

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA I DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

GISELA PAMELA VICENTE CLEMENT

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 143-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 18 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	3
Capítulo II. Marco teórico	7
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	8
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Bases Conceptuales	12
Capítulo III.	
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	20
3.1. Valoración	20
3.2. Diagnóstico de enfermería	29
3.3. Planificación	32
3.4. Ejecución	38
3.5. Evaluación	38
4. Conclusiones	42
5. Recomendaciones	43
6. Referencia Bibliográficas	44
7. Anexos	49

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades biliares ocupan un lugar importante entre todas las enfermedades quirúrgicas. Las enfermedades vesiculares son motivo de intervención quirúrgica frecuente y ocupan una de las primeras causas de morbilidad hospitalaria. En la actualidad existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, el procedimiento de colecistectomía convencional abierta y, desde hace casi un par de décadas, la colecistectomía laparoscópica.

En tanto, la motivación de presente informe fue descubrir la naturaleza y el comportamiento del paciente sometido a una colecistectomía abierta, el cual me permitan fortalecer los conocimientos profesionales y enfrentar nuevos retos en la atención directa cumpliendo de forma metodológica y sistemática los criterios de atención. Así mismo, este informe permitirá proporcionar información a futuras investigación en el campo de la enfermería como profesión. El objetivo es disminuir las complicaciones que suelen presentarse en todo paciente quirúrgico.

Por otro lado, es importante desarrollar y profundizar nuestro plan de cuidados en los pacientes sometidos a una colecistectomía abierta ya que dentro de esta etapa Post operatoria, los cuidados de Enfermería se orientan a la identificación en forma precoz de signos de alarma a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, mediante la valoración y monitoreo de los signos vitales, la conservación de la posición idónea, el manejo del dolor, y la seguridad y protección; para evitar cualquier complicación, e identifica los riesgos que permitan actuar inmediatamente.

Mi experiencia como profesional se desarrolla en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el que llevo laborando más de 20 años de servicio, con casi más de 10 años en área de cirugía general I - 4B, cumpliendo con la atención directa en el proceso de recuperación del paciente post operado inmediato y mediato, mediante el Proceso de Atención Enfermería el cual permite al personal de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico,

Planificación, Ejecución y Evaluación. El cual favorece la aplicación de la base teórica en el ejercicio de la profesión de enfermería la cual se fundamenta en la solución de problemas de salud, para así cubrir las necesidades interferidas del usuario, percibidos en la valoración a través de la observación, entrevista, y examen físico, con el contacto del paciente del paciente colecistectomizado.

Generalmente el paciente con colecistitis crónica calculosa ingresa como programado para realizarse una intervención quirúrgica laparoscópica, sin embargo, en ocasiones debe convertirse a un procedimiento abierto. La conversión en términos generales debe iniciarse, si hay dificultad en la disección e identificación de las estructuras o por problemas técnicos, evitando las complicaciones

En tal sentido, se puede mencionar que la colelitiasis es una enfermedad con sumo riesgo si se demora el diagnóstico y el tratamiento, teniendo una morbilidad y mortalidad entre un 40 a 70%, y riesgos de lesión biliar en un 1.3% laparoscópica y 0.7% convencional. Asimismo, los riesgos y complicaciones después de la cirugía, reporta una incidencia de aproximadamente en 8% laparoscópica y 2% convencional. Aproximadamente el 95% de las enfermedades de los conductos biliares se deben principalmente a la obstrucción ocasionada por caculos por cálculos o "piedras biliares (litiasis) en vesícula y conducto biliar, lo cual se manifiesta con cólicos biliares.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que la colelitiasis es una enfermedad de la vesícula biliar; es decir, es la inflamación de la pared de la vesícula biliar y el revestimiento abdominal circundante, producidas por la mayoría de los casos por piedras en la vesícula (cálculos), que provocan la obstrucción del conducto cístico (conducto que comunica vesícula con el tubo digestivo), reteniendo la bilis y provocando la distensión de la vesícula biliar (1).

En el mundo existe un gran número de personas afectadas por enfermedades del tracto biliar, hasta 95% de estas es secundaria a litiasis vesicular. En EE.UU., se calcula que alrededor de 10-20% de la población está afectada por esta patología. En cambio, en México, la prevalencia global de litiasis biliar es de 14,3%, ligeramente mayor a la observada en la mayoría de los países desarrollados (2).

En estudio epidemiológico de Cuba, consideraron que la litiasis en la vesícula biliar es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre; con serias implicaciones medicas sociales u económicas, por su elevada frecuencia y complicaciones, siendo el cólico biliar la manifestación clínica más habitual (70-80% de los casos). Esta enfermedad crónica se encuentra entre las más frecuentes, afecta a millones de personas en todo el mundo, se presenta en el 20% en las mujeres y el 10% en hombres, su tratamiento es la colecistectomía (3).

En tanto, en los países latinoamericanos aproximadamente 500,000 personas desarrollan síntomas o complicaciones de colelitiasis cada año, requiriendo colecistectomía siendo esta enfermedad litiásica vesicular responsable de alrededor de 10,000 muertes por año. La prevalencia de cálculos biliares se estima entre un 5 a 10% dentro de la población adulta. Cabe destacar que las

etnias más afectadas corresponden a latinos con ancestro indígena, dentro de las cuales se destaca la etnia Mapuche en Chile (4).

En Colombia, en un estudio realizado revelan que, a esta patología se le asocia la edad como un factor de riesgo importante. En 5 a 8 % de las mujeres jóvenes se presenta colecistitis aguda, porcentaje que va en incremento a 25 o 30 % en los que superan los 50 años. En los hombres, la prevalencia asciende con la edad, empezando en la vida adulta(5).

Además, se tiene conocimiento que a medida aumenta la edad el número de patologías asociadas y complicaciones se incrementan, por lo cual juega un rol importante como un factor de riesgo de mortalidad, complicaciones postoperatorias y conversiones intraoperatorias a colecistectomía convencional, razón por la cual se genera desconcierto al momento de tomar una decisión en este grupo etario (5).

La colecistectomía abierta (en su modalidad de minilaparotomía) puede ser una alternativa eficaz para el manejo de la colelitiasis sintomática y una opción no menospreciada para resolver dicho problema de salud, donde las instituciones no cuentan con la infraestructura necesaria para realizar procedimientos laparoscópicos. La evidencia actual justifica la técnica como parte del repertorio de los cirujanos y la decisión de cuál técnica realizar dependerá de la disponibilidad de recursos y del criterio del cirujano (6).

Por otro lado, un crecimiento en el número de colecistectomías laparoscópicas que fueron convertidas a cirugías abiertas de emergencia como electivas aumentando la morbilidad, prolongando el tiempo de estancia hospitalaria, el empleo de insumos y recursos hospitalarios, y también el número de complicaciones postoperatorias como: lesión del conducto biliar, hemorragia, infecciones, íleo paralítico, presentándose estas generalmente en las primeras 48 -72 horas luego de efectuado el procedimiento quirúrgico generando un impacto económico en el sistema de salud y sobretodo en el paciente (7).

En el Perú, en el hospital II Chocope- La Libertad, en el año 2017 hubo 280 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 14 fueron convertidas a colecistectomía convencional por adherencias en vesícula biliar. Entre enero y agosto del año 2018 se realizaron 100 colecistectomías laparoscópica y se registró 10 colecistectomías laparoscópicas convertidas a abiertas; todas ellas por múltiples adherencias en vesícula y vías biliares, que dificultaban su visualización y/o disección; así también el 80 % de estos casos se observaron en los pacientes con colecistitis aguda. Son muchos los factores que predisponen en la conversión de colecistectomías laparoscópicas a colecistectomías convencionales, pero haciendo un análisis de las estadísticas se puede observar que en su mayoría de casos los pacientes tienen en común las adherencias de la vesícula biliar (8).

En tanto, después de la conversión, es decir en el post operatorio, las complicaciones más frecuentes están la fiebre, vómitos e infección de herida operatoria. Se identificó dentro de los factores asociados a las complicaciones mencionadas son el sexo, la edad y el IMC. Estos factores han persistido al momento de presentarse las complicaciones, por lo que sigue siendo un motivo por el cual el paciente debe estar más tiempo hospitalizado¹⁻². Aunque las complicaciones post colelap tienen un bajo porcentaje, el porcentaje de los factores cada vez están incremento a diferencia de 5 a 10 años atrás (9).

Es así que, todo paciente pos-operado necesita cuidados por parte de profesional de enfermería que consisten de forma principal en el control hemodinámico, monitorización de nivel de sedación y analgesia, vigilancia respiratoria, valoración del sangrado y control de fluido terapia. Dependiendo del tipo cirugía, de la situación clínica o de la aparición de complicaciones postoperatorias que presente el paciente colecistectomizado (10).

El uso del Proceso de Atención Enfermería permite al profesional crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único,

que necesita atenciones de enfermería enfocadas de forma integral y no solo la enfermedad.

En el Servicio de Cirugía I del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, según las cifras del 2019 obtenidas del reporte anual de cirugías, ingresaron 2,500 pacientes post-operados de colecistectomía abierta, en lo que va del año, al primer trimestre se han reportado que ingresaron al menos 650 pacientes diagnosticados con colecistitis aguda y crónica programados para una cirugía de colecistectomía laparoscópica, sin embargo el 40% de estas cirugías pasan a convertirse en colecistectomías abiertas. Así mismo, ingresan también, pacientes post operados por colecistectomía abierta del servicio de emergencia. Los pacientes colectomizados ingresan en algunas ocasiones, con soporte ventilatorio, con drenajes tubular y/o laminares, sonda nasogástrica a gravedad, herida quirúrgica de aprox.15 centímetros a nivel del hipocondrio derecho, sumándose a ellos, comorbilidades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, etc.

Por otro lado, las complicaciones quirúrgicas no son ajenas al proceso de recuperación, a ello se suma las hemorragias, atelectasia, infecciones de sitio operatorio, las dehiscencias, las eventraciones, íleo paralítico, neumonías, entre otros, generando retraso en la recuperación y estancia hospitalaria prolongada.

Es por ello, que la intervención de enfermería a través de la valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. Se hará todo esfuerzo para anticipar y prevenir de ser posible, los problemas en el período postoperatorio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ESTEPA PEREZ Jorge (2015); Cuba. Realizó una investigación titulada colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Donde detalla que la colecistectomía es un procedimiento de tratamiento quirúrgico que ha resistido el embate centenario de los años, por ello, sigue siendo la vía adecuada cuando no se cuenta con tecnología avanzada. Asimismo, tiene como objetivo, describir los resultados obtenidos con la colecistectomía convencional abierta, en el tratamiento de la litiasis vesicular. EL método utilizado fue un estudio descriptivo de los pacientes operados de la litiasis vesicular durante los años 2012, en el centro médico Maria G. Guerrero , donde se analizaron las los expedientes clínicos y un modelo recolector de datos según las variables, edad, sexo, síntomas, resultados del tratamiento quirúrgico y sus complicaciones . En este estudio fueron operados 147 pacientes donde predominó el grupo de personas de 41 a 60 años y el sexo femenino. El dolor en el hipocondrio derecho y la intolerancia a los alimentos grasos fueron los síntomas y signos que prevalecieron. Finalmente se concluyó que la colecistectomía convencional abierta sigue siendo una opción favorable para el tratamiento de litiasis vesicular ante la usencia de tecnología avanzada(6).

CORDERO GARCIA Rubén (2015); México. De acuerdo a la investigación titulada tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de Colecistectomía convencional y laparoscópica. En la cual detalla que la colecistectomía laparoscópica es una técnica segura para el tratamiento de la enfermedad litiásica vesicular. Asimismo, tiene como objetivo observar la asociación del tipo de colecistectomía con el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica. También, el método utilizado fue el diseño transversal, retrospectivo, observacional, comparativo, donde se incluyó a pacientes del año 2011 con patología vesicular, post operados de

colecistectomía. Se formaron dos grupos: 21 pacientes con colecistectomía laparoscópica, y 115 con cirugía convencional. El análisis de datos fue realizado mediante una estadística descriptiva e inferencial. Resultados. El 80% de la población se conformó por mujeres; la edad media fue de 48 años, y la indicación pre quirúrgica más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica (82%). Además, las variables sexo, domicilio, diagnóstico preoperatorio y complicaciones no mostraron diferencia estadísticamente significativa. En conclusión, la colecistectomía laparoscópica supera a la cirugía convencional en el manejo de la patología vesicular, y representa menor tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y días de incapacidad(11).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MIRANDA MENDOZA Nilda (2015); Tacna. Se realiza una investigación titulada Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica _ hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. Presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de establecer la relación entre la satisfacción de los pacientes y el nivel de los cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestesia _hospital II Daniel Alcides Carrión de Tacna 2014 el tipo de estudio realizado es descriptivo cuantitativo de corte transversal la población estuvo constituido por 152 pacientes que corresponde al 100% de los que fueron atendidos en la unidad de atención post anestésica de sala de operaciones durante el mes de noviembre del 2014 asimismo el instrumento que se utilizó para la obtención de datos fue la entrevista al paciente y la hoja de observación para medir la relación entre la satisfacción de los pacientes y la calidad de los cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica .donde concluye los pacientes durante el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación postanestesia percibe un nivel de satisfacción completa en un 48,03% de la atención de enfermería no obstante un 34.87% percibió satisfacción intermedia (12).

OBREGON GUARANGA M. (2017). Lima. Realizó un caso clínico Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de colecistectomía Hospital Sergio E Bernales En el presente trabajo es un caso clínico de un paciente que se encuentra en la unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA) recientemente operado de colecistectomía Laparoscópica en su inicio. Luego, por complicaciones Intra operatorios se convirtió en cirugía convencional. Ala vez se aplicó el proceso del cuidado de Enfermería integrada por cinco etapas en esta metodología sus etapas son sucesivas y se relacionan entre si. su ejecución permite a la enfermera quirúrgica la integridad de los cuidados, Cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta. Finalmente concluye que la la enfermera especialista tiene que estar preparada para toda complicación dentro de sala de operaciones. Que repercute en el post operatorio inmediato. El cuidado de enfermería de especialista en centro quirúrgico es en las tres áreas de atención desde el preoperatorio, nitra. Operatorio y el posoperatorio por lo tanto tiene que tener habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos del centro quirúrgico de acuerdo a protocolos establecidos aplicando principios éticos cuidados del paciente (13).

CARHUALVICA GAMBOA Yelin (2018), realizó un estudio de investigación titulado. Cuidado Enfermero a paciente en colecistectomía laparoscópica por colelitiasis unidad de recuperación pos anestésica. Hospital regional del cusco. El siguiente trabajo tuvo como objetivo la aplicación del proceso de atención de enfermería en el paciente post operado inmediato de colecistectomía Laparoscópica durante su estancia en la unidad de recuperación post anestésica ,cumpliendo con sus cinco etapas de valoración ,diagnostico planificación, ejecución y evaluación en el proceso se identifica los dominios afectados, se plantea objetivos priorizando los objetivos , se plantea la atención se ejecuta y al termino del proceso se evalúa el estado del paciente. Así mismo se aplicó el método científico a la práctica asistencial de enfermería, debemos tener en cuenta que la investigación de caso basado en el proceso de atención de enfermería amplia nuestro conocimiento y orienta nuestras acciones hacia un cuidado humanizado y donde abarcamos

el todo del ser humano. Donde el resultado fue después de aplicar el proceso de atención de enfermería durante el postoperatorio inmediato la paciente muestra evidencia de recuperarse favorablemente a los efectos de la anestesia, de mantener funciones vitales dentro de los parámetros normales. Donde concluye diciendo que la aplicabilidad de proceso permite los profesionales de enfermería prestar cuidados de una forma racional lógica y sistematizada. Y que la atención en el postquirúrgico inmediato está dirigido a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente y la prevención de Complicaciones, la valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudaran al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez seguridad y comodidad como sea posible(14).

2.2 Base Teórica

Las bases teóricas que dieron sustento al presente estudio son:

2.2.1. Teoría de las necesidades humanas básicas

Esta teoría fue propuesta por Virginia Henderson, en la cual se concibe el papel del profesional de Enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente. Según Henderson, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y variables (estados patológicos). Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería; estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

14 necesidades de Virginia Henderson:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de enfermería por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación del profesional de Enfermería. La teoría se relaciona con el presente estudio porque todo paciente postoperado tenemos que satisfacer sus necesidades básicas ya que no puede valerse por sí solo durante las primeras 12 horas de operado (15).

2.2.2. Teoría del Cuidado Humanizado

Teoría formulada por Jean Watson, se refieren al cuidado como el ser y esencia de enfermería, teoría que se seleccionó para el desarrollo del presente estudio; Watson indica que cuidar es una actividad humana; una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En

enfermería, el cuidado se considera como el núcleo de la disciplina que implica no solamente al paciente como receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Teoría del cuidado humano de Jean Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; guiando hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que es un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía.

En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida; considerando que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal; contribuyendo a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos humanos en la atención a los pacientes.

La presente teoría se relaciona con el estudio realizado porque los cuidados que los profesionales de Enfermería brindados a los pacientes postoperado deben ser realizados teniendo en consideración los postulados del cuidado humano expuestos en esta teoría. Promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado del enfermo (16).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Litiasis Vesicular

Llamamos litiasis biliar a la presencia de cálculos o “piedras” en la vesícula biliar o en los conductos biliares. La mayoría de las personas que tienen esta enfermedad tienen los cálculos dentro de la vesícula biliar, y así la enfermedad se llama colelitiasis.

La vesícula biliar es un órgano en forma de saco ovalado cuya función es

almacenar y concentrar bilis la que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno. Mide entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, con la capacidad de contener hasta 300 ml cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida. Se denomina colelitiasis a la presencia de cálculos al interior de la vesículabiliar.

La mayoría de las personas con colelitiasis son asintomáticos, presentando un riesgo anual de 2 - 4% para desarrollar síntomas y un 0,7 - 3% para desarrollar complicaciones, mientras que aquellos sintomáticos presentan complicaciones en un 30% siendo las más frecuentes la colecistitis aguda, pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis. El tratamiento recomendado es la colecistectomía, la cual se realiza vía mínimamente invasiva en la mayoría de los casos (17).

2.3.2. Fisiopatología.

La bilis está compuesta de agua, electrolitos, sales biliares (colato y quenodesoxicolato), proteínas, lípidos (colesterol y fosfolípidos) y pigmentos biliares.

Proviene del hígado, es almacenada y concentrada (por absorción de iones y agua) en la vesícula biliar, la que también puede modificar activamente su composición, tanto por absorción, como por secreción de lípidos. El epitelio de la vesícula biliar absorbe un 23% de colesterol, pero sólo un 9% neto de sales biliares durante un período de 5 horas. Esta capacidad de modulación lipídica del epitelio de la vesícula biliar se considera como un determinante principal del índice de saturación de colesterol.

El proceso inicial en la formación de cálculos biliares, es un cambio físico de la bilis, dado por el aumento de colesterol en la misma, generando que pase de ser una solución insaturada a saturada, por lo que los elementos sólidos precipitan (17).

2.3.3. Los principales factores fisiopatológicos involucrados son:

- Factores asociados a colelitiasis Sobresaturación de colesterol en la bilis
Hipomotilidad vesicular.

- Desestabilización de la bilis por factores cinéticos proteicos y mucinas anormales.
- Factores ambientales como hábitos alimenticios (consumo excesivo de colesterol).
- Genética; Se han reportado más de 20 genes de mucina, en las que existe alteración en su expresión o polimorfismos.
- Alteración en la secreción de lípidos biliares (implica transportadores como ABCG5 , ABCG8 , ABCB4 y ABCB11).

2.3.4. Clínica.

La mayoría de los pacientes con colelitiasis son asintomáticos. El riesgo de desarrollar síntomas es de 2 - 4% al año. La progresión de los síntomas está dada por la obstrucción del conducto cístico, que puede llevar a complicaciones como colecistitis aguda, coledocolitiasis, fístula colecistoduodenal y pancreatitis. La probabilidad de desarrollar complicaciones va entre 0,7-3% al año.

La clínica se caracteriza por un dolor tipo punzante, localizado en epigastrio o cuadrante superior derecho e irradiado a hombro derecho y entre las escápulas. Es intermitente, aparece en general después del consumo de comidas grasosas, y tiene una duración de 1-5 horas, pudiendo estar acompañado de náuseas y emesis.

También puede presentarse de forma atípica, como dolor en el cuadrante superior izquierdo o inferior derecho, con dolores leves asociados a la ingesta de alimento. Hasta en un 40% de los pacientes con colelitiasis se puede presentar la pancreatitis aguda como primera manifestación clínica.

El examen físico de la mayoría de los pacientes con colelitiasis se encuentra dentro de límites normales. Excepción son los pacientes que están con cólicos biliares en los cuales se pueden evocar dolor a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen (17).

2.3.5. Diagnóstico

Los parámetros de laboratorio son normales en un cólico biliar que no se acompaña de complicaciones. El patrón oro para el diagnóstico es la ecografía abdominal, única exploración necesaria para certificar la presencia de cálculos

en la vesícula biliar. Se trata de una técnica inocua, de bajo coste y disponible en la mayoría de los centros con una sensibilidad y especificidad superior al 95% para los cálculos de tamaño superior a 4 mm². Típicamente detecta cálculos móviles, declives y con sombra acústica posterior. Cuando la sospecha clínica es elevada y la ecografía es negativa, puede indicarse una ecoendoscopia (17).

2.3.6. Tratamiento.

La colecistectomía es el tratamiento de elección. Ello es así por diversas razones, pero fundamentalmente por el hecho de que aquellos casos que finalmente se resuelven con tratamiento médico-conservador (50% aproximadamente), precisarán un reingreso por un evento similar, al menos en el 20% de los casos. Todo ello comporta morbilidad, pérdida de calidad de vida (y en algunos casos de productividad laboral) y un elevado coste sanitario. El “cómo” y el “cuándo” realizar la colecistectomía ha sido tema de debate durante años (17).

2.3.7. Colecistectomía Abierta

A pesar de la vía laparoscópica la colecistectomía convencional sigue siendo un método muy útil sobre todo en la litiasis biliar complicada; se señalan algunas situaciones en las que este procedimiento está indicado, ejemplo la obesidad mórbida, la cirrosis, la hipertensión portal, la enfermedad pulmonar obstructiva grave, cirugía previa, embarazo, colecistitis grave, empiema vesicular, colangitis aguda, perforación vesicular, fístulas colecisto-entéricas o sospecha de neoplasia vesicular (18).

2.3.8. Conversión Quirúrgica.

La conversión no es una complicación de la colecistectomía laparoscópica y se debe hacer puntualmente para proteger al paciente contra una lesión operativa seria. Esta decisión de convertir para abrir la colecistectomía se debe considerar como juicio quirúrgico sano.

La conversión a cirugía abierta se ha clasificado en dos tipos: I, conversión forzada u obligada, por daño colateral a un órgano vecino, hemorragia incontrolable o lesión de la vía biliar; y II, conversión electiva o programada por falta de progresión en la cirugía y disección difícil y riesgosa con prolongación del

tiempo quirúrgico. Esta última, a su vez, tiene tres categorías: por inflamación, por adherencias no inflamatorias o por alteraciones anatómicas. Los criterios de 26 conversión a cirugía abierta son los mismos que los considerados en cirugía electiva (19).

2.3.9. Cuidados de Enfermería en el Periodo Postoperatorio:

Los cuidados de Enfermería en el período postoperatorio se dirigen al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, y a la prevención del dolor y las complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. Se hará todo esfuerzo para anticipar y prevenir de ser posible, los problemas en el período postoperatorio.

El período postoperatorio empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la unidad pos anestésica también denominada “sala de recuperación”. Algunos pacientes que reciben un anestésico local o que son sometidos a intervenciones que no requieren anestesia pueden pasar desde el quirófano a su habitación del hospital o a su domicilio. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios meses. Intervienen factores de este caso, como la edad del paciente, su estado nutricional, o estados patológicos que requieren terapéutica más intensiva afectarán a la duración del período postoperatorio. Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se dan con la finalidad de: apreciar el estado del paciente psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación prevenir oportunamente las complicaciones, proteger al paciente de lesión durante el período de inconsciencia, aliviar molestias y ayudar al paciente a recuperar su independencia (20).

A. Objetivos de la Asistencia de Enfermería en el Período Postoperatorio

El principal propósito del cuidado de enfermería en el postoperatorio consiste en ayudar al paciente a recuperar la función normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posibles. Los objetivos específicos relacionados con este fin son:

1. Ayudar al paciente a conservar la función respiratoria óptima.
2. Valorar el estado cardiovascular y corregir cualquier posible complicación. 3. Promover la comodidad y seguridad del paciente.
4. Propiciar el mejor estado general del paciente mediante nutrición, y eliminación apropiada, y conservación del balance de líquidos y electrolitos.
5. Facilitar la cicatrización de la herida y evitar o controlar la infección.
6. Estimular la actividad mediante ejercicios tempranos, ambulación y rehabilitación.
7. Contribuir en la mayor medida posible al bienestar psicosocial del paciente y su familia. Documentar todas las fases del proceso de enfermería e informar de los datos pertinentes (21).

B. Cuidados Postoperatorios Inmediatos

El postoperatorio inmediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala de cirugía (hasta las 24 horas después de la operación) En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria. Se prestará atención al control de los desequilibrios, diarreas, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal. “Durante esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación. “La valoración postoperatoria continua todo el período postoperatorio”. Esta valoración permite al personal de enfermería según la recuperación postoperatoria del paciente y detectar el desarrollo de complicaciones reales o potenciales. Es esencial hacer una valoración completa, prestando especial atención a la función respiratoria y cardiovascular, a la comodidad y seguridad y a las necesidades psicosociales. El paciente debe vigilarse muy de cerca las primeras 48 horas después de la cirugía. Suele estar somnoliento el primer día y necesita precauciones especiales para protegerlo de todos los peligros, satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas y evitar complicaciones postoperatorias, cuando sea posible, o descubrirlas en las etapas iniciales, de modo que pueda actuarse de inmediato. La enfermera debe comprobar que esté cómodo y sin dolor (21).

C. Principales Complicaciones Post-Operatorias

Ante las complicaciones post-operatorias, el personal de enfermería debe tener la capacidad de identificar las posibles complicaciones para otorgar un tratamiento oportuno, por lo que a continuación mencionaremos algunas de estas complicaciones:

Choque El choque es una respuesta del organismo a una disminución del volumen circulante de sangre; se deteriora el riesgo tisular y termina finalmente en hipoxia celular y muerte, el cual puede ser de origen hipovolémico, séptico, cardiogénico.

Hemorragia La hemorragia es el escape copioso de sangre de un vaso sanguíneo, la cual se puede presentar durante la cirugía o en las primeras horas 22 posteriores a ésta, y primeros días después de la misma. En cuanto a las características de su origen:

a) Capilar: Su flujo es lento, se manifiesta como exudación capilar.

b) Venosa: Su flujo es a borbotones de color rojo oscuro.

c) Arterial: Su flujo es a chorro y de color rojo brillante. Complicaciones pulmonares Los antecedentes que predisponen a una complicación pulmonar pueden ser: Infección de vías respiratorias superiores, regurgitación o aspiración de vómito, antecedentes de tabaquismo intenso, enfermedades respiratorias crónicas y obesidad, entre otras.

Atelectasia La atelectasia ocurre las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, en la que existe una expansión incompleta del pulmón o una parte del mismo, se atribuye a la falta de respiraciones profundas periódicas. Éste puede ocurrir cuando un tapón de moco cierra un bronquiolo, lo que provoca que se colapsen los alveolos que se encuentran distales a dicho tapón, dando como resultado la disfunción respiratoria. Los signos que se pueden manifestar son: Taquipnea leve a intensa, taquicardia, tos, fiebre, hipotensión, disminución de los ruidos respiratorios y de la expansión torácica del lado afectado.

Neumonía La neumonía es una respuesta inflamatoria en la cual el gas alveolar queda reemplazado por material celular. En los pacientes post-operatorios por lo general el agente etiológico son por gramnegativos debido a la alteración de los mecanismos de defensa bucofaríngeos. Los factores predisponentes incluyen: Atelectasia, infección de vías respiratorias superiores, secreciones abundantes,

broncoaspiración, intubación o traqueotomía prolongada, tabaquismo, deterioro de las defensas normales del huésped (reflejo tusígeno, sistema mucociliar, actividad de macrófagos alveolares). Los síntomas que se advierten son: Disnea, taquicardia, dolor torácico pleurítico, fiebre, escalofríos, hemoptisis, tos, secreciones espesas verdosas o purulentas y disminución de los ruidos respiratorios en el área afectada.

Embolia pulmonar La embolia pulmonar se presenta por la obstrucción de una o más arteriolas pulmonares, que puede deberse a la presencia de un émbolo que se origina en algún sitio del sistema venoso o en el hemicardio derecho. Cuando se presenta en la etapa post-operatoria, en la mayoría de los casos los émbolos se forman en las venas pélvicas o ileofemorales, se desprenden y viajan hacia los pulmones. Retención urinaria Se ocasiona por espasmos del esfínter vesical, se presenta con mayor frecuencia después de la cirugía de ano, vagina o parte inferior del abdomen.

Obstrucción intestinal La obstrucción intestinal es la interrupción parcial o total del tránsito continuo del contenido a lo largo del intestino. La mayoría de las obstrucciones intestinales ocurren en el intestino delgado, en la región más estrecha, al íleon.

Infección de herida Se define como infección de herida quirúrgica e incisiones, aquella que ocurre en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía; involucra piel, tejido subcutáneo o músculos localizados por debajo de la aponeurosis implicada. La infección quirúrgica profunda, es la que se presenta en el área quirúrgica específica dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, si no se colocó implante, o en el término de un año si éste fue realizado. El 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del post-operatorio y el 90% se diagnostica a los quince días. La infección de herida quirúrgica continúa siendo una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes; aumenta el riesgo del paciente y en ocasiones nulifica el objetivo de la cirugía, aumenta la estancia hospitalaria, la utilización de antibióticos y material de curación en grandes cantidades, así como el costo de tiempo médico y enfermeras (os) a su cuidado, además del riesgo que corre el paciente de adquirir otras infecciones intrahospitalarias (22).

CAPÍTULO III.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : C.C.R
N° HC : 09234
Sexo : Masculino
Edad : 69 años
Estado Civil : Conviviente
DNI : 24579714
F Nacimiento: 11/03/1951
Peso : 74 kg.
Talla : 1.65 cm
Grupo y F.S : O RH +
Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Servicio : Cirugía General.
Fecha : 03/03/2020

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa el día 2/03/2020 al servicio de emergencia, con náuseas y vómitos refiriendo dolor abdominal tipo punzante a nivel del hipocondrio derecho, doloroso a la palpación, a la ecografía abdominal se encuentra litiasis vesicular, motivo por el cual se decide la intervención quirúrgica.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Post operado inmediato Colectomía más derivación biliodigestiva coledocoduodenal mas drenaje.

1.4. ANTECEDENTES

14.1. ANTECEDENTES PERINATALES: Nació de madre multípara, por parto natural.

14.2 ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre murió con cáncer a la próstata y diabetes mellitus.

14.3. ANTECEDENTES PERSONALES: Diabetes Mellitus tipo II no controlada, hipertenso.

14.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES: Paciente Es trabajador independiente, con un ingreso mensual de 1500 soles, refiere haber nacido en Cajamarca y que vive con su esposa de 62 años y con sus 2 de 4 hijos.

- **Datos subjetivos:**

Paciente post operado inmediato, bajo efecto post anestésico, refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, “señorita me duele mucho la herida”; “tengo sed”. según EVA 7/10.

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- F.R: 23 x minuto
- F.C: 94 x minuto
- T°: 37 °C (axilar)
- PA: 140/80 mmHg
- SPo2: 96%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

SNC: LOPTEP, escala de Glasgow 14, no signos meníngeos.

CABEZA: Simétrico, no adenomegalias, distribución del cabello normal.

CARA: No presenta tumefacción ni lesión alguna en la cabeza

Ojos: Simétricos, escleras ictéricas, pupilas isocorionicas, foto reactivas, movimientos oculares conservados.

Orejas: No se palpan ganglios, presenta simetría en ambos lados.

Boca: Mucosa seca, lengua de aspecto saburral, labios secos no hidratados.

Nariz: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos, con presencia de Sonda Nasogástrica a Gravedad con contenido bilioso de aproximadamente 300cc.

CUELLO: Movilidad conservada, no se palpan ganglios, no presenta masa.

TÓRAX: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna.

Pulmones: Se encuentra con mascarilla de oxígeno siempre, con FIO₂ del 45%, No se percibe ruidos agregados ni sibilancias en ambos campos pulmonares.

- **Cardiovascular:** Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 115 x minuto, PA: 140/80 mmHg

ABDOMEN: Depresible, no distendido, dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho según EVA 7/10, con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático de 30cc aprox., herida pos operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas, no secreción. Se percibe ruidos hidro aéreos conservados.

RIÑONES: Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical, Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.

MIEMBROS SUPERIORES: Tono muscular débil adelgazado, fuerza y movimientos conservados.

ÁREA PERINEAL: Sin alteración ni lesiones, con presencia de sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de aproximadamente 200 cc.

MIEMBROS INFERIORES: Tono muscular débil adelgazado, fuerza y movimientos conservados, con reposo relativo.

PIEL: Pálida +/+++ , icterica++/+++ , seca poco turgente, higiene conservada.

1.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- NPO + Sonda nasogástrica a gravedad
- Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco
- Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20%
- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/8horas
- Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
- Tramadol 100 mg sc condicional a dolor
- Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 horas
- Atorvastatina 40 mg VO c/24horas
- Losartan 50 mg ½ tab. Vo c/12 horas
- Bisoprolol 2,5 mg vo c/ 24 horas
- Insulina NPH 6UI 30minutoas antes del deayuno y 8pm
- Insulina R escala móvil
 - 180-230= 2UI
 - 230-280= 3UI
 - 280-300=4UI
 - Mayor o igual a 300= 5UI
- HGT C/ 8 horas
- Nebulizacion con 5cc SF + 6gtas de Fenoterol c/6horas
- CFV+ CBH
- Control de drenaje

1.6.1. EXÁMENES AUXILIARES:

- **Hemoglobina** =11 g/dl
- **Hematocrito** = 42.6%
- **Urea** = 33 mg/dl
- **Creatinina** = 1.02 mg/dl
- **Glucosa** = 210 mg/dl

1.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Presenta Diabetes Mellitus tipo II no controlada.

Clase 2. Gestión de salud: No conoce las complicaciones de su salud

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: Paciente en NPO con SNG a gravedad contenido bilioso de aproximadamente 300cc.

Clase 2. Digestión: No digiere alimento alguno ya que esta en NPO

Clase 3. Absorción: No evaluable

Clase 4. Metabolismo: Presenta Diabetes Mellitus tipo II no controlada, glucosa de 210mg/dl.

Clase 5. Hidratación: Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco -

Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20%. Volumen total de 3000cc en 24 horas. Con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático de 30cc aprox. , herida post operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas, no secreción.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.

Clase 2. Función gastrointestinal: abdomen depresible a la palpación, Se percibe ruidos hidro aéreos conservados, no realiza deposición.

Clase 3. Función tegumentaria: Pálida +/-+++, icterica++/+++, seca poco turgente.

Clase 4. Función respiratoria: post operatorio inmediato. Se encuentra con mascarilla de oxígeno siempre, con FIO2 del 45%, No se percibe ruidos agregados ni sibilancias en ambos campos pulmonares. FR 23Xmin, sat o2 96%.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Conservado

Clase 2. Actividad/ejercicio: Post operado inmediato, se encuentra con reposo absoluto.

Clase 3. Equilibrio/energía: post operado inmediato.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: post operatorio inmediato. Se encuentra con mascarilla de oxígeno simple, con FIO₂ del 45%, No se percibe ruidos agregados ni sibilancias en ambos campos pulmonares. FR 23xmin, sat o₂ 96%. Antecedente de HTA, actualmente PA: 140/80 mmHg, FC 94xmin.

Clase 5. Autocuidado: post operado inmediato.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Disposición y tiempo para darse cuenta.

Clase 2. Orientación: Glasgow 14/15

Clase 3. Sensación-percepción: Refiere dolor a nivel de la herida operatoria

Clase 4. Cognición: Glasgow 14/15

Clase 5. Comunicación: Se mantiene sin comunicarse por la reciente intervención.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: No evaluable

Clase 2. Autoestima: No evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Preocupación de parte de los familiares

Clase 2. Relaciones familiares: Conservada, con familiares a espera.

Clase 3. Desempeño del rol: No evaluable.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No evaluable

Clase 2. Función sexual: No evaluable

Clase 3. Reproducción: No evaluable

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Ninguno

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Se muestra ansioso por la complejidad de su cirugía y los dispositivos que lleva, como sonda nasogástrica, drenajes y sonda Foley.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Ninguno

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: No evaluable

Clase 2. Creencia: Catolico

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Ninguno

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático, herida pos operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas, no secreción, glucosa de 210mg/dl, antecedente de Diabetes Mellitus no controlada. Con sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.

Clase 2. Lesión física: antecedente de Diabetes Mellitus no controlada. Con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático, herida pos operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas, no secreción, glucosa de 210mg/dl

Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: Ambiente hospitalario

Clase 5. Procesos defensivos: Ninguno

Clase 6. Termorregulación: T° 37°C, piel tibia al tacto.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Post operado inmediato, con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático según de 30 cc aprox., herida pos operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas. refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, “señorita me duele mucho la herida” según EVA 7/10.

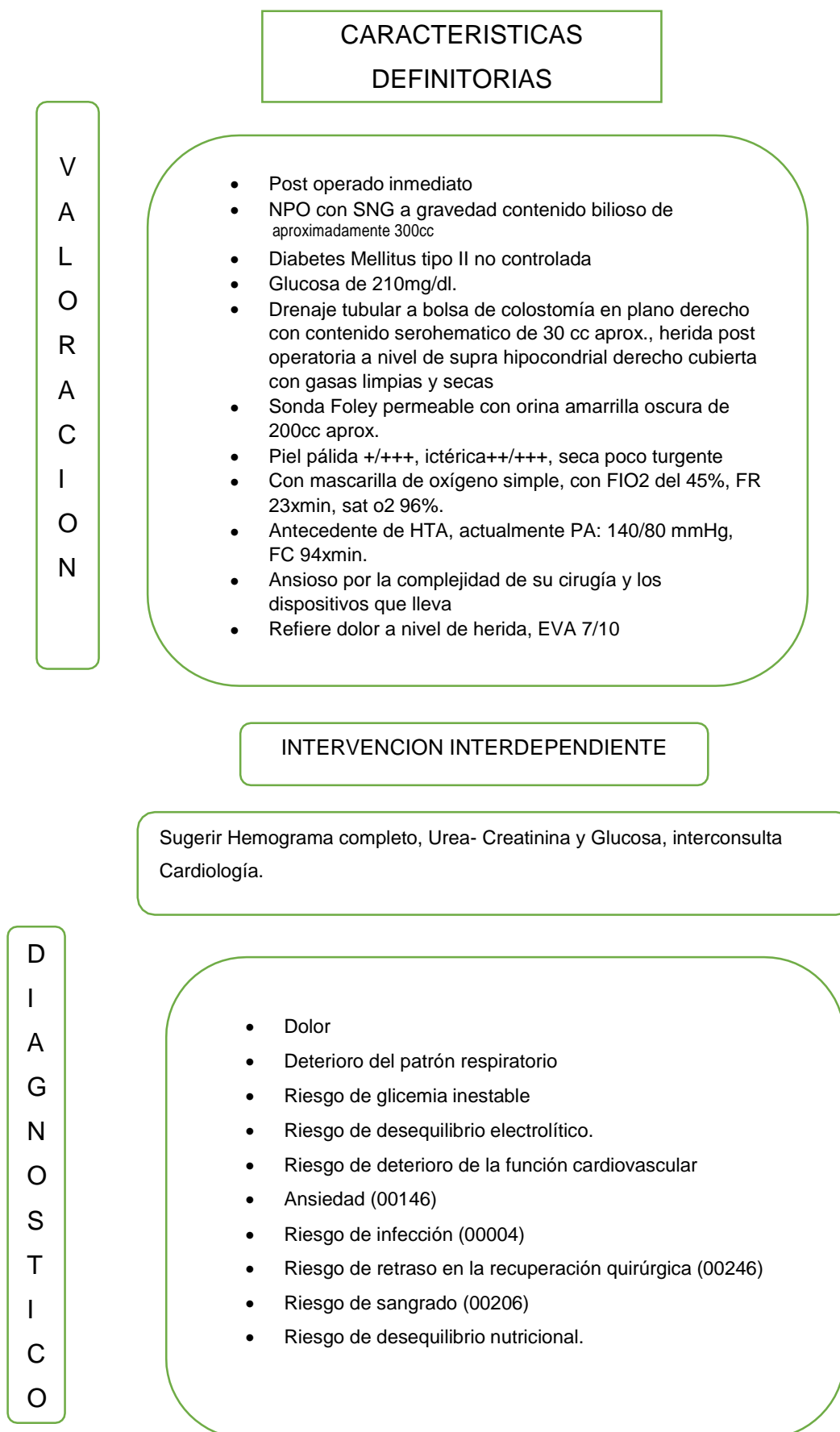
Clase 2. Confort del entorno: Se muestra ansioso por situación actual de salud y ambiente hospitalario.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: No evaluable

Clase 2. Desarrollo: No evaluable

1.8. ESQUEMA DE VALORACION



2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Post operado inmediato
- NPO con SNG a gravedad contenido bilioso de aproximadamente 300cc.
- Diabetes Mellitus tipo II no controlada
- Glucosa de 210mg/dl.
- Drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático, herida post operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas
- Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.
- Piel pálida +/+++ , icterica++/+++ , seca poco turgente
- Con mascarilla de oxígeno simple, con FIO2 del 45%, FR 23xmin, sat o2 96%.
- Antecedente de HTA, actualmente PA: 140/80 mmHg, FC 94xmin.
- Ansioso por la complejidad de su cirugía y los dispositivos que lleva
- Refiere dolor a nivel de herida, EVA 7/10

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor (00132)
- Deterioro del patrón respiratorio (00032)
- Riesgo de glicemia inestable (00179)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico. (00195)
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239)
- Ansiedad (00146)
- Riesgo de infección (00004)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Riesgo de desequilibrio nutricional

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Patrón respiratorio ineficaz	Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico.	Con mascarilla de oxígeno simple, con FIO ₂ del 45%, FR 23x/min, sat o ₂ 96%. Piel pálida + (+++)	Deterioro del patrón respiratorio r/c Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico.
Dolor agudo	Agresión o injuria tisular secundaria a acto quirúrgico, dispositivos invasivos.	Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos; FC 94 x/min, FR 23 x/min. Paciente refiere dolor a nivel de herida según EVA 7/10. PA: 140/80 mmHg	Dolor agudo r/c Agresión o injuria tisular secundaria a acto quirúrgico, dispositivos invasivos.
Ansiedad	Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales.	Complejidad de su cirugía y los dispositivos que lleva, como sonda nasogástrica, drenajes y sonda Foley. Ambiente hospitalario	Ansiedad r/c Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Perdida de volumen de líquidos secundario a drenajes, NPO.	Con drenaje tubular a bolsa de contenido serohemático de 30 cc aprox. y bilioso, con sonda nasogástrica a gravedad contenido bilioso de 300cc aprox. Con sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c Perdida de volumen de líquidos secundario a drenajes, NPO.
Riesgo de glicemia inestable	Cambios a nivel metabólico	Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada Glucosa de 210mg/dl.	Riesgo de glicemia inestable r/c cambios metabólicos.

Riesgo de infección	Ruptura de las primeras barreras de defensa y dispositivos invasivos secundario a agresion quirugica	Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada, Glucosa de 210mg/dl.	Riesgo de infección r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa y dispositivos invasivos secundario a agresion quirugica
---------------------	--	---	--

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico.e/p Con mascarilla de oxígeno simple, con FIO2 del 45%, FR 23xmin, sat o2 96%. Piel pálida + (+++)</p>	<p>Código: 00403 Estado respiratorio: ventilación</p> <p>Mejorar patrón respiratorio</p> <p>Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida (a) Del 1 al 5</p> <p>Frecuencia respiratoria en el rango esperado (3)</p> <p>Ritmo respiratorio (3)</p> <p>Profundidad de la respiración (3)</p> <p>Expansión torácica simétrica(3)</p> <p>Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias (2)</p>	<p>Código: 3320 Oxigenoterapia</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>Mantener en posición semifowler.</p> <p>Mantener soporte ventilatorio mediante dispositivos de oxigenación.</p> <p>Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente</p> <p>Controles de AGA.</p> <p>Mantener la permeabilidad de las vías aérea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebulización con 5cc SF + 6gtas de Fenoterol c/6horas <p>Código: 3350 Monitorización respiratoria</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>Observar si se producen respiraciones</p>	<p>Paciente con una saturación del 99% a un FIO2 del 21% ambiente</p> <p>Presenta buen ritmo y profundidad de las respiraciones.</p> <p>Con un PCO2 45 MMHG, PO2 97%</p>

		<p>ruidosas, como cacareos o ronquidos.</p> <p>- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Bior y esquemas atáxicos.</p> <p>Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.</p> <p>Anotar aparición, características y duración de la tos.</p>	
<p>Código: 00132</p> <p>Dolor agudo r/c Agresión o injuria tisular secundaria a acto quirúrgico, dispositivos invasivos e/p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos; FC 94 x min, FR 23 x min.</p> <p>Paciente refiere dolor a nivel de herida según EVA 7/10. PA: 140/80 mmHg</p>	<p>Código: 1605</p> <p>Control de dolor.</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>Manifestada: Nunca, Raramente, en ocasiones, con frecuencia constantemente.</p> <p>(1 al 5)</p> <p>Reconoce el comienzo del dolor (4)</p> <p>Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda (4)</p> <p>Refiere síntomas al profesional sanitario (4)</p>	<p>Código: 1400 Manejo del dolor.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no</p>	<p>Paciente logra disminuir el dolor.</p> <p>EVA 4/10</p> <p>Se mantiene tranquilo durante la estancia en la unidad de recuperación.</p>

		<p>farmacológicas, por ejemp, la posición antalgica.</p> <p>Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados, según EVA</p> <p>Administración de analgésicos 2210</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ketoprofeno 100 mg. EV c/8hras. • Tramadol 100 mg sc condicional a dolor intenso. <p>Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.</p>	
<p>Código: 00146</p> <p>Ansiedad r/c Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales e/ p Complejidad de su cirugía y los dispositivos que lleva, como sonda nasogástrica, drenajes y sonda Foley, ambiente hospitalario</p>	<p>Código: 01300</p> <p>Aceptación estado de salud.</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa (del 1 al 5)</p> <p>Tranquilidad (3)</p> <p>Expresa reacciones sobre el estado de salud (3)</p> <p>Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (4)</p>	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</p> <p>- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p>	<p>Paciente más tranquilo, tiene conocimiento del proceso de su recuperación.</p> <p>Colabora con los procedimientos.</p>

		<p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. <p>Escuchar con atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar el comportamiento, si procede. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 	
<p>Código: 000179</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c cambios metabólicos e/ p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos.</p> <p>Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada, Glucosa de 210mg/dl.</p>	<p>Código: 2300</p> <p>Nivel de glucemia</p> <p>Mantener un nivel de glucosa en sangre adecuado</p>	<p>Código: 2120</p> <p>Manejo de la Hiperglucemia</p> <p>Realizar control de hemoglucotex c/8hrs.</p> <p>Administrar insulina NPH 6UI 30 min. Antes del de desayuno y 8pm.</p> <p>Administrar insulina R escala móvil si control de HGT es mayor a:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 180-230=2UI o 321-280=3UI o 281-300=4UI o >de 300= 5UI <p>balance hídrico estricto</p> <p>Control de glicemia por laboratorio: Glucosa = 210 mg/dl</p> <p>Sugerir i/c endocrinología.</p> <p>Código: 2130</p>	<p>presenta glucosa de 130 mg/dl.</p> <p>Se realiza hemoglucotex cada 8h.</p> <p>Presenta buena diuresis</p> <p>Se mantiene infusión de suero de forma alterna entre dextrosa al 5% y cloruro al 9%</p>

		<p>Manejo de la hipoglucemia.</p> <p>Se le perfunde:</p> <p>Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco</p> <ul style="list-style-type: none"> Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20% 	
<p>Código: 00025</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c Perdida de volumen de líquidos secundario a drenajes, NPO e/p Con drenaje tubular a bolsa de contenido serohemático de 30 cc aprox. y bilioso, con sonda nasogástrica a gravedad contenido bilioso de 300cc aprox. Con sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.</p>	<p>Código: 0600</p> <p>Equilibrio electrolítico y ácido básico</p> <p>Mantener equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Código: 0601</p> <p>Equilibrio hídrico</p>	<p>Código: 4120</p> <p>Manejo de líquidos</p> <p>Monitorización de signos vitales (sólo a partir de hipovolemias grado II se presentan algunos</p> <p>Vigilar el estado de hidratación (piel turgente, mucosa húmeda, pulso adecuado)</p> <p>Control estricto de líquidos.</p> <p>Código 2080</p> <p>Manejo de electrolitos ()</p> <p><input type="checkbox"/> Mantener la hidratación:</p> <p>o Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc 1 frasco</p> <p>o Dextrosa al 5% 1000 cc + 2 hipersodios al 20% y 1 kalium al 20%.</p> <p><input type="checkbox"/> Lectura de exámenes: electrolitos</p> <p>Código: 4130</p> <p>Monitorización de líquidos</p> <p>Control de diuresis, determinar rata urinaria</p>	<p>No se evidencia sangrado de la herida operatoria.</p> <p>Secreción de drenajes de poco volumen de característica serohemática.</p> <p>Balance hídrico de 120 positivo.</p> <p>Mantiene perfusión de suero a 45 gotas por minuto.</p>

		<p>para identificar oliguria o anuria.</p> <p>Control de pérdidas por sondas y drenajes</p> <p>Control y registro de balance hídrico</p>	
<p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa y dispositivos invasivos secundario a agresión quirúrgica e/ p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada, Glucosa de 210mg/dl.</p>	<p>Código: 01101</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Disminuir riesgo de infección</p> <p>Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida (a) (del 1 al 5)</p> <p>Ausencia de lesión tisular (1)</p> <p>Temperatura tisular en el rango esperado (5)</p> <p>Código: 01902</p> <p>Control del riesgo</p> <p>Reconoce cambios en el estado de salud (3)</p>	<p>Código: 6540</p> <p>Cuidado de la herida</p> <p>Mantener la asepsia durante y después de la atención del paciente.</p> <p>Control de funciones vitales: en principal T°C y FC.</p> <p>Administración de medicamentos: antibióticos según prescripción médica.</p> <p>o Ceftriaxona 2g EV c/ 24hras.</p> <p>o Metronidazol 500mg EV c/8hras.</p> <p>Verificar fecha de colocación de sonda nasogástrica, vía periférica, sonda Foley, etc.</p> <p>Curación de la herida operatoria. Utilizando la correcta asepsia de la zona.</p> <p>Cambio de bolsa de colostomía diaria.</p> <p>Valorar características de drenajes.</p>	<p>Temperatura 37° C</p> <p>No signo de flogosis.</p> <p>Se mantiene manejo de bioseguridad.</p> <p>Funciones vitales estables.</p> <p>Se mantiene tratamiento antimicrobiano.</p>

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente post operado inmediato, bajo efecto post anestésico, refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, “señorita me duele mucho la herida”; “tengo sed”
O	<p>Post operado inmediato Colecistectomía más derivación biliodigestiva coledocoduodenal mas drenaje, Glasgow 14, con soporte ventilatorio de mascarilla simple de oxígeno, con FIO2 del 45%, Mucosa seca, lengua de aspecto saburral, labios secos no hidratados, con presencia de Sonda Nasogástrica a Gravedad con contenido bilioso de aproximadamente 300cc. Presenta Depresible, no distendido, dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho según EVA 7/10, con drenaje tubular a bolsa de colostomía en plano derecho con contenido serohemático, herida pos operatoria a nivel de supra hipocondrial derecho cubierta con gasas limpias y secas, no secreción. Se percibe ruidos hidro aéreos conservados, con Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox., miembros inferiores con tono muscular débil adelgazado, fuerza y movimientos conservados, con reposo relativo, piel pálida +/+++, ictericia++/+++, seca poco turgente</p> <ul style="list-style-type: none"> • F.C: 94 x minuto • SPO2: 96% • FR 23Xmin • PA: 140/80 mmHg • Glucosa = 210 mg/dl • Antecedente de Diabetes Mellitus no controlada • Hipertenso
A	<p>➤ Patrón respiratorio ineficaz r/c Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico.e/p Con mascarilla de oxígeno simple, con FIO2 del 45%, FR 23xmin, sat o2 96%. Piel pálida + (+++)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor agudo r/c Agresión o injuria tisular secundaria a acto quirúrgico, dispositivos invasivos e/p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos; FC 94 x min, FR 23 x min. ➤ Paciente refiere dolor a nivel de herida según EVA 7/10. PA: 140/80 mmHg ➤ Ansiedad r/c Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales e/ p Complejidad de su cirugía y los dispositivos que lleva, como sonda nasogástrica, drenajes y sonda Foley, ambiente hospitalario ➤ Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c cambios metabólicos e/ p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada, Glucosa de 210mg/dl. ➤ Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c Perdida de volumen de líquidos secundario a drenajes, NPO e/p Con drenaje tubular a bolsa de contenido serohemático de 30 cc aprox. y bilioso, con sonda nasogástrica a gravedad contenido bilioso de 300cc aprox. Con sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox. ➤ Riesgo de infección r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa y dispositivos invasivos secundario a agresión quirúrgica e/ p Herida operatoria a nivel de hipocondrio derecho. Presencia de procedimientos invasivos. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no controlada, Glucosa de 210mg/dl.
P	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar patrón respiratorio ➤ Disminuir dolor ➤ Disminuir ansiedad ➤ Mantener un nivel de glucosa en sangre adecuado ➤ Mantener equilibrio hidroelectrolítico. ➤ Disminuir riesgo de infección
I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control constante de funciones vitales ➤ Mantener la asepsia durante y después de la atención del paciente. ➤ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones ➤ Mantener en posición semifowler. ➤ Mantener soporte ventilatorio mediante dispositivos de oxigenación. ➤ Nebulización con 5cc SF + 6gtas de Fenoterol c/6horas

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. ➤ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. ➤ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. ➤ Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. ➤ Realizar control de hemoglucotes c/8hrs. ➤ Administrar insulina NPH 6UI 30 min. Antes del de desayuno y 8pm. ➤ Administrar insulina R escala móvil ➤ Vigilar el estado de hidratación (piel turgente, mucosa húmeda, pulso adecuado) ➤ Control estricto de líquidos. ➤ Control de pérdidas por sondas y drenajes ➤ Control y registro de balance hídrico ➤ Administración de medicamentos: antibióticos según prescripción médica. ➤ Curación de la herida operatoria. Utilizando la correcta asepsia de la zona. ➤ Cambio de bolsa de colostomía diaria. ➤ Evaluación de exámenes de laboratorio ➤ Sugerencia de interconsulta a endocrinología y cardiología.
E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente con una saturación del 99% a un FIO2 del 21% ambiente ➤ Presenta buen ritmo y profundidad de las respiraciones. ➤ Con un PCO2 45 MMHG, PO2 97 ➤ Paciente logro disminuir el dolor. ➤ EVA 4/10 ➤ Se mantiene tranquilo durante la estancia en la unidad de recuperación ➤ Paciente más tranquilo, tiene conocimiento del proceso de su recuperación. ➤ presenta glucosa de 130 mg/dl. ➤ Se realiza hemoglucotex cada 8h. ➤ Presenta buena diuresis ➤ No se evidencia sangrado de la herida operatoria. ➤ Secreción de drenajes de poco volumen de característica serohemática. ➤ Balance hídrico de 120 positivo. ➤ Temperatura 37° C

	<ul style="list-style-type: none">➤ No signo de flogosis.➤ Se mantiene manejo de bioseguridad.➤ Funciones vitales estables.
--	---

CONCLUSIONES

- La colecistectomía abierta aún se sigue practicando debido a las emergencias y la complejidad de la patología
- Este tipo de cirugía, trae complicaciones a corto, mediano y largo plazo si no se toman las medidas oportunas para mitigarlo.
- En el periodo post- operatorio se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria.
- Es relevante destacar la importancia de las teorías de enfermería en el cuidado de nuestros pacientes.
- Este modelo de trabajo es conjunto de conceptos interrelacionados que permiten comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado quirúrgico en enfermería, ayuda a organizar, analizar e interpretar los datos del paciente para formar un diagnóstico de enfermería quirúrgica, nos facilita la toma de decisiones y favorece la planificación, ejecución y evaluación del cuidado secuencial.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución Implementar una Guía de Cuidados de Enfermería para pacientes sometidos a colecistectomía, en la cual se incluirán cuidados específicos e inmediatos y sobretodo la educación a pacientes y familiares luego de alta para con ello evitar las complicaciones que se pudieran presentar luego de la cirugía.
- Se recomienda Actualizar periódicamente la guía de atención para que con ello se difundan conocimientos de última tendencia y no se únicamente en forma rutinaria.
- implemente el diseño de un Programa de Capacitación al Personal que labora en esta institución con la finalidad de mejorar el servicio brindado a beneficio de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victoria TB. Cuidados de enfermería en pacientes postoperados Inmediatos de colelap en el servicio de URPA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2017 [Internet]. Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230584239.pdf>
2. Díaz-Garza J.H., Aguirre-Olmedo I., García-González R.I. Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. Revista. Rev SalJal [internet] 2018 dic [20 de Abril del 2020] (5) (3). Hospital General de Occidente disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj183e.pdf>
3. Fernández ZR. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cuba Cir [Internet]. 2010;49(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n2/cir06210.pdf>
4. Navarro Rosenblatt D, Durán Agüero S. Cáncer de vesícula biliar en Chile y factores nutricionales de riesgo. Nutr Hosp [Internet]. 2016;33(1):105-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000100019
5. Bryaan Moisés Fabián Pantoja .Agentes determinantes en la elección de colecistectomía subtotal laparoscópica en adultos con colecistitis aguda litiásica en el Hospital Sergio [tesis internet] 2017 [citado el 20 de abril 2020].. Universidad Ricardo Palma. disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1769/BFABIAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Estepa Pérez Jorge, Santana Pedraza Tahiluma, Estepa Torres Juan. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [Internet]. 2015 Feb [citado 2020 Mayo 31]; 13(1): 16-24. Disponible en: 45

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100004&lng=es.

7. Arroyo-González C, Martínez-Ordaz JL, Blanco-Benavides R. Morbilidad y mortalidad operatoria posterior a colecistectomía abierta en pacientes con y sin sobrepeso. *Cir Cir* [Internet]. 2008;76(5):391-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc085f.pdf>
8. Rubén David Quesquén Valle. Asociación de las adherencias de vesícula biliar, a la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional, en el Hospital ii Chocope, enero 2017 - julio 2019 [Tesis virtual] enero 2017[citado 2020 Mayo 31] Universidad Privada Antenor Orrego-2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/5726/1/RE_SE.MED.HUM_A_RUBEN.QUESQUEN_ADHERENCIAS.VESICULA_DATOS.pdf
9. Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez . Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte en el periodo 2014-2017 [Tesis virtual] 2017[citado 2020 Mayo 31] Universidad Ricardo Palma. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1152/TESIS%20-%20LIZETH%20ROSSELLY%20FERN%C3%81NDEZ%20CAUTI%20HEC HO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Jara Cornelio MA. Intervención de enfermería en pacientes en el pos-operatorio inmediato de colecistectomía convencional en la unidad de recuperación post-anestésica del Hospital de Barranca Cjatambo - SBS-2019 [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2019. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3790/MARCELO Y PALACIOS_TESIS2DAESP_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3790/MARCELO_Y PALACIOS_TESIS2DAESP_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Cordero García R, Pérez Santos K, García Rodríguez A. Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operadosde Colecistectomía

convencional y laparoscópica. 2015;7-18. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2015/muv152a.pdf>

12. Mirada Mendoza NS. Satisfacción De Los Pacientes Frente a Los Cuidados De Enfermería Durante El Postoperatorio Inmediato En La Unidad De Recuperación Post Anestesia - Hospital 111 Daniel Alcides Carrión Tacna2014 [Internet]. 2014. Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/271/TG0126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Obregon Huaranca ML. Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2017 [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2017. Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2113>
14. Carhuavilca Gamboa yh. Cuidado Enfermero a paciente en colecistectomía laparoscópica por colelitiasis unidad de recuperación pos anestésica Hospital regional del Cusco. [Internet]. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2018. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6693/ENScagayh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Jaén Icode De. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. 1.^a ed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, editor. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén; 2010. 17-33 p. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
16. Guerrero Ramirez R, Meneses La Riva M, De la Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev enferm Hered [Internet]. 2015;9(2):127-36. Disponible en:
<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

17. Panduro Delgado Ac. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica , departamento de cirugía , Hospital III Iquitos-Essalud, octubre 2013 a octubre 2014 [internet]. Universidad nacional de la amazonía peruana; 2015. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/532>

16. Pérez Mariño MM. Cuidados de enfermería en pacientes postquirúrgicos inmediatos en el hospital básico “doctor Eduardo Montenegro” del Cantón Chillanes. [Internet]. Universidad Regional Autónoma De Los Andes; 2019. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4581/1/TUAEXCOMME Q007-2016.pdf>

17. Zarate, A. Torrealba, B. Patiño, M. Alvarez, M. Raue. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas Colelitiasis.[Tesis virtual] 2014[citado 2020 Mayo 31] escuela de medicina. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/colelitiasis.pdf>

18. Diaz S, Correa MJ, Giraldo LM, Rios DC. Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES. Revista Colombiana. 2012; 27(275 - 80).

19. Alvarez LF, Rivera D, Esmeral ME, Garcia MC. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategia de manejo. Revista Colombiana. 2013; 28(186 - 95).

20. Quintero MT, Gomez M. El cuidado de Enfermeria. Diez ed. Medellin: Aquichan; 2009.

21. Dirección Desarrollo de Servicios de Salud . Manual de Procedimientos de Enfermería [internet] 2014[citado 2020 Mayo 31] pag. 2- 492. Disponible en : <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>

22. Josep M.^a Badia Pérez Xavier Guirao Garriga . Guías clínicas de la asociación Española de cirujanos. Infecciones quirugicas [internet] 2016[citado 2020 Mayo 31] 2 edicion. Disponibel en:

[https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)

ANEXOS

Anexo 1: Cirugía 1 4B



Atención en el post operatorio de una mujer adulta mayor en su periodo post operatorio mediato.

Anexo 2: Cirugía 1 4B



Atención de paciente en post operatorio mediato de larga estancia hospitalaria por complicaciones de la herida operatoria a causa de su Diabetes Mellitus.