

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO
ATOCHÉ LOPEZ". HUARAL. 2020**

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

MIRTHA AMÉRICA VALENTIN TASAYCO

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: 141-2020

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

	Págs
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	10
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Bases Teóricas	17
2.3 Marco conceptual	21
2.3.1 Cuidado	21
2.3.2 Enfermería	21
2.3.3 Cuidados de Enfermería	21
2.3.4 Colectomía Laparoscópica	22
2.3.5 Cuidados de Enfermería en el Post Operatorio	23
2.4 Definición de Términos Básicos	28
2.4.1 Vesícula Biliar	28
2.4.2 Colectitis Aguda	28
2.4.3 Infección de Herida Operatoria	28
2.4.4 Nauseas	28
2.4.5 Vómitos	29
2.4.6 Colectomía	29
2.4.7 Colectomía Laparoscópica	29

2.4.8 Complicaciones Post Colectomía Laparoscópica	29
2.4.9 Dolor Abdominal	29
2.4.10 Estancia Hospitalaria	29
2.4.11 Dificultad Respiratoria	29
CAPITULO III	
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA	30
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	30
CASO CLÍNICO	30
1 Valoración	31
1.1 Situación Clínica	31
1.2 Datos de Afiliación	32
1.3 Motivo de Ingreso	32
1.4 Enfermedad Actual	33
1.5 Antecedentes	33
1.5.1 Antecedentes Perinatales	33
1.5.2 Antecedentes Familiares	33
1.5.3 Antecedentes Personales	33
1.6 Examen Físico	33
1.6.1 Control de Signos Vitales	33
1.6.2 Exploración Céfalocaudal	34
1.6.3 Exámenes Auxiliares	35
1.6.4 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases	36
1.7 Esquema de valoración	39
2. Diagnóstico de Enfermería	40
2.1 Lista de Hallazgos Significativos	40

2.2 Diagnóstico de Enfermería según Datos Significativos	41
3. Fase Planeamiento	46
4. Ejecución y Evaluación	53
4.1 Registro de Enfermería	53
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	55
CAPITULO V	
RECOMENDACIONES	56
CAPITULO VI	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	62
FIGURA Nro. 01 CIRUGIA LAPAROSCOPICA	62
FIGURA Nro. 02 PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA	62
FIGURA Nro. 03 POBLACION DEL HOSPITAL DE CHANCAY	63
FIGURA Nro. 04 INTERVENCIONES DE COLELAP DEL 2017 AL 2019	63
FIGURA Nro. 05 HOSPITAL DE CHANCAY	64

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico describe el cuidado de enfermería en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópicas hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López 2020.

Una de las razones que me ha motivado para la realización del presente estudio, es brindar sensibilización y cuidados de calidad a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópicas, ya que, las intervenciones quirúrgicas son más frecuentes en el indicado hospital.

En ese sentido, el trabajo realizado contiene información del cuidado de enfermería en paciente post operados de colecistectomía laparoscópica, así como los factores de riesgo y las complicaciones que se pueden presentar en el paciente. Lo más importante es necesario tomar medidas preventivas en beneficio de la salud del paciente.

El trabajo académico se ha desarrollado en el hospital de chancay, que se encuentra ubicado en el distrito de chancay a unos 70 km aproximadamente desde lima, en la calle sucre s/n, a 4 cuadras de la panamericana norte. Es un establecimiento de salud de mediana complejidad de categoría II-2, que en los últimos años se ha incrementado el servicio básico, tanto en cantidad como en calidad; brindando a los pacientes, mejor servicio con calidad y calidez con conocimientos actualizados, mejor tecnología y teniendo como resultado mejor satisfacción del paciente.

Uno de los indicadores de calidad de atención que se le brinda es seguridad al paciente, que incluye la prevención de riesgos y efectos negativos evitables sobre la salud del paciente. Por tanto, las intervenciones de enfermería juegan un papel muy importante en los pacientes que es cuidar la integridad de la persona enferma, especialmente cuando la terapéutica a seguir es de índole invasivo y traumática como es la cirugía por vía abdominal que es la colecistectomía laparoscópica, es por eso que nos interesa profundizar sobre dichas actividades comparando lo observado en la práctica diaria con los conocimientos científicos actualizados de las diferentes experiencias y buenas prácticas referentes al tema.

Es importante señalar, el abordaje laparoscópico, ha reemplazado a la colecistectomía abierta por ser más práctica y eficaz. Sus ventajas son menor estancia, pronta recuperación, menos adherencias y mejor estética, permitiendo a los pacientes la pronta incorporación a sus actividades. Las aplicaciones de los adelantos tecnológicos vienen logrando en la cirugía laparoscópica dos grandes objetivos, ofrecer un tratamiento completo con mínimo daño y reintegrar al paciente en el menor tiempo posible a su vida normal.

Por tanto, las colecistectomías laparoscópicas, es una cirugía de invasión mínima que se realiza con más frecuencia en todo el mundo. Y en el Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, desde el año 2003 se viene empleando la cirugía laparoscópica, ya que en este tipo de intervenciones el promedio de tiempo operatorio es más corto, el costo hospitalario es menor que en cirugías convencionales; a través de los años se ha podido observar un alto crecimiento y uso de la técnica laparoscópica y menor porcentaje de la cirugía convencional. Actualmente, la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis biliar en período sintomático debido a sus indiscutibles ventajas frente al procedimiento convencional.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La OMS 2008 detalló que hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias y que la tasa bruta de mortalidad registrada después de la cirugía mayor es del 0,5 -5%. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica. Y los daños que se ocasionan por cirugía se evita al menos en la mitad de los casos y con irregular aplicación de los principios de seguridad de la cirugía. (1)

En España, del 88.8% de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el promedio de la estancia hospitalaria es de 6.1 ± 1.2 horas. Por el contrario, el 10.12% de pacientes necesitaron una estadía de una noche, lo que representa las estadías en el hospital de menos de 24 horas. Y el 11.6% presentaron complicaciones postoperatorias siendo el más frecuente el dolor abdominal. (2)

En Zimbabwe, África, los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el promedio de la estancia es de 2,9 días, atendiendo a complicaciones post operatorias, los pacientes dan las quejas de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho, una infección menor de la herida y enfisema subcutáneo. (3)

En Colombia, el riesgo de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica es menor que en la cirugía convencional. Sin embargo, no está exenta de presentar complicaciones. (4)

En Ecuador, los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica son de sexo femenino y el 18.3 % presentaron complicaciones; el 93.7% de pacientes su estancia hospitalaria es de 1 a 5 días; la estancia hospitalaria promedio es de 3.12 días, siendo mayor la estancia en los pacientes con complicaciones de 5.6 días. (5)

En el Perú, a nivel nacional se reportó que en la colecistectomía laparoscópica el tiempo de operación fue $58,34 \pm 25.81$; la estancia hospitalaria fue 4.54 ± 2.02 días; la estancia postoperatoria fue de 2.66 ± 1.29 y las complicaciones presentaron un 10% de los 113 casos estudiados. (6).

En Lima, el 82.7% de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica fueron mujeres y el 11.5% de los pacientes presentaron signo de Murphy. El 87.2% de casos, el grosor de la pared vesicular fue menor de 2.5 mm. El 88.5% de los casos, el diagnóstico operatorio fue colecistitis crónica, y cálculo, en el 69% de los casos. En el 80% de casos, el tiempo quirúrgico fue menor de una hora y del 100% de los pacientes, solo uno (0.2%) necesitó cirugía abierta debido a lesión de la vía biliar. Sin complicaciones el 99% de laparoscopia y el 63.7% con permanencia hospitalaria menor de tres días. El 8.7% de pacientes no tuvo cirugías previas. Resumiendo, el 1% de complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, fue el sangrado. La edad influye con las complicaciones, a mayor edad mayor frecuencia de complicaciones. Y con menor frecuencia de complicación fue la injuria de vías biliares. (7)

En particular, es importante señalar que, el servicio de Hospitalización de Cirugía del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, cuenta con un equipo multidisciplinario, comprometidos a brindar una atención integral de salud, con calidad y calidez para lograr la pronta recuperación de nuestros pacientes. El personal de enfermería del servicio de cirugía tiene como función planificar, organizar y brindar cuidados de enfermería a los pacientes en pre y post operatorio. Tenemos como visión brindar una atención de enfermería integral con eficiencia con calidad y calidez a pacientes, brindando el plan de cuidados de enfermería para la mejora y recuperación de los usuarios hospitalizados. En el servicio de cirugía, los pacientes son derivados del servicio de emergencia UCI y consultorios externos con diferentes patologías y edades. Se ha observado que un gran porcentaje de pacientes programados para ser intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica, ingresan un día antes de la intervención quirúrgica y luego de esta, presentan complicaciones post operatorias que prolongan la estancia hospitalaria.

El servicio de hospitalización de cirugía cuenta con 14 camas, distribuidos para atención en de pacientes de cirugía, traumatología, urología; por ello, estudiar el

cuidado hacia el adulto mayor hospitalizado se hace evidente pues es un ser con necesidades no solo fisiológicas si no también necesitan de apoyo emocional, espiritual y humano.

En el Hospital de Chancay, en el 2017 se realizaron 167 operaciones de colecistectomía laparoscópicas, siendo las edades con más incidencia de intervenciones quirúrgicas en adultos de 30 a 59 años con 98 casos, predominando el sexo femenino con 84 intervenciones quirúrgicas. En el año 2018 se realizaron 165 operaciones de colecistectomía laparoscópicas, siendo las edades con más incidencia de intervenciones quirúrgicas en adultos de 30 a 59 años con 100 casos, predominando el sexo femenino con 83 intervenciones quirúrgicas. Este mismo año se observó un alto número de incidencia de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica. Hemos revisado 165 historias clínicas que pertenecen a los casos ocurridos durante el año 2018 y se utilizó el muestreo no probabilístico y como instrumentos en la cual analizamos documentos con datos registrados y ordenados dentro de las historias clínicas de 10 pacientes. Encontramos que el género que más se hospitaliza es el sexo femenino con un 90% y solo un 10% es del sexo masculino. Del total de pacientes encuestados, el 50% tiene edades entre 40 a 59 años, el 40% tiene edades de 20 a 39 años y solo el 10% tienen edades de 60 a más. Del total de pacientes encuestados, el 70% tuvo una estancia hospitalaria de 2 días, el 30% una estancia hospitalaria de 3 días y ningún paciente se hospitalizo durante 1 solo día.

En el 2019 se realizaron 169 operaciones de colecistectomía laparoscópicas, siendo las edades con más incidencia de intervenciones quirúrgicas en adultos de 30 a 59 años con 94 casos, predominando el sexo femenino con 70 intervenciones quirúrgicas.

Debo señalar que, en los casos de pacientes intervenidos, después de las operaciones de colecistectomía laparoscópicas, los problemas que pueden presentarse en el paciente son los dolores, infección de herida operatoria, náuseas, vómitos, ansiedad, fiebre y dificultad para respirar. En ese sentido, una de las misiones de la enfermería es brindarles seguridad a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, dentro de esta se incluye prevención de riesgos

y efectos negativos evitables sobre la salud del paciente. Por tanto, las intervenciones de enfermería juegan un papel muy importante, son una de las formas de precautelar la integridad del paciente Post operado, especialmente cuando la terapéutica a seguir es de índole invasivo y traumática como es la cirugía por vía abdominal: colecistectomía laparoscópica, es por eso que nos interesa profundizar acerca de dichas actividades comparando lo observado en la práctica diaria con los conocimientos científicos actualizados que se viene aplicando en los recintos hospitalarios en Lima.

En el servicio de cirugía del hospital de Chancay, los cuidados de enfermería en la estancia hospitalaria están orientadas a favorecer la calidad de atención a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópicas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

BURY J., MORETTA L. (2016) Guayaquil, Ecuador. En su estudio titulado “Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colecistectomía convencional versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero – abril 2016”, señala que fueron operados 153 pacientes; de los cuales 21 pacientes fueron operados con la técnica abierta y 132 pacientes fueron operados con la técnica laparoscópica, entre las edades de 21 a 40 años, con menor porcentaje de complicaciones, mejor evolución del estado del paciente. Y pacientes con cirugía abierta tuvieron mayores complicaciones y mala evolución hospitalaria y un fallecimiento debido a su patología. Y con escasa diferencia en cuanto a estadía hospitalaria para el tratamiento de la litiasis vesicular. El autor concluye que, los pacientes adultos eligen la cirugía laparoscópica por el menor porcentaje de complicaciones y rápida recuperación. (8)

DOMÍNGUEZ, Luis Carlos (2014) Colombia. En su estudio titulado: “Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores”, que tiene como objetivo evaluar los resultados del procedimiento, efectuando un análisis discriminado por subgrupos de edad. Y es un estudio de análisis descriptivo de los factores demográficos, clínicos, bioquímicos y de imágenes diagnósticas, en una población de adultos mayores sometidos a colecistectomía por laparoscopia de urgencia en comparación con la población general. Trabaja con 703 pacientes que equivale al 18,3% de adultos mayores. La hipertensión, la diabetes, la colangitis, la coledocolitiásis y la clasificación ASA 111-IV fueron factores característicos en los adultos mayores. Las tasas de reintervención, de conversión y de hemorragia fueron significativos en los adultos mayores, la diabetes y la tasa de conversión fueron superiores en los adultos mayores de 75 años, comparados con los de 65 a 74años. Las tasas de lesión de

la vía biliar, infección y mortalidad, no mostraron diferencia en ninguno de los grupos. El estudio concluye que, la colecistectomía de urgencia por laparoscopia es un medio relevante en adultos mayores con colecistitis aguda y existe una alta tasa de hemorragia, reintervención y conversión. (9)

GONZÁLEZ RUIZ, Vicente (2013) México. En su estudio titulado: “Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: experiencia del Hospital General de México”, que tiene como objetivo de dar a conocer los resultados del empleo de la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de litiasis vesicular y sus complicaciones en el adulto mayor, ocurrida en el Hospital General de México. El estudio es clínico, descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Del total, 367 colecistectomías se realizaron en mujeres, el 74.5%; y 139 en hombres, el 25.5%. El 82% de los pacientes tuvo un tiempo quirúrgico de 45 a 50 minutos aprox. El 65% de pacientes tuvo estancia hospitalaria de 24 a 36 horas; en conclusión, señala el autor que, la colecistectomía laparoscópica es la mejor elección para la litiasis vesicular y para sus complicaciones del adulto mayor, y garantiza mejores el estado del paciente, previamente a la cirugía. (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

VARGAS SANDIVAR, EDSON GENNARO (2017) LIMA. En su investigación titulada “Incidencia de Colecistectomía Subtotal en Pacientes Colecistectomizados por vía Laparoscópica en el Centro Quirúrgico del Pabellón 6 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, durante el año 2017”, señala que, se realizó 29 colecistectomías subtotales que equivale el 1,64% de un total de 1768 colecistectomías laparoscópicas, de los cuales el 55,17 % fueron intervenidos quirúrgicamente por vía laparoscópica; el 44,82% se convirtieron a cirugía abierta; 17 fueron de sexo femenino y 12 de sexo masculino, y el promedio de edad fue de 44 a 56 años; en 23 casos se presentaron complicaciones durante el transoperatorio y no hubo fallecidos. En estos hallazgos, el más frecuente fue el síndrome adherencial con 41,38%; en segundo lugar, estuvo el plastrón apendicular y pared vesicular engrosada con 17,24%. El estudio concluye que, la

colecistectomía laparoscópica es más seguro para pacientes de difícil abordaje por la colecistitis complicada, y para evita lesiones de la vía biliar principal. (11)

ARROYO R. (2016). LIMA. En su investigación titulada “Frecuencia de las complicaciones de la colecistectomía en el Hospital de Vitarte durante el periodo del 2015”, refiere que, las complicaciones fue 8.2%; donde el 64% fue del sexo femenino entre las edades de 50 a 60 años de edad, y las complicaciones fue la presencia del signo de Murphy con el 50% de los casos, la complicación más frecuente fue el sangrado con un 89%. El 72% reportaron antecedentes quirúrgicos que fue la colecistitis crónica; el tiempo de intra operatorio fue de 1 a 2 horas con un 89%, siendo la estancia hospitalaria de 2 días con el 50% de los casos. Se concluye que, la complicación con más frecuencia fue el sangrado con el 89%. El grupo etario más afectado fue entre los 50 a 60 años. El sexo femenino fue más frecuente con 64%. El diagnostico operatorio más frecuente fue el de colecistitis crónica con un 88%. Los datos clínicos con mayor frecuencia de complicaciones fue el signo de Murphy positivo (50%). (12)

DE LA CRUZ M., LAURA A. (2014). HUANCAYO. En su investigación titulada “Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en Hospitales Essalud II Huancavelica y Gustavo Lanatta Lujan”, hace una comparación y señala que el hospital de Huacho tuvo mayores complicaciones con un 8.4% respecto al hospital de Huancavelica que tuvo 5.4%. Frecuentemente, la mayor complicación fueron las intraoperatoria en ambos hospitales, con un 78.6% en Huancavelica y el 64.1% en Huacho. También hubo otras complicaciones como la infección de sitio operatorio con el 12.8%, el hemoperitoneo con 7.7% en Huacho, y en Huancavelica el hemoperitoneo un 14.3% y la bilioperitoneo con un 7.1%. En ambos hospitales los pacientes fueron de género femenino con 64.3% en Huancavelica y el 56.4% en Huacho. El estudio concluye que, el total de pacientes con complicaciones que lograron conversión fueron 11 casos que representa el 4.2% en Huancavelica, y 32 casos que representa el 6.9% en Huacho. (13)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría De Virginia Henderson

Enfermería

Virginia Henderson señala que, la enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de sus actividades; es contribuir en la recuperación o tener una muerte digna. Son actividades realizadas por los pacientes con su fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Es también ayudarles a lograr su independencia en un corto tiempo. La prioridad de la enfermera es ayudar a las personas y a los familiares de los pacientes. Por lo tanto, la enfermera es dueña de la atención. También, Henderson señala que, la función principal de la enfermería es ayudar y es una profesión con conocimientos biológicos y ciencias sociales. La enfermera conoce las necesidades de salud pública y evalúa las necesidades humanas. (14)

2.2.2 Teoría de Castro M.

Castro señala que, la enfermería es una profesión de carácter humanista con una formación competente y que responde a las necesidades de salud de la sociedad e influenciada por factores sociales, económicos y culturales, otorgando una atención integral al individuo, familia y comunidad; y su compromiso es ayudar e identificar las necesidades y los problemas del paciente; ejecuta y evalúa el plan de cuidados de enfermería, con responsabilidad a nivel profesional y legal, basada en el rigor científico, garantizando la mejor calidad de atención. (15)

Valoración

Es un proceso de atención de enfermería. Es la primera fase del proceso de atención de enfermería. Es un proceso organizado y sistemático de recopilación de datos a través de diversas fuentes sobre el estado de salud del paciente, familia y comunidad, listos para el desarrollo de las cuatro etapas siguientes.

También, la valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y el entorno, con la finalidad de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones

posteriores. Además, con la valoración se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las necesidades y las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Planificación

Concluido con la valoración e identificado las complicaciones potenciales, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos del paciente.

Planificación es desarrollar estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, hasta mejorar la salud del paciente. En esta etapa se formulan los objetivos de independencia, en base a las dificultades identificadas y posteriormente se determinan las actividades a realizar. Son criterios que guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

Evaluación

Comparación de los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

Necesidades humanas básicas

Son las necesidades comunes de toda persona enferma o sana. Más adelante, podemos conocer las primeras nueve necesidades que se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos referentes a la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad refiere al plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental que el paciente sea la independiente, y que sus cuidados sean del modo más rápido posible. Para Virginia, el paciente tiene que ser ayudado para que él mismo realizaría sus actividades hasta que tenga fuerza, voluntad y conocimientos.

Necesidades básicas

Estas son las catorce necesidades humanas básicas:

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Sueño y descanso.
- Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
- Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Creencias y valores personales.
- Trabajar y sentirse realizado.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Por otro lado, Abraham MASLOW, su teoría de las necesidades, aporta un análisis importante que influyen en el desarrollo de las personas como la motivación y la realización personal. Su teoría consiste en una pirámide que jerarquiza las necesidades humanas. Demuestra Su teoría adquiere una información muy visual al quedar estructurada en la imagen de una pirámide que contiene cinco apartados distintos y que la enfermería también lo considera como un enfoque relevante para la atención al paciente que comprende en la etapa de la valoración:

1. Necesidades fisiológicas

Es en la base de la pirámide donde se sitúan aquellos aspectos de primera necesidad en relación con la vida y el bienestar del ser humano. A partir de esta satisfacción de las necesidades fisiológicas, el ser humano puede avanzar en la

dirección de la auto-realización alcanzando otros propósitos que se encuentran en los distintos niveles de la pirámide. En este grupo de necesidades básicas se agrupan, por ejemplo, la alimentación, el descanso o el abrigo.

2. Necesidades de seguridad

En este apartado de la pirámide se sitúan aquellas necesidades que están alineadas con este objetivo. El segundo escalón corresponde a la necesidad de protección, seguridad y estabilidad. Por medio de este posicionamiento ante la realidad, una vez que las necesidades básicas están cubiertas, el ser humano busca el arraigo de una seguridad desde concretar decisiones que trascienden al instante inmediato y conectan con un proyecto de vida basado en el corto o largo plazo.

3. Necesidad de afiliación

En este tercer escalón de la pirámide de las necesidades según Maslow se encuentra la necesidad de amor, afecto y pertenencia a grupos. La dimensión social del ser humano queda de manifiesto por medio de los vínculos que las personas establecen entre sí construyendo nuevas historias. Son lazos sociales que aportan un arraigo en el grupo y vivencias que añaden un significado al presente a través del amor, la confianza, la amistad, el cariño y la compañía frente a la soledad.

4. Necesidades de reconocimiento

En este apartado de la pirámide de Maslow, se describe una de las teorías de motivación más conocidas, se encuentran aquellas necesidades que están vinculadas con la autoestima de un ser humano. Las necesidades sociales descritas en el apartado anterior conectan con este nuevo propósito que conduce al valor del entorno.

5. Auto-realización

Es la cima de la pirámide de Maslow conduce a esa llamada de la auto-realización a través de la búsqueda de una felicidad a la que el ser humano llega cuando ha cubierto las necesidades descritas en los puntos anteriores. Este escalón corresponde al desarrollo del potencial y el crecimiento personal. Es este apartado de la auto-realización donde se encuentra, también, el desarrollo personal y social, la espiritualidad y la búsqueda personal.

Cada ser humano que alcanza este estado como señala la pirámide de Maslow escribe su propia historia de auto-realización a través de la toma de decisiones, la libertad, la búsqueda de sentido, el desarrollo de una misión, la práctica de los valores personales y la conquista de metas.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Cuidado

Es la acción de preservar, guardar, conservar, asistir, cuidar, que implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo; es tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. (16)

2.3.2 Enfermería

La enfermería es la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende cuidar la salud de los pacientes, prevenir las enfermedades y atender a los enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (17)

2.3.3 Cuidados de Enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la enfermería, que se manifiesta como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera paciente. Sin embargo, la esencia es el respeto a la

vida y el cuidado profesional del ser humano, que se ve reflejada en la satisfacción hospitalaria del paciente, brindando mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y buena calidad de la atención a los pacientes. (18)

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad.

2.3.4 Colectomía Laparoscópica

La cirugía de colectomía laparoscópica necesita de un espacio adecuado para la visualización y manipulación. Se utiliza una técnica cerrada y una vez establecido un neumoperitoneo idóneo se practica una incisión pequeña en la zona supra umbilical y se coloca un trocar de 11mm por donde se inserta la cámara, luego colocan un trocar metálico de 11mm en el puerto umbilical para hacer una exploración en la cavidad peritoneal, además se coloca un telescopio de 0°, luego se colocan un trocar de 5mm en el subcostal derecho lateral luego otro trocar de 5 mm subcostal derecho medial. Los dos puntos más pequeños se utilizan para sujetar la vesícula y colocarlo en la posición ideal para la Colectomía, el puerto lateral sirve para retraer la vesícula en sentido craneal, elevando el borde inferior del hígado y exponiendo la vesícula y el conducto cístico. El otro puerto lateral sirve para sujetar el infundíbulo vesicular y retraerlo lateralmente, con el fin de exponer mejor el triángulo de Calot; esta maniobra puede exigir una disección de toda las adherencias entre el epipión o en el duodeno y la vesícula biliar. Entonces se observar la entrada de dos estructuras, arteria y conducto cístico en la vesícula biliar. Una vez ubicado el conducto cístico se colocan dos clips un distal y un proximal en el conducto cístico, se procede a disecar la vesícula con el electrocauterio. Antes de extirpar la vesícula se inspecciona cuidadosamente el campo quirúrgico para corroborar la hemostasia. La vesícula una vez extraída del hígado se procederá a sacar por el puerto del ombligo, se introducirá en un guante antes de extraer de la cavidad peritoneal, se procede a suturar las incisiones que se realizaron, y se realiza curaciones y se cubre con micropore. (19)

2.3.5 Cuidados de Enfermería en el Post Operatorio

Recepción del paciente en la sala de recuperación

Para realizar el traslado del paciente a la sala de recuperación postanestésica, debe ir acompañado por un personal de anestesia y por una enfermera (o) circulante; la enfermera (o) del servicio de cirugía que recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes patológico como: diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Se Valora de las condiciones del paciente como: nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, presión arterial y observar si existe reflejo nauseoso.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
4. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si se han presentaron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.

10. Revisión del expediente clínico.

Objetivos

1. Mantener la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Monitorizar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener un buen estado hemodinámico del paciente.
4. Observar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Mantener la seguridad del paciente y promover su comodidad y confort.

Procedimientos

- Controlar y registrar las funciones vitales cada media hora durante las primeras horas.
- Observar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.
- Valorar el estado respiratorio general: profundidad, ritmo y características.
- Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.
- Valorar gasas o apósitos quirúrgicos, y los drenajes si los hay.
- Valorar pérdidas hemáticas.
- Realizar una valoración neurológica cada 15 minutos, para monitorizar las repuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia.
- Controlar los catéteres, apósitos y vendajes.
- Controlar y registrar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
- Controlar de diuresis cada media hora.
- Valorar la necesidad de sondear al paciente si la vejiga está distendida y sino orina en las 6-8 horas de la cirugía.
- Valorar y paliar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Controlar los efectos de los medicamentos administrados.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a los familiares.
- Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del

paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.

- Observar probables signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
- Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.

Molestias post-operatorias:

Las molestias post-operatorias que frecuentemente experimenta el paciente, están relacionadas con la administración de la anestesia general y el procedimiento quirúrgico, entre ellos tenemos: náuseas, vómitos, inquietud, sed, estreñimiento, flatulencia y dolor.

Dolor

El dolor post-operatorio es un síntoma subjetivo, una sensación de sufrimiento causada por lesión de los tejidos, en el que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como resultado de la intervención quirúrgica. Es lo que más temen los pacientes y lo manifiesta al recuperar el estado de conciencia. El dolor post-operatorio máximo se presenta durante las primeras 12 a 32 horas posteriores a la cirugía, y suele disminuir después de 48 horas.

Las manifestaciones clínicas:

Aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, aumento de la transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, el paciente se queja de dolor.

Hipotermia

- La hipotermia generalizada se produce cuando el paciente presenta temperatura menor a las 35°C durante el postoperatorio con una ligera subida durante 24-48 horas.

- Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.

Hipertermia

- Después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas.

- Iniciar la toma de temperatura cada 4-6 horas.

Náuseas y vómitos

- Sucede frecuente en el postoperatorio, siendo ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado.

- También puede ser producido por dolor intenso, distensión abdominal, miedo, medicamentos, comer y beber antes de haber reanudado el peristaltismo, iniciación de reflejo de náuseas, etc.

- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.

- Colocarlo en decúbito lateral.

- Eliminar la ingesta por vía oral.

- Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor.

- Ayudarle a realizarle una higiene bucal con frecuencia.

- Reiniciarle la dieta por vía oral una vez que los vómitos hayan desaparecido.

Retención urinaria

- Problema frecuente en el postoperatorio. Si presenta retención de las 8-10 horas posteriores, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor.
- Se puede producir por: efecto de la anestesia, analgésicos y narcóticos.
- Actividades: ayudar al paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia, dejar correr el grifo de agua, o bien un pequeño masaje en la zona. Si estas técnicas no dan resultado habrá que colocar sonda al paciente.

Hipo

- Es el resultado de espasmo intermitentes del diafragma, y se manifiesta con un ruido característico. Suele aparecer tras la cirugía abdominal.
- Las medidas para aliviarlo son: contener la respiración mientras se bebe sorbos de agua, respirar el propio aire expulsado en una bolsa de papel y presión digital sobre los glóbulos oculares durante varios minutos.

Complicaciones postoperatorias y cuidados de enfermería:

1. Sistema respiratorio

- Atelectasia: se aspira frecuentemente las secreciones; el paciente debe realizar ejercicios respiratorios para provocar la tos; realizar cambios posturales cada 2 horas, favorecer la deambulación y aumentar la ingesta de líquidos.
- Neumonía: se administra antibióticos, fisioterapia respiratoria, drenaje postural,

ejercicios de respiración profunda y tos, cultivo de esputos, etc.

2. Sistema circulatorio

- Choque hipovolémico: se restaura líquidos para corregir la hipovolemia, administrará líquidos, controlará funciones vitales, sondaje vesical para control de la diuresis y análisis de sangre, etc.

- Tromboflebitis: enfermería, inmovilizará tanto activa como pasivamente las extremidades inferiores, favorecerá la deambulación precoz, evitará las presiones o posturas incorrectas, aplicará el tratamiento anticoagulante, etc.

2.4 Definición de Términos Básicos

2.4.1. Vesícula Biliar: Órgano de forma de saco ovalado y su función es almacenar y concentrar bilis, y que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal. (20)

2.4.2. Colecistitis Aguda: Inflamación de la vesícula biliar que sucede por una obstrucción del conducto cístico en presencia de una bilis saturada de colesterol. (21)

2.4.3. Infección de Herida Operatoria: Infecciones que surgen en el paciente hospitalizado y sin evidencias de estar incubándolas en el momento del ingreso y se denominan intrahospitalarias o se producen en el periodo post operatoria. (20)

2.4.4. Nauseas: Sensación o señal de la necesidad de vomitar. Se presenta como un malestar en la parte superior del estómago y se convierte en un síntoma que debilita si es prolongada. (21)

- 2.4.5. Vómitos:** Conocido como emesis y es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca. Es un mecanismo para expulsar del cuerpo venenos ingeridos. (21)
- 2.4.6. Colectomía:** Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar por problemas patológicos que se presentan. La primera técnica que se realizaba fue la cirugía abierta. (22)
- 2.4.7. Colectomía Laparoscópica:** Extirpación de la vesícula biliar, mediante video cirugía. (23)
- 2.4.8. Complicaciones Post Colectomía Laparoscópica:** Complicación post operatoria ocasionado en el periodo desde la cirugía y acabada la cirugía que puede tener una respuesta local o sistémica y puede retrasar la recuperación del paciente. (21)
- 2.4.9. Dolor Abdominal:** Dolor desde el interior del abdomen o de la pared muscular externa, que va desde leve y temporal a intenso, que requiere atención médica. (21)
- 2.4.10. Estancia Hospitalaria:** Número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, que comprende desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso. Para calcular el indicador se cuenta el día de ingreso, pero no el egreso. Los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia. (24)
- 2.4.11. Dificultad Respiratoria:** No poder inhalar suficiente aire. La dificultad para respirar, conocida en medicina como disnea; es una opresión intensa en el pecho, falta de aire, dificultad para respirar, falta de aliento o una sensación de ahogo.

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

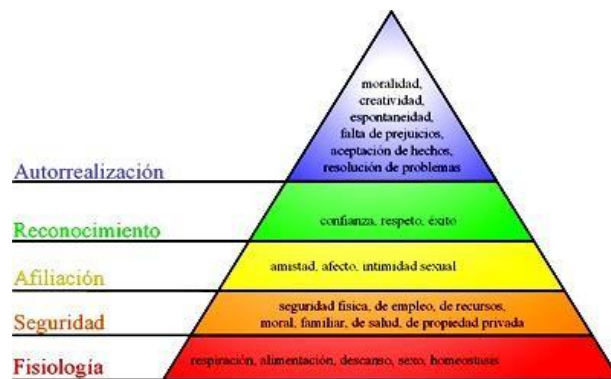
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

CASO CLÍNICO

Para el presente estudio se aplicó la teoría de enfermería de Virginia Henderson, en la que las intervenciones son individualizadas y se realizó bajo los principios fisiológicos; se tomó en cuenta la edad, antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales, por lo que favoreció la pronta recuperación del paciente y repercutió en la disminución de la estancia hospitalaria y en los costos respectivamente.

La escala de las necesidades según Maslow nos va permitir estratificar por prioridad vital a las diferentes necesidades del ser humano, teniendo una ubicación basal a las necesidades fisiológicas, ya que su satisfacción conllevara al enfoque del segundo escalón donde se ubican a las necesidades de seguridad, afiliación y reconocimiento que permite potenciar la estabilidad emocional, siendo el escalón máximo la autorrealización considerada y que es la cumbre del bienestar. Sin embargo, esta pirámide no es estática es flexible y se puede reiniciar en todas las etapas y situaciones de salud o enfermedad a lo largo de la vida.

Pirámide de Maslow,



1. Valoración

En esta etapa, los cuidados que brinda el profesional de enfermería son relevantes para el paciente sometido a una intervención quirúrgica de colecistectomía, involucra una serie de procesos desde la etapa preoperatoria que pasa desde la recepción hasta la alta médica, es un conjunto de actividades destinadas a promover la asistencia de cuidados holísticos, eficaces y profesionales, con un plan de cuidados, con orientación adecuada para promover cuidados de la persona.

1.1 Situación Clínica

Paciente mujer, G.G.N.O. de 36 años de edad, ingresó al servicio de Cirugía de la Unidad de Recuperación, el 07 Marzo del 2020, post operada inmediata de Colecistectomía Laparoscópica, ventilando espontáneamente, Saturando SO₂ 98%, presenta vía periférica en miembro superior derecho, pasando solución salina 1000cc a un goteo de 30 gotas por minuto, presenta abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, con tres puntos de incisión cubiertos con gasas limpias y secas, presenta vendaje elástico en ambos miembros inferior, hasta el nivel de las rodillas, higiene conservada, presenta fascies de dolor; reposa en posición semifowler con barandas protectoras.

Al control de funciones vitales

PA: 120/63 mmhg,

FC: 92x min,

FR:18 x min,

T°: 37.2 grados centígrados.

Paciente presenta facies de dolor, manifiesta “Me duele poco la herida”, con un EVA 7/10, se muestra un poco intranquila, con temor a la situación quirúrgica.

1.2 Datos de Afiliación

- NOMBRES Y APELLIDOS: G.G.N.O.
- EDAD: 36 años.
- SEXO: Femenino OCUPACIÓN: Ama de casa.
- RELIGIÓN: católico.
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria completa.
- PROCEDENCIA: Chancay.
- ESTADO CIVIL: Madre Soltera.
- HISTORIA CLINICA: 90197336
- FECHA DE NACIMIENTO: 18 de julio de 1983

1.3 Motivo de Ingreso

Paciente presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad moderada a alta, Por lo que acude a consultorio externo de Cirugía donde le indican ecografía abdominal y le diagnostican Litiasis Vesicular; además presento vómitos y fiebre. Refiere que hace 1 mes sufre de dispepsia a las comidas. Es intervenida quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica.

1.4 Enfermedad Actual

T. de enfermedad: 3 años

Inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo.

Síntomas principales: dolor tipo cólico.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes Perinatales

Parto: Eutócico

1.5.2 Antecedentes Familiares (no refiere)

1.5.3 Antecedentes Personales

Patológicos

- | | |
|--------------|-----|
| 1. HTA | (-) |
| 2. DM | (-) |
| 3. Hepatitis | (-) |
| 4. Tifoidea | (-) |
| 5. Asma | (-) |
| 6. TBC | (-) |

Antecedentes Quirúrgicos:

Niega

1.6 Examen Físico

1.6.1 Control de Signos Vitales

P.A. 120/100mm/hg

F.C. : 71 x min.

F.R. :17 x min.

T° : 36.2° C

1.6.2 Exploración Céfaló Caudal

Cabeza: cráneo normo céfalo, tamaño acorde a la edad y sexo, no presenta tumoraciones, no hay dolor a la palpación

Ojos: Simétricos

Escleras: no ictericia

Nariz: Permeables no presenta lesiones.

Oído: Simétricos sin secreción

Boca: Permeable sin lesiones

Mucosa oral: Hidratada húmeda

Cuello: cilíndrico, móvil

Garganta: no congestiva

Tórax

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regular, no soplos

- Pulmonar: Roncantes y crepitantes difuso en ambos campos pulmonares

Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación superficial profunda

Genitourinarios:normales

Extremidades superiores: simétrica

Extremidades inferiores: movilidad conservada

Neurológico: orientado, despierto lotep

1.6.3 Exámenes Auxiliares

Hematología:

Tiempo de Coagulación: 6' de 5_10 min

Tiempo de Sangría: 2' de 1_3 min

Elisa VIH: Negativo

Factor Grupo Sanguíneo: RH O (positivo)

Recuento de Leucocitos: 9 480mil/mm³ Hemoglobina: 12.1.g/Dl.

Hematocrito: 38,2%

Recuento de Plaquetas: 252000 M/mm³

Eosinófilos: 6%

Basófilos: 0%

Linfocitos: 25%

Monocitos: 5% Protrombina: 85.6%

Glucemia: 101 MG/Dl.

Uremia: 22mg/dl

Creatinina: 0,9 MG/Dl.

Serología VDRL: Negativo.

Hexagon HIV: No reactivo

Diagnóstico médico:

Litiasis vesicular

Indicación terapéutica

Colecistectomía laparoscópica

1.6.4 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases

Dominio 1: Promoción de la Salud

Antecedentes patológicos no registra: ninguno.

Intervenciones quirúrgicas previas: ninguna

Alergias: a la nitrofurantoína

Estado de higiene: buena.

Autorización de operación: firmó.

Dominio 2: Nutrición

Buen estado de nutrición e hidratación, en ayunas por más de 6 horas.

HB:12.1 gr/dl.

Con VPP en MSD con cloruro de sodio al 9% 1000 CC.

Dominio 3: Eliminación

Mociona espontáneamente, sin anormalidades en examen de orina

Dominio 4: Actividad y Reposo

Descansa tranquila

Evaluación de grado de dependencia

Puntos	0	1	2	3	4
Toma alimentos.				X	
Baño / Aseo.					X
Movilización en cama.					X
Deambula.					X
Eliminación.				X	
Vestirse.					X

Leyenda:

- 0 independiente
- 1 Necesita uso de equipo dispositivo.
- 2 Ayuda o supervisión de otra persona.
- 3 Ayuda de otra persona.
- 4 Dependiente total.

Se moviliza normalmente sin déficit motor, FV: PA:100/6 0 mmhg, FC:92x min, FR :22x min, T°: 37 grados centígrados, SPO2 97 %

Dominio 5: Percepción Cognición

Despierta, orientada en las 3 esferas: tiempo, espacio y persona.

Dominio 6: Autopercepción

Conoce el tipo de cirugía que se le realizó.

Dominio 7: Sexualidad Madre de 3 niños.

Dominio 8: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Refiere sentir miedo, inseguridad y temor frente a su estado posoperatorio.

Dominio 9: Principios Vitales

Es de religión y creencias católica

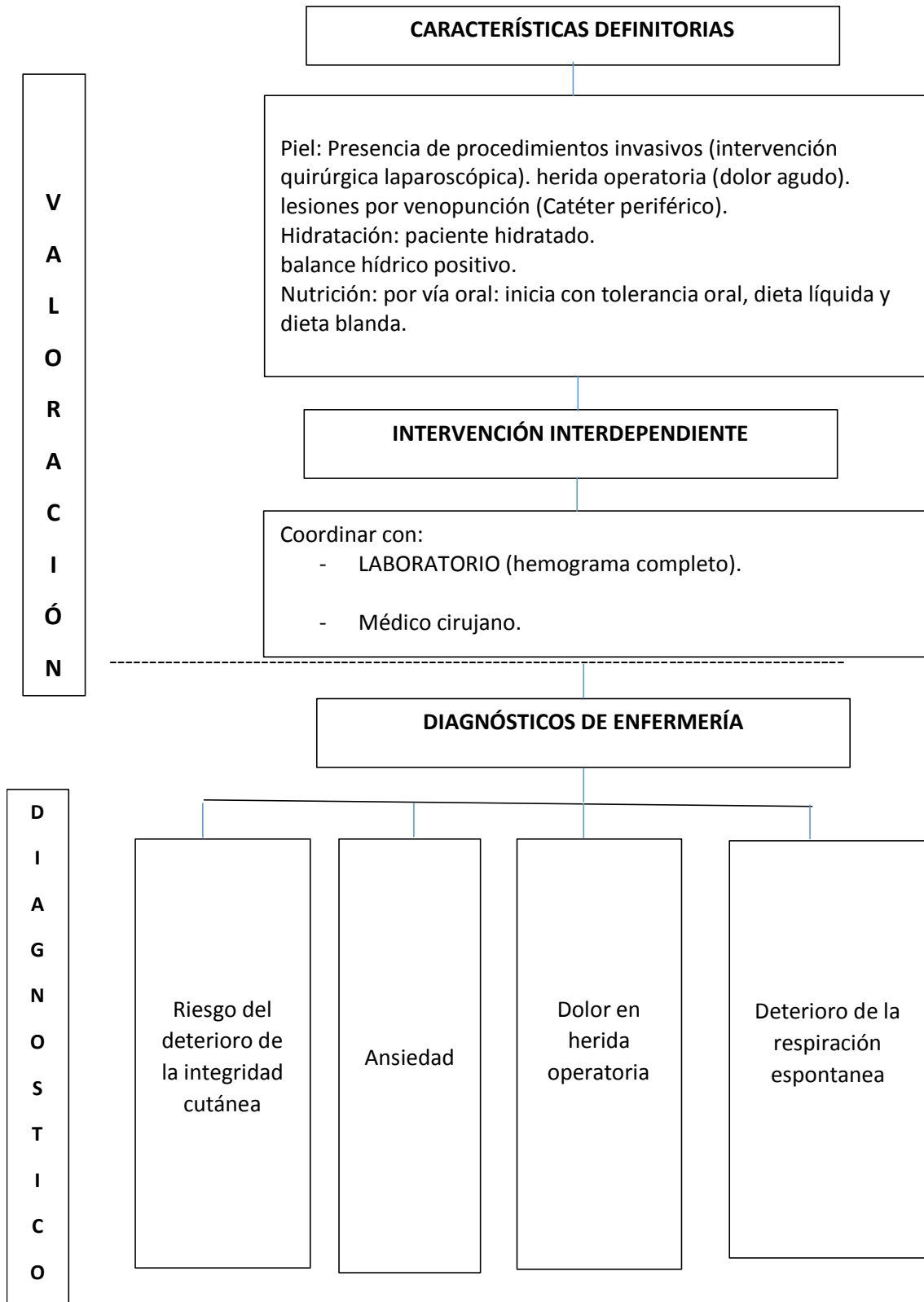
Dominio 10: Seguridad y Protección

Con vía endovenosa periférica permeable en MSD. Puntos de incisión de laparoscopia.

Dominio 11: Confort

Refiere dolor agudo EVA 7/10.

1.7 Esquema de Valoración



2. Diagnóstico de Enfermería

2.1 Lista de Hallazgos Significativos

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	La expresión de su preocupación y timidez	Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud
Dolor	Procedimiento: intervención quirúrgica	Expresión verbal	Dolor agudo relacionado con procedimiento quirúrgico
Deterioro de la respiración espontánea	con la anestesia	Dificultad respiratoria	Deterioro de la respiración espontánea r/c con la anestesia.
Riesgo a infección	Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel.	Herida operatoria con signos de flogosis.	Riesgo e infección r/c Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel.

2.2 Diagnóstico de Enfermería según Datos Significativos

NECESIDAD IDENTIFICADA	REVISIÓN DE LA LITERATURA	ANÁLISIS O JUICIO CRÍTICO	DIAGNOSTICO NANDA IDENTIFICADO
<p>Deterioro de la respiración espontánea.</p>	<p>Los fármacos utilizados en la anestesia tienen como efecto secundario disminuir en mayor o menor grado la ventilación, deprimiendo así la respuesta del organismo.</p>	<p>Según la revisión de la literatura la anestesia de tipo general modifica la función pulmonar en ritmo e intensidad. Ello va a repercutir en la fisiología de la ventilación alterando el intercambio gaseoso. Esta alteración es transitoria y esperada, donde la función normal se recupera posterior a la cirugía, pero implica la monitorización de la respuesta ventilatoria.</p>	<p>Deterioro de la respiración espontánea. (00033)</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ respiratorias Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.</p>

<p>Riesgo de infección.</p>	<p>Estado de vulnerabilidad del organismo donde el individuo está en riesgo para ser invadido por un agente patógeno.</p> <p>En el área quirúrgica los controles bromatológicos dirigidos al diagnóstico para determinar la presencia de agentes patógenos en los ambientes, superficies, ropa, equipos y personal, es un método que evidencia la idoneidad del área quirúrgica, lo cual va a repercutir en la disminución del riesgo para la infección y favorecerá la disminución de estancias prolongadas hospitalarias.</p>	<p>Paciente presenta:</p> <p>Incisión quirúrgica (x)</p> <p>Catéter Invasivo (X)</p> <p>herida quirúrgica (x)</p> <p>Reporte bromatológico de 7 días de anticipación con resultado es negativo para agentes patógenos.</p>	<p>Riesgo de infección (00004)</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 1: Infección: Respuestas x huésped a infección gérmenes patógenos.</p>
<p>EVA 7/10</p>	<p>El dolor agudo, es de corta duración que tiene una causa identificable. Este tipo de dolor normalmente se origina fuera del cerebro a nivel del sistema nervioso periférico.</p>	<p>Paciente siente dolor en herida operatoria alcanzando 7/10 en escala EVA</p>	<p>Dolor agudo (00132).</p> <p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase 1: Confort Físico.</p>

	De hecho, el dolor agudo actúa como una señal de advertencia de un daño actual o próximo: es la respuesta fisiológica normal ante un estímulo adverso o perjudicial que causa el dolor.		
Ansiedad	Es una sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimientos de presión causado por la anticipación ante un eminente peligro, es una señal de alerta que advierte un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.	Paciente refiere sentir miedo, inseguridad y temor frente a su estado posoperatorio.	ANSIEDAD (00146) Dominio 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS Clase 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Esquema de Diagnóstico de Enfermería

PROBLEMA IDENTIFICADO	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Riesgo de infección		Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).	(00004) Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).

PROBLEMA IDENTIFICADO	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Deterioro de la respiración espontánea	Anestesia.		(00033) Deterioro de la respiración espontánea r/c con la anestesia.
Dolor	procedimiento quirúrgico	EVA 7/10	(00132) Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 7/10

Ansiedad	Cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica.		(00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica
----------	---	--	---

Diagnósticos Priorizados

- (00033) Deterioro de la respiración espontánea R/C anestesia
- (00132) Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 7/10
- (00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica
- (00004) Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).

3. Fase Planeamiento

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANÁLISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Dolor agudo</p> <p>Dolor agudo (00132)</p> <p>Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 7/10</p>	<p>(1605) Control del dolor.</p> <p>-160511 Refiere dolor controlado(1-5) -160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada(1-5)</p>	<p>(1400) Manejo del dolor. -</p> <p>140031realizar una valoración exhaustiva del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>-140032 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que facilite el alivio del dolor, si procede.</p> <p>-140034Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.</p> <p>(2210) Administración de analgésicos.</p>	<p>Una de las escalas establecidas para medir la intensidad del dolor es la Escala EVA que tiene una puntuación de 1 – 10. Esta escala utilizada, permite dar un diagnóstico cuántico de la intensidad del dolor, y posterior a las medidas adoptadas permite evaluar el impacto de las acciones tomadas.</p>	<p>Durante el ingreso y después de la cirugía se logra disminuir el dolor, del paciente (EVA 7/10 a 5/10).</p>
		<p>221002Administrar los analgésicos a la hora de adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en el dolor severo.</p>		

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Ansiedad (00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica</p>	<p>(1402): Control de la ansiedad</p> <p>-14025: Planea estrategias para superar situaciones estresantes (1-5)</p> <p>-140217: Controla la respuesta de la ansiedad (1-5)</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>-58207 ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan ansiedad.</p> <p>-582012 Escuchar con atención</p> <p>-582018 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>Acciones personales para disminuir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable</p>	<p>Durante el ingreso y después de la cirugía se logra disminuir la ansiedad del paciente (4/5, 2/5).</p> <p>.</p>

		<p>5880 Técnica de relajación</p> <p>-588001 Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>--588022 Utilizar la distracción, si procede.</p>	<p>Existen estudios donde se ha demostrado que la aplicación de técnicas de relajación favorece el alivio de la tensión muscular y repercute positivamente en la disminución de tensión muscular simple o ansiedad.</p>	<p>-Participación del paciente en el planeamiento de las estrategias para superar situaciones estresantes</p> <p>- Paciente manifiesta sentirse informada.</p>
--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que</p>	<p>0402Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>040206Cianosis (1-5)</p> <p>040211saturación de oxígeno (1-5).</p>	<p>3320 Oxigenoterapia 332002 adm oxígeno según indicaciones 332002Asegurar la recolocación de la máscara de reservorio o</p>	<p>La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Aunque su principal indicación es para la insuficiencia respiratoria crónica.</p>	<p>Mantiene una saturación de oxígeno de 98 %</p>

<p>apoyan la actividad/reposo.</p> <p>(00033)</p> <p>Deterioro de la respiración espontánea</p> <p>R/C anestesia</p>	<p>0403 estado respiratorio: ventilación 040301</p> <p>Frecuencia respiratoria. (1-5)</p> <p>040303 profundidad de la respiración</p>	<p>CBN para aporte de oxígeno</p> <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <p>335024 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones</p> <p>335005 Anotar los cambios de sat de Oxígeno</p>		
--	--	---	--	--

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
DOMINIO: 11 seguridad / protección CLASE 1: infección Riesgo de infección	1902 Control del riesgo 19021Reconoce el riesgo. 0703Estado Infeccioso	6540 Control de infecciones 6540 Cambiar equipos de cuidado del paciente según el protocolo. 6540 Mantener técnicas de aislamiento.	El cambiar los equipos de cuidado cada 72 hrs evitara tener una via de entrada para los MO o la proliferación de setos dentro de dichos equipos.	En los días posteriores a la intervención, no se evidencia signos ni síntomas de infección.

(00004) Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos	07037 Fiebre 07038 Dolor /Hipersensibilidad	• 6550 Prevención de infecciones 655018Mantener las Normas de asepsia para el pcte de riesgo 655007Fomentar la respiración y la tos profunda si estuviese indicado	-las técnicas de aislamiento evitaran la entrada y la salida de diferentes MO que pueden comprometer la salud de la persona enferma o sana	.
---	---	---	--	---

4. Ejecución y Evaluación

4.1. Registro de Enfermería

S	Paciente refiere: Me duele mi herida
O	Paciente adulta joven de sexo femenino, retorna de sala de operaciones(unidad de recuperación),despierta en AREG,LOTEP, ventilando espontáneamente con piel y mucosas hidratadas, abdomen blando depresible, con dolor a la palpación, con puntos de incisión limpios y secos,con cloruro de sodio al 9% 100 cc por pasar permeable, con tono y fuerza musculas conservada, grado de dependencia II.
A	Dolor agudo R / C Intervención quirúrgica.
P	Paciente disminuirá dolor progresivamente durante el turno.

I	<p>Se recibe al paciente y se brinda comodidad y confort.</p> <p>Se valora funciones vitales estables</p> <p>Se administra tratamiento indicado: ketoprofeno de 100 mg vía intravenosa y metamizol 2 gr vía intravenosa.</p>
E	<p>Paciente queda en su unidad tranquila, despierta ,con dolor disminuido en herida operatoria, con vía salinizada permeable, no se evidencian signos de alarma.</p>

Evaluación

En la valoración se recolectó datos del paciente, a través de la entrevista directa y la historia clínica.

Se realizó el análisis de los datos para identificar los diagnósticos enfermero según la taxonomía NANDA.

Se planteó el proceder de enfermería mediante un plan de cuidados según lo establecido en NIC NOC

En la ejecución se evaluó y como resultado se cumplió el 80 % de lo planificado. Teniendo como resultado final una corta estadía hospitalaria del paciente sin presentar ningún riesgo de infección.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

- La colecistectomía laparoscópica es una intervención mínimamente invasiva y el uso de esta técnica va en aumento.
- Es oportuno la capacitación continua del personal profesional de enfermería para elevar los estándares de calidad, en los cuidados post quirúrgicos inmediatos a los pacientes sometidos a cirugías laparoscópicas, siendo: integrales, eficaces, oportunos y orientados.
- Así mismo, la educación dirigida al paciente, abordando desde la etapa preoperatoria hasta el alta médica.
- La educación al paciente acerca de la detección temprana de los síntomas de infección y del cumplimiento terapéutico luego que se ha llevado a cabo en su egreso del hospital.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

- Los cuidados o las intervenciones de enfermería deben estar acorde a la metodología que ello implica y se sugiere capacitación al personal profesional de enfermería, mediante realización de talleres de capacitación continua para mejorar los planes de atención estandarizados según la diversidad de cirugías.

- Mejorar los ambientes de hospitalización del servicio de cirugía para brindar comodidad y confort al paciente quirúrgico.

- Cumplir con los protocolos para la atención del paciente post quirúrgico.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Servicio Cántabro de Salud (SBS)**. Manual de Seguridad del Paciente Quirúrgico. Docplayer. pp 11; 2014. Recuperado de: https://docplayer.es/6499207-Manual-de-seguridad-del-pacientequirurgico.html#show_full_text
2. **Bueno J, Planells M, Arnau C, Sanahuja A, Oviedo M, García R** et al Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. ¿Un nuevo estándar de oro para la colecistectomía? Revista española de enfermedades digestivas [Internet] 2006. 98(1):14-24. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s113001082006000100003
3. **Dakovic S, Murphree S, Mauchaza B**. Colecistectomía laparoscópica en Zimbabwe. Presentación de los primeros 100 casos. Revista Cubana de Cirugía [Internet] 1995. 34 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474931995000200011
4. **Olaya C, Carrasquilla G**. Meta-análisis de efectividad de la colecistectomía Laparoscópica frente a la abierta. Revista Colombiana de Cirugía. 2006 21 (2): 106. Recuperado de: <https://docplayer.es/50802926-Universidad-de-cuenca-facultad-de...>
5. **Prieto R**. Complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colecistectomía laparoscópica Hospital Luis Vernaza año 2014-2015 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2015. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uq.edu.ec/handle/redug/10885>

6. **Castañeda C, Mariño A, Reátegui A.** Trabajo de Investigación sobre las Características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital Cayetano Heredia 2014 -2016. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2019. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6382>
7. **Vásquez L.** Colecistectomía laparoscópica vs abierta: tiempo operatorio, estancia hospitalaria y complicaciones en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Trujillo. 2009. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/135>
8. **Bury J., Moretta I. (2016). Guayaquil.** En su estudio titulada “Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colecistectomía convencional versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero – abril 2016”, Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6536>
9. **Domínguez, Luis Carlos,** Colecistectomía de Urgencia por Laparoscopia por Colecistitis Aguda en Adultos Mayores, Revista Colombia, Cir. 2011; 26: 93-100, 2011.
10. **Gonzales R, Vicente,** Las Ventajas de la Colecistectomía Laparoscópica en el Adulto Mayor: experiencia del Hospital General de México, Artículo Vol. 14 Nro. 1 Ene. – Mar. 2013.
11. **Vargas Sandivar, Edson Genaro, Realizo (2017).** una investigación titulada “Incidencia de Colecistectomía subtotal en pacientes Colecistectomizados por vía Laparoscópica en el Centro Quirúrgico del Pabellón 6 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima – Perú, durante el año 2017. Sede web]. [En línea]. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1767>

12. **Arroyo R. (2016) Lima.** Realizó una investigación titulada “Frecuencia de las complicaciones de la colecistectomía en el Hospital de Vitarte durante el periodo del 2015” Sede web]. [En línea]. Recuperado de: [repositorio.unsa.edu.pe › handle › UNSA › ENShupaac](http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/ENShupaac)
13. **De La Cruz M., Laura A. (2014) Huancayo.** Realizaron una investigación titulada “Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en Hospitales Essalud II Huancavelica y Gustavo Lanatta Lujan” Sede web]. [En línea]. Recuperado de: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/449>
14. **Teoría de Virginia Henderson** HISTORIA DE LA ENFERMERÍA
<https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/.../virginia-henderson>
15. **Castro M. N., Alvarez E. V. , Aria S V.R.,** Calidad de los registros clínicos en enfermería, desarrollo científico de enfermería. México 2010. Sede web]. [En línea]. Recuperado de: repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/788/Factor_Cast...
16. **OPS 2015.** Definición de Enfermería. Disponible en: <http://www.who.int/liopic/nursing/ingles/19/09/17>.
17. **OMS | Enfermería - World Health Organization** [https://www.who.int › topics › nursing](https://www.who.int/topics/nursing)
18. **Craven, R. (2012),** Fundamentals of Nursing: Human Health and Function. Philadelphia: Wolters Kluwer
19. **Merck M.,** Trastornos del hígado y de la vesícula biliar. Manual de Merck. 2006. disponible en: <http://www.msd.es/publicaciones/merck-hogar/seccion-10/seccion-10-121>. 20 sept. 2008.

20. **Zarate A, Álvarez M, King I, Torrealba A.** Colelitiasis. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. Docplayer. Recuperado desde: <https://docplayer.es/61168377-Colelitiasis-autores-aj-zarate-a-torrealba-bpatino-m-alvarez-m-raue-introduccion.html>
21. **Molina F.** Colecistitis Calculosa Aguda: Diagnóstico Y Manejo. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (618): 97, 98, 99; 2016 Recuperado desde: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art19.pdf>
22. **López G, Zavalza J, Paipilla O,** et al. Colecistectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. Revista Cirujano general 33(2): 104-110. México; 2011. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140500992011000200006
23. **Lizana C.** Colecistitis aguda. Una perspectiva histórica de su tratamiento. Revista Chilena de Cirugía (44) 1: 116 -122. 1992. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=DNu5-IDYcnUC&oi=fnd&pg=PA116&dq=colecistitis+cr%C3%B3nica+y+aguda&ots=T6ymIMKh1L&sig=WzKljMx6kpCViQt6FZtKc5-MhYo#v=onepage&q=colecistitis%20cr%C3%B3nica%20y%20aguda&f=false>
24. **MINSA.** Documento de trabajo, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA. 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
25. **S.C. Smeltzer.** Enfermería medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Unidad 5, 10ª ed. Editorial McGraw Hill, Interamericana; 2.004.
26. **Píriz, R. y col,** Enfermería S21, Enfermería medicoquirúrgica, bloque II, El Paciente Quirúrgico, temas 11,12 y 13, 1ª ed. DAE; 2001.

27. **McCloskey, J.C; Bulechek**, Clasificación Internacional CIE, 3ª ed. Barcelona; G.M. Ed. Síntesis. 2001
28. **Gordon, M.** Diagnóstico Enfermero – Proceso y Aplicación - 3ª edición. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1996
29. **García, A., Hernández, V., Montero, R. Ranz, R.** Enfermería de quirófano. Ediciones DAE. Madrid; 2005.
30. **Kozier, B. Y col**, Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica, Unidad 11, capítulo 45, McGraw-Hill Interamericana; 1999.
31. **Kozier, B. y cols.** Técnicas en enfermería clínica, Mc Graw-Hill Interamericana; 2.005.
32. **Mardarás Platas, E.** Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Rol. 2012
33. **Nanda**, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, Madrid; 2005/06.
34. Teoría de las NECESIDADES de Maslow. <https://www.psicologia-online.com/teoria-de-las-necesidades-de-maslow...>
35. Teoría de las NECESIDADES de Maslow. Piramide de Maslow
Fuente: <http://www.eoi.es/blogs/katherinecarolinaacosta/2012/05/24/la-piramide-demaslow/>

ANEXOS

FIGURA Nº 1 CIRUGIA LAPAROSCOPICA



**FIGURA Nº 2 PACIENTE POST OPERADO DE COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA**



FIGURA Nº 3 POBLACION DEL HOSPITAL DE CHANCAY

IV.-POBLACIÓN

POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES SEGÚN INEI 2018

DISTRITO	60-64	65-69	70-74	75-79	80 Y MÁS	TOTAL DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR
CHANCAY	1190	991	723	500	479	3883

V.-BASE LEGAL

- Ley N° 27408-Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores en lugares de atención al público

FIGURA Nº 4 INTERVENCIONES DE COLELAP DEL 2017 AL 2019

COLELAP + OTRAS INTERVENCIONES						
ETAPAS DE VIDA	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	TOTAL
	0-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A Más	
2017						
F	0	4	22	84	29	139
M	0	0	3	14	11	28
TOTALES	0	4	25	98	40	167
2018						
F	1	1	30	83	21	136
M	0	1	6	17	5	29
TOTALES	1	2	36	100	26	165
2019						
F	0	0	33	70	30	133
M	0	0	4	24	8	36
TOTALES	0	0	37	94	38	169

FIGURA Nº 5 HOSPITAL DE CHANCAY

