRUGIA GENERAL</b>	<b>GINECOLOGIA</b>