

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE
COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA -2022**

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

JOSE CHAHUAYO AMPA

HUANCVELICA – 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ PRESIDENTE
- MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO MIEMBRO

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 368-2022

Nº de Acta: 146

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia que son mi motor y motivo y me brindan todo su apoyo incondicional.

.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme sabiduría, paciencia. y salud para afrontar este proceso

A mi amada familia por su apoyo incondicional

A mis docentes, por brindarme las enseñanzas y encaminarme en este proceso de formación

A Universidad Nacional del Callao por abrirnos las puertas para seguir adelante con nuestros proyectos trazados

ÍNDICE

INTRODUCCION	4
CAPÍTULO I	6
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
CAPÍTULO II	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales	9
2.1.3. Antecedentes locales	11
2.2. Bases Teóricas	12
2.2.1. TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE HILDEGARD E. PEPLAU	12
2.2.2. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	12
2.2.3. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	12
2.2.4. TEORIA MARGORY GORDON	13
2.2.5. TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	13
2.3. Bases Conceptuales	14
2.3.1. ANATOMIA DE LA VESICULA BILIAR	14
2.3.2. COLECISTITIS	14
2.3.3. FISIOPATOLOGIA	15
2.3.4. EPIDEMIOLOGIA	16
2.3.5. TIPOS DE COLECISTITIS	16
2.3.6. SÍNTOMAS DE UNA COLECISTITIS	18
2.3.7. RAZÓN	20
2.3.8. COMPLICACIÓN	20

2.3.9.	DIAGNÓSTICO	21
2.3.10.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	22
2.3.11.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA	24
2.3.12.	Molestias Post Operatorias De Colecistectomía	26
2.3.13.	PAE EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS	29
2.3.14.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON COLECISTECTOMÍA	29
CAPÍTULO III		30
3.	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR PLANES PARA MEJORAR SITUACIONES PROBLEMÁTICAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	30
3.1.	PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA	30
3.1.1.	VALORACIÓN	30
3.1.2.	MOTIVO DE CONSULTA	30
3.1.3.	Enfermedad actual	30
3.1.4.	Antecedentes perinatales	31
3.1.5.	EXAMEN FÍSICO	31
3.1.6.	EXAMENES AUXILIARES	32
3.1.7.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	33
3.1.8.	VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES	34
	DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud	34
	DOMINIO II. Nutrición	34
	DOMINIO III. Eliminación	34
	DOMINIO IV Actividades y recreación	34
	DOMINIO V: percepción-cognición	35

<i>DOMINIO VI</i>	35
<i>DOMINIO VII. Rol/Relación Nivel</i>	35
<i>DOMINIO VIII. Sexualidad clase</i>	35
<i>DOMINIO IX. Supervivencia/Tolerancia al estrés</i>	35
<i>DOMINIO X. Principios de vida, categoría</i>	36
<i>DOMINIO XI. Seguridad y protección</i>	36
<i>DOMINIO XII. Confort</i>	36
<i>DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo</i>	36
3.1.9. <i>ESQUEMA DE VALORACIÓN</i>	37
3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	38
3.2.1. <i>Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo</i>	38
3.2.2. <i>Esquema de Diagnostico de Enfermería</i>	39
3.3. PLANIFICACIÓN	42
3.3.1. <i>Esquema de Planificación</i>	42
3.4. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	57
3.4.1. <i>Registro de Enfermería, SOAPIE</i>	57
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66

INTRODUCCION

Las enfermedades de las vías biliares ocupan un lugar importante entre todas las patologías quirúrgicas. La enfermedad ampollosa es una causa frecuente de intervención quirúrgica y es una de las principales causas de morbilidad en el hospital, la colecistitis es uno de los problemas de salud más antiguos e importantes que afectan a las personas; Con graves consecuencias médicas, económicas o sociales, por su alta incidencia y complicaciones, el cólico biliar es el síntoma clínico más frecuente (70- 80% de los casos, afectando a miles de pacientes). 1 millón de personas en todo el mundo, ocurriendo en el 10% de hombres y 20% de mujeres, ahora se tiene dos opciones quirúrgicas para tratar los cálculos biliares sintomáticos, la colecistectomía convencional o la colecistectomía abierta, y durante casi dos décadas, la colecistectomía laparoscópica. (4)

Es importante poder profundizar y desarrollar el plan de atención al paciente colecistectomizados, pues en este postoperatorio los cuidados de enfermería tienen como objetivo identificar signos de alerta temprana a nivel de los sistemas respiratorio cardiovascular y digestivo, mediante las valoraciones y seguimientos de los signos vitales, manteniendo una postura ideal y controlando la seguridad ,el dolor y la protección; para poder evitar complicaciones e identificar riesgos que permitan actuar de forma inmediata.

El presente trabajo académico para optar la segunda especialidad titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA -2022”**, fue desarrollado en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del hospital en el mes de julio, para anticipar los cuidados que van a requerir los pacientes intervenidos quirúrgicamente y dirigirse tanto al paciente como a su familia, facilitando la educación, formación y educación sanitaria y favoreciendo la adherencia al tratamiento. . Este trabajo científico revela problemas que suelen afectar a la mayoría de los pacientes. A medida que amplía la gama de pacientes sometidos a cirugía, las enfermeras deben adaptarla a cada individuo, tipo y procedimiento de intervención. La evaluación de enfermería tiene como objetivo obtener información clínicamente

relevante para el paciente, e incluirá aspectos físicos, mentales, sociales, espirituales y ambientales, de

manera estructurada, para crear condiciones conducentes al análisis de la situación y que permitan decisiones sistemáticas y planificación de intervenciones quirúrgicas. intervenciones. A partir de la valoración de enfermería se seleccionan problemas de salud reales o potenciales del paciente y/o familia, así como la detección precoz de signos y síntomas para el control de complicaciones clínicas y/o psicosociales.

Por otro parte, el presente trabajo académico, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Se describe la situación problemática como un espacio de interrogantes que viabilice el planteamiento y resolución de los problemas encontrados.

Capítulo II: Se detallan los antecedentes internacionales y nacionales, el cual conectaran la introducción con el tema de investigación, asegurando el flujo lógico que analicen el problema.

Capítulo III: Se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, con la finalidad de prestar una atención asistencial de manera racional, a partir de los cuidados del enfermero, que permita alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de la salud.

CAPÍTULO I

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las enfermedades de las vías biliares afectan a más del 95% de la población mundial y son causadas por colecistitis aguda, que es la enfermedad más común. Ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres, debido a cambios hormonales en la función de la vesícula biliar y el metabolismo de los lípidos biliares en el campo de la concentración de colesterol y, por lo tanto, los cálculos biliares y la colecistitis es una enfermedad muy común. La propagación del sistema digestivo humano. Se debe tener mucho cuidado, las complicaciones ocasionan altos costos económicos a la nación por enfermedad, mortalidad y morbilidad. Se sabe que tener colecistitis se ve afectado por varios factores de riesgo, como el sexo, la edad, la edad y el peso (obesidad). La colecistitis es una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos biliares, del 10% al 20% de la población presenta cálculos biliares, y es claro que los hábitos alimentarios también son un factor contribuyente en la formación de colecistitis. (6)

en la región Huancavelica en el hospital departamental de Huancavelica se presentaron 120 casos de colelitiasis desde el mes de enero al mes de junio del 2021. y 243 casos de colecistitis del mes de enero al mes de junio del 2022 observando un incremento del 100 % de pacientes intervenidos de colecistitis en el primer bimestre, también se ha observado que hay pacientes que están reingresando con complicaciones de infección de la herida, fistulas, con signos de flogosis etc. (5)

por lo cual se tiene que destacar la labor del profesional de enfermería en los cuidados que brinda es por ello que se plantea el siguiente trabajo académico

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTITIS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA -2022

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

BURY J., MORETTA L. (2016). GUAYAQUIL. Realizaron una investigación titulada “Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colecistectomía convencional versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero – Abril 2016”, OBJETIVO: Determinar la eficacia de la cirugía laparoscópica y la colecistectomía convencional por un método que presentó la menor cantidad de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias encontradas, se intervinieron 153 pacientes; Donde 132 para laparoscopia y 21 para técnica abierta respectivamente, donde predominan los pacientes de 21 a 40 años de edad, la tasa de complicaciones es menor, y el estado del paciente es mejor con la cirugía laparoscópica, a diferencia de la cirugía abierta con mayor tasa. Complicaciones, malas hospitalizaciones y muertes por las molestias inherentes a sus enfermedades. Se concluye que los pacientes adultos optaron por la cirugía laparoscópica debido a las bajas tasas de complicaciones y rápida recuperación. (13)

LEÓN, Héctor (2016) en México, realizaron un estudio titulado “control de náusea y vómito postoperatorio en pacientes con colecistectomía laparoscópica”, Determinar cómo manejar las náuseas y los vómitos posoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: Este fue un ensayo clínico aleatorio prospectivo que evaluó usar dexametasona y dexametasona/ondansetrón para prevenir las náuseas y los vómitos. El grupo de 60 pacientes se dividió en dos grupos:

colecistectomía laparoscópica y la combinación de dexametasona/ondansetrón. Una cohorte de 60 pacientes se dividió en dos grupos: dexametasona versus combinación dexametasona/13-ondansetrón en colecistectomía laparoscópica utilizando el modelo de Bishop. El grupo de dexametasona tuvo la mayor

incidencia de náuseas y vómitos. (16 contra 36). Hubo un mayor riesgo de náuseas y vómitos en el grupo de dexametasona (41,6 % frente a 33,3 %). Las mujeres, especialmente las jóvenes, son más propensas a experimentar

náuseas y vómitos. Concluimos que la combinación de dos agentes con diferentes mecanismos de acción ofrece una mejor alternativa, o en la sociedad, a lo largo del ciclo de la vida humana, en diferentes situaciones, o de salud o múltiples factores de riesgo como colecistectomía laparoscópica, sexo femenino joven y anestesia general con fentanilo. (12)

RAMÓN PATIÑO, Antonio (2016) en Ecuador, completó un proyecto llamado “cuidados de enfermería pre, intra y post operatorio en pacientes con colecistectomía en el hospital de la mujer y el niño en el período de enero a diciembre del 2015”. El objetivo es brindar cuidados de enfermería a pacientes hospitalizados sometidos a colecistectomía laparoscópica, brindando un panorama detallado de diagnóstico, complicaciones, tratamiento y prevención. La colecistitis aguda es más común en mujeres jóvenes, lo que requiere que los cuidadores utilicen un método único para brindar atención al paciente y cuidar a todos los pacientes sometidos a colecistectomía aguda y crónica hasta la recuperación. Concluí que existe. (14)

ULLOA F., VEGA H. (2015). CUENCA. Realizaron completó un proyecto llamado “Colecistectomía laparoscópica: Experiencia de 20 años en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos, Cuenca, 2015”. El objetivo es brindar cuidados de enfermería a pacientes hospitalizados sometidos a colecistectomía laparoscópica, brindando un panorama detallado de diagnóstico, complicaciones, tratamiento y prevención. La colecistitis aguda es más común en mujeres jóvenes, lo que requiere que los cuidadores utilicen un método único para brindar atención al paciente y cuidar a todos los pacientes sometidos a colecistectomía aguda y crónica hasta la recuperación. Concluí que existe. (3)

Domínguez, L y colaboradores en su estudio al que titularon: “Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores” en Colombia en el año 2012. Se estudió un estudio de metaanálisis observacional, en el que participaron 703 pacientes mayores de 65 años, con factores demográficos, clínicos, bioquímicos y de imagen. Se evaluó la morbilidad, mortalidad, traslado y hospitalización. Se encontró que las tasas de re-cirugía, derivación y sangrado fueron significativas. Como

comorbilidad, la diabetes fue más prevalente en los pacientes derivados mayores de 75 años, en comparación con los pacientes de 65 a 74 años. Es poco probable que las

complicaciones postoperatorias sean significativas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4,5 días. (15)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Vicente, G, P (Callao. 2020) realizaron su investigación sobre **Cuidados De Enfermería En Pacientes tras colecistectomía abierta en quirófano I, Alcides Carrión Callao 2020**. Su objetivo es reducir las complicaciones que comúnmente ocurren en todos los pacientes de cirugía. Por lo tanto, concluimos que es importante diseñar y desarrollar nuestro plan de atención para pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica porque en el postoperatorio, los cuidados de enfermería son realizados para el reconocimiento temprano de signos de alarma en las glándulas cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales, a través de la evaluación vital. seguimiento de signos, mantenimiento de la postura ideal, manejo del dolor, seguridad y protección; evitar complicaciones e identificar riesgos que permitan actuar de forma inmediata. Este trabajo nos permitirá comprender, aplicar y explicar el cuidado y la práctica quirúrgica en enfermería, a través de la aplicación del proceso de enfermería. (11)

Tueros, E, R. (Nazca- 2020) realizaron su investigación **“Cuidado De Enfermería a Pacientes De Colecistectomía en Post Operatorio Recuperación Hospital Ricardo Cruzado Rivarola Nazca 2020”** Con el objetivo de prevenir complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía, concluimos que la acreditación del proceso de enfermería posibilita que los profesionales de enfermería brinden cuidados adecuados, oportunos y sistemáticos. Este proceso se considera fundamental para nuestra profesión porque implica la aplicación de métodos científicos a la práctica de enfermería. Esto nos permite identificar necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales y tomar medidas para evitar posibles complicaciones. También tiene como objetivo restaurar el equilibrio fisiológico del paciente a través de la atención, brindando una atención oportuna para ayudar al paciente a restaurar la función normal de la manera más eficiente. rápido y seguro. y cómodamente factibilidad posible. (9)

Huayascachi ,G. (Lima 2019) realizo una investigación de cuidados de

**enfermería en pacientes post operados inmediatos de colecistectomía,
unidad de recuperación Hospital Nacional “Arzobispo Loayza, año 2019**
Su

objetivo es mantener la salud y prevenir y evitar complicaciones para los pacientes durante el período de recuperación después de la cirugía, y concluyó que la aplicación de los procedimientos de enfermería en el cuidado de los pacientes después de la colecistectomía, permite acciones como la identificación de sus necesidades psicológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. , y así cuidar su individualidad a partir de diferentes saberes, con el fin de mantener la salud, prevenir y evitar complicaciones al paciente durante el período de recuperación postoperatoria, comprendiendo que este período está plagado de riesgos por el carácter negativo de la cirugía dejando enfermos paciente vulnerable a lesiones o lesiones con efectos potenciales para la salud. (8)

Las investigaciones actuales indican que el Procedimiento de Enfermería (PAE) es el método científico para realizar la enfermería. Es una herramienta que permite organizar el trabajo de cuidado de manera ordenada, racional y metódica y evaluar cada cambio en la mejora del bienestar de la persona;

HUAMAN A, (2019), ICA. En su trabajo: “Cuidados de Enfermería en los pacientes de colecistectomía servicio cirugía del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez De Ica –Essalud”, Su objetivo fue prevenir complicaciones en los pacientes después de la colecistectomía y concluyó que el enfermero realizó los procedimientos con base en los signos y síntomas identificados, evitó las complicaciones pos-procedimiento y realizó las actividades identificadas en el proceso de enfermería. (6)

CARHUAVILCA Y, (2018) CUSCO. En su trabajo: cuidado enfermero a paciente operado de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis en la unidad de recuperación del Hospital Regional del Cusco, Su objetivo es aplicar los cuidados de enfermería a los pacientes inmediatamente después de la colecistectomía laparoscópica, completando 5 pasos: evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Conclusión El proceso de enfermería es muy relevante, ya que es la estrategia más oportunista para el aseguramiento de la calidad y el cuidado humano, y el más preferido en intervenciones quirúrgicas como la cirugía laparoscópica, es la más favorecida en los últimos tiempos. (2)

MIRANDA MENDOZA Nilda (2015); Tacna. Se realiza una investigación titulada Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica _ hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. Su objetivo fue establecer la relación entre la satisfacción del paciente y la atención postoperatoria inmediata en la unidad de recuperación después de la anestesia _ Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna 2014. La atención inmediata en la unidad de despertar posanestésico se sintió completamente satisfecha en el 48,03% de pacientes La atención de enfermería, sin embargo, el 34,87% dijo que fue moderada satisfacción 12. Este trabajo nos permitirá brindar una atención inmediata para evitar complicaciones y ver la satisfacción del paciente. (1)

2.1.3. Antecedentes locales

Ortega K, Quiroz S (Huancavelica- 2019) realizaron su investigación sobre **factores de riesgo asociados a coledocitis en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia en el año 2018.** Con el objetivo de identificar factores de riesgo de coledocitis en los pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia 2018. Material y método, concluyendo que en los factores modificables el consumo de carbohidratos es la causa para la aparición de coledocitis ,de la misma manera los factores no modificables se tiene la anemia hemolítica conduce a una formación de cálculos biliares por aumento de conjugación de la bilirrubina y el género siendo el sexo femenino por las alteraciones hormonales elevando los niveles de progesterona que causan estasis vesicular.(4)

la investigación nos habla que existe factores modificables y no modificables siendo esta última que van a desencadenar en una colecistitis y van a culminar en una intervención quirúrgica y ver los cuidados que se deben brindar en estos factores de riesgo.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. TEORÍA DE LAS RELACIONES

INTERPERSONALES DE HILDEGARD E. PEPLAU

La teoría de Peplau enfatiza la relación enfermera-paciente para promover el crecimiento personal en la terapia. Se basa en la psicodinámica de la enfermería, que se basa en el conocimiento de la enfermera sobre su comportamiento, lo que le permite ayudar a otros a identificar sus problemas. Es esencialmente una relación personal entre paciente y enfermera, que pasa por cuatro etapas (orientación, identificación, exploración y resolución), que se manifiesta en cambios en la relación. Y el papel de la enfermera, incluso 'satisfacción'. necesidades del paciente y lograr una solución al problema. (16)

2.2.2. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Watson afirma que el cuidado cotidiano de enfermería debe basarse en un fuerte sistema de valores humanísticos, a saber las enfermeras deben educar para la vida en un fuerte sistema de valores humanísticos que las enfermeras deben inculcar a lo largo de su vida laboral, así como incorporar conocimientos científicos para orientar las actividades de enfermería. Esta conexión, esta interacción entre el hombre y la ciencia, forma el núcleo de la enfermería. (16)

ELEMENTOS DEL CUIDADO DE WATSON

- Crea un sistema de valores humanístico altruista.
- Desarrolla sensibilidad hacia ti mismo y hacia los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.
- Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. (16)

2.2.3. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Henderson se basa en las necesidades humanas básicas y dirige la organización de los datos del paciente de acuerdo con sus necesidades. Según Henderson, para sus necesidades una persona sana e independiente puede satisfacer todas sus necesidades físicas, sociales y psicológicas. Cuando una persona se somete a una cirugía en el quirófano, ya no tiene autocontrol, sino que tiene que depender de otra persona para satisfacer sus

necesidades. (17)

Relación Enfermero/a -Paciente Según V. Henderson: Se Establecen Tres Niveles:

1. como paciente sustituto (enfoque sustituto)
2. enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda).
3. enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda).

2.2.4. TEORIA MARGORY GORDON:

Gordon es uno de los teóricos de la enfermería famosos por crear un modelo de diagnóstico para apoyar la evaluación de la profesión de enfermería, también conocido como teoría del modelo funcional, que ayuda a organizar y organizar la evaluación de la profesión de enfermería. Evaluación en individuos, familias o sociedades, a lo largo del ciclo de vida humano, en diversas situaciones, ya sea de salud o satisfactoria, facilitando la toma de decisiones para la siguiente etapa del diagnóstico de enfermería por ser la fuente para la clasificación de los dominios de la NANDA. Es importante que la enfermera demuestre que tiene independencia profesional utilizando sus modelos de atención que demuestren el impacto del marco profesional. (16)

2.2.5. TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Presenta su teoría de los déficits de autocuidado como una teoría general que consta de tres teorías interrelacionadas:

Teoría del autocuidado, teoría de la falta de autocuidado y teoría del sistema de enfermería. (16)

El autocuidado es una función humana adaptativa que todo individuo debe adoptar para mantener su vida, salud, crecimiento y bienestar. El desarrollo de los conceptos de autocuidado, necesidades de autocuidado y actividades de autocuidado forman la base para comprender las necesidades empresariales y los límites de quienes pueden beneficiarse de ellas. Cuidado de enfermería, autocuidado. Tenemos factores ambientales tanto externos como internos que afectan al paciente. (16)

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. ANATOMIA DE LA VESICULA BILIAR:

La vesícula biliar es una vesícula biliar pequeña, hueca, ovalada o en forma de pera de 5 a 10 centímetros (cm) de largo y de 3 a 5 centímetros (cm) de diámetro. Ocupa el lugar de la vesícula biliar en las entrañas del hígado, al nivel del lóbulo derecho. Consta de 3 partes: la parte inferior, el cuerpo y el cuello. El cuerpo está en estrecho contacto con la otra porción del duodeno y el colon, y el cuello permanece conectado al conducto cístico. se conecta canal hepático común

el cuello continúa conectado con el conducto cístico. Este conecta el conducto hepático común y forma así el conducto biliar principal con una longitud de 15 cm. El suministro de sangre lo proporciona la arteria cística, que también irriga el conducto cístico. Esta arteria generalmente surge de la arteria hepática derecha, con El ángulo formado entre el conducto hepático común y el conducto cístico; este espacio se denomina triángulo hepatobiliar o triángulo de Calot. normalmente, vesícula biliar; es capaz de almacenar alrededor de 30 a 60 ml de bilis, hasta que el estímulo adecuado hace que su pared muscular se contraiga y la libere. Sin embargo, cuando se absorbe continuamente agua, sodio, cloro y otros electrolitos, se pueden almacenar hasta 450 ml de exudado. (20)

La principal función de la bilis es facilitar la digestión y absorción de las grasas. Además, el exceso de colesterol y los residuos de hemoglobina se eliminan con bilis.

A través de la bilis se elimina el exceso de colesterol y los restos de hemoglobina metabólica, como la bilirrubina, así como algunos fármacos. La bilis se produce cuando ingieres alimentos, especialmente alimentos grasos, ya que estimula la contracción de la bilis y empuja la bilis hacia el duodeno, descomponiendo así los alimentos que no se han descompuesto en el estómago y que pueden ser absorbidos. Alimentación, aparece color verde-marrón. La enfermedad de la vesícula biliar es causada por una condición que ralentiza o interfiere con el flujo de bilis. (20)

2.3.2. COLECISTITIS

Esta es la inflamación de la pared de la vesícula biliar. Una vez activado, el proceso inflamatorio produce cambios notorios tanto a nivel micro como macro,

pasando de una simple obstrucción, a una etapa de deterioro, a otra etapa de necrosis. Carácter y otra etapa de perforación. Es el resultado de una respuesta inflamatoria. Comienza con la infiltración celular, la fuga de líquido, que probablemente sea una consecuencia fisiológica de la curación espontánea, fuga de líquidos, secuelas fisiológicas que pueden ser curación espontánea o formación de abscesos y complicaciones como sepsis, perforación, plastrón (raro) y fístula. (19)

2.3.3. FISIOPATOLOGIA

La colecistitis aguda puede presentarse con colecistitis, el síntoma más común. Colecistitis aguda: en el caso de los cálculos biliares, la causa principal es la obstrucción de la vesícula biliar por cálculos biliares, lo que inicialmente conduce a una contracción severa e inflamación de la vesícula biliar, lo que explica la colecistitis aguda, y los calambres abdominales son una característica de esta afección. Esta obstrucción produce edema de la pared de la vesícula biliar, retención de bilis y alteración vascular. El edema séptico provoca la liberación de lipasa blanda en los vasos sanguíneos, y la lecitina (un componente natural de la membrana mucosa) se convierte en lecitina, que es citotóxica, y el ácido araquidónico se produce a partir de los fosfolípidos, lo que aumenta la producción de prostaglandinas (especialmente prostaglandinas). y E2) activación del proceso inflamatorio biliar. La bilis y Las piedras en sí también son irritantes, por lo que su acumulación mejora el proceso. Los cambios vasculares, principalmente isquémicos, pueden interpretarse como la presión de los cálculos sobre el conducto cístico, lo que conduce a la trombosis de los vasos císticos y al aumento de la presión intraintestinal como resultado de la reducción de la obstrucción y la salida de la bilis. Cuando la vía biliar se hincha debido al líquido, promueve el cultivo perfecto, porque la bilis no es estéril, contiene algunas bacterias, pero cuando la luz se cierra, las bacterias comienzan a multiplicarse y nos contraemos y congestionamos. , la vesícula biliar llena también se infecta, resultando en colecistitis aguda, contractura prolongada y el edema que provoca la isquemia de la pared, la infección puede romperse y provocar la perforación de la vesícula biliar, que dura de 2 a 3 días. Durante este tiempo, continúa la colecistitis, lo que conduce a una reacción

química. Los factores inflamatorios hacen que las estructuras adyacentes, especialmente la vesícula biliar, migren a

la vesícula biliar circundante. Por tanto, al pincharse, toda la cavidad creada por la vesícula biliar provoca un aumento del tamaño de la vesícula biliar con la aparición del signo de Murphy, dolor intenso en el hipocondrio derecho que se desplaza hacia atrás. (22)

2.3.4. EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo, especialmente en las sociedades occidentales, donde se diagnostica del 10% al 30% de la población y donde hay 1 millón de casos nuevos cada año. Ocurre en el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres. (4)

En América Latina, entre el 5 y el 15 % de la población sufre de cálculos biliares, y hay poblaciones y grupos étnicos con mayores tasas de la enfermedad, como los caucásicos, latinos o estadounidenses. Países como Estados Unidos, Chile y Bolivia se encuentran entre los países con mayor número de personas contagiadas con la enfermedad. (4)

En Perú, estudios en varias poblaciones mostraron una prevalencia del 14,3% (29, 30) y Salinas et al., en 2004, mostraron una prevalencia del 15%.

2.3.5. TIPOS DE COLECISTITIS

A. LA COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda es un trastorno característico de las vías biliares y es la complicación más frecuente de la colecistitis crónica; debido a los muchos diferentes

Los síntomas, la apendicitis aguda no aparecen hasta que el dolor se considera la principal causa del abdomen agudo, especialmente en mujeres mayores, la apendicitis aguda no lo pasa por alto. En la mayoría de los pacientes, los cálculos biliares son la causa principal de la colecistitis aguda, y el proceso inflamatorio principal es la obstrucción de la vesícula biliar a nivel de la vesícula biliar o del conducto cístico, y esta obstrucción conduce a presión arterial alta, fuerza en la vesícula biliar. Hay dos factores que determinan el desarrollo de la colecistitis aguda: el grado de obstrucción y la duración de la obstrucción, si la duración es parcial y corta, el paciente tiene cólico biliar. Sin embargo, si la

duración es

completa y prolongada, el paciente desarrollará una la colecistitis aguda, según las Directrices de Tokio de 2013. (21)

- **Primera Etapa.** Colecistitis Edematosa (2 a 4 días): La vesícula tiene fluido intersticial acompañada de dilatación capilar y linfática; la pared se encuentra edematizada. (21)
- **Segunda Etapa** Colecistitis Necrotizante (3 a 5 días): la vesícula edematosa presenta cambios con áreas hemorrágicas y necróticas. Cuando la pared vesicular está expuesta a altas presiones, existe obstrucción en el flujo vascular con evidencia histológica de obstrucción y trombosis vascular, aun así, no compromete todas las capas tisulares de la pared vesicular. (21)
- **Tercera Etapa** Colecistitis Supurativas (7 a 10 días): La pared de la vesícula biliar presenta áreas necróticas y supuradas. En esta etapa. (21)colecistitis aguda. Si el noveno paciente no se trata a tiempo, la enfermedad puede empeorar y pueden surgir complicaciones. Esta es la clasificación de la colecistitis aguda, según las Directrices de Tokio de 2013. (21)

B. COLECISTITIS ACALCULOSA:

Con menos frecuencia, la colecistitis aguda suele presentarse sin la presencia de pequeños cálculos (colecistitis volumétrica). Sin embargo, la vesícula biliar puede contener sedimentos, que son partículas muy pequeñas (microscópicas) similares a los cálculos biliares. La colecistitis crónica es más grave que otros tipos de colecistitis. (21)

C. COLECISTITIS CRÓNICA

Se identifican por tumefacción vesicular persistente. La causa principal son los cálculos biliares y la colecistitis aguda descrita anteriormente. Se caracteriza por ataques recurrentes de dolor conocidos como cólico biliar, que también ocurre cuando los cálculos biliares a veces bloquean el conducto que

transporta la bilis. (21)

En este caso, la vesícula biliar está dañada por dolor abdominal intermitente debido a una inflamación aguda, generalmente cálculos biliares, en los que la vesícula biliar puede perder su volumen, cicatrizarse y la pared del seno tiende a engrosarse. Los cálculos biliares pueden bloquear la abertura de la vesícula biliar hacia el conducto biliar o pueden bloquear el conducto biliar mismo. por lo general allí

Hay desechos de la vesícula biliar. Si la cicatriz es ancha, el calcio suele depositarse en las paredes de la vesícula biliar y las endurece, lo que se denomina vesícula biliar de cerámica. (21)

2.3.6. SÍNTOMAS DE UNA COLECISTITIS

Los signos y síntomas de la colecistitis incluyen:

- Dolor intenso en la parte superior derecha o media del abdomen.
- Dolor que se extiende a la espalda o espalda, hombro derecho.
- Dolor a la palpación del abdomen.
- Náuseas frecuentes.
- Fiebre.
- Vómitos Signos y síntomas comunes de la colecistitis, especialmente ocurre después de comer.

Los signos y síntomas de la colecistitis a menudo ocurren después de las comidas, especialmente las comidas copiosas o ricas en grasas. (23)

A. Síntomas Específicos De La Colecistitis Aguda

El Dolor. - La colecistitis aguda suele ser más grave y dura más tiempo. El dolor alcanza su máximo después de 15 a 60 minutos, luego permanece constante. Por lo general, en el cuadrante superior derecho del abdomen. La intensidad de este dolor en la mayoría de los casos aumenta cuando el médico presiona el cuadrante superior derecho del abdomen, la gente siente un dolor muy fuerte, se desplaza a la parte inferior del hombro derecho o la espalda. (23)

Las Náuseas Y Vómitos. - son constantes Después de algunas horas, los músculos del abdomen que se encuentran al lado derecho se ponen rígidos. (23)

La Fiebre. - la cual aumentará gradualmente con una temperatura mayor a 38 ° C, y va acompañada de escalofríos. (23)

Disminución de apetito, sensación de mucho cansancio o debilidad o también puede vomitar y puede no tener fiebre. De igual manera, el dolor se controla dentro de 2 o 3 días y luego de una semana aproximadamente desaparece completamente. (23)

Ataque Agudo, éste puede indicar que hay una complicación severa. El aumento del dolor, la fiebre elevada y los escalofríos indican pus o desgarro (perforación) vesicular. (23)

Ictericia, Orina Oscura Y Heces Claras, El conducto biliar común puede estar bloqueado por un cálculo biliar, lo que hace que la bilis se acumule en el hígado y provoque colestasis. El páncreas puede inflamarse (pancreatitis) porque el cálculo bloquea el conducto de Vater (donde se conecta con los conductos biliares (conductos biliares) y los conductos pancreáticos). (23)

B. SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE LA COLECISTITIS SIN PRESENCIA DE CÁLCULO (A CALCULOSA)

La colecistitis calcificante puede causar: Dolor intenso y repentino en la parte superior del abdomen en pacientes sin síntomas u otros signos previos.

Enfermedad de la vesícula. (23) La inflamación suele ser tan grave que puede provocar gangrena o ruptura de la vesícula biliar. (23)

La inflamación suele ser muy grave y puede provocar gangrena o rotura vesicular. (23)

Hinchazón, respuesta de dolor leve a palpación inexplicable o fiebre. Este tipo de colecistitis, si no se trata, puede provocar la muerte en el 65% de los casos.

Síntomas especiales de la colecistitis crónica.

Las personas con colecistitis crónica tienen dolor recurrente, especialmente al palpar la parte superior del abdomen por encima de la vesícula biliar. Rara vez tienen fiebre. El dolor no es tan fuerte como el de la colecistitis aguda y no dura

más.

2.3.7. RAZÓN:

La colecistitis ocurre cuando la vesícula biliar se inflama. La causa de esta inflamación puede ser (veintiún)

cálculos biliares La colecistitis es causada principalmente por algunas partículas sólidas que se acumulan en la vesícula biliar. Los cálculos biliares pueden bloquear los conductos que transportan la bilis. La bilis se acumula y por lo tanto causa inflamación. (veintiún)

tumor. La presencia de un tumor puede causar la salida normal de bilis de la vesícula biliar, lo que lleva a la acumulación de bilis y colecistitis. (veintiún)

Obstrucción del conducto biliar. Estos pasajes o conductos tortuosos o cicatrizados pueden bloquearse y provocar colecistitis (21).

Infectar. Algunas infecciones virales, como el SIDA, pueden causar inflamación de la vesícula biliar. (veintiún)

Problemas de los vasos sanguíneos. Enfermedades muy graves pueden dañarlos y reducir el flujo de sangre a la vesícula biliar, causando colecistitis. (veintiún)

2.3.8. COMPLICACIÓN

La colecistitis causa varias complicaciones graves, que incluyen (23)

Infección de la vesícula biliar. Si la bilis se acumula en la vesícula biliar, puede causar colecistitis y la vesícula biliar también es susceptible a la infección. (Veintitres)

El tejido de la vesícula biliar muere. Si no se trata, puede provocar la muerte del tejido de la vesícula biliar, también conocida como gangrena. Esta complicación es la más común y ocurre principalmente en pacientes de edad avanzada, personas con diabetes y quienes desean tratamiento. Esto puede hacer que la vesícula biliar explote. (Veintitres)

Ruptura de la vesícula biliar. La perforación de la vesícula biliar puede ser causada por inflamación, infección o muerte de la vesícula biliar.

2.3.9. DIAGNÓSTICO

Los médicos pueden diagnosticar la colecistitis basado principalmente en los síntomas y los hallazgos de imágenes. (24) a) Ultrasonido: Este es el mejor método para detectar cálculos biliares. De este modo

Los diagnósticos también pueden determinar

a) **La ecografía:** Esta es la mejor manera de detectar cálculos biliares. Este tipo de diagnóstico también puede detectar la presencia de líquido fuera de la vesícula biliar o el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, que son características típicas de la colecistitis aguda. Por lo general, cuando el transductor de ultrasonido pasa por el abdomen en su parte superior se extiende más allá de la vesícula biliar y el paciente es doloroso a la palpación.

(24) b)

Gammagrafía biliar: otro tipo de imagen cuando las cosas se ponen difíciles

b) **La gammagrafía biliar:** Otro tipo de imagen cuando se hace difícil el diagnóstico de colecistitis aguda. Aquí, se inyecta fluido radiactivo (radionúcleos) en una vena y se crea una cámara gamma queLa radiactividad es detectada y la imagen es creada por una computadora. Es por eso la imagen en movimiento del radionúclido se transmite desde el hígado a través de la Radiografía del hígado, los conductos biliares, la vesícula biliar y la parte superior del intestino delgado. Cuando los radionúclidos no llenan la vesícula biliar, se sospecha una obstrucción del conducto biliar por un cálculo biliar. (24)

c) **Las pruebas de función hepática (análisis de sangre):** Estas son pruebas que evalúan la función hepática y detectan cambios. Sin embargo, estas pruebas no son diagnósticas porque los resultados casi siempre son normales o ligeramente elevados, a menos que el conducto biliar común esté bloqueado. (24)

d) **La tomografía computarizada (TC)** El dolor abdominal puede identificar complicaciones, como: pancreatitis o ruptura de la vesícula biliar. También se pueden realizar otros análisis de sangre, en los que se mide la cantidad de glóbulos blancos en la sangre. Un recuento elevado de glóbulos blancos indica inflamación, absceso, gangrena o perforación de la vesícula

biliar. (24)

2.3.10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda es la colecistectomía. Sin embargo, los pacientes de alto riesgo pueden algunas técnicas diferentes

A. DEFINICIÓN

Una colecistectomía es un procedimiento quirúrgico para extirpar la vesícula biliar, y la razón más común para una colecistectomía es la enfermedad de las vías biliares. Una colecistectomía puede ser necesaria si tiene dolor debido a que los cálculos biliares bloquean los conductos biliares. La colecistectomía es un procedimiento común con un riesgo muy bajo de complicaciones. En la mayoría de los casos, puedes irte a casa el mismo día, después de la colecistectomía.

B. TIPOS DE COLECISTECTOMIA

La colecistectomía, o colecistectomía, es la cirugía recomendada para el dolor de vesícula biliar causado por cálculos biliares, dentro de nosotros. (13)

a. **Colecistectomía Laparoscópica:** Esta técnica es más común para la colecistectomía simple. Se hacen varias incisiones pequeñas en el abdomen. Luego se insertan tubos huecos (tubos huecos) en los orificios. Los instrumentos quirúrgicos y una cámara iluminada en babor. El estómago se llena de dióxido de carbono, y se vean forma los órganos internos. Se extrae la vesícula biliar y se cierran las aberturas con suturas, fórceps o pegamento. Comenzar la cirugía laparoscópica no nos garantiza al 100% que terminará con la misma técnica, durante el procedimiento puede cambiar el procedimiento a una incisión abdominal, si es necesario, este procedimiento tomará de 30 a 1 hora. (13)

Complicaciones Laparoscópica A pesar de que sea la técnica revelación en lo que tiene que ver en cirugía colelitiásica, se han descrito las mismas complicaciones que en la cirugía abierta Entre las cuales tenemos. (13)

- Biloma colección de bilis en un espacio localizado como el del Morrison o subfrénico derecho
- Coleperitoneo es cuando la acumulación de bilis ocupa más de un espacio producida por fuga ya sea el conducto cístico, cuando hay lesión de conductos

accesorios o aberrantes, lesión de manera lateral de la vía biliar principal, lesión mayor de la vía biliar.

- **Fistula biliar:** manifestado por la presencia de bilis en el colector de drenaje autolimitadas y transitorias la mayoría,

b. **Colecistectomía Abierta:** El procedimiento consiste en una incisión de 6 pulgadas en el lado superior derecho del abdomen y corte de grasa y músculo hasta la vesícula biliar; Se procede a la escisión y se grapan o suturan todos los canales. Se puede colocar un pequeño tubo de drenaje desde el interior hacia el exterior del abdomen; Este drenaje generalmente se retira o se succiona en el hospital, lo que demora de una a dos horas. (13)

Indicaciones Colecistectomía Abierta Está indicada en una o dos de las siguientes patologías: Colelitiasis, colecistitis, Vesícula de porcelana, Hydrops vesicular y Obstrucción de la Vía Biliar. (13)

Contraindicaciones Colecistectomía Abierta. - Coledocolitiasis., Hipertensión portal, pancreatitis aguda, Gastrectomía previa, Embarazo, Obesidad mórbida. (13)

Complicaciones De Colecistectomía Abierta Se clasifican en inmediatas y tardías. (13)

- **Las inmediatas** son aquellas cuyos síntomas se presentan en las primeras 48-72 horas del período postoperatorio. entre ellas se encuentran: Peritonitis. Ligadura de la arteria hepática, Hemobilia, Pancreatitis aguda, Hemorragias, Ictericia, dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales. (13)
- **Las tardías** se tienen iatrogénicas: como estenosis cicatrizal del colédoco, Por enfermedad no diagnosticada o Cálculo residual del colédoco. o Papilitis u oditis, por técnica defectuosa o Vesícula remanente. (13)
- Complicaciones relacionadas con los drenajes. o Ictero postoperatorio tardío. o Colangitis supurada aguda obstructiva. o Colangitis secundaria esclerosante. o Fístula biliar. o Colecciones subfreénicas. Supra hepáticas. Intrahepáticas. (13)

C. RIESGOS QUIRURGICO

Tanto la colecistectomía laparoscópica como la abierta presentan riesgos, siendo los más comunes:(13)

Neumonía.

Complicaciones cardiacas.

Infezione de la herida.

Infección del tracto urinario.

Coágulos de sangre.

Lesión en el conducto biliar.

Muerte.

2.3.11. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA

a. Cuidados de enfermería en Pre Operatorio

Durante esta etapa, el enfermero practicante realiza una serie de acciones para orientar al paciente antes de la cirugía, para identificar condiciones físicas o psíquicas que puedan alterar el resultado de la intervención y para prevenir complicaciones posteriores a la cirugía, de las cuales dependen los profesionales de enfermería para su cuidado. La teoría del autocuidado de Dorothea Oren, donde el autocuidado es una actividad de aprendizaje, dirigida por enfermeras y orientada a objetivos. (21)

Educar a los pacientes en un lenguaje apropiado para que sea fácil de entender.

- Ejercicios de respiración para la marcha temprana. • Verifique si hay chequeos adicionales

(Rax de sangre, CT, Ultrasonido). • Verificar que el consentimiento informado

haya sido firmado por el médico, paciente o familiar. • Clases de baño el día anterior

Marque el área quirúrgica (abdomen). • El día de la cirugía preparar al paciente

con VFC, colocarle bata, orinar previamente y vendar las extremidades inferiores.

reducir). Eliminación de dentaduras postizas, joyas, uñas sin esmalte de uñas. •

Proporcione apoyo emocional. • Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

b. en enfermería en el postoperatorio

Retiro de prótesis, alhójalas, uñas sin esmaltes.

Darle apoyo emocional.

Listado de la Verificación Seguridad Quirúrgica.

b. Cuidados De Enfermería En El Post Operatorio

El periodo postoperatorio se divide en 2 fases:

1. **Posoperatorio inmediato:** El período duró de 2 a 4 horas, y se realizó principalmente en una unidad de recuperación posanestésica (EE. UU.), desde

que el usuario abandonó el quirófano hasta que se determinó el estado hemodinámico de la cirugía, acondicionamiento y estabilización. (21)

La unidad de recuperación postanestésica es donde el paciente pasa un tiempo relativamente corto ya que la enfermera practicante se centrará en las necesidades más importantes durante esta etapa avanzada de su vida, evitando que el profesional asistencial se entere. Otros problemas que necesitan ser incluidos y abordados. Las necesidades básicas que debe satisfacer una enfermera practicante en base a la teoría de Virginia Henderson, y estas necesidades son respiración, oxigenación, eliminación, actividad, bienestar, comunicación y seguridad para poder satisfacer las necesidades, este personal de enfermería realiza una variedad de actividades. (21)

- En esta área se estabiliza y esperar que despierte y recupere del efecto de los anestésicos.
- Los posts operados pasan en la URPA entre 30 minutos y algunas horas donde se monitoriza y valora continuamente, estableciendo controles cada 10 minutos.
- Se requiere valorar: Estado de salud basal del preoperatorio o Tipo y duración de la anestesia o Intervención quirúrgica o Medicamentos administrados o Localización de las vías de acceso venoso.
- Registrar las funciones vitales en las 1eras horas cada media hora.
- Valorar la permeabilidad y necesidad de aspiración de secreciones.
Revisar el estado respiratorio.
- Estado de la piel. Valorar los apósitos y drenajes.
- Valorar pérdidas hemáticas.
- Monitorear el sistema neurológico, controle la respuesta sensorial y motora y el nivel de conciencia cada 15 minutos.
- Revisar catéteres, apósitos y vendajes
- Revisar las pérdidas de líquidos. Controlar la diuresis, cada media hora.
- Valorar y calmar el dolor, náuseas y vómitos. Controlar el efecto secundario de los medicamentos administrados.

2. Traslado Del Paciente

El ingreso y/o ingreso del paciente durante el período de recuperación debe realizarse en camilla. Proporcionar mantas para evitar la hipotermia. La

enfermera de cirugía recibió un informe de sangrado e hipotensión de la

enfermera de la UCI. Reducción de volumen, diagnóstico y cirugía simultánea. El medicamento ha causado un tipo de reacción alérgica que se trata durante la recuperación. Todos los aspectos de la operación correspondiente, complicaciones, control de signos vitales, valoración de la respiración en caso de necesidad de oxígeno, seguimiento de saturación con oxímetro de pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. B. (21)

3. Posoperatorio Tardío

Periodo de fase de resolución y curación del paciente, esta se desarrolla en el servicio de hospitalización o de cuidados especiales. Este periodo tiene la finalidad de resolver cada una de las alteraciones y desequilibrios fisiológicos y psicológicos, asociados a la intervención quirúrgica, anestesia y proceso de curación. (21)

El rol del profesional de enfermería es fundamental en este periodo para actuar de forma oportuna frente al dolor, náuseas, vigilancia de la herida operatoria y recuperación de la micción espontánea, (21).

En este periodo se monitoriza las funciones vitales cada hora, se inicia la ingesta, retiro de fluidos intravenosos, dependiendo del tipo de anestesia. Los factores importantes a tener en cuenta son estreñimiento e insomnio que se relaciona con la inmovilidad, uso de analgésicos, entre otros. (21)

El profesional de enfermería debe lograr la recuperación de los patrones de defecación normal, el que se evidencia con la aparición de ruidos intestinales en 48-72 h siguientes a la cirugía. Después de la intervención, el paciente apenas debe experimentar problemas del sueño, y sentirse totalmente descansado. (21)

2.3.12. Molestias Post Operatorias De Colectomía

1. Náuseas y Vómitos:

Esto incluye anestesia general y cirugía. Intervenciones de enfermería: alentar al paciente a respirar profundamente para facilitar la extracción de la anestesia. Proteja la herida mientras vomita. Sostenga la cabeza del paciente hacia un lado para evitar una succión fuerte. Retire los vómitos, ayude al paciente a enjuagarse la boca y cambie la ropa de cama si es necesario, y registre el número de golpes si es necesario. Toma un antiemético recetado. (18)

2. Estreñimiento y flatulencia:

Está relacionado con el traumatismo y manipulación del intestino. (18)

3. Hipo:

Esta es una contracción accidental del diafragma debido a una desalineación de los cordones umbilicales. La intervención de enfermería hace tragar un vaso de agua. Coloque una cucharada de azúcar granulada en la parte posterior de la lengua para que el paciente la trague. Haga que el paciente trague unas gotas de jugo de limón. (18)

4. Dolor:

Es un síntoma subjetivo causado por daño tisular que incluye trauma o irritación de ciertas terminaciones nerviosas como resultado de una cirugía. Esta es una de las preocupaciones más frecuentes que tienen los pacientes al despertar, y se presenta en las primeras 12 a 32 horas posteriores a la intervención. Intervenciones de enfermería uso de analgésicos, entre los más utilizados se encuentran el metamizol y otros analgésicos. (18)

Cuando el dolor es más intenso, los médicos suelen recetar morfina para evaluar la función respiratoria, lo que puede provocar depresión pulmonar. Proporcionar apoyo emocional para el dolor que pueda preocupar al paciente. Practica cambiar de posición y reducir los espasmos y la tensión muscular. Ayude a los pacientes a complementar los efectos de los analgésicos con distracción, ejercicio y respiración profunda. Ayuda a practicar técnicas de relajación. (18)

5. Infección de herida quirúrgica:

Las complicaciones que ocurren en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, que involucran la piel, el tejido celular subcutáneo o el músculo, siguen estando entre las más comunes, lo que aumenta los riesgos para el paciente, prolonga la estancia hospitalaria y el tratamiento con sustancias y antibióticos, tiempo, médicos y enfermeras. Respuesta de enfermería: Siguiendo las normas establecidas para la realización de la cirugía,

recordar que cuando una herida presente sudor, fibrina, grasa o tejido muerto, no se deben suturar sus bordes debido a la herida. Siga técnicas estrictas de esterilización al

curar heridas quirúrgicas. Controle el tamaño o las características y la ubicación del drenaje de la herida. Asegúrese de que el sistema de drenaje funcione correctamente. cuidado de heridas quirúrgicas infectadas, para la cicatrización, se recomienda el uso de antisépticos según el estado de la herida, se debe usar irrigación durante la cicatrización de heridas con soluciones especializadas, (18)

6. Dehiscencia De Herida (Evisceración)

Ocurre al quinto u octavo día después de la cirugía, y es más frecuente en cirugía abdominal entre los factores asociados a esta complicación. Puntos de sutura inadecuados o demasiado apretados (reducen el suministro de sangre). Infecciones serosas que tosen mucho. Prevención: Colocar faja o vendaje en pacientes ancianos obesos o con paredes abdominales. Tos o vómitos con el esfuerzo. Tenga cuidado con la aparición de hinchazón y redúzcala. Intervención de enfermería: Permanecer con el paciente para tranquilizarlo y avisar inmediatamente al cirujano. Si los intestinos están expuestos, cúbralos con un vendaje estéril humedecido con la solución de irrigación. Vigile los signos vitales y evalúe el estado de shock. Mantenga al paciente completamente cómodo. Pida al paciente que doble la rodilla, colocándola en la posición de la segunda mitad para reducir la presión sobre el abdomen. Preparación del paciente para la cirugía y sutura. Informe al paciente si la lesión recibirá el tratamiento adecuado, mantenga al paciente tranquilo y cómodo, mantenga la calma. (18).

7. Respiración ineficaz

Las intervenciones de enfermería relacionadas con la disminución de la distensibilidad pulmonar y la disminución del CO intraabdominal son el mantenimiento de la posición neutra del segmento doloroso y la promoción del movimiento continuo de las extremidades no lesionadas durante la transformación. Instruya a los adultos y ayúdelos a cambiar de posición durante los turnos. Ayude a los adultos a levantarse de la cama y acostarse en las sillas durante los turnos. Fomente caminar en pasos cortos y repetitivos al menos 3 veces por turno y ejercicios de respiración. (18)

2.3.13. PAE EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS

Este plan de atención está diseñado para enfatizar la atención que necesitan los pacientes que se someten a una cirugía y abordar las inquietudes del paciente y la familia, promover la educación para la salud y facilitar el ajuste. Un plan de cuidados debe entenderse como un consejo general que describe los problemas que comúnmente afectan a la mayoría de los pacientes. A medida que se amplía la gama de pacientes que requieren cirugía, las enfermeras deben adaptarla a cada persona, tipo y procedimiento quirúrgico.

2.3.14. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON COLECISTECTOMÍA

Se recomienda que los pacientes que salen de la cirugía se beneficien de un seguimiento y educación nutricional, ya que esto puede ser efectivo para contribuir a su bienestar. Se recomiendan snacks para la vesícula biliar sin farmacocinética (bajos en grasas con 1500-1700 calorías, 40 g de fibra y menos de 3000 g de colesterol por día) y una mayor ingesta de agua.

CAPÍTULO III

3. ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR PLANES PARA MEJORAR SITUACIONES PROBLEMÁTICAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1. PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA

3.1.1. VALORACIÓN

DATOS DE FILIACION P

Paciente : V.P.F.H
HCL 129847
Sexo : Masculino
Edad : 70 años
Estado Civil : Casado
DNI 23270451
F Nacimiento : 31/05/1952
Peso : 75kg.
Talla : 1.65 cm
Grupo y F.S : O RH +
Hospital : Hospital Departamental De
Huancavelica Servicio : Cirugía General.
Fecha :.08-.07-2022

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa el día 08/07/2022 al servicio de emergencia, con náuseas refiriendo dolor en todo el abdomen que después de horas tuvo dolor en hipocondrio derecho de tipo punzante de intensidad 8 /10, doloroso a la palpación, a la ecografía abdominal se encuentra signos de una colecistitis aguda calculosa, meteorismo intestinal incrementado El motivo de la decisión de realizar una intervención quirúrgica.

3.1.3. Enfermedad actual

Postoperatorio inmediato de colecistectomía subtotal laparoscópica con drenaje 01.

3.1.4. Antecedentes perinatales

Madre multípara que tuvo parto espontáneo. Antecedentes familiares: padres vivos y padre con hiperplasia

próstata benigna. Antecedentes personales: Alergia negada Patología: Hipertensión arterial. Contexto socioeconómico y cultural: los pacientes son Un trabajador independiente que gana 800 soles mensuales refiere que nació en Huancayo y vive con su esposa de 66 años y 1 de 5 hijos. datos

Subjetivo: Inmediatamente después de la operación, los pacientes bajo anestesia refieren dolor a nivel de la herida quirúrgica, "Señorita, me duele la herida"; según EVA 8/10

3.1.5. EXAMEN

FÍSICO Control de signos

vitales

- F.R: 24 x minuto
- F.C: 82x minuto
- T°: 36.9 °C (axilar)
- PA: 126/81 mmHg
- SPo2: 86%

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, esclerasnormales, pupilas isocorionicas, foto reactivas, movimientos oculares conservados.

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

BOCA: Mucosa semihidratada.

NARIZ: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos,

CUELLO: Movilidad conservada, sin ganglios linfáticos palpables, sin masa. Mamas: Cilíndricas, simétricas, sin lesiones ni cicatrices. estocada:

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

PULMONES: murmullo vesicular pasa por ambos campos. No se percibe ruidos agregados ni sibilancias en ambos campos pulmonares. Saturación de oxígeno 86%

CARDIOVASCULAR: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 82x minuto, PA: 126/82 mmHg

ABDOMEN: Depresible, no distendido, dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho según EVA 8/10, con drenaje laminar conectado a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático de 23cc aprox., presenta 3 puertos quirúrgicos cubiertos con curita limpias y secas. Se percibe ruidos hidro aéreos conservados.

RIÑONES: Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical, micción espontánea orina normal de 300cc

MIEMBROS SUPERIORES: La fuerza y los movimientos se conservan. Zona perineal: sin cambios ni daños.

ÁREA PERINEAL: Sin alteración ni lesiones.

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

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

3.1.6. EXAMENES AUXILIARES

Hemograma	Valor Encontrado
Leucocitos	10.67
Hematíes	5,21
Hemoglobina	17.3
Hematocrito	51.3
Linfocitos	14.2
Tiempo de protrombina	10 seg
Llenado capilar	>2"

Bioquímica de la Sangre	Valor Encontrado
Glucosa	95.3
Urea	29.38
Creatinina	0.99
Amilasa	58
Lipasa	14.03
Proteínas totales	7.15

Orina	Valor Encontrado
Color	Amarillo
Aspecto	transparente
Densidad	1010
Gérmenes	escasos
Tóxicos	Negativo para cocaína y marihuana*

3.1.7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

NPO X 6 horas luego D.L.A

Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc I y II frasco

Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas

Metronidazol 500 mg EV c/8horas

Metamizol 2gr EV c/ 8 horas

Tramadol 50 mg SC c/12 horas

Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 horas

Ácido tranexámico 1gr EV c/8 horas

Losartan 50 mg ½ tab. VO c/12 horas

CFV+ BHE

Control de drenaje

3.1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

□ DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Presenta hipertensión

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

□ DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: Paciente en NPO por 6 horas luego DLA.

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

Clase 3. Absorción: No evaluable

Clase 4. metabolismo: conservado

Clase 5. Hidratación: Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc I Y II frasco -2000cc en 24 horas. Con drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático de 23cc aprox., con tres puertos quirúrgicos cubiertos con curita limpios y secos

□ DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: micción espontánea de características normales de 300 CC.

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

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

Clase 4. Función respiratoria: post operatorio inmediato., con FIO2 del 21%, No se palparon sonidos adicionales ni sibilancias en ningún campo pulmonar.

Saturación de oxígeno 86% Vasos cardíacos: buenos sonidos cardíacos

Intensidad, sin ruido. FC: 82 minutos, PA: 126/82 mmHg Abdomen: deprimido, no distendido, dolor a la palpación profunda del lado derecho

Drenaje de flujo laminar según EVA 8/10 se adjunta a la bolsa.

□ DOMINIO IV Actividades y recreación

Clase 1. Descanso/sueño:

Clase 2. reservada. Actividades/Ejercicios: Descanso completo inmediatamente después de la cirugía.

Clase 3 Equilibrio/Energía: Inmediatamente después de la cirugía. Categoría

Clase 4. Reacciones cardiovasculares/pulmonares: Inmediatamente después de la operación. No se perciben ruidos ni silbidos adicionales

Dos campos pulmonares. FR 24xmin, set o2 86%. Antecedentes de HTA, PA actual: 126/81 mmHg, FC 82xmin.

Clase 5. Autocuidado: Inmediatamente después de la cirugía. •

□ **DOMINIO V: percepción-cognición**

Clase 1. Nota: Testamento y tiempo de ejecución.

Clase 2 Orientación: LOTEPE

Clase 3. percepción sensorial: Dolor grado

Clase 4 a nivel de la herida quirúrgica. Referencia: Glasgow 15/15 Clase 5.

Comunicación: Todavía no se comunica debido a la reciente intervención. •

Dominio entonces

□ **DOMINIO VI.**

Clase 1 de autoconciencia. autoconcepto:

Clase 2. Autoevaluación: no se puede evaluar

□ **DOMINIO VII. Rol/Relación Nivel**

Clase 1. Rol del cuidador: Cuidado relaciona

Clase 2. Relaciones familiares: Bien conservado, a la espera de familiares.

Clase 3. Desempeño del rol: no se puede calificar.

DOMINIO VIII. Sexualidad

clase Clase 1. Identidad de Género:

Nivel Clase 2. Función sexual:

Clase 3 no se puede evaluar. Cría: Tiene 5 hijos

□ **DOMINIO IX. Supervivencia/Tolerancia al estrés**

Clase 1. Reacciones postraumáticas: no grado

Clase 2. Afrontamiento: Le preocupaba la complejidad del procedimiento y el equipo que usaba, el PVC, el drenaje.

Clase 3. Presión neuroventricular: ninguna •

□ **DOMINIO X. Principios de vida, categoría**

Clase 1. Valores: no evaluable categoría.

Clase 2. Fe: católica 3er grado. Alineación de Valores/Creencias/Acciones: Ninguna • Área XI. Seguridad y niv

□ **DOMINIO XI. Seguridad y protección**

Clase 1. Infección: con drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático, CVP.tres puertos quirúrgicos

Clase 2. Lesión física: Con drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático, puertos quirúrgicos pos operatoria cubierta Use un parche limpio y seco. Se detecta ruido agua-aire retardado.

Riñones: columna central, puño indoloro, sin globo vesical, micción

Orina normal espontánea de 300 cc de extremidades superiores: tono muscular. Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: Ambiente hospitalario

Clase 5. Procesos defensivos: Ninguno

Clase 6. Termorregulación: T° 36.9°C, piel tibia al tacto.

□ **DOMINIO XII. Confort**

Clase 1. Confort Físico: Post operado inmediato, con drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático según de 23 cc aprox., puertos quirúrgicos cubierta con curita limpias y secas. refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, “señorita me duele la herida” según EVA 8/10.

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

□ **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**

Clase 1. Crecimiento:

normal Clase 2. Desarrollo:

normal

3.1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

post operado inmediato movimiento limitado
 desconocimiento de complicaciones
 NPO
 hidratación: cloruro de sodio al 9% 1000 cc I Y II frasco -2000cc en 24 horas
 drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático de 23 cc aprox., tres puertos quirúrgicos post operatoria cubierto con curitas limpias y secas
 piel pálida +/+++ , seca poco turgente
 no realiza deposición.
 FR 23xmin, SAT O2 86%.
 antecedente de HTA, actualmente PA: 126/81 mmhg, FC 83xmin.

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

COORDINAR CON:

Laboratorio:Hematología, bioquímica (glucosa, creatinina, urea, enzimas hepáticas, proteínas, otros.), perfil de coagulación, análisis de gases arteriales, electrolitos, examen de orina, ácido láctico sérico.

Imágenes: Radiografía de tórax y abdomen, Ecografía,

complementarios: electrocardiograma

DIAGNÓSTICOS

Patrón Respiratorio

io

Riesgo De Desequilibrio Del Volumen De Líquidos

Dolor agudo

do

Riesgo De Estreñimiento

Ansiedad

Nauseas

Riesgo De Infección

Déficit De Auto Cuidado

Riesgo De Sangrado

Deterioro De La Integridad

o

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

D
I
A
G
N
O
S
T
I

3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

dolor a nivel de herida, Eva 8/10

sensación nauseosa

FR 23xmin, SAT O2 86%.

ansioso por la intervención quirúrgica y los dispositivos que lleva, desconocimiento de complicaciones

post operado inmediato movimiento limitado

tres puertos quirúrgicos post operatoria cubierto con curitas limpias y secas

NPO

no realiza deposición.

drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido

serohemático de 23 cc aprox.,

piel pálida +/-, seca poco turgente

antecedente de HTA, actualmente PA: 126/81 mmhg, FC 83xmin.

3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:

Patrón Respiratorio Ineficaz

Dolor agudo

Ansiedad

Nauseas

Déficit De Auto Cuidado

Riesgo de Deterioro De La Integridad Cutánea

Riesgo De Desequilibrio Del Volumen De Líquidos

Riesgo De Estreñimiento

Riesgo De Infección

Riesgo De Sangrado

3.2.2. Esquema de Diagnostico de Enfermería

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnóstico
Patrón Respiratorio Ineficaz	Dilatación y disminución de la contractilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundaria a la exposición anestésica.	FR 23xmin, SAT O2 86%.	Patrón de respiración ineficiente R/C Disminución de la expansión y contractilidad del músculo accesorio (diafragma) después del efecto anestésico E/P .RR 23xmin, SAT O2 86%.
Dolor agudo	lesión de tejidos secundario a intervención quirúrgica ,dispositivos invasivos.	Refiere dolor a nivel de puertos qx y dren, expresión facial Eva 8/10.	Dolor agudo secundario a cirugía Daño tisular R/C, dispositivo invasivo M/P Se refiere al dolor a nivel del puerto quirúrgico y puerto de drenaje laminar, expresión facial Eva 8/10.
Ansiedad	Cambios en la salud preocupaciones sobre las consecuencias de la cirugía.	Se encuentra quejumbroso, intranquilo, refiere desconocimiento de complicaciones.	Ansiedad R/C Cambios en la salud, miedo a las consecuencias del procedimiento E/P, quejas, ansiedad, referente a que complicaciones pueda tener.
Nauseas	Anestésicos, procedimientos quirúrgicos y cambios en el estado de salud.	Refiere presentar sensación nauseosa que quiere vomitar.	Náuseas R/C Anestésicos, procedimientos quirúrgicos y cambios médicos M/P Estados Náuseas e informes de ganas de vomitar. Déficits de autocuidado R/C Movilidad reducida E/P Limitación de la deambulaci3n postoperatoria

			inmediata.r.
--	--	--	--------------

Déficit de autocuidado	disminución de la movilidad	post operado inmediato movimiento limitado	Déficit de autocuidado R/C disminución de la movilidad E/P ser post operado inmediato movimiento limitado.
Deterioro de la integridad cutánea	procedimientos invasivos	por procedimientos quirúrgicos, con puertos quirúrgicos, drenaje. Limitación del movimiento.	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C Procedimiento invasivo E/P Utilizado para procedimientos quirúrgicos con puertos quirúrgicos, drenaje y restricciones de movimiento.
Riesgo De Desequilibrio Del Volumen De Líquidos	Perdida de volumen de líquidos secundario a drenajes, NPO.	Se encuentra en NPO, con drenaje, piel pálida +, seca a poco turgente	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido R/C Pérdida de volumen de líquido secundaria a drenaje, NPO.
Riesgo De Estreñimiento	con actividad física insuficiente.	Manifiesta que no realiza deposición paciente en NPO, limitación del movimiento.	Riesgo De Estreñimiento R/C actividad física insuficiente .
Riesgo De Infección	procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.)	Tres puertos quirúrgicos posoperatorios cubiertos con cintas adhesivas limpias y secas. Se realizó drenaje laminar en la bolsa de drenaje derecha con un contenido de sangre sérica de aprox. 23 cc. c.v.p	Riesgo De Infección R/C procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.).

Riesgo De Sangrado	intervención quirúrgica.	piel pálida + /+++ , seca poco turgente drenaje laminar a bolsa de drenaje en flanco derecho con contenido serohemático de 23 cc aprox.,	Riesgo De Sangrado R/C intervención quirúrgica. e/p herida operatoria
--------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

3.3. PLANIFICACIÓN

3.3.1. Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo o NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>CÓDIGO NANDA 00132 Dolor agudo</p> <p>Dolor agudo R/C lesión de tejidos secundario a intervención quirúrgica, dispositivos invasivos</p> <p>M/P referir dolor a nivel de puertos quirúrgicos y orificio de</p>	<p>CODIGO :2102</p> <p>VEL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • 210201: dolor referido. • 210206: expresiones faciales de dolor. <p>CODIGO:1605 CONTROL DEL DOLOR</p>	<p>1410: Manejo del dolor. Evaluar, incluida la ubicación, las características, la apariencia, la duración, la frecuencia, la calidad, la intensidad o la gravedad del dolor y los factores desencadenantes. Monitoree el dolor utilizando herramientas de medición válidas y confiables que sean apropiadas para la edad y las habilidades de comunicación. Las señales no verbales se observaron utilizando una escala analógica visual (EVA) del 1 al 10: expresiones posturales, llamadas de personajes, gemidos. La eficacia analgésica se evaluó mediante evaluación continua. Si las medidas no tienen éxito, informe a su médico.</p> <p>2210: Administración de analgésicos. comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento dosis y frecuencia del analgésico prescrito. comprobar alergias al medicamento. administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia. La intensidad del dolor se evaluó mediante la escala de Eva antes de la analgesia. Determinar la elección del analgésico. Consulte las instrucciones de su médico para conocer los medicamentos, las dosis y la frecuencia de los</p>	<p>2102: Nivel de dolor</p> <p>Paciente refiere una valoración de 3 en la escala del 0 al 10.</p> <p>1605: Control del dolor</p> <p>Paciente refiere tolerar el dolor.</p>

dren			
------	--	--	--

<p>laminar, expresión facial Eva 8/10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 160511: refiere dolor controlado . • 160505: utiliza analgésicos como se recomienda. 	<p>analgésicos recetados. Verifique el historial de alergias a medicamentos. (Paciente niega alergia). Si se prescribe más de uno, elija el analgésico apropiado o la combinación de analgésicos. determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor. evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (escala Eva) después de cada. administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</p>	<p>Paciente refiere sentirse más tranquila.</p>
<p>DOMINIO 3. Eliminación</p> <p>Clase 4. Función respiratoria :</p> <p>Código NANDA :</p>	<p>CÓDIGO :0415 ESTADO RESPIRATORIO</p>	<p>3320: Oxigenoterapia Mantenga la vía aérea abierta. Sostenga la mitad del recogedor de pájaros en su lugar. Controle la velocidad, el ritmo, la profundidad y la intensidad de su respiración. Mantener soporte ventilatorio con equipo de oxígeno. Banco Central Controle el flujo de oxígeno en litros. controlar la eficacia de la oxigenoterapia. monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente controles</p>	<p>0415: Estado Respiratorio: ventilación paciente mantiene un adecuado intercambio gaseoso,</p>

<p>Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico E/P .FR 23xmin, SAT O2 86%.</p>	<p>041501: Frecuencia respiratoria</p> <p>041508: saturación de oxígeno</p>	<p>de AGA.</p> <p>3230: Fisioterapia Respiratoria Coloque al paciente en la posición de semi-Fowler. Realice la terapia torácica al menos dos horas después de comer. Enseñar a los pacientes a respirar profundamente y eliminar: mejorar la ventilación pulmonar y la oxigenación de la sangre después de la anestesia general. enseñar al paciente como usar el espirómetro Y soplar globos.</p> <p>3350: Monitorización Respiratoria vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>6680: Monitorización De Las Funciones Vitales controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). controlar periódicamente la oximetría. observar periódicamente el color la temperatura y la humedad de la piel. observar si se producen esquemas respiratorios anormales.</p>	<p>Paciente con una saturación del 90% a un FIO2 del 21%.</p> <p>Presenta buen ritmo y profundidad de las respiraciones 18 x minuto.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>DOMINIO 4: Actividad /Reposo</p> <p>Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar</p> <p>Código NANDA: 00032</p> <p>Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud con temor a las consecuencias del procedimiento quirúrgico E/P, que se encuentra</p>	<p>Código: 1211 Nivel De La Ansiedad</p> <p>121105: Inquietud , 121102: impaciencia . 121129: Trastorno del sueño.</p> <p>Código :1402 ocontrol De La Ansiedad</p> <p>140207: utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</p> <p>140214: refiere dormir de forma adecuada.</p> <p>Código :1300 Aceptación</p>	<p>4920: Escucha Activa</p> <p>mostrar interés por el paciente.</p> <p>evaluar la ansiedad del paciente relacionado.</p> <p>ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje.</p> <p>favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>5820: Disminución De La Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fomentar la expresión de sentimientos, creencias y miedos Escuchar atentamente. ▶ Explique todos los procedimientos, incluidas las sensaciones que pueden ocurrir durante la cirugía. Identificar cambios en el nivel de alerta. ▶ Asegúrese de adoptar un enfoque tranquilo. <p>5880: Técnica De Relajación</p> <p>mantener la calma.</p> <p>Comunicar garantías a los pacientes sobre su seguridad personal.</p> <p>Indique al paciente que respire profundamente y exhale lentamente para liberar la tensión.</p> <p>Permanezca en modo de suspensión.</p> <p>5270: Apoyo Emocional</p> <p>permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad.</p>	<p>Código: 1211 Nivel De La Ansiedad</p> <p>disminuyo la inquietud, se encuentra más paciente y concilia sueño.</p> <p>Código :1402 ocontrol De La Ansiedad</p> <p>paciente regula su estado de ansiedad.</p> <p>Refiere que a pesar de todo duermo y me siento descansado al día siguiente</p> <p>Código 1300 Aceptación De La Salud</p> <p>paciente muestra aceptación sobre las secuelas de su</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

quejumbroso,	De La Salud		
--------------	--------------------	--	--

<p>intranquilo, refiere que complicaciones puede tener.</p>	<p>130008 • Reconoce de la realidad de la situación de salud. Código:200 2 Bienestar • 200207 :capacidad de afrontamiento.</p>	<p>proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 5400: Potenciación Autoestima proporcionar experiencias que aumente la autonomía del paciente. mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar su situación.</p>	<p>enfermada y adaptación al entorno participando en su autocuidado Código:2002 Bienestar paciente y familia más relajados tranquilos unidos colaborando con su pronta recuperación - Observa más confianza para controlar su situación Regula su estado de ansiedad.</p>
-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort Físico</p> <p>CÓDIGO NANDA: 00134</p> <p>Nauseas medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud M/P presentar sensación nauseosa y referir querer vomitar.</p>	<p>Código:16</p> <p>18 Control de náuseas y vómitos</p> <p>Control ar las náuseas y vómitos.</p> <p>Utiliza adecuadamente mediaciones antieméticas.</p>	<p>1450 Manejo De Las Náuseas</p> <p>Ofrecer actividades de distracción: escuchar música, ver televisión, leer y/o apoyar a los profesionales: terapia ocupacional.</p> <p>Permanezca en una posición semi-recostada con la cabeza hacia un lado.</p> <p>Use antieméticos efectivos para prevenir las náuseas, a menos que lo prescriba un médico.</p> <p>Verifique los nutrientes y las calorías en sus registros de alimentos.</p> <p>1570 Manejo Del Vómito</p> <p>Proporcionar una riñonera.</p> <p>Brindar alivio cuando exista vómito (lavar la cara, colocar ropa limpia, etc.)</p> <p>Verificar el equilibrio de líquidos y de electrolitos.</p> <p>Esperar mínimo 30 minutos después del vómito antes de dar líquidos orales al paciente.</p>	<p>1618: Control de náuseas y vómitos</p> <p>Paciente refiere que la sensación nauseosa ha disminuido y ya no quiere vomitar.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Dominio: 04 actividad/reposo</p> <p>Clase 5. Autocuidado:</p> <p>CÓDIGO NANDA:</p> <p>Déficit de autocuidado R/C disminución de la movilidad E/P ser post operado inmediato movimiento limitado.</p>	<p>Código 0305: Autocuidados higiene</p> <p>Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>Código 0301: Autocuidados baño</p> <p>0310: uso del inodoro</p>	<p>1801: Ayuda Con Los Autocuidados: Baño/ Higiene</p> <p>Determine la cantidad y el tipo de asistencia necesaria. Brindar asistencia higiénica hasta que el paciente sea totalmente autosuficiente. Higiene del paciente. ayuda con la alimentacion Ayuda a vestirse. Educar e instruir a los miembros de la familia para que apoyen al paciente en las actividades de limpieza y eliminación.</p> <p>1804: Ayuda En El Autocuidado: Aseo/ WC</p> <p>Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente (colocar la cuña). Acompañar en la deambulación para disminuir riesgos de caídas y permanecer al menos 10 minutos sentado en la cama antes de levantarse</p> <p>6482: Manejo Ambiental. Confort</p> <p>Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividad. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente independiente Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesite Controlar la integridad cutánea del paciente. Fomentar la ayuda de los familiares Estar disponible para ayudar a vestir si es necesario Mantener la intimidad</p>	<p>0305: Autocuidados higiene</p> <p>Paciente realiza higiene adecuadamente</p> <p>0301: Autocuidados baño</p> <p>Paciente Entra y sale del cuarto de baño por sí solo.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Ayudar en las actividades física (deambular, traslados, cambios posturales,</p> <p>Proporcionar un ambiente limpio y seguro</p> <p>Proporcionar una habitación personal, limpio y seguro</p>	
<p>Dominio 11:</p> <p>Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2. Lesión física:</p> <p>Código NANDA:</p> <p>00047</p> <p>Riesgo del Deterioro de la integridad cutánea R/C procedimientos invasivos E/P por procedimientos</p>	<p>Código:</p> <p>Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de las heridas por primera intención: <p>Código 1101 - integridad</p>	<p>120014: Adaptación A Cambios Corporales Por Cirugía</p> <p>Formación y apoyo al profesorado.</p> <p>Se registró la ubicación, el tamaño y la apariencia de la herida. Retire el vendaje y la cinta.</p> <p>Controle las características de la herida, incluido el color, el tamaño y el olor.</p> <p>Realice el cuidado del sitio de la incisión según sea necesario</p> <p>Aplicar una crema adecuada a las lesiones.</p> <p>Cambiar apósitos según la cantidad de exudado</p> <p>Compare regularmente y observe cualquier cambio en la herida.</p> <p>Fomente la ingesta de líquidos y eduque a los pacientes y sus familias sobre los signos y síntomas de infección.</p> <p>3590: Vigilancia De La Piel:</p> <p>Inspeccionar el estado del sitio de la incisión,</p> <p>Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.</p> <p>Observar si hay fuentes de presión y fricción.</p> <p>Observar si la ropa queda ajustada.</p> <p>Tomar nota de los cambios en la piel y en las membranas mucosas</p> <p>3440: Cuidados Del Sitio De Incisión</p> <p>-Realizar cura de la incisión de modo estéril</p>	<p>Código:</p> <p>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>Paciente tiene conocimiento del cuidado de heridas quirúrgicas.</p> <p>Código 1101 - integridad</p>

			tisular
--	--	--	----------------

<p>quirúrgicos, con puertos quirúrgicos, drenaje</p> <p>Limitación del movimiento.</p>	<p>tisular y membranas y mucosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11011 • piel intacta • Temper • atura • Hidrata • ción 	<p>Mantener apósito limpio y seco Prevenir la aparición de seromas. 3662: Cuidados De Las Heridas Mide lo que consume cada turno Observe si hay signos locales de infección y/o márgenes. Retire las suturas y drene según sea necesario. Controle la apariencia de los puntos de drenaje y el volumen de drenaje.</p>	<p>y membranas y mucosas</p> <p>Se mantiene con una temperatura adecuada piel hidratada.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>Clase 5: Hidratación</p> <p>Código NANDA : 00025</p> <p>riesgo De Desequilibrio Del Volumen De Líquidos R/C procedimiento qx y Perdida de volumen</p>	<p>Código 0601: Equilibrio Hídrico</p> <p>Paciente presenta un balance hídrico positivo</p> <p>Código 0602: Hidratación</p> <p>membrana s mucosas húmedas ..</p>	<p>2080: Manejo De Líquidos / Electrolitos</p> <p>Esté atento a la pérdida de líquidos: sangrado (debido a la herida quirúrgica y/o drenaje del tubo), vómitos y sudoración</p> <p>Esté atento a los signos de desequilibrio de líquidos</p> <p>administrar líquidos (por vía intravenosa),</p> <p>Si es necesario, administre líquidos intravenosos a temperatura ambiente a menos que se indique lo contrario.</p> <p>Informe a su médico si los signos y síntomas de alteraciones de líquidos y electrolitos persisten o empeoran.</p> <p>Comprobar que la cantidad de líquido administrado es suficiente</p> <p>Mantenga registros precisos de eliminación</p> <p>4130: Monitorización De Líquidos</p> <p>Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina</p> <p>Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, turgencia de la piel y sed)</p> <p>Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo</p> <p>Monitorizar funciones vitales</p> <p>para identificar oliguria o anuria. Control de pérdidas por sondas y drenajes</p> <p>Control y registro de balance hídrico</p>	<p>0601: Equilibrio hídrico</p> <p>Paciente presenta un balance hídrico positivo.</p> <p>0602: Hidratación</p> <p>Paciente muestra membranas mucosas húmedas y buena turgencia de piel</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

de líquidos secundario a drenajes, NPO			
-------------------------------------------------	--	--	--

<p>Dominio 3: Eliminación Intercambio Clase Función</p> <p>urinaría:</p> <p>Código NANDA:</p> <p>Riesgo De Estreñimiento R/C actividad física insuficiente.</p>	<p>Código 0501</p> <p>Eliminación Intestinal</p> <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de heces • Facilidad de heces 	<p>0430 Control Intestinal</p> <p>Monitorizar los sonidos intestinales.</p> <p>Controlar los movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.</p> <p>Suministrar supositorio de glicerina, si es necesario.</p> <p>0450 Manejo del estreñimiento</p> <p>Controle los signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>Se recomienda aumentar la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado. Comprobar la cantidad y apariencia de las heces.</p> <p>Se recomiendan laxantes</p> <p>0430 Manejo Intestinal</p> <p>Proporcionar medidas que suplan el uso de wc hasta que el paciente sea autosuficiente</p> <p>Control de deposiciones número, cantidad y aspecto</p> <p>Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación</p>	<p>Código 0501</p> <p>Eliminación Intestinal</p> <p>se disminuye el riesgo de estreñimiento.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DOMINIO	11:	Código	6550: Protección Contra Infecciones	01902	Control
seguridad	/	:	01902	Desinfección de manos.	del riesgo de
Protección			Control del	Usa una barrera	infección.
			protectora		
			Riesgo de	Esté atento a los	
			signos y síntomas de infección sistémica		
			y local.		
Clase:	1		infección.		Tome antibióticos según lo prescrito por su médico.
Infección			• Recono	• mantener	Paciente sin riesgo de infección durante el turno.
			estándares estériles		
			ce cambios en	• Proporcione el	
			cuidado adecuado para las áreas		
			expuestas de la		
Código		el estado de		piel. Indique al paciente que	Código 1908:
NANDA:		salud		controle la temperatura, el	
				enrojecimiento y	
				la secreción purulenta del lugar	
				de la incisión.	

<p>00004</p> <p>Riesgo De</p> <p>Infección R/C</p> <p>procedimientos invasivos</p> <p>(intervención quirúrgica, drenajes,</p>	<p>olla a</p> <p>Vuelva a colocar la bandeja de drenaje solo cuando sea necesario</p>	<p>Desarr</p> <p>estrategias de</p> <p>riesgo efectivas</p> <p>Código 1908:</p> <ul style="list-style-type: none"> • curación de herida quirúrgica. • Vigilar y valorar la cicatrización de heridas. <p>etección del</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar presencia de flebitis en vía periférica. <p>riesgo de</p>	<p>Evitar la manipulación quirúrgica innecesaria de las heridas</p> <p>riesgo de</p> <p>6540: Control De Infecciones</p> <p>control del</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar constantes vitales y signos de un shock séptico. • Vigilar la aparición de fiebre. • Cambiar apósitos cuantas veces sea necesario <p>Código 1102:</p> <p>Curación de la</p>	<p>etección del</p> <p>infección</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

catéteres, etc.).

infección

- Observar la permeabilidad de la vía periférica y cambiarla de ser

necesario

herida operatoria

	<p>evitar infección</p> <p>Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.</p> <p>Código 1102 :Curación de la herida operatoria</p>	<p>6540: Cuidado De La Herida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantener la esterilidad durante y después del cuidado del paciente. ▶ Control de funciones importantes: T°C y HR principales. Medicamentos: Tome los antibióticos según las indicaciones de su médico. ▶ Confirmar sondas nasogástricas, vías periféricas, sondas de bienestar, etc. Fecha de Publicación. Cicatrización quirúrgica de heridas. Use una técnica aséptica apropiada para el sitio. Cambie la bolsa de colostomía diariamente. Evaluar las características de drenaje ▶ Tenga en cuenta cualquier característica de drenaje ▶ Proteja el corte aplicando un vendaje para curar las heridas de las áreas limpias a las menos limpias 	<p>Se realiza curación de herida adecuadamente</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

<p>DOMINIO 4 actividad y reposo Clase: 4 respuesta cardiovascular /pulmonar Código NAND: 00206 Riesgo De Sangrado R/C intervención quirúrgica.</p>	<p>Código : 4130 Severidad De La Pérdida De Sangre</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 413001 Pérdida sanguínea visible. ● 413006 Distensión abdominal. ● 413009 Disminución de la presión arterial sistólica ● 413010 Disminución de la presión diastólica 	<p>4010 Precauciones Ante La Hemorragia</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta). Controlar los signos vitales, incluyendo presión sanguínea.</p> <p>4160 Control De Hemorragias</p> <p>Preste atención a los niveles de hemoglobina y hematocrito. Controle los signos vitales, el volumen sanguíneo y la hematuria. Vigilar signos de hemorragia externa y distensión abdominal. Controle la palidez, la cianosis, la sudoración y la agitación. Evite el esfuerzo. descansar al paciente Monitorización de constantes vitales: TA, FC, T^a.</p> <p>4028 Disminución De La Hemorragia: Heridas</p> <p>identificar la causa de la hemorragia Observar la cantidad de la pérdida de sangre Registrar el nivel de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre Monitorizar un buen ingreso y egresos llevando así un estricto balance hidroelectrolítico</p> <p>4050 Fluido Terapia</p>	<p>Código: 4130 Severidad De La Pérdida De Sangre</p> <p>Encontrándose hemodinámica mente estable los controles de presión arterial, 13/80 frecuencia cardiaca 82 por minuto - Encontrando se hematocrito de 33</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none">• 413011 Aumento de la frecuencia cardíaca apical• 41301 2 Pérdida de calor corporal		230521 Sangrado 230522 Dolor 230523 Drenado En Apósitos
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • 413013 Palidez de las membranas cutáneas y mucosas 413015 Cognición disminuida • 413016 Disminución de la hemoglobina <p>230521 Sangrado 230522 Dolor 230523 Drenado En Apósitos</p>	<p>administración de líquidos cristales coloides, paquete globular</p> <p>verificar su grupo sanguíneo RH 0 negativo</p> <p>Administrarle una unidad de sangre</p>	<p>No se evidencia sangrado</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

3.4. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:

S.

Paciente adulto mayor post operado inmediato, refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, “señorita me duele la herida”, tengo náuseas y tengo sed.

O.

Post Cirugía casi inmediata Colectomía subtotal laparoscópica más drenaje 01, EREG, AREM, LOTE y Glasgow 15, ventilación espontánea, mucosa hemihidratada. Según EVA 8/10, abdomen blando, comprimible, no expandible, doloroso a la palpación, con drenaje laminar desde costilla derecha a bolsa de drenaje derecha, contenido sérico de 23cc, tres orificios quirúrgicos tapados con yeso limpio y seco, sin secreción. Sonido agua-aire retenido perceptible, micción espontánea característica normal 300 CC., tono muscular normal en extremidades inferiores, retraso motor, reposo absoluto, piel pálida +/-, sequedad, hinchazón leve, F.C: 82 x min, SPO2: 86 %, FR 24Xmin, PA: 126/81 mmHg, antecedentes de hipertensión.

A.

- Dolor agudo **R/C** lesión de tejidos secundario a intervención quirúrgica, dispositivos invasivos **M/P** referir dolor a nivel de puertos quirúrgicos y orificio de dren laminar, expresión facial Eva 8/10.
- Patrón Respiratorio Ineficaz **R/C** Disminución de la expansión y contractibilidad de los músculos accesorios (diafragma) secundario e efecto postanestésico **E/P** .FR 23xmin, SAT O2 86%.
- Ansiedad **R/C** Cambios en el estado de salud con temor a las consecuencias del procedimiento quirúrgico **E/P**, que se encuentra quejumbroso, intranquilo, refiere que complicaciones puede tener.
- Náuseas **R/C** Anestésicos, procedimientos quirúrgicos y cambios médicos **M/P** Estados Náuseas e informes de ganas de vomitar.
- Déficits de autocuidado **R/C** Movilidad reducida **E/P** Limitación de la deambulación postoperatoria inmediata.
- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel **R/C** Procedimiento invasivo **E/P** Utilizado para procedimientos quirúrgicos con puertos quirúrgicos, drenaje y

restricciones de movimiento.

- Desequilibrio de volumen de fluido R/C qx procedimiento y riesgo de pérdida de volumen de fluido secundario al drenaje, NPO. Riesgo de estreñimiento R/C Actividad física insuficiente.
- Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos (intervenciones quirúrgicas, drenajes, catéteres, etc.). Riesgo de sangrado R/C Intervención quirúrgica.

P.

- disminuir el dolor
- mejorar el patrón respiratorio
- disminuir la ansiedad
- controlar las náuseas.
- ayuda con el autocuidado baño/higiene y uso del inodoro.
- mantener piel intacta
- mantener la hidratación del paciente.
- evitar el estreñimiento.
- disminuir el riesgo de infección
- evitar hemorragia.

I.

- disminuir el dolor, realizando una valoración que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes, observar las claves no verbales: facies actitud, carácter gritos, gemidos usando la escala visual análoga (eva) del 1 al 10, administraremos analgésicos según prescripción médica aplicando los 5 correctos. metamizol 2gr ev c/ 8 horas, tramadol 50 mg sc c/12 horas y evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (escala Eva).
- mejorar el patrón respiratorio, se deberá mantener la permeabilidad de las vías aérea, mantener en posición semifowler, vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, mantener soporte ventilatorio mediante dispositivos de oxigenación. CBN a un FIO₂ de 24, controlar la eficacia de la oxigenoterapia. monitorizar los niveles de saturación de oxígeno mantener mayor de 90 %, controles de AGA, realizar fisioterapia respiratoria al menos dos horas después de comer, enseñar a la paciente sobre realizar respiraciones profundas y la eliminación para mejorar la ventilación pulmonar y

oxigenación de la sangre

después de la anestesia general, enseñar al paciente como usar el espirómetro y soplar globos.

- Reducir la ansiedad fomentando la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. Escuche atentamente, explique todos los procedimientos, incluidas las sensaciones que puede experimentar durante la cirugía, identifique los cambios en los niveles de ansiedad, practique técnicas de relajación, mantenga los patrones de sueño y brinde apoyo emocional.
- Las náuseas deben tratarse con actividades de distracción, como escuchar música, mirar televisión, leer y tomar medicamentos. Entregue una gasa con alcohol y explíquelo cómo inhalar lentamente, use un antiemético eficaz para prevenir las náuseas y metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas siempre que tenga una receta médica.
- Determinar la cantidad y tipo de asistencia requerida, brindar asistencia de higiene hasta que el paciente sea completamente autosuficiente, ayudar con la alimentación, ayudar con el cambio de ropa, capacitar e instruir a los familiares, apoyar al paciente en las actividades de limpieza y desecho, brindar alternativas para visitar el baño hasta el paciente es autosuficiente y mantiene la privacidad.
- Ayudar con el movimiento físico, caminar, moverse, cambiar de postura y proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Controle los signos y síntomas de estreñimiento, promueva una mayor ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado, controle el número y la apariencia de las heces y recomiende laxantes si no son efectivos
- realizar cuidados del sitio de incisión, según sea necesaria, cambiar el apósito según la cantidad de exudado, comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, inspeccionar el estado del sitio de la incisión, observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. , tomar nota de los cambios en la piel y en las membranas mucosas ,realizar cura de la incisión de modo estéril ,mantener apósito limpio y seco ,prevenir la aparición de seromas , vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes ,retirar suturas y drenajes cuando proceda vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado. administrar tratamiento prescrito para evitar infección: ceftriaxona 2g ev c/ 24 horas, metronidazol 500 mg ev c/8horas.

- Esté atento a los signos y síntomas de sangrado persistente (verifique todas las secreciones en busca de sangre visible u oculta). Controle los signos vitales,

incluida la presión arterial Use medicamentos recetados: Ácido tranexámico 1 g IV cada 8 horas. Control de fluidos: Cloruro de sodio al 9% botellas de 1000 cc I y II, CFV, BBB, control de drenaje.

E.

- El paciente está hemodinámicamente estable, Glasgow 15, saturación efectiva de vía aérea mayor al 90%, alivio del dolor EVA 2/10, ansiedad reducida, realiza actividad física pasiva, ruidos de conejo de agua normal mejora la integridad del tejido, mantiene una hidratación adecuada Sin evidencia de infección o sangrado con interacción

CONCLUSIONES

1. La técnica quirúrgica de mayor elección realizada en el Hospital Departamental De Huancavelica es la colecistectomía laparoscópica.
2. Los enfermeros identifican signos y síntomas en los pacientes a través de evaluaciones craneales y caudales y brindan información oportuna en el registro de enfermería.
3. Este proceso de enfermería está destinado a F.H.V.P. Al sr. Sus objetivos declarados incluyen: abrir las vías respiratorias, diagnosticar y tratar posibles complicaciones, mantener la seguridad del paciente, estabilizar los signos vitales, aliviar el dolor, controlar las náuseas, calmar emocionalmente al paciente y reducir la ansiedad y la angustia. El objetivo del postoperatorio inmediato es mantener el equilibrio fisiológico del paciente con evaluación constante y actuación oportuna que nos ayude a restablecer sus funciones físicas y psíquicas, garantizar un estado emocional positivo y reducir el riesgo de complicaciones. Evolucionar bien y recibir una buena formación en autocuidado antes del alta.
4. Se observó una evolución favorable y se lograron las metas establecidas. Esto demuestra la importancia de aplicar un plan de cuidados como la forma más adecuada para garantizar una atención humana y de calidad y, lo que es más importante, dentro del programa. iento quirúrgico más usado en estos días.
5. La aplicación del PAE frente a los resultados en el paciente permitió la continuidad de los cuidados, logrando restablecerlo en el tiempo adecuado para su alta de la unidad.
6. Es relevante destacar la importancia de las teorías de enfermería en el cuidado de nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Al paciente que debe cumplir con los cuidados recomendados y aplicar las enseñanzas brindadas en su estancia de hospitalización en cuanto a higiene, cura de herida Qx, alimentación, signos y síntomas de alguna complicación. Para evitar reingresos por complicaciones.
2. Al personal del servicio de cirugía general del Hospital Departamental De Huancavelica se recomienda a que puedan realizar su especialidad en enfermería en cuidados quirúrgicos para una mejor atención de calidad. y que la institución apoye dando facilidades para estos estudios de post grado.
3. Para implementar procesos de atención adecuados, el Departamento de Enfermería del Hospital de Huancavelica debe asegurarse de que la cantidad de profesionales y personal sea acorde con el flujo y la complejidad de los pacientes.
4. Se recomienda que la agencia implemente lineamientos para la atención de pacientes colecistectomizados, que incluirán cuidados específicos e inmediatos y, sobre todo, educación de pacientes y familiares después del alta para evitar posibles complicaciones posteriores. Acción.
5. Realizar capacitaciones periódicas, fortalecer el postoperatorio inmediato de pacientes con colitis, garantizar una atención de calidad y detectar a tiempo posibles complicaciones. Estandarizar la adherencia de los pacientes a la clasificación NANDA después de la colecistectomía para reducir las complicaciones, las estancias hospitalarias más cortas y la integración rápida en las actividades laborales y familiares.
6. Exigir que las historias clínicas sean realizadas con mayor esmero, ya que no sólo sirven como ayuda diagnóstica, terapéutica, es un documento legal y también sirve para realizar investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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>
2. Carhuavilca Gamboa y h. 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>
3. Ulloa F, Vega H. Colecistectomía Laparoscopia experiencia de 20 años en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos. Cuenca: 2015
4. Ortega Espinoza, Karen Quiroz Layme, Soledad: Factores De Riesgo Asociados A Colelitiasis En Pacientes Atendidos En El Servicio De Cirugía Del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia 2018.
5. Ministerio de salud. Oficina de Estadística del Hospital Departamental De Huancavelica: Oficina de estadística; 2022.
6. Huamán C. Cuidados de Enfermería en los pacientes de colecistectomía servicio cirugía del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez De Ica –Essalud. [Trabajo académico]. Arequipa. Repositorio digital de la UNSA. 2019. URL.<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8871/ENShupaac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Mundo enfermero NANDA, NOC y NIC. Basado en Virginia Henderson 40 URL.https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/hnanda_dominioe t.php?codhdominio=9
8. Huayascachi ,G(Lima 2019) Investigación De Cuidados De Enfermería En

Pacientes Post Operados Inmediatos De Colectomía, Unidad De
Recuperación Hospital Nacional "Arzobispo Loayza, Año 2019 Uri
[Http://Repositorio.Uigv.Edu.Pe/Handle/20.500.11818/5572](http://Repositorio.Uigv.Edu.Pe/Handle/20.500.11818/5572)

9. Tueros, E, R. (NASCA- 2020) Investigación "CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE DE COLECISTECTOMÍA EN POST OPERATORIO RECUPERACIÓN HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA NASCA 2020.
10. Domínguez, L Y Colaboradores En Su Estudio Al Que Titularon: "Colecistectomía De Urgencia Por Laparoscopia Por Colecistitis Aguda En Adultos Mayores" En Colombia En El Año 2012
11. Vicente Clement, Gisela Pamela Cuidados de enfermería en pacientes pos operados de colecistectomía abierta en el servicio de cirugía I del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2020
URI: <http://hdl.handle.net/20500.12952/5440>
12. Héctor Almonte De León. Médico residente de Anestesiología Hospital General 450 Durango, correspondientes a los Servicios de Salud Control de náusea y vómito postoperatorio en pacientes con colecistectomía laparoscópica d.
[_almonteh@hotmail.co](mailto:almonteh@hotmail.co)
13. BURY J., MORETTA L. (2016). GUAYAQUIL. Realizaron una investigación titulada "Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colecistectomía convencional versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero – abril 2016"
14. RAMÓN PATIÑO, Antonio (2016) en Ecuador, realizó un estudio titulado "cuidados de enfermería pre, intra y post operatorio en pacientes con colecistectomía en el hospital de la mujer y el niño en el período de enero a diciembre del 2015
15. Domínguez, L y colaboradores en su estudio al que titularon: "Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores" en Colombia en el año 2012
16. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería España: Elsevier España, S.L.; 2011. 809 p.
17. HENDERSOM Virginia. "Modelos y Teorías de Enfermería." Disponible en: [<http://inspección-uvmi3.iespana.es/inde7207.htm>].
18. Verganud, Lopera, Penagos. colecistectomía Laparoscópica en colecistitis

aguda. revista colombiana de cirugía. 2002 marzo; 17

19. Christina C. Lindenmeyer MD. Colecistitis. Msd Manual. Abril 2020. [Fecha de acceso: 22 de noviembre del 2020]. URL. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-39h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-laves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADas-biliares/colecistitis>
20. Bacallao I, Tamayo E, Lorenzo E. Variantes anatómicas irrigación hepática y vías biliares. Revista Scielo. Octubre 2005. [Fecha de Acceso: 26 de noviembre del 2020]. URL. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025
21. Rodríguez Velasco M. Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de colecistectomía. Trabajo académico para segunda especialidad. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de enfermería; 2018.
22. Motta GA, Rodríguez C. Abordaje Diagnóstico e Investigación patología benigna de la vesícula y vías biliares. cirugía. ; 11(2): p. 71-79
23. Gómez Mendoza MJ. Complicaciones quirúrgicas en el trans y post operatorio de colecistectomía laparoscópica en el Hospital Delfina Torres de Concha de Junio a diciembre del 2015. Tesis. Esmeralda - Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de enfermería; 2017
24. Molina F. Colecistitis calculosa aguda: Diagnóstico y manejo. Rev Med de Costa Ric y Centroam. Vol. 73. Cuba. 2016. [Fecha de acceso el 13 de octubre del 2018]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art19.pdf>
25. T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI Y Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, ENI, NANDA internacional, inc., DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Definición y clasificación, 2018-2020, undécima edición.
26. **Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, clasificación de intervención de enfermería(NIC), SEPTIMA EDICION.**
27. **Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas, clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud SEXTA EDICIÓN.**

ANEXOS

UNIDAD DEL PACIENTE



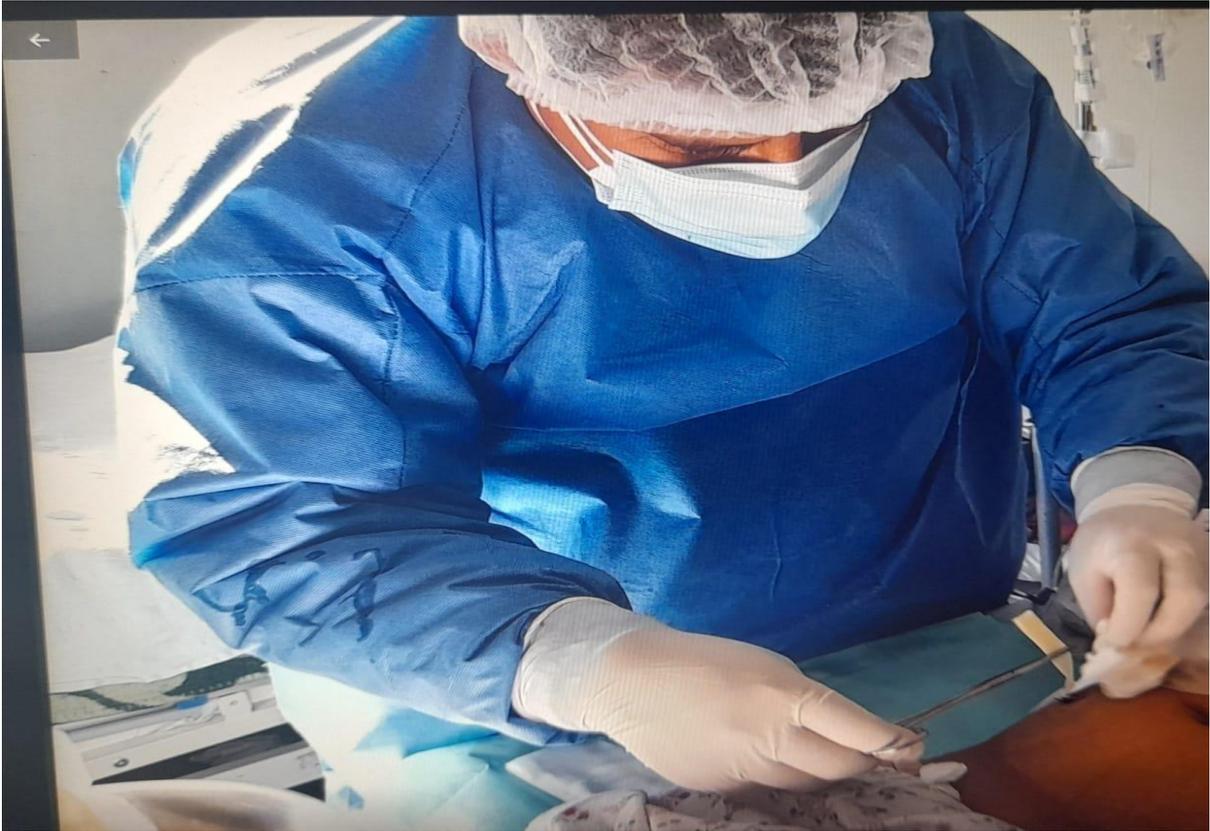
MONITORIZACIÓN DE FUNCIONES VITALES



EDUCACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO DEL DREN



CURACIÓN DEL ORIFICIO DE DREN



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO





Escala Análoga Visual EVA

Elaboraron: Saucedo Victoria ME. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".



DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

Agudo

Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.

Crónico

Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema musculoesquelético.

FASES

Fase 1

Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.

Fase 2

Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.

Fase 3

Estados dolorosos anormales debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.