

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES SOMETIDOS  
QUIRÚRGICAMENTE DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN  
CENTRO QUIRURGICO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO  
QUIRURGICO**

**MARIESIS ALFARO CARAMANTIN**

**Callao - 2022**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

**ASESORA:** DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 001-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Febrero del 2022**

**Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS**, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien siempre me ilumina en los momentos más difíciles de mi vida, me brinda sabiduría, fortaleza para continuar y no caer en el fracaso. A mi esposo Hernán Peláez, mis hijos: Sophia y Christopher, mis padres Genara y Moisés, quienes siempre me han apoyado en mi carrera profesional moralmente con su amor y comprensión.

## **AGRADECIMIENTO**

La vida está llena de retos, y uno de ellos es la universidad. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

Le agradezco a mi institución y a mis maestros por sus esfuerzos para que finalmente pudiera graduarme como especialista en centro quirúrgico.

## 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 (1).

En tanto, la motivación del presente informe fue descubrir la naturaleza y el comportamiento del paciente sometido a una colecistectomía laparoscópica, 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 (2).

El equipo de enfermería es quien realiza el acompañamiento al paciente en la experiencia quirúrgica, velando por su seguridad a través de cuidados de calidad basados en la evidencia científica.

El equipamiento quirúrgico fundamental está constituido por monitor, videocámara, fuente de luz, insuflador, trocares de 5 y de 10mm, por los que se introducen los instrumentos de cirugía laparoscópica.

Por otro lado, es importante desarrollar y profundizar nuestro plan de cuidados en los pacientes sometidos a una colecistectomía video laparoscópica ya que dentro de esta etapa intraoperatoria, 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 12 años de servicio, con casi más

11 de años en el área del Centro quirúrgico, cumpliendo con la atención directa en el proceso de recuperación del paciente en el pre, intra y post operado inmediato, 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, son pocas las ocasiones que 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 (3).

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 (4).

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 (5).

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 (6).

En tanto, en los países latinoamericanos aproximadamente 500,000 personas desarrollan síntomas o complicaciones de colelitiasis cada año, requiriendo colecistectomía videolaparoscopica, siendo esta enfermedad litíásica 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 (7).

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 (8).

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 (9).

La colecistectomía laparoscópica, es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con más frecuencia a nivel mundial en el campo de la cirugía general, por lo que es fundamental que el cirujano conozca las diferentes alternativas al momento de enfrentarse con un caso complejo. Bajo esta premisa, es importante considerar la colecistectomía laparoscópica subtotal como una opción, cuando después de una adecuada disección, no se logra identificar las estructuras anatómicas y no se obtiene la visión crítica de seguridad. Este procedimiento cursa con baja morbilidad y con las ventajas ampliamente conocidas de la cirugía mínimamente invasiva. (10).

Por otro lado, un crecimiento en el número de colecistectomías laparoscópicas de emergencia generaron aumento de 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 sobre todo en el paciente (11).

En el Perú se realiza una gran cantidad de colecistectomías laparoscópicas, número que se está incrementando con el paso de los años. (12).

En tanto, a pesar de ser una cirugía menos invasiva, de igual forma las complicaciones están presentes, durante la intervención quirúrgica los riesgos a posibles caídas por la sedación general del paciente, las quemaduras con los aparatos eléctricos, el riesgo de hipoventilación, el riesgo de sangrado o alguna otra complicación siempre estarán latentes. En este tipo de cirugía, las perforaciones viscerales muchas veces se hacen presentes, debido a la técnica quirúrgica del cirujano, poniendo así en riesgo la integridad del paciente intervenido (13).

Es así que, todo paciente en la etapa operatoria (intraoperatoria) 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 (14).

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 del centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, según las cifras del 2021 obtenidas del reporte anual de cirugías, ingresaron 2,500 pacientes post-operados de colecistectomía laparoscópica, 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. Los pacientes colectomizados en el periodo intraoperatorio, requieren de soporte ventilatorio, soporte hemodinámico,

y la observación de los múltiples riesgos que pueden presentarse en esta etapa crucial.

Por otro lado, los riesgos quirúrgicos en la etapa intraoperatoria, se relacionan a una serie de factores predictivos asociados con la aparición de las complicaciones biliares, entre los que se debe de resaltar por encima de los demás es el factor cirujano, ya que la experiencia y pericia del mismo unida a la dosis necesaria de sentido común constituye sin lugar a dudas el factor determinante para la consecución de los mejores resultados. Junto a él debemos reflejar otros como la existencia de anomalías anatómicas, grado de inflamación de las estructuras, presencia de adherencias y fibrosis por intervenciones previas que dificultan la identificación de las estructuras, etc. El ambiente en el que se desarrolla la intervención (electiva o urgente), la premura del cirujano, junto con una exposición del campo quirúrgico insuficiente, son factores que en circunstancias adversas pueden influir en la producción de la complicación.

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

**CHINCHILLA, P. et al (2017).** Realizaron un estudio titulado “Los factores preoperatorios de riesgo para conversión en colecistectomía laparoscópica de urgencia”, para lo cual se llevó a cabo un estudio de casos y controles no pareado, obteniendo información sociodemográfica y de las variables de interés de los registros de las historias clínicas de los pacientes operados entre el 2013 y el 2016. La muestra del estudio consistió en 444 pacientes (111 casos y 333 controles), encontrándose la causa de conversión más frecuente fue la dificultad técnica 50%. Se encontró que la mayor edad, el sexo masculino, el antecedente de cirugía abierta en hemiabdomen superior, el signo clínico de Murphy positivo, la dilatación de la vía biliar, la leucocitosis y la mayor experiencia del cirujano fueron los factores de riesgo para la conversión. Se encontró un área bajo la curva ROC de 0,743 (IC95% 0,692-0,794,  $p \leq 0,001$ ). La discusión resultante fue que existen factores que se asocian a mayor riesgo de conversión en colecistectomía laparoscópica. La mayoría se relaciona con un proceso inflamatorio avanzado, por lo que la intervención temprana y oportuna debe ser el estándar de manejo en el abordaje de pacientes con patología quirúrgica de la vesícula. (15).

**TEOYOTI A. (2019)** En su investigación titulado “Calidad de la atención del dolor postoperatorio en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general” realizado en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro”, México. Estudio descriptivo transversal. Se estudiaron 44 pacientes los cuales fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general. Los resultados fueron los siguientes: el tiempo del procedimiento laparoscópico fue  $102:19 \pm 47$  minutos; en los cuales 10 pacientes ASA I (22.72%) y 34 pacientes ASA II (77.27%). Al Ingreso a la UCPA en la

escala visual del dolor EVA, 8 pacientes no presentaron dolor 18%, 24 dolor leve 54% y 12 dolor moderado 27%. De los pacientes con dolor moderado, fue necesario administración de dosis de Analgesia extra a 10 pacientes 22%, con disminución de dolor de moderado a leve en 8 pacientes 18%, y 2 pacientes a nulo 5%. Al egreso de la UCPA se evaluó escala visual del dolor EVA, de los cuales, 17 pacientes no presentaron dolor 38%, 25 dolor leve 56% y 1 con dolor moderado 2% (16).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**MIRANDA MENDOZA Nilda (2016);** 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 post anestesia percibe un nivel de satisfacción completa en un 48,03% de la atención de enfermería no obstante un 34.87% percibió satisfacción intermedia (17).

**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 término 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 (18).

**VERGARA C. (2019)** Realizó un estudio cuyo objetivo era demostrar que la colecistectomía laparoscópica (CL) por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal. Material y Método: estudio observacional, analítico, de cohortes prospectivas durante Julio-noviembre 2018, tomando como muestra a 60 pacientes; el grupo 1 de 30 pacientes postoperados por colecistectomía laparoscópica, y el grupo 2 de 30 pacientes operados de la forma convencional, a los cuales se les aplicó la encuesta GIQLI de calidad de vida gastrointestinal, y en donde un puntaje mayor a 96 correspondía a buena calidad de vida. Resultados: los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica obtuvieron un mejor puntaje en todas las dimensiones de la calidad de vida y todos ellos

presentaron buena calidad de vida gastrointestinal, además la forma convencional presentó un riesgo relativo de 4.75 para mala calidad de vida gastrointestinal ( $p < 0,001$ ). Conclusión: la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es un factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinal (19).

**SUAREZ I. (2019)** Desarrolló una investigación que se basó en estimar que la colecistectomía laparoscópica con tres puertos es tan segura como la colecistectomía laparoscópica convencional que se realiza en Hospital II-1 Moyobamba. Materiales y métodos: El estudio descriptivo retrospectivo. La población y muestra serán todos los usuarios externos sometidos a Colecistectomía laparoscópica. Las técnicas mínimamente invasivas se efectúan en el mundo cada vez más. El anhelo por conseguir el conocimiento fue lo que impulsó a realizar este estudio, es verdad que ya se conoce los beneficios de la cirugía laparoscópica, pero es importante determinar si tendría algún provecho adjunto el hacer una técnica menos invasiva como es la colecistectomía laparoscópica a través de tres puertos. Este proyecto permite demostrar y garantizar la seguridad de la cirugía de vesícula biliar laparoscópica a través de tres puertos versus la cirugía de vesícula biliar laparoscópica convencional y confrontarlas entre la estadística nacional y mundial, probando los provechos que hay en la ejecución de la técnica realizada por los cirujanos (20).



## 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 (21).

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 intervenido quirúrgicamente requiere de los cuidados que permitan satisfacer sus necesidades básicas ya que no puede valerse por sí solo durante el periodo intraoperatorio, debido a la sedo analgesia (21).

### **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 (22).

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 (22).

La presente teoría se relaciona con el estudio realizado porque los cuidados que los profesionales de Enfermería brindados a los pacientes, 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 (22).

## **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 (23).

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 vesícula biliar (24).

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 (24).

### **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 (25).

### **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) (26).

### **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 (27).

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 (27).

### **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 mm. 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 (27).

### **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 (27).

### **2.3.7. Colecistectomía Videolaparoscópica**

La colecistectomía laparoscópica debe realizarse en las primeras 24 a 72 horas después de realizarse el diagnóstico. Cuando los pacientes consultan en fase tardía, después de 3 o 4 días de presentarse la patología o por alguna razón no son aptos para realizar la cirugía, se indican antibióticos y se les programa para la colecistectomía unos dos meses después. La colecistectomía percutánea se realiza bajo anestesia local con guía radiológica y se utiliza en pacientes que presentan sepsis severas y en los casos donde el tratamiento conservador falla, especialmente en pacientes que no son candidatos a la cirugía (28).

### **2.3.8. Complicaciones del acto quirúrgico laparoscópico**

#### **Empiema vesicular**

El empiema agudo se produce en la colecistitis supurada por acumulación de pus dentro de la vesícula biliar, frecuentemente se trata de pacientes diabéticos descompensándolos, pudiendo tener un cuadro de shock séptico. La conducta quirúrgica no debe ser demorada en estos pacientes. Cuando existen abscesos para vesiculares se debe drenar los mismos y efectuar colecistectomía (29).

#### **Perforación vesicular**

La complicación de mayor gravedad en una colecistitis aguda, es la perforación de la vesícula biliar, esta, se debe a isquemia y posterior necrosis de la pared vesicular por alteraciones vasculares. Se observa con mayor frecuencia en las colecistitis gangrenosas y en pacientes diabéticos, ancianos, portadores de múltiples taras orgánicas, panvasculares y en pacientes críticos. Esta perforación puede originar la formación de un absceso para vesicular que se puede romper y provocar diseminación peritoneal, o penetrar en el lecho hepático, o bien esta puede ser libre a la cavidad y producir un coleperitoneo o una peritonitis purulenta si el conducto cístico está o no obstruido, por la infección bacteriana en la bilis retenida en la vesícula, que se vuelca a la cavidad peritoneal (30).

### **Hemorragia y lesión vascular**

La hemorragia durante la intervención quirúrgica está ligada a problemas y dificultades técnicas y maniobras inapropiadas. Es evidente que en la mayoría de los casos el control de la hemorragia se realiza inmediatamente a la secuencia de su producción. Sin embargo, existen situaciones en las que por parte del enfermo (alteraciones de la coagulación, hipertensión portal), o por parte del cirujano (impericia e imprudencia), pueden darse circunstancias que obligan a ligaduras o suturas de arterias y venas importantes, o incluso a maniobras de taponamiento temporal (31).

### **Lesión de las vías biliares**

Sin duda, la complicación más frecuente se relaciona con la lesión del propio árbol biliar. Dicha situación se produce tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica y un porcentaje de los casos puede ser detectado durante el propio acto quirúrgico, permitiendo en esa situación la reparación de la lesión. Fundamentalmente existen dos tipos de lesión: Aquellas situaciones en la que se secciona en mayor o menor medida el árbol biliar. En estos casos al quedar abierto el conducto biliar, suele producirse una bilirragia que puede alertar al cirujano de dicha lesión, permitiendo la corrección de la misma.

Existen otro tipo de lesiones producidas por ligaduras, suturas inadecuadas, quemaduras con el electrocauterio, o incluso lesiones isquémicas debidas a ligaduras vasculares, que no son percibidas por el cirujano y cuyas consecuencias en forma de complicación estenótica se producen en el período postoperatorio inmediato o tardío (32).

### **2.3.9. PERIODO INTRAOPERATORIO**

Periodo que inicia desde el momento de recepción al usuario en el quirófano, y culmina cuando con el traslado a la sala de recuperación postanestésica; este periodo se caracteriza por ser crítico para la vida del paciente por ser de mayor riesgo dependiendo de condiciones que presenta el paciente, se inicia desde el momento de traslado de la camilla a la mesa operatoria para iniciar con la anestesia y el proceso quirúrgico propiamente dicho. También llamado periodo intraoperatorio, inicia desde el momento de traslado del paciente a la mesa quirúrgica, con la finalidad de cubrir todas sus necesidades además de procurar

el bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico; el profesional de enfermería debe realizar previamente la visita preoperatoria para establecer una relación enfermero- paciente. En esta etapa se realiza las funciones en base a un plan quirúrgico establecido y finaliza cuando el usuario es ingresado a sala de recuperación (33).

### **2.3.10. Área Quirúrgica**

Esta área quirúrgica está constituido por un conjunto de áreas y ambientes con una infraestructura física y equipamiento característico propio de los procedimientos quirúrgicos derivados de la cirugía, necesario para la atención del paciente en los diferentes periodos pre, trans y post quirúrgico al que van a ser sometidos el cual alberga ambientes como las diferentes salas de operaciones por especialidades, además de servicios: sala de pre anestesia, unidad de recuperación pos anestésica (URPA), central de esterilización y equipo (CEYE), almacén de materiales, sala de rayos X, oficinas administrativas, vestidores para el profesional. Es una unidad que requiere de condiciones estructurales y físicas adecuadas para su funcionalidad, además del equipamiento, dotación suficiente de insumos, profesional calificado para la ejecución de procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces. El área de quirófano debe ser ubicado en la planta baja para su funcionalidad, con zonas de intercomunicación directa a la unidad de cuidados Intensivos, Urgencias, Cirugía gineco-obstétrica, Central Esterilización, entre otros (34).

#### **Material quirúrgico fundamental**

El instrumental básico para realizar cirugía laparoscópica puede clasificarse de acuerdo a su función en instrumentos de:

- Acceso
- Disección
- Exposición
- Prehensión
- Corte y hemostasia
- Oclusión
- Aguja de Veress
- Trócares
- Tijera Metzenbaum laparoscópica



- Instrumentos de disección:
- Hook
- Endodisector: Maryland laparoscópica
- Endotijera: Metzenbaum laparoscópica
- Cánula de aspiración-irrigación.

#### **Instrumentos de prehensión:**

- Pinzas tractoras: graspers atraumáticos.
- Pinzas extractoras: grasper con dientes (pinza cocodrilo)
- Instrumentos de Síntesis:
- Portagujas laparoscópico. Aguja.
- Sutura mecánica laparoscópica
- Pinza Clipadora
- Ligadura endoscópica

### **Material quirúrgico fundamental para cirugía laparoscópica**

El instrumental básico para realizar cirugía laparoscópica puede clasificarse de acuerdo a su función en instrumentos de:

- Acceso
- Disección
- Exposición
- Prehensión
- Corte y hemostasia
- Oclusión
- Aguja de Veress
- Trócares
- Tijera Metzenbaum laparoscópica
- Instrumentos de disección:
- Hook
- Endodisector: Maryland laparoscópica
- Endotijera: Metzenbaum laparoscópica
- Cánula de aspiración-irrigación.

### **Instrumentos de prehensión:**

- Pinzas tractoras: graspers atraumáticos.
- Pinzas extractoras: grasper con dientes (pinza cocodrilo)
- Instrumentos de Síntesis:
- Portagujas laparoscópico. Agujas
- Sutura mecánica laparoscópica
- Pinza Clipadora
- Ligadura endoscópica

### **2.3.11. Cirugía laparoscópica**

La cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica de mínima invasión que tiene la cualidad de reducir el dolor postoperatorio, preservar el peristaltismo intestinal, reducir complicaciones postoperatorias y acortar la duración del ingreso hospitalario sin aumentar los índices de mortalidad en cirugía mayor abdominal (CMA). Los pacientes que requieren de cirugía mayor abdominal son beneficiados por esta técnica quirúrgica; consiste en aplicación de medidas para manejo del paciente quirúrgico antes y durante la intervención, en el postoperatorio inmediato, enfocado a reducir respuestas al estrés quirúrgico con la finalidad de lograr que la recuperación sea rápida y satisfactoria. La combinación de procedimientos en la cirugía laparoscópica y recuperación intensificada, aporta mejores resultados a corto plazo. En cirugía colorrectal convencional el programa RICA demuestra efectividad y seguridad (35).

#### **a) Anestesia general:**

Controlar el estado de conciencia, signos vitales vigilando manifestaciones de hipotensión y alteración respiratoria.

Monitorizar la presión arterial, pulso y respiración y frente a cualquier alteración observado se debe comunicar al médico para su evaluación. Verificar los apósitos, vendajes, drenajes, vías intravenosas, además del dolor o dolor

Verificar el O<sub>2</sub> y colocar la mascarilla de oxígeno, la manta térmica es preciso sobre todo si se administra analgésicos.

La estabilidad estará determinada a través del Test de Aldrete. valoración de la actividad, respiración, circulación, el nivel de conciencia y coloración y es determinado por la puntuación que va de 0 a 10 evaluado desde el momento de ingreso y posteriormente cada 5min, 10 min, y 15 min, hasta el momento del alta (35).

**a) Complicaciones potenciales**

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

**b) Complicaciones quirúrgicas Inmediatas**

- Complicaciones respiratorias
- Complicaciones circulatorias
- Complicaciones renales y urológicas
- Complicaciones neurológicas
- Complicaciones digestivas
- Complicaciones hematológicas
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Alteraciones del equilibrio acido base
- Fiebre e infección postoperatoria
- Complicaciones de la herida quirúrgica
- Dolor
- Complicaciones en cirugía laparoscópica
- Otras complicaciones

**c) Complicaciones Tardías**

- Analgesia postoperatoria
- Cura de heridas
- Infección quirúrgica

### 2.3.12 Rol del profesional de enfermería en el intraoperatorio.

**Enfermera circulante:** es el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada de la circulación en la cirugía y cumple un rol importante que se detalla a continuación:

- Brindar apoyo emocional al paciente en todo momento, cuanto este se encuentre aún despierto.
- Brindar seguridad al paciente quirúrgico oncológico, proporcionando cuidados adecuados en su posicionamiento.
- Proporciona iluminación correcta al cirujano para la realización de la misma, así mismo verifica el correcto lavado de la zona operatoria del paciente.

**Enfermera instrumentista:** es el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada en la instrumentación quirúrgica, garantiza la seguridad del paciente en el acto quirúrgico, el rol que cumple son las siguientes:

- Verifica que los paquetes quirúrgicos se encuentren aperturados por la enfermera circulante.
- Realiza el lavado de manos quirúrgico según la normativa vigente.
- Ingresa al quirófano y se posiciona para proseguir con sus actividades.
- Coge correctamente una toalla o papel toalla estéril para la realización del secado de manos correctamente, manteniendo la distancia correspondiente de no contaminar el área estéril.
- Coge el mandil estéril, se viste correctamente y tiene en cuenta que la enfermera circulante realice el amarre correspondiente manteniendo la distancia de no contaminar.
- se coloca los guantes estériles con la técnica de mayor preferencia (abierta o cerrada).
- Verifica si los indicadores internos que se encuentren virados correctamente teniendo en cuenta el método de esterilización. Posterior a ello, se comunica a la enfermera circulante.
- Inicio de la vestimenta del mobiliario quirúrgico que se va a utilizar en la cirugía, como la mesa de mayo, mesa auxiliar, mesa de media luna, mesa de lavado y mesa auxiliar (zona perineal).

- Inicio del conteo de compresas, gasas a utilizar en la cirugía “tener presente la conformidad de la actividad realizada de ambas partes”.
- Conteo del instrumental quirúrgico, argollas manteniendo comunicación directa con la enfermera circulante.
- Arma la mesa de lavado de la zona operatoria, proporciona insumos para la colocación de la sonda vesical manteniendo el campo estéril.
- Coloca en un contenedor para el transporte a la central de esterilización.
- Continúa con sus actividades para la cirugía siguiente (35).

## CAPÍTULO III.

### PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

#### I. VALORACIÓN

##### 1.1. DATOS DE FILIACION

**Nombres y apellidos del paciente:** S.C.M.V

**Documento de identidad:** xxxx

**Grado de instrucción:** Secundaria completa

**Grupo Sanguíneo:** o “+”

**Edad:** 35 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** casado

**Ocupación:** casa

**Religión:** católico

**Lugar y fecha de nacimiento:** Lima – 01/06/1986

**Nacionalidad:** peruana

**Dirección actual:** Los postes este 349 MZ D1 19 A

**Departamento:** Lima

**Provincia:** Lima

**Distrito:** San Juan de Lurigancho

##### 1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de +/- 4 días caracterizado por el dolor abdominal tipo cólico de intensidad al inicio 5/10 y que aumentó hasta 9/10, se asocia a náuseas que llegan a vómitos de número de 3 veces de contenido alimentario, mal estado general por motivo por el cual acude a emergencia.

- colecistitis aguda calculosa.
- Obesidad grado I.

### 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Intraoperatorio: Colectomía laparoscópica más derivación biliointestinal más drenaje.

### 1.4. ANTECEDENTES

**1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES:** Madre con controles perinatales, nacida a los 9 meses de gestación en Hospital Nacional, parto eutócico sin aparentes complicaciones médicas, recibe todas las vacunas de infancia, desarrollo y crecimiento acorde a su edad.

**1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Padre: Prostatectomía.

Madre: Hipertensión

**1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:** Niega

**1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:** Paciente de bajo nivel socioeconómico, cuenta con seguro de atención integral (SIS)

- **Datos subjetivos:**

No se evidencia datos subjetivos ya que paciente se encuentra bajo efecto posanestésico

### 1.5. EXAMEN FISICO

#### 1.5.1 Control de signos vitales

- Presión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 70 x´
- Frecuencia respiratoria: 15 x´
- Saturación de oxígeno: 98%
- Temperatura corporal: 36.2 °C

#### 1.5.2 Exploración céfalo caudal:

**SNC:** LOPTEP, escala de Glasgow 15, 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.

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

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

**Pulmones:** Ventilando espontáneamente a Fio21%, buen pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

- **Cardiovascular:** Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 70 x minuto, PA: 110/70 mmHg

- **ABDOMEN:** Simétrico, globuloso, blando depresible con dolor moderado a la palpación a nivel del hipocondrio derecho según EVA 7/10, con ruidos hidroaéreos conservados, movimientos peristálticos presentes.

**RIÑONES:** Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical.

**MIEMBROS SUPERIORES:** Tono muscular, fuerza y movimientos conservados.

**ÁREA PERINEAL:** Sin alteración ni lesiones.

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

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



## 1.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- NPO
- NaCl 9% 1000 + hioscina 20mg } 45gt min E.V
- Ceftriaxona 2 gr cada 24 hr E.V
- Metamizol 500mg c/8hr. E.V
- Ketoprofeno 100mg c/8hr E.V
- Hioscina 20mg c/8hr E.V
- NaCl 9% 100cc+tramal 100mg+dimenhidrato 50 mg } c/ 8 hr E.V
- Vendaje de miembros inferiores
- Preparar para SOP 4.

## EXÁMENES AUXILIARES:

- Glucosa 102 ml/dl ,
- Perfil lipídico: Amy 33 U/L , Lip 11 U/L , Billid 0.66 mg/dl , TP 8.3 g/dl , Hemoglobina: 14.5 mg/dl
- Hematocrito: 42.3%
- INR: 1,2, plaquetas 372 mil
- Glucosa sérica: 110ml/dl),
- exámenes serológicos (VIH, VDRL Hepatitis B) negativo.
- Riesgo quirúrgico II, por antecedentes de hipertensión arterial hace más de 4 años con tratamiento.

## 1.7. ESQUEMA DE VALORACIÓN

Adulto mayor de 35 años de edad de sexo femenino, con Dx de colecistitis aguda calculosa moderada y obesidad I, Con antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento, hace 3 años fue operada de cesárea en el hospital de Grau.

esposo refiere que hace 4 días comenzó con dolor abdominal tipo de cólico intestinal al inicio 5/10 y que comienza incrementar 9/10 y comenzó con náuseas y vómitos en aproximadamente 4 veces y acuden por emergencia.

donde le pidieron exámenes auxiliares y ecografías abdominales donde le diagnosticaron colecistitis aguda calculosa moderada y es preparado para entrar a sala de operaciones donde fue atendido por las enfermeras le pusieron calmante y la prepararon para sala de operaciones y está en ayunas.

Se observa con facies de tristeza, angustiada, preocupada por su cirugía. Paciente despierta, lúcida en tiempo, espacio y persona, en ayunas por más de 8 horas, ventilando espontáneamente, cara y ojos simétricos, abdomen con moderado dolor a la palpación a nivel del hipocondrio derecho, con genitales externos sin ninguna alteración, no se evidencia signos de sangrado, portando vía periférica para fluidoterapia de Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml sin agregados, miembros superiores e inferiores con movimientos simétricos, micción espontánea.

Según hallazgos encontrados en la Historia Clínica, se observa el , exámenes de laboratorio se encuentra alterado Glucosa 102 mg/dl , Amy 33 U/L , Lip 11 U/L , Billid 0.66 mg/dl , TP 8.3 g/dl , Hemoglobina: 14.5 mg/dl, Hematocrito: 42.3%, INR: 1,2, plaquetas 372 mil, glucosa sérica: 110mg/dl), exámenes serológicos (VIH, VDRL Hepatitis B) negativo. Riesgo quirúrgico II, por antecedentes de hipertensión arterial hace más de 4 años con tratamiento. Por otro lado, cuenta con el consentimiento informado de la cirugía y del tipo de anestesia general, firmado por el paciente y médico según corresponda.

A la entrevista con el paciente, refiere: “estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo”.

16:00pm, paciente SCM de 35 años de edad ingresa al quirófano para ser intervenido DE UNA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA. Paciente refiere “tengo mucho miedo”, “me siento sola”, “ya me van a dormir”.

- Fecha de ingreso al hospital daniel alcides carrion : 17/11/2021.
- Fecha de cirugía: 17/11/2021 – Prioridad

## **II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS**

- Dolor (00132)
- Ansiedad (00146)
- Temor (00148)
- Riesgo de caídas. (00155)
- Riesgo de hipotermia perioperatoria (00254)
- Riesgo de aspiración (00039)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Riesgo de tromboembolismo venoso (00268)
- Riesgo de Infección De La Herida Quirúrgica (00004)
- Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)
- Riesgo de Perfusión Tisular Periférica Ineficaz. (00228)

### **2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- Conocimientos deficientes R/C ausencia de información sobre proceso patológico e intervención quirúrgica E/P miedo, preocupación por acto quirúrgico
- Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal del propio paciente, Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal, refiere estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo
- Riesgo de caídas R/C cambios a nivel de la movilidad física secundario a inducción anestésica
- Riesgo de aspiración R/C inhibición del mecanismo tusígeno secundario a disminución del nivel del estado de conciencia por inducción anestésica.
- Riesgo de Infección de La Herida Quirúrgica R/C Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica.

### 2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Conocimientos deficientes (00126)	ausencia de información sobre proceso patológico e intervención quirúrgica	miedo, preocupación por acto quirúrgico	Conocimientos deficientes R/C ausencia de información sobre proceso patológico e intervención quirúrgica E/P miedo, preocupación por acto quirúrgico
Temor (00148)	entorno desconocido ante intervención quirúrgica	expresión verbal del propio paciente, Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal, refiere estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo	Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal del propio paciente, Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal, refiere estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo
Riesgo de caídas (00155)	cambios a nivel de la movilidad física secundario a inducción anestésica	Paciente bajo efecto de anestesia	Riesgo de caídas R/C cambios a nivel de la movilidad física secundario a inducción anestésica
Riesgo de aspiración (00039)	inhibición del mecanismo tusígeno secundario a disminución del nivel del estado de	Paciente con tubo endotraqueal, con soporte ventilatorio, bajo efecto de	Riesgo de aspiración R/C inhibición del mecanismo tusígeno secundario a

	conciencia por inducción anestésica	anestesia con inhibición del reflejo de limpieza (tusígeno)	disminución del nivel del estado de conciencia por inducción anestésica.
Riesgo de Infección de La Herida Quirúrgica (00004)	Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica	Paciente en lecho operatorio en posición supina de 2 horas aprox.	Riesgo de Infección de La Herida Quirúrgica R/C Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica.

### III. PLANIFICACIÓN

#### 3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código:00126</p> <p>Conocimientos deficientes R/C ausencia de información sobre proceso patológico e intervención quirúrgica E/P miedo, preocupación por acto quirúrgico</p>	<p>Código: 1813. Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>Indicadores:</p> <p>180303 descripción proceso enfermedad (2)</p> <p>180311 descripción precauciones para prevenir complicaciones (2)</p>	<p>Código: 5602</p> <p>Enseñanza: prequirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información al paciente sobre las peculiaridades de la intervención quirúrgica.</li> <li>• Descripción de los cuidados intraoperatorios.</li> <li>• Responder a las preguntas planteadas por el paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.</li> </ul> <p>Código: 2930.</p> <p>Preparación quirúrgica: Provisión de cuidados al paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la historia clínica del paciente comprobando y verificando estudio preoperatorio, reserva de hemoderivados, preparación del campo quirúrgico, consentimientos informados y catéteres intravenosos.</li> <li>• Verificar que porta pulsera identificativa y pulsera de pruebas cruzadas.</li> </ul>	<p>180303 descripción proceso enfermedad (4)</p> <p>180311 descripción precauciones para prevenir complicaciones (4)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmación de los siguientes aspectos; ayunas, alergias, premedicación, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica (en el caso que sea necesaria) retirada de prótesis y objetos metálicos.</li> <li>• Inicio y coordinación del Listado de Verificación Quirúrgica Segura con el resto del equipo quirúrgico</li> <li>• Valoración del estado de ansiedad prestando atención a signos físicos como: voz temblorosa, tensión facial, aumento de la frecuencia cardíaca y/o frecuencia respiratoria.</li> <li>• Reconocer las preocupaciones expresadas por el paciente acerca del proceso actual/intervención y otros aspectos de la esfera bio/psico/social.</li> </ul>	
<p>Código:00148</p> <p>Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal, refiere estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo</p>	<p>Código: 1212:</p> <p><b>Nivel de estrés.</b></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 121213 inquietud.</li> <li>• 121222 ansiedad.</li> </ul>	<p>Código: 5230</p> <p><b>Mejorar el afrontamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</li> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 121213 inquietud (3).</li> <li>• 121222 ansiedad (3).</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información objetiva respecto al proceso quirúrgico.</li> </ul> <p>Código: 5270</p> <p><b>Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional con la paciente.</li> </ul> <p>Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</p>	
<p>Código: (00155)</p> <p>Riesgo de caídas R/C cambios a nivel de la movilidad física secundario a inducción anestésica</p>	<p>Código: 1909</p> <p><b>Conducta de prevención de caídas.</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>190916 controla la inquietud.</p>	<p>Código: 6490</p> <p><b>Prevención de caídas.</b></p> <p>Informar al paciente de cómo es la mesa de operaciones para que eviten movimientos que puedan hacer que se caiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar medidas para la sujeción cuando sea necesario.</li> <li>• Vigilar en todo momento al paciente y controlar los movimientos que realiza. No dejarlo nunca solo.</li> <li>• Bloquear las ruedas de las sillas, cama o camillas, en la transferencia del paciente.</li> <li>• Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.</li> </ul>	<p>190916 controla la inquietud (5)</p>
<p>Código: (00039)</p>	<p>Código: 0410</p>	<p>Código: 0410</p>	<p>041011 profundidad de la inspiración (4)</p>

<p>Riesgo de aspiración R/C inhibición del mecanismo tusígeno secundario a disminución del nivel del estado de conciencia por inducción anestésica</p>	<p>Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>041011 profundidad de la inspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>041012 capacidad de eliminar secreciones</p>	<p>Manejo de vías aéreas superficiales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar aspiración endotraqueal según corresponda</li> <li>• Mantener inflado el globo del tubo endotraqueal a 15/20 durante la ventilación mecánica</li> <li>• Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria.</li> <li>• Monitorización de lecho ungeal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 041012 capacidad de eliminar secreciones(4)</li> </ul>
<p>Código: (00004)</p> <p>Riesgo de Infección de La Herida Quirúrgica R/C Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica.</p>	<p>Código: 1902. Control del riesgo.</p> <p>19411: Mantiene un entorno estéril (5)</p> <p>192421: Tomar medidas inmediatas para reducir el riesgo (5)</p>	<p>Código: 6545.</p> <p>Control de infecciones: intraoperatorio. Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar las normas de disciplina quirúrgica y control de infección.</li> <li>• Verificar la temperatura y humedad del quirófano, manteniéndolas según los rangos establecidos por la unidad de medicina preventiva.</li> <li>• Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.</li> <li>• Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.</li> <li>• Asegurarse de que el personal de quirófano viste de manera correcta y</li> </ul>	<p>19411: Mantiene un entorno estéril (5)</p> <p>192421: Tomar medidas inmediatas para reducir el riesgo (5)</p>

		<p>respetar las técnicas de asepsia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la esterilidad de todo el material quirúrgico e implantes a utilizar.</li> </ul> <p>Código: 6440</p> <p><b>Control de infecciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.</li> </ul> <p>Código: 3440</p> <p><b>Cuidados del sitio quirúrgico.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica.</li> <li>• Limpiar desde la zona limpia hasta la zona sucia.</li> </ul>	
--	--	---	--

*Fuente. Datos obtenidos de la valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon, según (NANDA Internacional, Inc. Diagnosticos Enfermeros (2018 -2020), Clasificación de intervenciones de enfermería - NIC (2018) y Clasificación de resultados de enfermería - NOC (2018)*

#### IV. EJECUCION Y EVALUACION

##### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

<b>S</b>	<p>esposo refiere que hace 4 días comenzó con dolor abdominal tipo de cólico intestinal al inicio 5/10 y que comienza incrementar 9/10 y comenzó con náuseas y vómitos en aproximadamente 4 veces y acuden por emergencia.</p> <p>A la entrevista con el paciente, refiere: “estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo”. Paciente refiere “tengo mucho miedo”, “me siento sola”, “ya me van a dormir”.</p>
<b>O</b>	<p>Adulto mayor de 35 años de edad de sexo femenino, con Dx de colecistitis aguda calculosa moderada y obesidad I, Con antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento, hace 3 años fue operada de cesárea en el hospital de Grau.</p> <p>Aabdomen con moderado dolor a la palpación a nivel del hipocondrio derecho, portando vía periférica para fluidoterapia de Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml sin agregados</p> <p>Según hallazgos encontrados en la Historia Clínica, se observa el , exámenes de laboratorio se encuentra alterado Glucosa 102 mg/dl , Amy 33 U/L ,Lip 11 U/L , Billid 0.66 mg/dl , TP 8.3 g/dl , Hemoglobina: 14.5 mg/dl, Hematocrito: 42.3%, INR: 1,2, plaquetas 372 mil, glucosa sérica: 110mg/dl), exámenes serológicos (VIH, VDRL Hepatitis B) negativo. Riesgo quirúrgico II, por antecedentes de hipertensión arterial hace más de 4 años con tratamiento. Por otro lado, cuenta con el consentimiento informado de la cirugía y del tipo de anestesia general, firmado por el paciente y médico según corresponda.</p>

	<p>16:00pm, paciente SCM de 35 años de edad ingresa al quirófano para ser intervenido DE UNA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.</p>
<p><b>A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocimientos deficientes R/C ausencia de información sobre proceso patológico e intervención quirúrgica E/P miedo, preocupación por acto quirúrgico</li> <li>● Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal del propio paciente, Temor R/C entorno desconocido ante intervención quirúrgica M/P expresión verbal, refiere estar asustada con nervios a la cirugía y preocupada por el menor hijo</li> <li>● Riesgo de caídas R/C cambios a nivel de la movilidad física secundario a inducción anestésica</li> <li>● Riesgo de aspiración R/C inhibición del mecanismo tusígeno secundario a disminución del nivel del estado de conciencia por inducción anestésica.</li> <li>● Riesgo de Infección de La Herida Quirúrgica R/C Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica.</li> </ul>
<p><b>P</b></p>	<p>Código: 1813. Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>Código: 1212: Nivel de estrés</p> <p>Código: 1909: Conducta de prevención de caídas.</p> <p>Código: 0410: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Código: 1902. Control del riesgo</p> <p>Código: 1902</p> <p>Control de riesgo</p>

<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información al paciente sobre las peculiaridades de la intervención quirúrgica.</li> <li>• Descripción de los cuidados intraoperatorios.</li> <li>• Responder a las preguntas planteadas por el paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</li> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto al proceso quirúrgico.</li> <li>• Informar al paciente de cómo es la mesa de operaciones para que evitar movimientos que puedan hacer que se caiga.</li> <li>• Utilizar medidas para la sujeción cuando sea necesario.</li> <li>• Vigilar en todo momento al paciente y controlar los movimientos que realiza. No dejarlo nunca solo.</li> <li>• Bloquear las ruedas de las sillas, cama o camillas, en la transferencia del paciente.</li> <li>• Utilizar barandillas laterales de longitud</li> <li>• Aplicar las normas de disciplina quirúrgica y control de infección.</li> <li>• Verificar la temperatura y humedad del quirófano, manteniéndolas según los rangos establecidos por la unidad de medicina preventiva.</li> <li>• Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.</li> <li>• Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.</li> <li>•</li> </ul>
<p>E</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente conocimientos adecuados sobre cirugía y proceso patológico</li> <li>• Paciente temor moderado frente a la cirugía</li> <li>• Paciente no presento riesgo de caídas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente no presento riesgo de aspiración,</li><li>• Paciente hemo dinamicamente establece manejo técnica aséptica quirúrgica segura y se controló los riesgos de infección.</li></ul>
--	--

## CONCLUSIONES

- La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con más frecuencia a nivel mundial en el campo de la cirugía general, por lo que es fundamental que el cirujano conozca las diferentes alternativas al momento de enfrentarse con un caso complejo.
- Este tipo de cirugía, trae complicaciones menor complicaciones comparadas con las cirugías convencionales.
- En el periodo intraoperatorio el profesional de enfermería se encarga del control hemodinámico, monitorización de nivel de sedación y analgesia, vigilancia respiratoria, valoración del sangrado y control de fluido terapia, de la situación clínica o de la aparición de complicaciones postoperatorias que presente el paciente colecistectomizado.
- 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 intraoperatorio, 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 con ello evitar las complicaciones que se pudieran presentar durante y después 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](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:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000100004&lng=es](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](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/TEISIS%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 operados de Colectomía 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 Tacna 2014 [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 coledocolitiasis 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. Chinchilla, P. A.; Baquero, D. R.; Ruiz, J. E. Factores Preoperatorios De Riesgo Asociados a conversión a técnica Abierta En colecistectomía laparoscópica De Urgencia. *Rev Colomb Cir* 2019, 33, 145-153. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/56>
16. Teoyoti. Calidad de la atención del dolor postoperatorio en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general” realizado en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” *Rev Colomb Cir* 2019, 31, 14-150. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/56>

17. Miranda M. Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Post Anestesia - Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna 2016  
[ tesis en línea] 2016 [ citado el 16 de dic 2021 ]Universidad Nacional Jorge Basadre. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/271>
18. 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>
19. Vergara C.. Colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda como factor pronóstico de buena calidad de vida gastrointestinalL [ tesis en línea] 2016 [ citado el 16 de dic 2021 ]Universidad privada Antenor Orrego Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4538/1/REP\\_MED.HUMA\\_CAROLINA.VERGARA\\_COLECISTECTOM%C3%8DA.LAPAROSC%C3%93PICA.COLECISTITIS.AGUDA.FACTOR.PRON%C3%93STICO.BUENA.CALIDAD.VIDA.GASTROINTESTINAL.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4538/1/REP_MED.HUMA_CAROLINA.VERGARA_COLECISTECTOM%C3%8DA.LAPAROSC%C3%93PICA.COLECISTITIS.AGUDA.FACTOR.PRON%C3%93STICO.BUENA.CALIDAD.VIDA.GASTROINTESTINAL.pdf)
20. Martínez-Suárez C, Rivero-Chau C. Colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la litiasis vesicular en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Revista científica estudiantil 2 de Diciembre [Internet]. 2021 [citado 16 Dic 2021]; 4 (4) Disponible en: <http://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/162>
- 21.
22. Puig Llobet, Montserrat, Sabater Mateu, Pilar, Rodríguez Ávila, Nuria, NECESIDADES HUMANAS: EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO SEGÚN LA PERSPECTIVA SOCIAL. Aposta. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2012; (54):1-12. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950250005>

23. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Dic 16] ; 17( 3 ): 11-22. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
24. 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 Enfermería. Diez ed. Medellín: 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.<sup>a</sup> Badia Pérez Xavier Guirao Garriga . Guías clínicas de la asociación Española de cirujanos. Infecciones quirúrgicas [internet] 2016[citado 2020 Mayo 31] 2 edición. 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)
  
23. Almora Carbonell Ceramides Lidia, Arteaga Prado Yanin, Plaza González Tania, Prieto Ferro Yulka, Hernández Hernández Zoraida. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas. 2012 Feb; 16(1): 200-214.
  
24. Wiseman JT, Sharuk MN, Singla A, Cahan M, Litwin DE, Tseng JF, Shah SA. Surgical management of acute cholecystitis at a tertiary care center in the modern era. Arch Surg. 2010 May; 145(5):439-44
  
25. Educsa, Educación sanitaria continuada. *Interrelaciones por diagnóstico*. <http://nandanocnic.educa.com/libros/interrelaciones/listados/listado-nandanocnic-form.php>
  
26. Ruiz F, Ramia JM, García-Parreño J, Figueras J. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Cir Esp. 2010;88:211-21. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.03.045>
  
27. Kamalapurkar D, Pang TC, Siriwardhane M, Hollands M, Johnston E, Pleass H, et al. Index cholecystectomy in grade II and III acute calculous cholecystitis is feasible and safe. ANZ J Surg. 2015;85:854-9. <https://doi.org/10.1111/ans.12986>
  
28. Madani A, Watanabe Y, Feldman LS, Vassiliou MC, Barkun JS, Fried GM, et al. Expert intraoperative judgment and decision-making: Defining the cognitive competencies for safe laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg. 2015;221:931-40. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.07.450>

# **ANEXOS**



## Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales

### VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

#### DATOS GENERALES

Nombre del paciente.....Fecha de  
Nacimiento..... Edad.....  
Dirección..... Fecha de ingreso al servicio..... Hora..... Persona  
de referencia.....  
Telf.....  
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Otro hospital ( )  
) Otro ( ) Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( )  
Camilla ( ) Otro ( )  
Peso: ..... Estatura..... PA..... FC..... FR..... T°.....  
Fuente de información: Paciente ( ) Familiar ( )  
Otro.....  
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:  
HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) Asma ( ) TBC ( ) Otros..... Cirugías  
Si ( ) No ( )  
Especifique..... Fecha..... Alergias y otras reacciones:  
Fármacos ( ) Alimentos ( )  
Signos y síntomas..... Otros..... Dx.  
Médico.....

### VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

**PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD**

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad?

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?

Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No ( )

Herida Quirúrgica.....

Estilos de vida/Hábitos

USO DE TABACO SI ( ) NO ( ) Cant/Frec. ....

USO DE ALCOHOL SI ( ) NO

( ) Cant/Frec. ....

Comentarios.....

Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad.....

Estado de higiene: Corporal.....

Hogar.....

Comunidad.....

Estilo de alimentación.....

Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo.....

Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Temperatura.....

Vías aéreas permeables Si ( ) No ( ) Secreciones ( ) Otros ( ) Alergias: Látex ( ) Otros ( )

Test del Apgar: al minuto..... a los 5 minutos.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

**PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO**

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si ( )

No ( )

Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )

Dific. Para deglutir: No ( ) Si ( )

Motivo.....

Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cant.....

SNG: No ( ) Si ( ) Especificar.....

Abdomen: Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( )

Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( )

Ausente ( )

Drenaje: No ( ) Si ( ) Especificar.....

Hidratación piel: Seca ( ) Turgente ( ) Otro.....

Estado de piel y mucosas.....

Edema: No ( ) Si ( ) Tipo y localización..... Comentarios adicionales:

Aliment. Niño: Lactancia No ( ) Motivo.....

Lactancia Si ( ) Frecuencia..... Exclusiva ( )

Otro.....

Dentición.....

Diagnósticos nutricionales: Normal ( )

Desnutrición global: Leve ( ) Moderada ( ) Severa

( )  
 Desnutrición Crónica: Leve ( ) Moderada ( ) Severa  
 ( )  
 Riesgos Nutricionales.....  
 Obesidad ( )  
 DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ( )  
 Riesgo ( ) Retraso ( ) en:  
 Motricidad: Gruesa ( ) Fina ( )  
 Lenguaje ( ) Coordinación ( ) Social ( ) Comentarios  
 Adicionales.....  
 FACTORES DE RIESGO: Nutricional ( ) Ceguera ( ) Pobreza ( ) Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental  
 ( )  
 ADULTO: NUTRICIÓN: IMC.....  
 Normal ( ) Delgadez ( ) Obesidad ( )  
 DESARROLLO:  
 Signos de incapacidad para mantener su desarrollo  
 Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación ( )  
 Enfermedad ( )  
 Dificultad para razonar ( )  
 Otros ( ).....  
 ¿Qué come frecuentemente su niño?..... Comentarios  
 Adicionales.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

**PATRON 3: ELIMINACIÓN**

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....  
 Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomía ( )  
 Comentarios Adicionales.....  
 Hábitos Vesicales: Frecuencia.....  
 Disuria ( ) Retención ( ) Incontinencia ( ) Otros.....  
 Edema: No ( ) Si ( ) Tipo y localización.....  
 Sistemas de ayuda: Si ( ) No ( ) Pañal ( )  
 Sonda ( ) Fecha coloc..... Colector ( ) Fecha coloc.....  
 Hábitos alimentarios.....  
 Consumo de líquidos.....  
 Ruidos Respiratorios: Claros ( ) Sibilancias ( )  
 Estertores ( ) Secreciones traqueobronquiales ( )  
 Disnea ( ) Cianosis ( ) Palidez ( ) Otro.....

GRADO	LESION	CARACTERISTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Ulceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Ulceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Ulceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Comentarios Adicionales.....

**Escala de Norton:**

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntuación
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1
Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14	
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo	

- Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
- Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
- Clase 2 : Venas Varicosas
- Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos
- Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venioso, lipo-dermatitis esclerosis)
- Clase 5 : Cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada
- Clase 6 : Úlcera activa

**Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner**

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE : incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la bañera. Usa el baño DEPENDIENTE : incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE : Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE : Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
<b>Clasificación</b> A. Independientemente en todas las actividades B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una. C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional G. Dependiente en la seis funciones	

**PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)**

Aparatos de ayuda: Ninguno ( ) Muletas ( ) Andador ( ) S. de Ruedas ( ) Bastón ( ) otros ( )  
 Movilidad de miembros: Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )  
 Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida ( )  
 Fatiga Si ( ) No ( ) Otros motivos de déficit de autocuidado

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso ( ) Irregular ( )  
 Pulso periférico : Pedio ( ) ( ) ..... ( ) ( )  
 Poplíteo ( ) ( ) ..... ( ) ( )

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCION LEVE
+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si ( ) No ( ) Localización.....  
 + ( 0 - 0.65cm.) ++ (0.65 – 1.25cm.) +++(1.25 – 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )

Extremidades Inferiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )

Presencia de líneas Invasiva.....

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular ( )

Irregular ( )

Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )

Gasometría..... Comentarios Adicionales.....

Traqueostomía No ( ) Si ( ).....

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... SatO<sub>2</sub>.....

**Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada**

- |   |
|---|
| 0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.  |
| 1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente   |
| 2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso. |
| 3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.   |
| 4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse   |

Perfusión tisular: Renal Hematuria ( ) Oliguria ( ) Anuria ( )

BUN:..... Creatinina:..... P.T. Cerebral:.....

Habla..... Pupilas..... Parálisis ( )

P. T. Gastrointestinales..... Sonidos ( ) Hipo ( ) Nauseas ( ) PT.

Cardiopulmonar.....

PT Periférica: Palidez Extrema ( ).....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

**PATRON 5: SUEÑO DESCANSO**

Horas de sueño..... Problemas para dormir:

Si ( ) No ( ) tiempo: ..... minutos

Toma algo para dormir Si ( ) No ( )

Padece de insomnio ( ) Pesadillas ( )

Conciliar el sueño adecuadamente si ..... No .....

Excesiva somnolencia

Cuántas veces se ha despertado por la noche: .....

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

**PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL**

Estado de inconsciencia: No ( ) Si ( ) Tiempo.....

**NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)**

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 ( ) Espontanea	5 ( ) Orientado	6 ( ) obedece
3 ( ) A la voz	mantiene conversación	ordenes
2 ( ) Al dolor	4 ( ) Confuso	

1 ( ) No responde	3 ( ) Palabras inapropiadas 2 ( ) Sonidos incomprensibles 1 ( ) No responde	5 ( ) Localiza el dolor 4 ( ) Se retira 3 ( ) Flexión anormal 2 ( ) Extensión anormal 1 ( ) No responde
-------------------	---	---

Orientado: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( )  
 Lagunas mentales: Frecuentes ( ) Espaciados ( )  
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si ( ) No ( )  
 Alteraciones sensoriales: Visuales ( ) Auditivas ( ) Cenesísticas ( )  
 Gustativas ( ) Táctiles ( ) Olfatorias ( ) Otro:.....

**COMUNICACIÓN:**

Alteración del habla ( ) Alteración del Lenguaje ( )  
 Barreras: Nivel de conciencia ( ) Edad ( ) Barrera Física ( )  
 Diferencias culturales ( ) Medicamentos ( ) Autoestima ( )  
 Barrera Psicológica ( ) Alteración de la percepción ( )  
 Incapacidades: Invalidez ( ) Ceguera ( ) Demencia ( )  
 Dolor / Molestias: No ( ) Si ( ) Crónica ( ) Aguda ( )

Especificar intensidad  
 Tiempo y frecuencia.....  
 Nauseas: No ( ) Si ( ) Motivo.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caídas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

**PATRON 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO**

Concepto de sí mismo:.....  
 Sensación de fracaso: Familia ( ) Trabajo ( ) Otro ( )  
 Especifique..... Tiempo.....  
 Cuidado de su persona  
 Corporal.....  
 Vestimenta.....  
 Alimentación.....  
 Aceptación en la familia y comunidad: Si ( ) No ( )  
 Motivo.....  
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves:  
 Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Desesperanza ( ) Rechazo ( )  
 Comentarios.....  
 .....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

**PATRON 8 : ROL/RELACIONES**

Estado Civil ..... Profesión/Ocupación.....  
 Con quien vive: Solo ( ) Con su familia ( ) Otros ( )

Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos ( ) Otros ( )  
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños  
 Desinterés ( ) Negligencia ( ) Desconocimiento ( )  
 Cansancio ( ) Otros.....  
 Composición familiar:  
 Divorcio ( ) Muerte ( ) Nacimiento de un nuevo ser ( )  
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos  
 .....  
 Conflictos familiares: No ( ) Si ( )  
 Especifique.....  
 VIOLENCIA FAMILIAR: Física ( ) Psicológica ( )  
 Intento de suicidio ( ) Motivo.....  
 Problemas: Alcoholismo ( ) Drogadicción ( ) Pandillaje ( )  
 Especifique.....  
 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo ( ) Inefectivo ( )  
 Motivo.....  
 Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena ( )  
 Mala ( ) Especifique.....  
 Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

**PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION**

Problemas de identidad sexual No ( ) Si ( ).....  
 Problemas en actividad sexual con su pareja: No ( ) Si ( )  
 Especifique.....  
 Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ( )  
 Edad ( ) Enfermedad psicológica ( ) Otro ( )  
 Comentarios Adicionales.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿A qué edad apareció la menarquía o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

**PATRON 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No ( )  
 Si ( ) Especifique motivo.....  
 VIOLENCIA SEXUAL No ( ) si ( ) Fecha.....

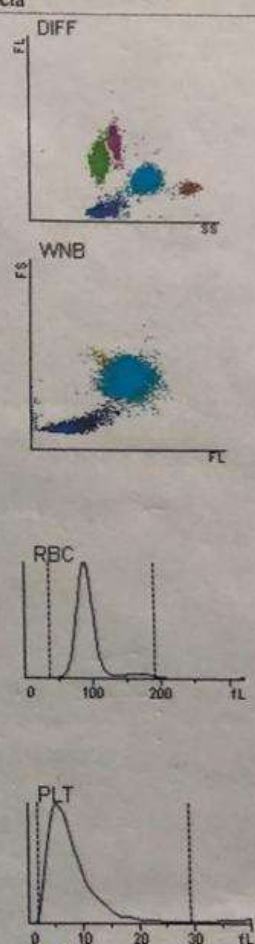
Datos de laboratorio

# HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION

Apellido: **SEMBRERA CRUZ** Nombre: **MARIA**  
 Sexo: Ed: 35 Año(s) ID pac: 1820521  
 Dpto: Fecha análisis: 17/11/2021 08:40 ID muestr: D17-04

Parám.	Result	Unid	Intervalos de referencia
1 WBC	<b>16.83</b> ↑	10 <sup>3</sup> /uL	4.00 - 10.00
2 Neu#	12.14	10 <sup>3</sup> /uL	2.00 - 7.00
3 Linf#	3.41	10 <sup>3</sup> /uL	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.80	10 <sup>3</sup> /uL	0.12 - 1.20
5 Eos#	0.42	10 <sup>3</sup> /uL	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.06	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.10
7 IMG#	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 1.00
8 Neu%	<del>22.1</del>	%	50.0 - 70.0
9 Linf%	<del>20.3</del>	%	20.0 - 40.0
10 Mon%	<del>4.7</del>	%	3.0 - 12.0
11 Eos%	<del>2.5</del>	%	0.5 - 5.0
12 Bas%	<del>0.4</del>	%	0.0 - 1.0
13 IMG%	<del>0.1</del>	%	0.0 - 2.5
14 RBC	4.78	10 <sup>6</sup> /uL	3.50 - 5.50
15 HGB	14.5	g/dL	11.0 - 16.0
16 HCT	42.3	%	37.0 - 54.0
17 MCV	88.5	fL	80.0 - 100.0
18 MCH	30.4	pg	27.0 - 34.0
19 MCHC	34.3	g/dL	32.0 - 36.0
20 RDW-CV	12.6	%	11.0 - 16.0
21 RDW-SD	41.1	fL	35.0 - 56.0
22 PLT	345	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
23 MPV	8.1	fL	6.5 - 12.0
24 PDW	15.7		15.0 - 17.0
25 PCT	0.281	%	0.108 - 0.420
26 P-LCC	48	10 <sup>9</sup> /L	30 - 90
27 P-LCR	13.8	%	11.0 - 45.0
28 NRBC#	0.000	10 <sup>3</sup> /uL	
29 NRBC%	0.00	/100WBC	

A-  
S73  
H L20  
M05  
E02  
B-



Diagnóstico:

Lic. ANA CARAUNDO RAMOS  
 Tecnólogo Médico - Laboratorio de Emergencia  
 CTMP 3043  
 HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION"  
 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO



Nombre: SEMBRERA CRUZ, MARIA      Sexo: Mujer

ID de paciente:      Fecha nacimiento:

ID de la muestra: 4 SEMBRERA      Fecha/hora de extracción:

Procedencia:      Doctor:

Ensayo	Resultado	Unidades	Alertas	Rango	Fecha finalización Hora de finalización
GluC	102	mg/dL			17.11.2021 09:10
Urea	21	mg/dL		70 - 99	17.11.2021 09:10
Amy	33	U/L		12 - 48	17.11.2021 09:15
Lip	11	U/L		25 - 125	17.11.2021 09:09
CRP16	12.66	mg/dL		6 - 78	17.11.2021 09:18
ALT	22	U/L		0.00 - 0.50	17.11.2021 09:13
AST	17	U/L		0 - 55	17.11.2021 09:17
AlpP	70	U/L		5 - 34	17.11.2021 09:16
BilD	0.36	mg/dL		40 - 150	17.11.2021 09:14
BilT	1.02	mg/dL		0.00 - 0.50	17.11.2021 09:16
BIL IND	0.66	mg/dL		0.20 - 1.20	17.11.2021 09:12
AlbG	4.6	g/dL			17.11.2021 09:16
GGT	29	U/L		3.5 - 5.2	17.11.2021 09:08
TP	8.3	g/dL		9 - 64	17.11.2021 09:16
CreaC	0.79	mg/dL		6.4 - 8.3	17.11.2021 09:10

Fin del registro de la muestra

MOE. MAC. DANIEL RODRIGUEZ GARRIN  
 JOAN ESPINOSA MO  
 Lic. Biología Labor  
 6/2021

