

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE
PACIENTES EN EL POS-OPERATORIO INMEDIATO EN EL SERVICIO
DE CIRUGIA DEL HOSPITAL II CAÑETE, ESSALUD - 2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

ARMANDO BUSTAMANTE MALPARTIDA

Callao -2019

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 35

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	2
1. Descripción de la situación problemática	4
2. Marco teórico	6
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Marco conceptual o referencial	12
3. Desarrollo de Actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática.	
Plan de cuidado de Enfermería	26
3.1 Valoración	26
3.2 Diagnóstico de Enfermería	33
3.3 Planificación	34
3.4 Ejecución	37
3.5 Evaluación	37
4. Conclusiones	39
5. Recomendaciones	40
6. Referencias Bibliográficas	41
7. Anexos	43

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería ha sido influenciado por la idea de preservación de la vida, el cual ha respondido al deber de ayudar al individuo a alejarse de la enfermedad, mediante acciones de prevención rehabilitación y recuperación de la salud. Sin embargo los cuidados de enfermería, ni la atención médica logran restablecerla y la vida no logra mantenerse siendo para estas situaciones necesarias y oportunas conocer otros aspectos humanísticos y espirituales que puedan reforzar la actuación de enfermería. En el contexto actual de una sociedad envuelta en un fenómeno de globalización mundial, donde la ciencia, la tecnología y la información se encuentran al alcance de todas las personas; por ello, los profesionales de Enfermería, enfrentan a diario la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo para garantizar cuidados con calidad y calidez a los pacientes durante su estancia hospitalaria, en especial en la atención a los pacientes post operados, quienes necesitan de cuidados especiales para garantizar su óptima recuperación durante el periodo post operatorio(1).

Es por tal motivo se desarrolló el presente trabajo ya que durante mi labor como enfermero asistencial en el servicio de cirugía del Hospital Il cañete – Es Salud, por más de 3 años, he observado que no se contaba con una adecuada sala de recuperación para recibir a los paciente postoperado inmediato, el personal de enfermería no brindaba un cuidado oportuno al paciente por recarga de trabajo en el servicio ya que se contaba con 12 camas y así poder prevenir las complicaciones que se pueda presentar en las primeras 24 horas. Es así que se implemento una nueva sala de recuperación inmediata en el ambiente de centro quirúrgico y con su respectivo personal. Es importante el valor que tiene el presente trabajo académico para el paciente, ya que los resultados generarán elementos de análisis para que las enfermera(os) del área analicen la calidad de sus cuidados brindados y lograr un mejor desenvolviendo en la práctica,

creando conciencia y compromiso de cada profesión hacia el paciente en estado crítico,, ya que los cuidados de enfermería trascienden las tareas rutinarias, y es necesario conocimiento, capacidad para tomar decisiones y para realizar acciones que implican pensar y reflexionar, las cuales respondan a las necesidades del usuario, asimismo establecer una adecuada interacción con el usuario, promoviendo en el paciente una mayor confianza en los cuidados que reciben. El presente trabajo se desarrolló en el servicio de cirugía el mismo que cuenta con 8 médicos cirujanos, 6 Lic. Enfermería, 6 técnicas de enfermería, y cuenta con 12 camas, más un tópic de cirugía, sala de recuperación, estar de enfermería, ambientes para pacientes damas y varones con sus respectivos baños. Los beneficiados del presente trabajo fueron los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de cirugía y sus familiares. Para mejorar el cuidado en la atención a todos los pacientes post operado inmediato de nuestro Hospital se logró desarrollar una guía de cuidado postoperatorio, educación continua sobre lavado de manos (Asepsia Medica) con agua y jabón, y lavado de manos con preparado de base Alcohólica indicada en nuestra guía por nuestra institución, mediante charlas educativas dirigidas los familiares y al personal de enfermería. El objetivo del presente trabajo académico es mejorar los cuidados de enfermería a todos los pacientes postoperados inmediatos en la sala de recuperación de nuestro hospital.

1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

El presente trabajo académico se relaciona con la línea de investigación sobre práctica de enfermería-cuidado directo hacia los pacientes y usuarios de la institución en estudio. En el que se expone que: “El debido cuidado que se le debe tener al paciente que se halla en la fase post-quirúrgica, se continua y procede conforme a los resultados, en el período que el ciclo de su procedimiento quirúrgico es concluido, inmediatamente del lugar donde se encuentra que es el área de operación pasa a el área de reposo post-anestésico, el comienzo de esta fase es considerado al ser ingresado a el área de recuperación post-anestésico (PAR) o módulo de cuidado post-anestésico (PACU). Su localización es adentro de las infraestructuras del quirófano, o conforme con accesibilidad directa a la misma”. (2).

Según la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor lo que equivale a una operación por cada 25 personas (OMS, 2008). En el Hospital II Cañete EsSalud, cada año llegan gran cantidades de pacientes para ser atendidos por consultorio de cirugía de los cuales son hospitalizado por emergencia o consultorio externo, para ser operado por diversas patologías quirúrgicas, en el cual se encuentra registrado en el libro de ingresos de pacientes al servicio de cirugía en el 2018 se hospitalizaron 714 pacientes de cual 380 fueron operados de diversas cirugías que representa el 53% del total, 202 fueron operados de apendicitis que representa el (53%), 123 de Colectectomía o colelap representa (23%) y 55 de hernias (14%) y 2019 solo hasta el 10 de junio se hospitalizaron 392 pacientes por diversas patologías, solo 34 fueron operados de las siguiente patologías representado (9% del total), del cual 15 (44%) pacientes fueron operados de apendicitis, 10 pacientes de Colectectomía representa (29%) y 9 pacientes de hernias que representa el (26%). (3)

En el estudio realizado por Ramírez C, Perdomo A. y Galán A. a nivel de Lima (2013), los pacientes participantes calificaron como inadecuada la calidad de atención y cuidados recibidos de parte del personal de enfermería en el Hospital Arzobispo Loayza, con un 22%, en el hospital María Auxiliadora un 24%, en el hospital Edgardo Rebagliati Martins un 25%, en el hospital Daniel Alcides Carrión un 32% y en el hospital Dos de Mayo un 34% de la población estudiada. Estos hallazgos se deben a que los usuarios se quejan respecto a la atención que reciben, refiriendo que se le resta mucha atención ante su llamado, que existe poca amabilidad, un trato indiferente y la presencia de deficiencias en la seguridad confort, la suma de todo esto conlleva a que se vea afectada la imagen del personal de enfermería.

En los pacientes post operados del servicio de cirugía se ha evidenciado que no se da la atención oportuna al paciente postoperado y se ha evidenciado diversas Manifestaciones como: amargura, descontento, porque la enfermera no me atiende, poca amabilidad y trato indiferente en la prestación de servicios. Los pacientes señalan que la enfermera: “me trata mal”, “no le importa mí salud”, “no acude cuando la llamo”, “se preocupa por terminar rápido su trabajo” entre otras expresiones.

En relación al cuidados brindados, el profesional de Enfermería desempeña un rol fundamental en la gestión de la calidad en salud, pues mantiene un vínculo más estrecho con el paciente y la interrelación con los servicios de salud; y por ello, las acciones que realiza el profesional de Enfermería consiste en ayudar al paciente enfermo a recuperar o conservar su buen estado de salud (4).

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 internacionales

MENDEZ Rosbely, y **Cols.** 2017 – Venezuela, desarrollaron un estudio de campo, sobre Cuidados de Enfermería al Paciente durante el Post Operatorio Inmediato y Mediato del Reemplazo de Válvula Mitral, Objetivo: Evaluar los cuidados de enfermería proporcionados al paciente durante el postoperatorio inmediato y mediato del reemplazo de válvula mitral, empleando la Metodología descriptivo, no experimental de corte transversal. Resultados: Que en los cuidados postoperatorios se concentran en atender las constantes vitales, según necesidades y siguiendo las distintas funciones vitales por sistema Neurológico; Cardiovascular; Respiratorio; Gastrointestinal y Renal entre las distintas actividades las enfermeras identificadas fueron que identifica presencia de dolor en el paciente, utiliza en la valoración la escala de Glasgow, Ramsey y Aldrete, monitoriza y registra la presión arterial y frecuencia cardiaca, valora y registra la PVC y temperatura, evalúa sangrado postoperatorio, interpretación del Electrocardiograma y valoración de pulsos arteriales. Conclusiones: En los Cuidados Postoperatorios Sistema Neurológico las enfermeras identifica presencia de dolor en el paciente, administra analgésicos, y valora la orientación, en el tiempo, espacio y persona, utiliza la valoración la escala de Glasgow, Ramsy y Aldrete. En el sistema Cardiovascular realiza monitoreo y registro de la presión arterial, frecuencia cardiaca, valora y registra la PVC y temperatura, evalúa sangrado postoperatorio. En el sistema respiratorio monitorizan y registran las frecuencia respiratoria y pulsioximetria, evalúa y registra drenajes, valora signos de hipoxia Sistema Gastrointestinal valora la presencia de nauseas, vómitos y diarrea, identifica signos de distensión abdominal, inspecciona la región abdominal y evalúa las características de las evacuaciones, auscultación del abdomen, palpación superficial y profunda del abdomen y valora signos de constipación, descarta signos de hemorragia digestiva. En

el Sistema Renal verifica la permeabilidad y ubicación de sonda vesical, valora características de la orina y signos de edema, realiza el estricto balance hídrico.

BURBANO FERNÁNDEZ Maritza T, y **Colas**, 2016 – Guayaquil Ecuador desarrollaron un estudio sobre Actividades de Enfermería en la Recepción de Pacientes Post Quirúrgicos en la Sala de Recuperación en un Hospital de Especialidad en la Ciudad de Guayaquil desde Mayo - Agosto. Objetivo: Analizar las actividades de enfermería en la recepción de los pacientes post quirúrgicos en la sala de recuperación. Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Resultados: Durante los meses de junio a julio fueron intervenidos quirúrgicamente 445 pacientes con diagnósticos de tipo benigno y maligno, prevaleciendo las extirpaciones de órganos exclusivos. El 75% tiene conocimiento de las actividades durante la recepción del paciente; el 25% tiene poco conocimiento, el personal auxiliar no cuenta con entrenamiento y el cumplimiento de actividades descritas como fundamentación conceptual se cumple en un 75%. Conclusiones: Tecnológicamente la sala de recuperación cuenta con equipos, sin embargo no tiene personal de enfermería completo de acuerdo a los estándares establecidos que indican 1 enfermera por cada 3 camillas, representando un riesgo en la recuperación de los pacientes. El área atienden un solo horario, por lo que los pacientes deben ser trasladados a otras áreas que, no son para este proceso, siendo un indicador negativo para la segura atención que se debe proporcionar a este tipo de pacientes oncológicos.

SANTANA DE FREITAS, y Cols. 2014 Brasil, realizó el estudio sobre calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente, con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. Metodología: se trata de un estudio trasversal con 275 pacientes internados en un hospital de

enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación simultánea de tres instrumentos. A seguir, fueron digitalizados en un banco de datos electrónico y analizado en función de la positividad, valor de mediana y coeficientes de correlación de Spearman. Resultados: entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros – higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Eso puede ser justificado por la correlación débil a moderada observada entre esas variables. Conclusión: A pesar del déficit de calidad, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado, para lograr de atender a las expectativas de los pacientes.

2.1.2 NACIONALES

RAFAEL FLORES, Noemí.2018, Lima- Perú, Desarrollo un estudio sobre Satisfacción del Paciente Post Operado Inmediato con Anestesia Regional sobre los Cuidados de Enfermería en el Servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima. Objetivo: Determinar la satisfacción del paciente post erado inmediato con anestesia regional, sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA. Metodología: Estudio transversal, cuantitativo, descriptivo. Resultados: Del estudio acerca de los datos generales de los pacientes post operados inmediatos del servicio de URPA de la clínica San Pablo Las características de la muestra son en cuanto a la edad, del 100% (30), 18 a 29 años 23% (7), 30 a 39 años 23% (7), 40 a 49 años 4% (10), 50 a 60 años 20% (6); 27% (8) son varones, 73% (22) son mujeres; con estudios de secundaria 7% (2), superior técnica 13% (4), superior universitario 80% (24); son solteros 30% (9), casados 60% (18), divorciado

7% (2), viudo 3% (1). Conclusiones: Que los pacientes post operados inmediatos con anestesia regional del servicio de URPA de la clínica San Pablo se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes tienen entre 40 a 49 Respecto a la satisfacción del paciente post operado inmediato sobre los cuidados de enfermería en relación a la dimensión trato del 100% (30), el 44% (13) es alto, 33 % (10) es medio y 23% (07) es bajo años, son de sexo femenino, con estudios superiores universitarios y casados. Respecto a la satisfacción del paciente post operado inmediato sobre los cuidados de enfermería en relación a la dimensión continuidad del cuidado del 100% (30), el 44 % (13) es medio, 33 % (10) es alto y 23% (07) es bajo, respecto a la satisfacción del paciente post operado inmediato sobre los cuidados de enfermería en relación a la dimensión resultados del 100% (30), el 47% (14) es alto, 30 % (09) es medio y 23% (07) es bajo.

COILA TURPO Reyna P. y Cols., 2017, desarrollaron un estudio referente a Cuidados de Enfermería Relacionados con la Recuperación de pacientes Post Operado por apendicitis en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno Mayo a Julio 2017. Objetivo: Describir los cuidados de enfermería relacionados en la recuperación de pacientes post operados por apendicitis en el “Hospital Manuel Núñez Butrón” de Puno. Metodología: Estudio no experimental, de tipo observacional, prospectiva, trasversal, descriptivo y analítico. Resultado de estudio: Los cuidados de enfermería que tienen relación en la recuperación de pacientes post operados por apendicitis, son: intensidad del dolor moderada 33,33%, signos vitales alterados 15,56%, administración de analgésicos frecuentemente 11,11%, expresión facial fruncido de cejas 15,56%, frecuencia cardiaca un alterada 24,44%, ruidos intestinales alterados 24,44%, control de diuresis alterado 15,56%, herida con abundante secreción 11,11%, vómitos solo al inicio del post operatorio 93,33%, inconsciente al inicio del post operatorio 6,67%, deambulación tardía 13,33%, valoración nutricional con sobre peso 60%, todos con un nivel de significancia $P < 0,05$; la recuperación de pacientes post operados

por apendicitis, lento 73,33%, rápido 17, 78%, y con complicaciones un 8,89. Conclusiones: Los cuidados de enfermería que tienen relación en la recuperación de pacientes post operados por apendicitis son: manejo del dolor, signos físicos acompañantes del dolor, cuidados en el post operatorio, y la promoción de la movilización temprana.

ALVA A.C. Marcela, 2016, Trujillo. Perú “Satisfacción del Paciente Post Operado Inmediato sobre el Cuidado de Enfermería del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo 2016”. Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes post operados inmediatos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. Metodología: El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal. Resultados: Obteniendo los siguientes resultados, que el 67.5% se encontró satisfecho con el cuidado recibido, mientras que el 32.5% restante se encuentra insatisfecho y según las diferentes características divididas en dimensiones se encontró que en la dimensión accesibilidad el 62.5% se encuentra satisfecho y el 37.5% insatisfecho; en explica y facilita el 47.5% se encuentra satisfecho y el 52.5% insatisfecho; en conforta el 37.5% se encuentra satisfecho y el 62.5% insatisfecho, en se anticipa el 37.5% se encuentra satisfecho y el 62.5% insatisfecho, en mantiene relación de confianza el 40% se encuentra satisfecho y el 60% insatisfecho y para la dimensión monitorea y hace seguimiento el 67.5% se encuentra satisfecho y el 32.5% insatisfecho. Conclusiones: Que los pacientes del servicio de cirugía se sienten satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatoria recibida.

2.2 BASES TEORICAS

Las bases teóricas que dieron sustento al presente estudio son:

Virginia Henderson, la Teoría de las necesidades humanas básicas, esta teoría concibe el papel del profesional de Enfermería como la realización

de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente. Según Henderson, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y variables (estados patológicos). Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería; estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de enfermería por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación del profesional de Enfermería.

La teoría se relaciona con el presente estudio porque todo paciente postoperado tenemos que satisfacer sus necesidades básicas ya que no puede valerse por sí solo durante las primeras 12 horas de operado. (5) (6)

Jean Watson, Teoría que se refieren al cuidado como el ser y esencia de enfermería, teoría que se seleccionó para el desarrollo del presente estudio; Watson indica que cuidar es una actividad humana; una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como el núcleo de la disciplina que implica no solamente al paciente como receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Teoría del cuidado humano de Jean Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; guiando hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que es un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las

intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía. En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida; considerando que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal; contribuyendo a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos humanos en la atención a los pacientes.

La presente teoría se relaciona con el estudio realizado porque los cuidados que los profesionales de Enfermería brindados a los pacientes postoperado deben ser realizados teniendo en consideración los postulados del cuidado humano expuestos en esta teoría. Promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermo. (7)

2.3 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSTOPERATORIO:

Los cuidados de Enfermería en el período postoperatorio se dirigen al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, y a la prevención del dolor y las complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. Se hará todo esfuerzo para anticipar y prevenir de ser posible, los problemas en el período postoperatorio. El período postoperatorio empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la unidad pos anestésica también denominada “sala de recuperación”. Algunos pacientes que reciben un anestésico local o que son sometidos a intervenciones que no requieren

anestesia pueden pasar desde el quirófano a su habitación del hospital o a su domicilio. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios meses. Intervienen factores de este caso, como la edad del paciente, su estado nutricional, o estados patológicos que requieren terapéutica más intensiva afectarán a la duración del período postoperatorio. Los cuidados de enfermería en el postoperatorio se dan con la finalidad de: apreciar el estado del paciente psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación prevenir oportunamente las complicaciones, proteger al paciente de lesión durante el período de inconsciencia, aliviar molestias y ayudar al paciente a recuperar su independencia (8).

OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO

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

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

8. Documentar todas las fases del proceso de enfermería e informar de los datos pertinentes (9).

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

El postoperatorio inmediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala de cirugía (hasta las 24 horas después de la operación)

En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria. Se prestará atención al control de los desequilibrios, diarreas, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal. “Durante esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación (8).

“La valoración postoperatoria continua todo el período postoperatorio”.

Esta valoración permite al personal de enfermería según la recuperación postoperatoria del paciente y detectar el desarrollo de complicaciones reales o potenciales. Es esencial hacer una valoración completa, prestando especial atención a la función respiratoria y cardiovascular, a la comodidad y seguridad y a las necesidades psicosociales. El paciente debe vigilarse muy de cerca las primeras 48 horas después de la cirugía. Suele estar somnoliento el primer día y necesita precauciones especiales para protegerlo de todos los peligros, satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas y evitar complicaciones postoperatorias, cuando sea posible, o descubrirlas en las etapas iniciales, de modo que pueda actuarse de inmediato. La enfermera debe comprobar que esté cómodo y sin dolor (9).

GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA

Longás Valián Javier y Cuartero Lobera José en el Manual del anesthesiólogo de URPA y REA, hace referencia: Que la unidad de recuperación post anestésica es una sala destinada a proveer cuidados post anestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, regional o sedación profunda hasta que alcancen criterios de alta. Este período se caracteriza por una incidencia relativamente elevada de complicaciones respiratorias y complicaciones vasculares que ponen en peligro la vida. Las funciones principales de estas unidades son, por tanto, vigilar al paciente hasta que de forma gradual recobre la situación previa a la intervención, manteniendo la homeostasis, previniendo y tratando las complicaciones del período postoperatorio.(10).

CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICAS

Características de las unidades de recuperación post anestésicas deben de estar próximas a la zona de quirófanos, bajo la responsabilidad de anestesia, con personal entrenado y suficiente. Es recomendable el diseño de “sala abierta”, de modo que se tenga un fácil control del enfermo, y a la vez un acceso rápido a todo lo necesario en caso de incidencias. Debe disponer de la posibilidad de acceso rápido al laboratorio de urgencias, unidades de diagnóstico por imagen y banco de sangre. Es necesario que exista un box de aislamiento en el que atender a los pacientes con compromiso inmunológico o con un proceso infeccioso que sea necesario controlar. Cada cama debe tener un equipamiento mínimo de monitorización, en el que se incluye pulsioxímetro, esfigmomanómetro y electrocardiograma. En ocasiones, es necesario otro tipo de control de constantes, como por ejemplo, la medida de la tensión arterial de forma cruenta o la presión venosa central. Acceso a una toma de oxígeno al lado

de la cama, aire y aspiración. Material de vía aérea: gafas nasales, ascarillas tipo ventimask o mascarillas con reservorio y material de erapéutica respiratoria con broncodilatadores, así como respiradores. Se debe disponer, además, de cánulas de binasales y sistema de ventilación manual (ambú). También debe existir el material para realizar una intubación orotraqueal de urgencia o traqueotomía y un respirador, así como material de vía aérea difícil y tubos torácicos. Es recomendable, aunque no obligatoria, la existencia de un fibrobroncoscopio. Catéteres venosos periféricos, arteriales, venosos centrales y de arteria pulmonar. Carro de paradas, desfibrilador y material de RCP, marcapasos transtorácico y endocavitario y generador. Fármacos necesarios para hacer frente a todas las incidencias del postoperatorio y sistemas de perfusión continua. (11).

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA SALA DE RECUPERACIÓN

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

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
4. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).

7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE RECUPERACIÓN

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones postoperatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia.

Objetivos

1. Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener el estado hemodinámico del paciente.
4. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

Procedimiento

Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, se procede a su instalación de la siguiente manera:

1. Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de binasal, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito.
2. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe.

3. Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6l/min. O según esté indicado.
4. Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado.
6. Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente.
Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).
 - a) Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.
 - b) Recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor al paciente o regular la temperatura ambiental, si es que existe el sistema de clima artificial.
7. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)
8. Mantener en ayuno al paciente.
9. Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual.
Observar el sitio de la flebopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.
10. Vigilar la diuresis horaria.
11. Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.

12. Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.
13. Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
14. Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría. Informar al médico para iniciar tratamiento o tomar medidas inmediatas como:
 - a) Iniciar la oxigenoterapia o aumentar la concentración de oxígeno.
 - b) Colocar al paciente en posición Trendelenburg si es que no existe Contraindicación.
 - c) Aumentar el flujo de líquidos parenterales si no existe contraindicación o buscar alternativas.
15. Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente.
 - a) Realizar anotaciones sobre la cantidad, color del material que está drenando en apósitos, sondas y drenes.
 - b) Comunicar al médico si existe una cantidad excesiva.
 - c) Verificar que los apósitos estén bien colocados y seguros.

16. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.
 - a) Colocar los barandales laterales de la camilla.
 - b) Proteger las extremidades de la flebo punción de manera que el catéter no se desconecte accidentalmente.
 - c) Practicar cambios de posición del paciente y conservar la alineación correcta de su cuerpo.
 - d) Colocar almohadas en las zonas de presión para prevenir el daño a los nervios y articulaciones musculares.
17. Valorar la presencia de dolor.
 - a) Observar manifestaciones fisiológicas y de conducta.
 - b) Administrar analgésico según indicaciones médicas y observar la respuesta del paciente.
18. Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.
19. Orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia con respecto a su entorno.
 - a) Ubicar al paciente, informarle repetidamente que la cirugía terminó y que se encuentra en la sala de recuperación, esto puede disminuir su ansiedad.
 - b) Disipar dudas con respecto a sus condiciones y tratamiento para disminuir su ansiedad o temor.
20. Evitar comentarios en presencia del paciente, pretendiendo pensar que el paciente se encuentra dormido, dichos comentarios pueden ser comprometedores para el hospital o bien pueden faltar a la ética profesional o crear una imagen negativa de la institución o de la profesión de enfermería

EGRESO DEL PACIENTE DE LA SALA RECUPERACION

Una vez aprobada el alta del paciente de la sala de recuperación, la enfermera (o) que estuvo encargada (o) de su vigilancia, debe comunicar

al área de hospitalización a dónde va a ser trasladado el paciente y sobre el equipo especial que va a necesitar el mismo.

Además, deberá acompañar al paciente durante su traslado, presentarlo a la unidad donde va a ser hospitalizado y relatar y presentar el expediente clínico en el que se hará referencia a:

1. Tipo de intervención quirúrgica realizada.
2. Estado general del paciente.
3. Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
4. Evolución post-operatorio, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica.
5. Existencia y situación de apósitos, drenajes y catéteres.

Principales complicaciones post-operatorias

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

Choque

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

Hemorragia

La hemorragia es el escape copioso de sangre de un vaso sanguíneo, la cual se puede presentar durante la cirugía o en las primeras horas

posteriores a ésta, y primeros días después de la misma.

En cuanto a las características de su origen:

- a) Capilar: Su flujo es lento, se manifiesta como exudación capilar.
- b) Venosa: Su flujo es a borbotones de color rojo oscuro.
- c) Arterial: Su flujo es a chorro y de color rojo brillante.

Complicaciones pulmonares

Los antecedentes que predisponen a una complicación pulmonar pueden ser: Infección de vías respiratorias superiores, regurgitación o aspiración de vómito, antecedentes de tabaquismo intenso, enfermedades respiratorias crónicas y obesidad, entre otras.

Atelectasia

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

Bronco aspiración

Es causada por aspiración de alimentos, contenido gástrico, agua o sangre en el sistema traqueobronquial. Se debe considerar que los anestésicos y los narcóticos deprimen el sistema nervioso central, originando la inhibición del reflejo nauseoso y tusígeno. Una bronco aspiración abundante tiene una mortalidad del 50%. Los síntomas dependen de la gravedad de la broncoaspiración, por lo general aparecen datos de atelectasia inmediata a la broncoaspiración, taquipnea, disnea, tos, broncoespasmo, sibilancias, ronquidos, estertores, hipoxia y esputo espumoso.

Neumonía

La neumonía es una respuesta inflamatoria en la cual el gas alveolar queda reemplazado por material celular. En los pacientes post-operatorios por lo general el agente etiológico son por gramnegativos debido a la alteración de los mecanismos de defensa bucofaríngeos. Los factores predisponentes incluyen: Atelectasia, infección de vías respiratorias superiores, secreciones abundantes, broncoaspiración, intubación o traqueotomía prolongada, tabaquismo, deterioro de las defensas normales del huésped (reflejo tusígeno, sistema mucociliar, actividad de macrófagos alveolares). Los síntomas que se advierten son: Disnea, taquicardia, dolor torácico pleurítico, fiebre, escalofríos, hemoptisis, tos, secreciones espesas verdosas o purulentas y disminución de los ruidos respiratorios en el área afectada.

Embolia pulmonar

La embolia pulmonar se presenta por la obstrucción de una o más arteriolas pulmonares, que puede deberse a la presencia de un émbolo que se origina en algún sitio del sistema venoso o en el hemicardio derecho. Cuando se presenta en la etapa post-operatoria, en la mayoría de los casos los émbolos se forman en las venas pélvicas o ileofemorales, se desprenden y viajan hacia los pulmones.

Retención urinaria

Se ocasiona por espasmos del esfínter vesical, se presenta con mayor frecuencia después de la cirugía de ano, vagina o parte inferior del abdomen.

Obstrucción intestinal

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

Infección de herida

Se define como infección de herida quirúrgica e incisiones, aquella que ocurre en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días posteriores a la

cirugía; involucra piel, tejido subcutáneo o músculos localizados por debajo de la aponeurosis implicada. La infección quirúrgica profunda, es la que se presenta en el área quirúrgica específica dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, si no se colocó implante, o en el término de un año si éste fue realizado.

El 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del post-operatorio y el 90% se diagnostica a los quince días. La infección de herida quirúrgica continúa siendo una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes; aumenta el riesgo del paciente y en ocasiones nulifica el objetivo de la cirugía, aumenta la estancia hospitalaria, la utilización de antibióticos y material de curación en grandes cantidades, así como el costo de tiempo médico y enfermeras (os) a su cuidado, además del riesgo que corre el paciente de adquirir otras infecciones intrahospitalarias. Sin olvidar los gastos propios del paciente, las consecuencias psicológicas de un padecimiento prolongado y doloroso se hacen más presentes. Por esto se debe mantener una vigilancia epidemiológica adecuada de las infecciones de herida quirúrgica, con fines de control y prevención de las mismas.

Dehiscencia de herida (evisceración)

Por lo general ocurre entre el quinto u octavo día post-operatorio, y con mayor frecuencia se presenta en intervenciones quirúrgicas abdominales. Entre los factores que se relacionan con esta complicación podemos mencionar:

- a) Puntos de suturas no seguros, inadecuados o excesivamente apretados (esto altera el porte sanguíneo)
- b) Hematomas, seromas.
- c) Infecciones, tos excesiva, distensión abdominal.
- d) Nutrición deficiente, inmunosupresión, uremia, diabetes, uso de glucocorticoides.(12)

EGRESO DEL PACIENTE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN

Una vez aprobada el alta del paciente de la sala de recuperación, la enfermera (o) que estuvo encargada (o) de su vigilancia, debe comunicar al área de hospitalización a dónde va a ser trasladado el paciente y sobre el equipo especial que va a necesitar el mismo.

Además, deberá acompañar al paciente durante su traslado, presentarlo a la unidad donde va a ser hospitalizado y relatar y presentar el expediente clínico en el que se hará referencia a:

1. Tipo de intervención quirúrgica realizada.
2. Estado general del paciente.
3. Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
4. Evolución post-operatorio, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica.
5. Existencia y situación de apósitos, drenajes y catéteres. (2)

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

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

3.1 Valoración

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

• DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos	:	Reynoso Salhuana, María.
Sexo	:	Femenino
Estado civil	:	Conviviente.
Edad	:	44 años
Peso	:	62 Kg.
Religión	:	Católica
Ocupación	:	Obrera (fundo confrontal SAC.)
Grado de instrucción	:	Técnica Superior.
Fecha de Ingreso	:	28/05/2019

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente adulto maduro de sexo femenino ingresa al servicio de emergencia por presentar hace 20 horas dolor tipo cólico en epigastrio con el pasar de las horas irradia a la fosa iliaca derecha acompañado de fiebre T°: 37.7, FC: 84x', P/A: 110/50mmHg. FR: 18x'.nauseoso y vómitos, es evaluado por medico de turno y es hospitalizado en el servicio de cirugía para ser intervenido quirúrgicamente.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- . Apetito: Disminuido
- . Sed: Conservado
- . Sueño: Alterado por dolor
- . Orina: 2-3 veces por día
- . Deposición: Normal 1 ves al día

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Apendicitis Aguda. Apendicetomía Infeccionada

3.1.4 ANTECEDENTES

3.1.4.1 ANTECEDENTES PRINATALES.

Paciente ha presentado 3 gestaciones, sus partos fueron normales, no abortos, no uso de drogas, grupos sanguíneo O Rh (+)

3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre : Sano, actualmente no sufre ninguna enfermedad.
- Madre : Sufre de enfermedad de soriasis

3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES:

No sufre de ninguna enfermedad, y hace 10 días fue operado de ligadura de trompas.

3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

Según información recolectada de la paciente, informa que su esposo y ella trabajan como obrera en una empresa, que no cuenta con recursos económicos suficientes, de hogar funcional. Su hogar es de construcción de material de adobe y quincha, en cuanto a los servicios de agua y desagüe son precarios, recolección de agua es de pilones, almacena el agua en cilindro, cuenta con servicios higiénicos, paciente tiene grado de estudio superior.

3.1.5. EXAMEN FÍSICO:

EXPLORACION CEFALO CAUDAL:

Cabeza : Normacefalo – mesaticefalo no tumoración.

Orejas : Simétricas.

Nariz : Sin lesiones, vías aéreas permeables.

Boca : Simétricas, no lesiones.

Cuello : Cilíndrica, simétrica, móvil.

Tórax : Móvil simétrica, no tumoraciones

Aparato Cardiov. : Ruidos cardiacos regulares, no soplos.

Aparato Resp. : Sonoridad conservada, vibraciones vocales, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos

Abdomen : Al ingreso: Abdomen simétrico, dolor y resistencia a la palpación en flanco y fosa iliaca derecha, Mc Burner (+), Rousin (+) y Blumberg (+), luego de 4 días se observa abdomen batraciona (abdomen voluminoso).

Herida Operatorio transverso abierta con abundantes secreciones purulenta y mal oliente, flogoso peri lesiones, no masas, sonorización conservado, RHA presentes (Ruidos Hidro Aéreos)

Genitourinario : Puño percusión lumbar (-)

Linfático : No adenopatía

Neurológico : Lotep, colabora, Glasgow 15, pupilas isocóricas, no signos fotoreactivos

Locomotor : Sin alteraciones

EXAMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA COMPLETO: 28/05/2018

Parámetros	Resultado	Valores Normales
LEUCOCITOS	MIL/MM3 15,590	F: 4.0 – 10.9 MIL/MM3
ERI	MILL/MM3	F: 4.6 – 5.0 MILL/MM3
HB	G/DL 13.2	F: 12 – 14 G/DL
HTC	% 39.9	F: 37 – 42%
VCM	UM3	F: 80 – 100 UM3
HCM	PG	F: 27 – 32 PG
CCMH	G/DL	F: 32 - 36 G/DL
PLAQUETAS	MIL/MM3 325,000	F: 150 – 450 MIL/MM3
MIELOCITOS	%	F: 0%

METAMIELOCITOS	%	F: 0%
ABASTONADOS	% 03	F: 0 – 5%
SEGMENTADOS	% 73	F: 55 – 75%
EOSINOFILOS	%	F: 0 – 4%
BASOFILOS	%	F: 0 – 2%
LINFOCITOS	% 24	F: 25 – 35%
MONOCITOS	%	F: 0 - 8%
AMILASA	U/L 52	F: 28 – 100 U/L
BILIRRUBINA TOTAL	MG/DL 1.1 MG/DL	01 – 1.2 MG/DL
BILIRRUBINA DIRECTA	MG/DL 0.4 MG/DL	0.1 – 03 MG/DL
BILIRRUBINA INDIRECTA	MG/DL 0.7 MG/DL	0.3 – MG/DL
TGO (ASAT)	U/L 25U/L	0 – 12 U/L
GLUCOSA	MG/DL 96 MG/DL	ADULTOS: 70 – 110 MG/DL

ANALISIS DE ORINA COMPLETA:

MUESTRA: ORINA SIMPLE	RESULTADO
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	TURBIO
PH	6
DENSIDAD	1030
CUERPO CETONICO	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
THEVENON	2 +
PROTEINAS	NEGATIVO
LEUCOCITOS	1 -2 XC
HEMATIES	10 – 15 XC
CELULAS EPITELIALES	REGULAR
BACTERIAS	REGULAR

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la Salud

Paciente se siente preocupada por su salud porque su herida operatoria se encuentra infectada, en regular estado de higiene, refiere hasta cuándo estaré hospitalizada.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Paciente presente una deficiencia en la ingesta de los alimentos por la presencia de náusea, vómito y complicación de la herida operatoria, el inicio de su alimentación será en forma gradual.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 1: Función urinaria

Refiere que realiza sus deposiciones son normales y sin complicaciones.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Clase 2: Actividad / reposo

Refiere no poder movilizarse ni asearse por sí solo por presentar herida operatoria abierta, durante la noche duerme en forma intermitente por presentar dolor a nivel de la herida operatoria.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Clase 3. Sensación/percepción

El nivel de conciencia: Paciente LOTEPE, despierta, comunicativa, se observa a nivel del abdomen herida operatoria abierta e infectada.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1. Auto concepto

Se observa a la paciente un estado de ánimo apático, ansioso, un poco intranquilo por su estado de salud en la cual no puede valerse por sí solo.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Clase 3. Desempeño del rol

Paciente refiere sentirse preocupada por sus hijos que se encuentran solos con su papa. Refiere que desea recuperarse pronto para estar con sus hijos que los extraña.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase 1. Identidad sexual

Paciente adulto maduro de 44 años, de sexo femenino, con ligadura de trompas, no enfermedades en zona de genitales.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Paciente se siente preocupada por su enfermedad, porque no ve que su herida se recupera pronto y tiene un poco de temor permanecer mucho tiempo en el hospital.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones:**

Familia católica, acude muy pocas veces a misa, paciente no relaciona su enfermedad con ninguna creencias.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN**Clase 6: Termorregulación**

Paciente con diagnóstico médico de Apendicitis aguda infectada, con presencia de vía periférica permeable, herida operatoria infectada con temperatura axilar: 37.7°C, FC: 84 latidos por minuto P/A: 110/50 mmHg.

DOMINIO 12: CONFORT**Clase 1: Confort físico**

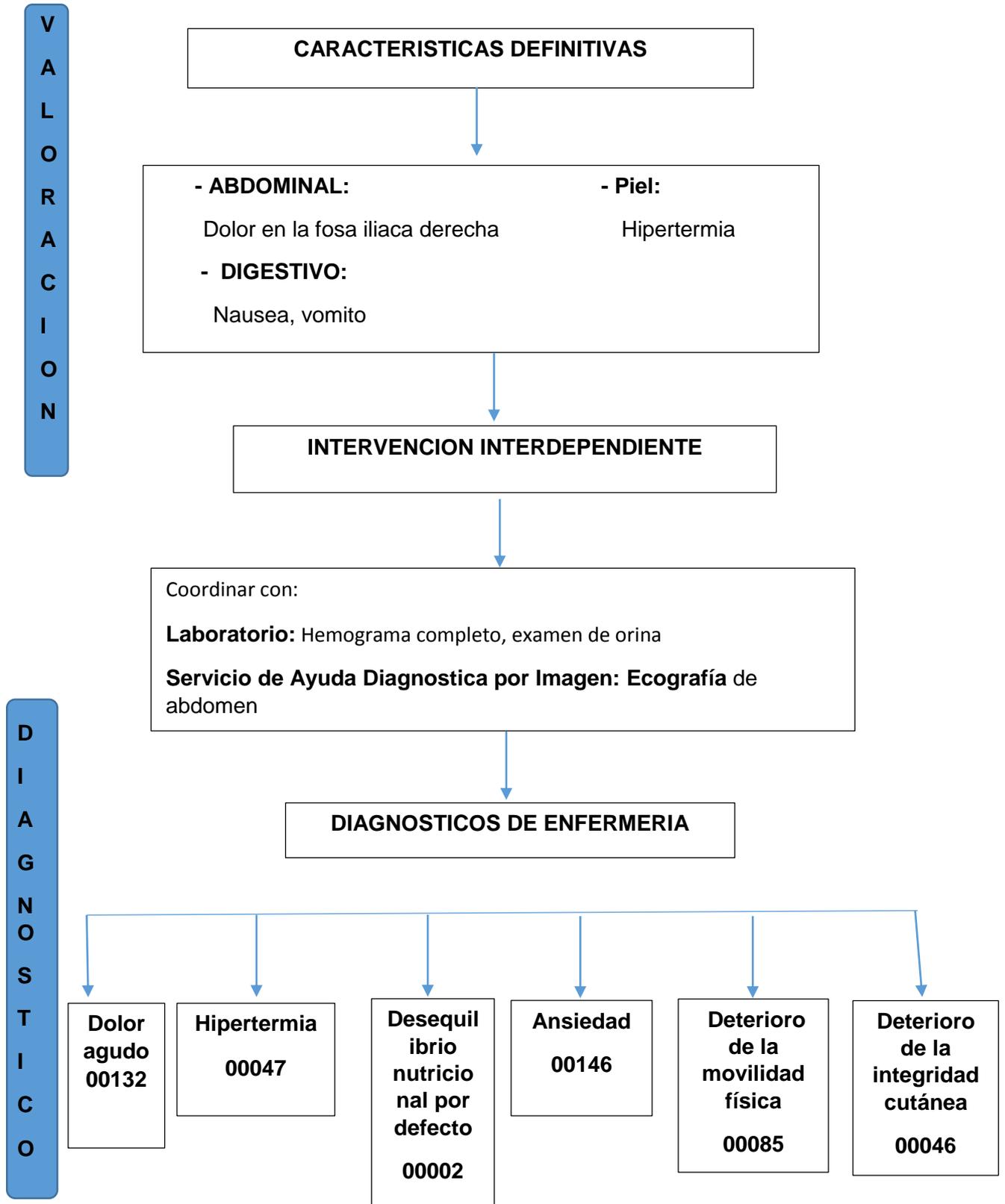
La paciente presenta herida operatoria abierta infectada, por lo cual le dificultad a realizar sus actividades normales.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO**Clase 2. Desarrollo:**

Paciente adulta madura de 44 años de sexo femenino alcanzo su desarrollo normal, se observa que pesa 62 Kg, y mide 1.60 cm. en la cual se encuentra entre los valores normales para su edad. (13) (14)

3.1.7 ESQUEMA DE VALORACION

FLUJOGRAMA



3. 2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3. 2.1. LISTADOS DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ Dolor
- ✓ Hipertermia (37.7)
- ✓ Nausea y vómitos
- ✓ Ansiedad
- ✓ Deficiencia en la movilidad
- ✓ Lesiones cutánea

3.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS

SIGNIFICATIVOS.

1. Dolor agudo r/c herida quirúrgica e/v por expresión verbal.
2. Hipertermia r/c proceso infeccioso e/v. por temperatura por encima de los valores normales 37.7°C.
3. Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución en la ingesta alimentos e/v por nausea y vómitos.
4. Ansiedad r/c a cambios del estado de su salud.
5. Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza Muscular.
6. Deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos que altera la integridad de la piel e/v. por presencia de herida quirúrgica.

3.2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Nombre de la paciente: Reynoso Salhuana, María Edad: 44 años

Diagnostico Medico: Apendicectomia infectada.

PROBLEMAS	FACTORES REALCIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
✓ Dolor	Herida quirúrgica	Por expresión verbal.	Dolor agudo r/c herida quirúrgica e/v por expresión verbal.
✓ Hipertermia	Proceso infeccioso	Por temperatura por encima de los valores normales 37.7°C	Hipertermia r/c proceso infeccioso e/v. por temperatura por encima de los valores normales 37.7°C.
✓ Desequilibrio nutricional por defecto	Disminución en la ingesta alimentos	Por náusea y vómitos.	Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución en la ingesta alimentos e/v por náusea y vómitos.
✓ Ansiedad	Cambios del estado de su salud.	Facie de ansiedad y preocupación	Ansiedad r/c a cambios del estado de su salud e/v por facie de ansiedad y preocupación
✓ Deterioro de la movilidad física	Disminución de la fuerza muscular	Limitación a movilizarse.	Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/v limitación a movilizarse
✓ Deterioro de la integridad cutánea	Procedimientos que altera la integridad de la piel	Herida operatoria infectada	Deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos que altera la piel e/v por herida operatoria infectada.

3.3. PLANIFICACION

3.3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION: Para el presente trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC Y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorio, se logró disminuir el dolor, controlar la su temperatura corporal, prevenir las complicaciones de la

herida operatoria, controlar su ansiedad y disminuir su estancia hospitalaria.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC	RESULTADO
<p>Dolor agudo r/c herida quirúrgica e/v por expresión verbal.</p>	<p>Control del dolor Indicadores: Reconoce el comienzo del dolor () Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda () Refiere un dolor controlado ().</p>	<p>Manejo del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de analgésicos prescrito - Valorar el dolor según la escala de Evans - Aplicación de calor y/o frío - Cambios de posición. - Manejo ambiental: Confort 	<p>La paciente se logró disminuir el dolor.</p>
<p>Hipertermia r/c proceso infeccioso e/v por temperatura por encima de los valores normales 37.7°C.</p>	<p>Termorregulación Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal. - Ausencia de irritabilidad - Ausencia de cambios de la coloración cutánea. - Frecuencia del pulso - Frecuencia respiratoria. - Hidratación. 	<p>Tratamiento de la Fiebre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la temperatura lo más frecuente. - Observar el calor de la piel y la temperatura. - Vigilar los niveles de conciencia. - Administrar medicación Antipirético. - Bajar la temperatura por medios físicos. - Controlar la temperatura, para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento. 	<p>Se logró disminuir poco a poco la temperatura corporal de la paciente a los valores normales.</p>
<p>Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución en la ingesta alimentos e/v por náusea y vómitos.</p>	<p>Estado nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de nutrientes - Ingestión alimentaria y de líquidos. - Peso 	<p>Monitorización Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar diario al paciente. - Vigilar las tendencias de pérdida o ganancias de peso. - Iniciar la dieta indicado por médico. - Observa la ingesta total de su dieta indicado. - Suspender la dieta si continua con náuseas o vómitos. - Administración de Medicación antieméticos indicado por el médico. 	<p>Se logró disminuir las náuseas y vómitos y así la ingesta de su dieta indicada</p>
<p>Ansiedad r/c a cambios del</p>	<p>Nivel de ansiedad Indicadores:</p>	<p>Manejo de la Ansiedad.</p>	

<p>estado de su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Impaciencia - Manos húmedas. - Inquietud.- Ataque de pánico. - Fatiga. - Controla la respuesta del miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito de la intervención quirúrgica. - Reforzar la confianza del paciente en el personal. - Determinar las expectativas del procedimiento. - Enseñar al paciente como cooperar durante la intervención quirúrgica. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. - Fomentar el sueño <p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad. 	<p>Se logró disminuir su ansiedad a la paciente, mediante la educación brindada.</p>
<p>Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular</p>	<p>Nivel de movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de equilibrio. - Mantenimiento de la posición corporal. - Movimiento muscular. - <p>Deambulación: Camina.</p>	<p>Movilidad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación de empatía con el paciente. - Enseñara al paciente a realizar ejercicios por lo menos 3 veces al día. - Colocar al paciente en una posición cómoda 	<p>Paciente logra deambular tempranamente con apoyo del personal y familiar.</p>
<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos que altera la integridad de la piel e/v. por presencia de herida quirúrgica.</p>	<p>Curación de la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regeneración de la herida por primera intención. - Detecta riesgo de infección 	<p>Cuidado de la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anotar las características de la herida. - Realizar el cuidado de la herida con medidas asépticas y utilizando las precauciones universales. - Monitorizar la producción y características de exudado o secreciones por herida o dren. - Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósitos y 	<p>Se logró disminuir la infección de la herida operatoria mediante las curaciones diarias.</p>

		vendajes. - Inspección la existencia de algunos signos y síntomas de infección sistémica o localizada.	
--	--	---	--

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE.

S: Paciente refiere que tengo un mucho dolor en la zona que mi operación.

O: Paciente adulto maduro de sexo femenino con diagnóstico de

apendicectomía Infectada, se encuentra en su ambiente, LOTEPE, con vía periférica permeable en brazo derecho, pasando dextrosa al 5% más electrolitos a XXX gotas por minuto, al examen físico se observa palidez facial, mucosa orales semihidratadas, presenta fiebre de 37.7°C, nauseosa, preocupada por su enfermedad, abdomen depresible, doloroso a la palpación, se observa herida abierta infectada, con drenaje eliminando secreciones purulenta, miembros inferiores sin edemas con tono y fuerza muscular disminuida, grado de dependencia II.

A: - Dolor agudo r/c herida quirúrgica e/v por expresión verbal.

- Hipertermia r/c proceso infeccioso e/v. por temperatura por encima de los valores normales 37.7°C.

- Deterioro de la movilidad física r/v disminución de la fuerza muscular

P: - Disminuir el dolor en forma progresiva

- Disminuir la hipertermia durante su estancia hospitalaria.

- Colocar los objetos al alcance del paciente.

- I:**
- Se analizó la valoración de la herida operatoria mediante la observación y examen físico.
 - Se brindó apoyo emocional a la paciente para disminuir su estrés y pueda descansar tranquila.
 - Se controló las funciones vitales especialmente de la temperatura cada turno.
 - Se administró antipirético indicado.
 - Se valoró el estado de salud de la paciente durante cada turno.
 - Se observó el inicio de la primera ingesta de alimentos después de la operación.
 - Se pasó visita médica junto con el médico.
 - Se realizó curaciones diarias de la herida operatoria.
 - Se dejó cómoda y tranquila a la paciente después de cada curación.
 - Se administró el tratamiento según indicaciones médicas (Kardex)

E: Luego de puesta en práctica los cuidados de enfermería se dejó a la paciente tranquila, con temperatura de 36.6°C, herida operatoria en evolución favorable, tolerando su dieta y se logró que deambule tempranamente.

4. CONCLUSIONES

- a) El personal de Enfermería que labora en el Hospital II Cañete EsSalud en el servicio de Cirugía, no brindan cuidados individualizados y estandarizados en el postoperatorio inmediato y mediano, a los pacientes que permanecen en el servicio.
- b) Se logró implementar una sala de recuperación para los pacientes post operado inmediato dentro de sala de operaciones, con su respectivo personal y equipos. En el cual dicha sala se encontraba en el servicio de cirugía.
- c) Se elaboró una guía y se utilizó el plan de cuidados de Enfermería proporcionada por EsSalud a nivel central para hacer aplicado en el servicio de cirugía y en la sala de recuperación. Este plan de cuidados ayudara a unificar criterios para la atención y cuidado enfermero en las diferentes operaciones y guarden coherencia, continuidad de los cuidados.
- d) Que en relación a un mejor cuidado de Enfermería, se determinó menor número de usuarios con complicaciones en las diferentes operaciones.
- e) En el Hospital II cañete – EsSalud, en el 2018 se hospitalizaron 714 pacientes del cual 380 fueron operados de diversas cirugías que representa el 53% del total.
- f) Aplicando las teorías y el Proceso de Atención de Enfermería, se logró cumplir con satisfacer sus necesidades del paciente postoperado de apendicectomía.

5. RECOMENDACIONES

- a) La jefatura de enfermería de nuestro Hospital, debería promover capacitación dirigidas al personal de Enfermería, sobre los cuidados postoperatorio inmediato y mediatos.
- b) El personal de enfermería que labora en el servicio de cirugía y en la sala de recuperación inmediata deben cumplir con la utilización de la guía y plan de cuidado a todos los pacientes postoperados.
- c) El personal de Enfermería, debería brindar cuidado directo, de forma individualizada, a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía para de esta manera, satisfacer las principales necesidades, que son afectadas, durante su estancia hospitalaria.
- d) La jefatura de Enfermería de nuestro Hospital debe dar indicaciones para que se utilice obligatoriamente el registro de enfermería en recuperación post anestésica y Plan de Cuidados de enfermería en todo paciente postoperados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad De los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino – Am. Enfermagem 2014; 22(3): 454 – 460.
2. Cuidados Post-Operatorios. (2012). Recuperado el 18 de Julio de 2016, de Manual de enfermería.
[http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4-5-4](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4-5-4.htm)
htm.
3. Libro de registro de ingresos de hospitalización del servicio de Cirugía, 2017, 2018, 2019.
4. Retis E. Nivel de satisfacción del paciente post operado con la Calidad de los cuidados que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Tingo María – 2009.
5. Henderson V. En: Maerriner T. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
6. Henderson V. La naturaleza de la profesión de Enfermería. Revista De Enfermería Americana. New York 1966; 4 (2): 13 – 15. Ibid, p 66 - 68.
7. Watson, J. La filosofía y ciencia del cuidado Humano. Estados Unidos
8. BRUNNER, D.S. SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgico 8ª ed. México: Ed Mc Graw Hill Interamericana: 1998.
9. POTTER P. Fundamentos de Enfermería 5ª ed. España: Ed. Harcourt /Océano: 2003.
10. Longás Valián, J., & Cuartero Lobera, J. (2009). Manual del anesthesiólogo de URPA y REA Jefe del servicio de anestesiología, reanimación y terapia del dolor del Hospital Clínico Universitario
11. Lozano Blesa Zaragoza. Manual del anesthesiólogo de URPA y REA.

12. Custodio Marroquín, J. (01 de 07 de 2012). Obtenido de <https://es.slideshare.net/jcustodio91/urpa>.
13. BRUNNER, D.S. SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgico 4ª ed. Vol. 3 Nueva Editorial Interamericana S.A de C.V. México- España- Brasil-Colombia-Ecuador-Uruguay-Venezuela.
14. Bravo Peña, Mery, 2016, Guía metodológica del PAE Taxonomías Nanda, NOC y NIC.
15. Cortes Cuaresma, Gloria, Guía para aplicar Proceso de Enfermería, 4ta. Ed.

7. ANEXOS



ANEXO N° 1

COMO LIC. ENFERMERIA CON 32 AÑOS DE SERVICIO PRESENTO UN APORTE DE MI EXPERIENCIA PROFESIONAL LA GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA.

GENERALIDADES

Esta Guía de Cuidados de enfermería se desarrolló durante mis labores diarias frente a los cuidados que se brindaba a los pacientes post- operados inmediatos en el servicio de cirugía de nuestro hospital. La Guía tiene en su contenido las etapas de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como son la valoración que se evidencia en los datos objetivos y subjetivos, el diagnóstico de enfermería, las intervenciones y finalmente la evaluación del proceso.

Definición: Es la intervención de enfermería a un paciente con problema de apéndice vermiforme, que puede ser agudo, que necesita un diagnóstico oportuno, caso contrario puede ir evolucionando rápidamente a la perforación del apéndice y llegar inclusive a una complicación grave. La causa de la complicación se relaciona con el acumulo de heces (fecaloma), donde se produce retención fecal del colon derecho y prolongación en el tiempo del tránsito fecal. Se debe identificar la complicación del apéndice, como: congestiva, gangrenosa o necrótica y perforada.

Datos Objetivos y Subjetivos Dolor punzante y sensibilidad abdominal a la palpación, Fiebre 38° a 38.5°C y escalofríos. En ancianos no hay fiebre y presenta hipotermia, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y estreñimiento.

POBLACION: Todos los paciente que acudan al servicio de cirugía.

OBJETIVO: Identificar y reconocer las complicaciones de la apendicetomía para su prevención y tratamiento oportuno.

RESPONSABLES: Todos los Licenciadas(os) de enfermería que laboran en el servicio de cirugía.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>PRE OPERATORIO Alteración del bienestar general relacionado con el dolor agudo/Evidenciado por informe y gestos de dolor, posición antalgica para disminuir el dolor. Escala Numérica (EN) = 1/10 Escala Gestual (EG) en niños.</p> <p>Ansiedad relacionada a temor a la intervención quirúrgica cambio en el entorno m/p miedo de consecuencias.</p>	<p>Lograr disminuir el dolor con intervenciones de enfermería.</p> <p>Paciente disminuir á ansiedad y estrés.</p>	<p>MANEJO DEL DOLOR Valore el dolor: Localización, duración, frecuencia, intensidad Control de los signos vitales. Canalización de una vía periférica. Administración de medicamento y líquidos por indicación médica.</p> <p>BRINDAR COMODIDAD Y CONFORT: Brindar un ambiente tranquilo sin presencia de ruidos.</p> <p>ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/ TRATAMIENTO. Explicar el propósito de la intervención quirúrgica. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. Enseñar al paciente como cooperar durante la intervención quirúrgica.</p> <p>APOYO EMOCIONAL. Valore el nivel de ansiedad. Apoyar al paciente a que exprese sus emociones. Escuchar los sentimientos del paciente.</p>	<p>Ansiedad,, Irritabilidad, Agitación psicomotriz.</p> <p>Temor. Intranquilidad .</p> <p>Ansiedad. Irritabilidad.</p>	<p>Paciente manifiesta haber disminuido su dolor: EN = 6 puntos.</p> <p>Paciente se expresa y se comunica espontáneamente y muestra una actitud positiva.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con la pérdida de líquidos por el estado de dieta, náuseas y/o vómitos. Evidenciado por debilidad, sed, mucosa y piel seca, disminución de diuresis.</p>	<p>Logra de mantener el equilibrio hidroelectrolítico.</p>	<p>MANEJO DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS Realizar Balance Hídrico. Control de peso diario. Vigilar signos y síntomas. Corregir la deshidratación preoperatorio si es el caso. Comprobar que la vía este permeable. Reponer liquidos y electrolitos. Observar perdida de líquidos. Valore los resultados de laboratorios. Observar las características de piel y mucosa.</p>	<p>Deshidratación. Desequilibrio de líquidos y electrolitos.</p>	<p>Paciente presentara piel y mocosas húmedas. Adultos: Diuresis >30cc/hora.</p>
<p>POST OPERATORIO Dolor agudo relacionado con respuesta inflamatorio de piel y tejidos secundario a intervención quirúrgica.</p>	<p>Paciente manifiesta disminución del dolor con intervenciones de enfermería.</p>	<p>MANEJO DEL DOLOR Valore la intensidad del dolor según la EN y EG en niños. Control de los signos vitales. Comprobar la permeabilidad del catéter. Administración de analgésicos prescritos. Cambio de posiciones si está permitido. Manejo ambiental: confort. Manejo simple.</p>	<p>Infección. Sepsis.</p>	<p>Paciente manifiesta disminución del dolor. EN y EG</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	RESULTADOS ESPERADOS
Riesgo de infección R/C perdida de continuidad de piel y tejidos secundarios a intervenciones quirúrgicas.	Lograr de mejorar la integridad tisular	<p>EDUCACION AL PACIENTE. Control de los signos vitales. Realice lavado de manos. Vigilancia de la piel. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe informar al personal de salud. Curación de heridas con suero fisiológico al 0.9%. Observar color, calor, textura y si hay inflamación, edema o ulceraciones en los sitios de incisión de catéteres. Registre y notifique cualquier cambio producido en la herida. Administre antibióticos según prescripción médica. Brindar una dieta adecuada. Realice ejercicios pasivos</p>	Infección. Sepsis.	Paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
Riesgo de caídas relacionado a debilidad secundaria a estado post operatorio.	Lograr una deambulación temprana.	<p>PREVENCION DE CAIDAS. Colocar los objetos al alcance del paciente. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse si lo precisa. Utilizar técnicas adecuadas para movilizar al paciente.</p>	Fracturas. Infección de la herida operatoria. Dehiscencia, evisceración.	Paciente se desplaza en su unidad sin dificultad.

		<p>Responder a la luz de llamada inmediatamente.</p> <p>Evite presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</p> <p>Disponer de iluminación para aumentar la visibilidad.</p>		
--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / PLAN DE CUIDADOS / EVALUACIÓN



1.- ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

Anestesia () Dolor () Secreciones ()

Objetivo: paciente presentara vías aéreas permeables (1) (2) (3)

Colocar al paciente en posición de hiperextensión () aspirar secreciones () valorar la saturación ()
 valorar la frecuencia respiratoria () monitoreo de funciones vitales () colocar oxigenoterapia ()
 valorar el estado de conciencia () identificar cianosis () manejo de ventilación mecánica ()

2.- ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Quirófano () Cirugía () Sedación () Ropa ()

Objetivo conservar la temperatura corporal del paciente (1) (2) (3)

Observar la ropa que trae el paciente de Quirófano () Colocar cubiertas al paciente ()
 Cambio de ropa () control de temperatura () observar el color de la piel () turgencia de la piel ()
 Calidad de los pulsos periféricos ()

3.- DOLOR RELACIONADO A HERIDA OPERATORIA

Objetivo: Reducir o eliminar los factores que incrementan la presencia del dolor (1) (2) (3)

Reconocer la presencia del dolor () escuchar al paciente () apoyo emocional ()
 Administrar analgésico indicado () valorar la escala del dolor () Valorar la eficacia del medicamento ()
 Enseñarles técnicas de relajación () elogiar su participación ()

4.- ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE ELIMINACIÓN URINARIA

Quirúrgicos () Anestesia general o epidural () deshidratación ()

Objetivo: conservar el débito urinario dentro de límites normales (1) (2) (3)

Valorar el color de la orina () cuantificar el volumen de la orina () observar distensión vesical ()
 cuantificar los ingresos y egresos () cuantificar los líquidos intravenosos () reponer las pérdidas ()
 estimular el reflejo de vaciamiento () mantener la sonda permeable () irrigación continua ()
 cateterismo vesical ()

5.- CP HEMORRAGIA:

Objetivo: prevenir la hemorragia (1) (2) (3)

Control de funciones vitales () vía periférica permeable () evaluar si hay dolor () identificar
 hematomas () verificar apósitos de herida operatoria () cuantificar el sangrado () coordinar con
 laboratorio para pruebas cruzadas () reponer perdidas () identificar signos de shock hipovolémico ()
 coordinar con otros servicios ()

3.- SÍNDROME DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Anestesia () Cirugía () dolor () inmovilidad ()

Objetivo: disminuir déficit de autocuidado (1) (2) (3)

Proteger un ambiente seguro y cálido () evitar las caídas () proteger la intimidad del paciente ()
 colaborar con las necesidades fisiológicas () sujetar al paciente si es necesario para protegerlo
 cuando esta excitado () levantar las barandas de la camilla () proporcionar tranquilidad, explicaciones
 sencillas y apoyo emocional () retirar vendajes compresivos () educar al paciente y familia ()

(1) OBJETIVO ALCANZADO (2) OBJETIVO ALCANZADO PARCIALMENTE (3) OBJETIVO NO ALCANZADO

Observaciones u otros registros	Lic. responsable

**HOSPITAL II CAÑETE - ESSALUD
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE
CIRUGIA**



ANTIGUA SALA DE RECUPERACION



ACTUAL SALA DE RECUPERACION INMEDIATA



**ENSEÑANDO EL PROCEDIMIENTO DE
LA TECNICA DE LAVADO DE MANOS
AL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
SERVICIO DE CIRUGIA**





**HERIDA POSTOPERATORIA DE
APENDICECTOMIA INFECTADA ABIERTA**

HERIDA POSTOPERATORIA DE APENDICECTOMIA INFECTADA

