

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



**CUIDADOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL DE CHANCA Y SBS DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ.**
2020

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

MIRTHA KELLY LUJAN CABANILLAS

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 160-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 12 de Noviembre del 2020

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

DEDICATORIA

A Dios, quien siempre me ilumina en los momentos más difíciles de mi vida, me brinda sabiduría, fortaleza para continuar y no caer en el fracaso.

A mi esposo Fernando, mis hijos: Kelly Abigail, Ana Lucía y Fabricio, mi madre Luz, quienes siempre me han apoyado en mi carrera profesional moralmente con su amor y comprensión.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	02
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	04
Capítulo II. Marco teórico	07
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	07
2.1.2 Antecedentes Nacionales	12
2.2 Bases Teóricas	14
2.2.1. Dorothea Elizabeth Orem	14
2.2.2. Teoría de Dorothea E. Orem	16
2.3 Bases Conceptuales	20
Capítulo III.	29
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en Relación a la Situación Problemática.	

INTRODUCCIÓN

Los factores asociados a las complicaciones post Colectomía Laparoscópica han sido un importante problema de salud pública a nivel mundial y el Perú no es ajeno a esta realidad, siendo las complicaciones más frecuentes: la fiebre, vómitos e infección de herida operatoria. Se identificó dentro de los factores asociados a las complicaciones mencionadas: el sexo, la edad y el IMC. Estos factores han persistido al momento de presentarse las complicaciones, por lo que sigue siendo un motivo por el cual el paciente debe estar más tiempo hospitalizado (1).

Hoy, el abordaje laparoscópico ha reemplazado a la colectomía abierta por ser más práctica y eficaz. Sus ventajas son: menor estancia hospitalaria, pronta recuperación, menos adherencias, mejor estética, y se efectúa con cuidados de un día, con incorporación completa del paciente a sus actividades dentro de 07 días en la gran mayoría. Estos adelantos tecnológicos logrados hasta la fecha, y su aplicación en cirugía nos ha permitido aproximarnos a la realidad de una cirugía de invasión mínima, alcanzando con la cirugía laparoscópica dos grandes objetivos: ofrecer un tratamiento completo con mínimo daño y reintegrar al paciente en el menor tiempo posible a su vida normal (2).

En la actualidad uno de los indicadores de calidad de atención sanitaria es la seguridad del paciente, dentro de esta se incluye prevención de riesgos y efectos negativos evitables sobre la salud del paciente. Por tanto, las intervenciones de enfermería juegan un papel muy importante en precautelar la integridad de la persona enferma, especialmente cuando la terapéutica a seguir es de índole invasivo y traumática como es la cirugía por vía abdominal: **Colectomía Laparoscópica**. En la etapa postquirúrgica la atención de enfermería se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de brindar una asistencia de alta calidad profesional con la prevención de potenciales complicaciones mediante un tratamiento oportuno.

Es por eso que el presente trabajo académico describe los cuidados que el profesional de Enfermería debe brindar al paciente con esta patología quirúrgica y profundizar dichas actividades comparando lo observado en la práctica diaria con los conocimientos científicos actualizados de las diferentes bibliografías referentes

al tema; disminuyendo la alta tasa de complicaciones intrahospitalarias y favoreciendo su pronta recuperación.

La Colectomía Laparoscópica, tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática, es la cirugía de invasión mínima que se realiza con más frecuencia en todo el mundo. El Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, localizado en el Distrito de Chancay, es un establecimiento de salud de mediana complejidad de categoría II-2. Desde el año 2003 se implementó la cirugía laparoscópica por el alto porcentaje de complicaciones post operatorias, el promedio de tiempo operatorio, el incremento de los costos hospitalarios en cirugías convencionales, por lo que se observó un alto crecimiento de la técnica laparoscópica y menor porcentaje de la cirugía convencional. Actualmente la Colectomía Laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis biliar en período sintomático debido a sus indiscutibles ventajas frente al procedimiento convencional.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Intervención para dar a conocer los cuidados que el profesional de Enfermería debe poner en práctica con la atención que se le brinde a los pacientes colectomizados a fin de prevenir complicaciones post quirúrgicas y garantizar un post operatorio saludable y seguro que le permita reintegrarse a sus actividades en la Sociedad; a su vez contribuirá con información para aquellos estudiantes y profesionales de Institutos o Universidades y Entidades de Salud que realizan estudios sobre el tema que vamos a investigar.

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

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Litiasis Vesicular es uno de los problemas de salud más importantes que afecta al hombre, por su elevada frecuencia y complicaciones, siendo el cólico biliar la manifestación clínica más habitual y su tratamiento es la colecistectomía.

La Colecistectomía Laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgico abdominales más realizados que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar por vía laparoscópico ante la presencia de cálculos biliares (colelitiasis y coledocolitiasis) y la colecistitis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la Colecistectomía se da en el 20% mujeres y el 10% en hombres y en América Latina las estadísticas son del 5 y el 15 %, además detalló que hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias siendo la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor del 0,5 -5%. En países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica, lo cual puede ser evitado al menos en la mitad de los casos y los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso "en los entornos más avanzados. (1)

En Zimbabue, África, pacientes post operados de Colecistectomía Laparoscópica la estancia promedio fue de 2,9 días, atendiendo a complicaciones post operatorias, éstas fueron menores e incluyeron quejas de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho, una infección menor de la herida y enfisema subcutáneo. (2)

En España se llegó a la conclusión que la Colecistitis Aguda es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo occidental y tiene un alto impacto socioeconómico. Encontrando que el riesgo a desarrollar nuevos episodios de colecistitis es bastante alto, el tratamiento de elección en estos casos es la Colecistectomía Laparoscópica, aunque existe cierta discrepancia en la literatura sobre el momento óptimo para la cirugía. Anteriormente se pensaba que la Colecistitis Aguda podía tratarse de manera conservadora con antibióticos, seguidos de una intervención programada cuando disminuyera la inflamación; sin

embargo, como resultado del aumento de la experiencia y mejora en la técnica en la cirugía laparoscópica, diversos estudios demuestran que la Colectomía Laparoscópica urgente en la Colecistitis Aguda es segura, efectiva y costo-efectiva.

(3)

Actualmente en Cuba, la esperanza de vida es de 80 años para las mujeres y 76 para los varones. Cada día resulta mayor la proporción de ancianos que asiste a los quirófanos para ser intervenidos de Colectomía Laparoscópica y mejorar su calidad de vida para sobrellevar una vejez segura, útil y funcional, de tal manera que se incorporen a la solución y enfrentamiento de sus problemas como grupo poblacional. El manejo de estos pacientes ha ido evolucionando favorablemente con las técnicas mínimamente invasivas, encaminadas a evitar la hospitalización, las complejas pruebas complementarias y los costosos tratamientos. (4)

En Colombia se encontró que el riesgo de complicaciones en la Colectomía Laparoscópica fue significativamente menor que en la cirugía convencional, sin embargo, no está exenta de presentar complicaciones. (5)

En Ecuador se vio que en un 18.3 % de pacientes de sexo femenino presentaron complicaciones. La estancia hospitalaria promedio fue de 3.12 días, el 93.7% estuvo en un rango de 1 a 5 días, siendo mayor la estancia hospitalaria en las pacientes con complicaciones 5.6 días. (6)

A nivel Nacional se reportó que en la Colectomía Laparoscópica el tiempo de operación fue $58,34 \pm 25.81$; la estancia hospitalaria fue 4.54 ± 2.02 días; la estancia postoperatoria fue de 2.66 ± 1.29 y las complicaciones presentaron un 10% de los 113 casos estudiados. (7)

En Lima se encontró que el 82.7% de pacientes operados de Colectomía Laparoscópica fueron mujeres y el 11.5% de los pacientes presentaron signo de Murphy sin embargo en el 87.2% de casos el grosor de la pared vesicular fue menor de 2.5 mm., siendo el 88.5% su diagnóstico operatorio de colecistitis crónica, encontrándose calculo único en el 69% de los casos. En casi el 80% de casos el tiempo quirúrgico fue menor de una hora y de todos los pacientes, solo uno (0.2%) necesitó conversión a cirugía abierta debido a lesión de la vía biliar. No hubo complicaciones en el 99% de laparoscopias y el 63.7% tuvo una permanencia hospitalaria menor de tres días y el 8.7% de pacientes no tuvo cirugías previas.

Concluyó que el 1% de complicaciones de la Colectomía Laparoscópica fue el sangrado. La edad sí estuvo relacionada con las complicaciones; a mayor edad mayor frecuencia de complicaciones [P0.05]. La injuria de vías biliares es una complicación infrecuente. (7) . Además, el 12.4% requirieron hospitalización, el tiempo promedio en recuperación fue de 4 horas y se el 6.7% presentaron complicaciones post operatorias. (8)

En el servicio de Hospitalización de Cirugía del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, se ha observado que un gran porcentaje (97%) de pacientes son programados para ser intervenidos quirúrgicamente por Colectomía Laparoscópica y 3% son programados para Colectomía Convencional, de los cuales el 74% son mujeres y el 26% varones. (9) Los pacientes ingresan un día antes de la intervención quirúrgica para ser hospitalizados y preparados o ingresan programados por Emergencia, luego de esta, algunos pueden presentar complicaciones post operatorias como fiebre, náuseas, vómitos e infección de la herida operatoria que prolongan la estancia hospitalaria. Esto fue la principal motivación para el desarrollo del presente trabajo académico, lo cual contribuirá para que los profesionales de enfermería enfoquen sus actividades en la calidad de atención al paciente quirúrgico durante el post operatorio, disminuyendo la alta tasa de complicaciones intrahospitalarias favoreciendo su pronta recuperación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

21.1. Antecedentes Internacionales:

OZCOIDI L. (2015): En su trabajo de Investigación “**Colecistectomía Laparoscópica de Urgencia versus Programada en el tratamiento de la Colecistitis Aguda en el Complejo Hospitalario de Navarra - Universidad de Navarra**”, España. Con el objetivo de evaluar los resultados clínicos de la Colecistectomía Laparoscópica urgente frente a la programada con los parámetros: tiempo de intervención, complicaciones postoperatorias y estancia hospitalaria en pacientes con Colecistitis Aguda. Su método de estudio es descriptivo, longitudinal, retrospectivo; se revisó la historia clínica informatizada de todos los pacientes intervenidos de Colecistectomía Laparoscópica; el tamaño de muestra fue de 49 pacientes de los cuales 34 se intervinieron de forma urgente y 15 de forma programada. Resultados: No se observaron diferencias significativas en la ratio de conversión a cirugía abierta (5.8% vs 6.6%) o las complicaciones postoperatorias (17.64% vs 13.3%) entre las Colecistectomía Laparoscópica de urgencia y las programadas. El tiempo de intervención quirúrgica fue significativamente mayor en el grupo de las Colecistectomía Laparoscópica de urgencia (107.5 minutos vs 57.5 minutos). El tiempo postoperatorio fue mayor en las Colecistectomía Laparoscópica urgentes (4 días vs 2 días), sin embargo, la estancia hospitalaria total fue significativamente menor (5 días vs 12 días). Se concluyó que la Colecistectomía Laparoscópica urgente realizada durante las 48 primeras horas del ingreso es segura y efectiva para el tratamiento de la Colecistitis Aguda y ofrece importantes ventajas en comparación con la cirugía programada entre las que destaca la reducción de la estancia hospitalaria total. A pesar que la Colecistectomía Laparoscópica urgente supone un aumento del tiempo de intervención quirúrgica, lo cual no se asocia con un aumento de las complicaciones postoperatorias ni de la ratio de conversión a cirugía abierta (3).

Algo similar ocurre en el Hospital de Chancay, tanto las cirugías programadas de Colectomía Laparoscópica como las cirugías de emergencia presentan similares complicaciones como: fiebre, náuseas, vómitos e infección de herida operatoria ocasionando con ello mayor estancia hospitalaria, más gasto y estrés emocional por no recuperarse para realizar sus actividades de la vida diaria.

PLANELLS M., ARNAL B., GARCÍA R., CERVERA M. (2016): En una revista especializada: **“Colectomía Laparoscópica ambulatoria por mini laparoscopia versus Colectomía Laparoscópica ambulatoria multipuerto tradicional”** España. Con el objetivo: Determinar la existencia de diferencias en tasa de cirugía ambulatoria, dolor percibido, consumo de analgésicos y recuperación de las actividades de la vida diaria (AVD) en pacientes tratados mediante Colectomía Laparoscópica multipuerto (CLMP) y Colectomía por mini laparoscopia con material de 3 mm (MLC). Método: Estudio prospectivo aleatorizado de 40 pacientes consecutivos tratados mediante Colectomía Laparoscópica. Los criterios de muestra incluyeron factores ecográficos predictivos de colectomía técnicamente difícil, historia previa de enfermedad biliar complicada y factores demográficos. Fueron analizados los resultados en términos de tasa de cirugía ambulatoria, dolor percibido, consumo de analgésicos, recuperación de las AVD, grado de dificultad técnica, grado de hemorragia, porcentaje de estancia hospitalaria, reingreso y conversión parcial o total. En los resultados se encontró que ambos procedimientos tienen similar duración de intervención, puntuación de dificultad técnica y de hemorragia. La MLC mostró porcentaje similar de ambulatorio (85%) y de estancia hospitalaria (15%), con solo un 15% de conversiones parciales y 0% de conversión a CLMP. La MLC mostró menor dolor postoperatorio ($p = 0,026$), menor consumo de analgésicos ($p = 0,006$) con similar recuperación de las AVD ($p = 0,879$). Se concluye que la MLC no es inferior a la CLMP en términos de ambulatorio con menor dolor postoperatorio y menor consumo de analgésicos, con similar resultado en cuanto a reincorporación a las AVD.

(10)

En nuestra realidad, se observó en el Hospital de Chancay que los pacientes intervenidos de Colectomía Laparoscópica su recuperación es rápida (máximo 2 días de hospitalización) con menos complicaciones que los pacientes intervenidos de forma convencional, quienes presentan complicaciones como infección de herida operatoria, demorando el reinicio a las actividades diarias.

AMORES T., MARRERO J. Y GARCÍA J. (2018): “Repercusión de la Colectomía Laparoscópica en el paciente geriátrico” Cuba. Definir los factores que repercuten en la hemodinamia del paciente geriátrico durante la Colectomía Laparoscópica. Método: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico de 132 pacientes mayores de 60 años intervenidos por Colectomía Laparoscópica electiva, en el Hospital clínico-quirúrgico “Julio Trigo López” durante el período comprendido desde enero de 2014 hasta junio de 2016. Resultados: Predominó el grupo correspondiente a los 60 - 69 años de edad, el sexo femenino y el estado físico ASA II. El 75% de los pacientes no sufrió cambios hemodinámicos y un 25% del grupo de 70-79 años de edad presentó variabilidades hemodinámicas, las más frecuentes fueron: La hipertensión arterial (51,5%) y la taquicardia (27,3%). Los factores determinantes en los cambios fueron dependientes del proceder quirúrgico: mayor presión intrabdominal posneumoperitoneo (22%) y Trendelenburg superior a 10 grados (93,9%). Conclusiones: Los factores determinantes en la hemodinamia fueron dependientes del acto quirúrgico. Por lo tanto, se encontró variaciones significativas entre los diferentes grupos etarios, sugiriendo cierta influencia del factor edad, pero la mayor longevidad no constituyó un aspecto decisivo, siendo la Colectomía Laparoscópica una valiosa alternativa terapéutica para los pacientes ancianos (4).

En el hospital de Chancay tenemos una alta incidencia de pacientes adulto mayor que son hospitalizados con Diagnostico Medico: Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus agregado a Colectitis Crónica Calculosa para ser intervenidos en forma Laparoscópica, teniendo como Evaluación Anestésica ASAll, en los cuales a pesar contar con comorbilidades, un mínimo

porcentaje presento complicaciones como dolor, náuseas e hipertensión arterial, que añadido a la edad les hacen vulnerables emocional y físicamente.

SALDAÑA R., VALDÉZ V. (2017) En su estudio: “Complicaciones de la colecistectomía intervención: temprana vs tardía en el hospital privado “Jesús Médico” Méjico. El objetivo fue identificar las complicaciones de la colecistectomía temprana vs la colecistectomía tardía. El método de estudio es descriptivo, longitudinal y retrospectivo, donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de colecistitis no complicada y sometidos a colecistectomía abierta o laparoscópica, en el Hospital Privado “Jesús Medico”, de septiembre 2014 a septiembre 2016, considerando los parámetros de edad, sexo, técnica de cirugía, días de estancia hospitalaria, comorbilidades, complicaciones presentadas y momento de ser llevada la intervención quirúrgica, donde se consideró como temprana, aquella practicada en las primeras 72 horas de iniciada la sintomatología y tardía después de las 72 horas. Los resultados fueron de 136 expedientes, 105 (77.2%) mujeres y 31 (22.8%) hombres, donde el promedio de edad fue de 44.6 años y la estancia hospitalaria promedio fue de 1.92 días. No se presentó significancia estadística entre la estancia hospitalaria, la edad y sexo y el momento de la colecistectomía (temprana vs tardía). La colecistectomía por laparoscopia se practicó en 93 (68.4%) pacientes y la colecistectomía abierta en 43 (31.6%) pacientes. Las comorbilidades se registraron en 21 (15.4%) pacientes, siendo las más comunes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. La intervención temprana se practicó en 56 (41.2%) y la tardía en 80 (58.8%). Las complicaciones se presentaron en 24 (17.6%) pacientes, siendo la más frecuente la hemorragia transoperatoria, por lo que en la colecistectomía tardía se pierde menor cantidad de sangre en mililitros, con una significativa ($P < 0,001$). No se encontró diferencia significativa entre el momento quirúrgico y la presencia de complicaciones. En la colecistectomía temprana se reportó mayor sangrado transoperatorio con respecto a la colecistectomía tardía. En nuestra experiencia laboral, en el Hospital de Chancay, observamos que un considerable porcentaje (18%)

de pacientes con Diagnóstico Médico Colecistitis Crónica Reagudizada presentan complicaciones como dolor intenso, náuseas y vómitos, prolongando su estancia hospitalaria de 5 a 7 días, a diferencia de los pacientes con Diagnóstico Médico Colecistitis Aguda (4%) presentan complicaciones como dolor en sitio operatorio, náuseas y vómitos con estancia hospitalaria promedio de 4 a 5 días. (11)

MIRANDA C., ÁRMELE C., ALFONZO A., et al. (2020): En su estudio: **“Causas de conversión de Colectomía video laparoscópica en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica y el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, FCM UNA (2015-2018) Paraguay”** El objetivo de este estudio fue identificar las causas de conversión de colectomías por vía laparoscópica a cirugía abierta en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica y el servicio de Urgencias de Adultos del Hospital de Clínicas, desde enero del 2015 a diciembre del 2018. La Metodología fue un estudio descriptivo, de corte transversal, muestreo no probabilístico. Se analizaron las historias clínicas de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica y el servicio de Urgencias de Adultos del Hospital de Clínicas (2015-2018), las variables evaluadas fueron: conversión de la cirugía laparoscópica a abierta, causa de conversión, tiempo quirúrgico, cirugía programada o de urgencia, diagnóstico pre y postoperatorio, complicaciones y comorbilidades. Actualmente, la colectomía vía laparoscópica (CVL) constituye el procedimiento quirúrgico de elección para el tratamiento de la colelitiasis, por tanto, en nuestro hospital se realizan dichos procedimientos en un 51,38%. En los hallazgos de este estudio la edad promedio fue de 40 años y el predominio del sexo femenino (72,9%) de los pacientes operados. La conversión intraoperatoria de una CVL a cirugía abierta convencional puede ser necesaria para prevenir daños: lesión de vías biliares, para tratar complicaciones intraoperatorias como hemorragia y lesión intestinal y ante factores propios del paciente y la experiencia del cirujano. Por otro lado, fallas técnicas con respecto al equipo de laparoscopia o la energía eléctrica no son reportadas actualmente como causa de conversión en países desarrollados, pero sí figuran en estudios de países en vías de desarrollo.

(12) En el 2019 tuvimos un 10% de cirugías programadas de Colectomía Laparoscópica que fueron convertidas por presentarse ciertas complicaciones como: Sangrado de lecho hepático en 1 paciente, lesión de la vía biliar en 1 paciente, alteraciones anatómicas en 1 paciente, colecistitis agudas o subagudas en 3 pacientes, quienes tuvieron una estancia hospitalaria promedio de 10 días. De los 6 pacientes convertidos, 4 fueron mujeres con edad promedio de 45 años, lo cual coincide con el estudio.

212 Antecedentes Nacionales:

Fernández L, Lima - Perú 2018.” Factores asociados a complicaciones post Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte en el periodo 2014-2017”. Con el objetivo: Demostrar que los factores de edad, sexo e Índice Masa Corporal (IMC) están relacionados a las mayores complicaciones post Colectomía Laparoscópica. Se hizo un estudio observacional, analítico, caso control, retrospectivo, con una muestra de 136 pacientes hospitalizados con 45 casos y 91 controles, se revisó historias clínicas donde se valoraron las variables de Edad; Sexo e IMC. **Concluyó** que el 85 % de las colectomías es por vía laparoscópica, las complicaciones en la población fueron de 1.98 a 33.1 % y la mortalidad, de 0 a 20 %. Las complicaciones de mayor incidencia fueron la infección de herida operatoria, fiebre, dolor y vómitos; estas complicaciones están asociados a factores: la edad, el sexo y el IMC. **RESULTADOS:** Del total de pacientes 61(44.9%) son del sexo femenino y 75(55.1%) son del sexo masculino 84(61,8%) tienen un IMC >30 y 52(38,2%) tiene < 30 .108(79,4%) son > de 60 años y 28 (20,6%) de 18-60 años. **CONCLUSIÓN:** La población se caracterizó por ser predominantemente del sexo femenino, mayores de 60 años y con un IMC >30 que presentaron complicaciones en predominio de infección de herida operatoria y fiebre. (13) La infección de la herida operatoria representa el 4% de las infecciones asociadas a la atención de salud en nuestra institución siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas además de fiebre y dolor en sitio operatorio.

Abanto L, Trujillo- Perú, 2015, “Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria postoperatoria prolongada en Colectomía Laparoscópica. Hospital Belén de Trujillo”, con el objetivo: Determinar si la edad, el riesgo pre quirúrgico, vesícula difícil, sangrado intraoperatorio, infiltrado biliar, náuseas y vómitos, dolor intenso y factores administrativos eran factores para una estancia hospitalaria post operatoria prolongada. El tipo de estudio fue analítico, retrospectivo, tipo casos y controles. Ingresaron al estudio los pacientes que se realizaron colectomía laparoscópica por colecistitis crónica durante el periodo enero 2012 – enero 2014 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se encontró que el 47.7% del grupo presento estancia hospitalaria prolongada. Se **concluye** que los factores asociados a estancia hospitalaria postoperatoria prolongada son: vesícula difícil, sangrado intra operatorio, infiltrado biliar, náuseas y vómitos, dolor intenso. (14) En el Hospital de Chancay se encontró que un bajo porcentaje (21%) de pacientes post operados de Colectomía Laparoscópica presentaron al menos una complicación como sangrado de lecho hepático, lesión de la vía biliar, alteraciones anatómicas, náuseas, vómitos e infección de herida operatoria, motivo por el cual los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria promedio de 10 días,

Arroyo F, Iván R. Ate – Lima, 2016. “Frecuencia de las complicaciones de la Colectomía Laparoscópica en el Hospital de Vitarte durante el periodo del 2015”. Fue un estudio de tipo no experimental, descriptivo transversal. Los resultados fueron: 8.2% la tasa de complicaciones, el 64% fue del sexo femenino, el rango de edad más frecuente fue entre los 50 a 60 años de edad representado por el 44%, los datos clínicos más frecuentes asociados a las complicaciones fue la presencia del signo de Murphy con el 50% de los casos, la complicación más frecuente fue el sangrado representando el 89%, 72% reportaron antecedentes quirúrgicos, el diagnóstico más frecuente fue el de colecistitis crónica 89%, el tiempo operatorio entre 1 a 2 horas represento el 89%, mientras que la estancia hospitalaria más frecuente fue de 2 días con el 50% de los casos. (15) En nuestro Hospital de Chancay se observó que el sexo femenino es el más

afectado (64%) de pacientes programados. El grupo etario más afectado es en el rango de 40 a 60 años, quienes presentaron mayor complicación y por ende mayor estancia hospitalaria, esto pudo ser porque dichos pacientes tienen comorbilidad, lo cual les hace susceptibles de presentar ciertas complicaciones como dolor intenso en zona operatoria, náuseas y vómitos.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Dorothea Elizabeth Orem (16)

Existen diferentes modelos y teorías en la atención del cliente quirúrgico, que implica la satisfacción de necesidades a través de acciones como la sustitución o ayuda según la necesidad que tenga el paciente, fomentando la autonomía de la persona a través del apoyo en actividades que no puede llevar a cabo por si sola, en el periodo de convalecencia, que ayuden a recuperar la salud y preservar la vida.

La teoría del “Déficit del Autocuidado” de Dorothea Orem representa la visión de los seres humanos como: dinámicos, unitarios, que viven en su entorno y están en proceso de conversión, que poseen libre voluntad y otras cualidades humanas fundamentales. Es una de las más estudiadas y fue validada para su aplicación en la práctica de enfermería por su visión amplia en los diferentes contextos de la asistencia en los servicios de salud donde se desempeña el profesional, ya que permite la estructuración de los sistemas de Enfermería en relación con las necesidades de autocuidado del paciente. Dorothea Orem establece su Teoría del Déficit de Autocuidado como un marco de referencia para el ejercicio de la práctica, educación y gestión de la enfermería y como modelo general el cual está compuesto por tres teorías relacionadas entre sí:

- 1. La teoría del autocuidado**
- 2. La teoría del déficit de autocuidado, y**
- 3. La teoría de los sistemas de enfermería.**

Orem define los conceptos meta paradigmáticos desde su percepción del autocuidado:

Persona: Considera al ser humano como una unidad biológica, racional y pensante, como un todo complejo y unificado, que lo hace un ser cambiante, con capacidades para auto conocerse, autoridad para el uso de ideas, palabras y símbolos para comunicarse, guiar sus esfuerzos, reflexionar sobre su experiencia y hechos colaterales, con la finalidad de llevar a cabo acciones de autocuidado y cuidado independiente.

Salud: Es un estado de integridad física, estructural y funcional. El hombre trata de conseguir su salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan mantener su integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería: Es el servicio humano, suministrado a la persona que no puede cuidarse por sí misma para mantener su salud, la vida y/o bienestar; recuperarse de la enfermedad y afrontar consecuencias de ésta, proporciona apoyo directo en su autocuidado, basado en sus necesidades, debido a las limitaciones que están dadas por su situación personal.

Las formas de asistencia de Enfermería que Dorotea Orem propone, se basan en las relaciones de ayuda y/o suplencia del profesional de Enfermería hacia el paciente, y son:

1. Realizar las actividades en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar o guiar a la persona, ejemplo recomendaciones sanitarias a mujeres embarazadas.
3. Apoyo físico y psicológico a la persona, ejemplo administrar el tratamiento médico prescrito.
4. Promover entorno favorable para el desarrollo personal, ejemplo medidas de higiene en las escuelas.

5. Enseñar a la persona para su auto ayuda, ejemplo educación al paciente colecistectomizado respecto a su higiene a realizar.

Entorno: Es el conjunto de componentes externos que influyen en las decisiones de la persona para emprender su proceso de autocuidado o en su capacidad de ejecutarlo, ésta puede influir o interactuar con la persona a través de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales, en la comunidad, familia e influir o interactuar con la persona.

222 Teorías de Dorothea E. Orem: (17)

1. La teoría del autocuidado (1969) Lo define como una conducta que es aprendida a lo largo de la vida y está orientada a un objetivo: regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar de la persona. La teoría establece actividades que la persona realiza para cuidar de sí mismo (autocuidado), que son el componente principal del modelo y forma parte del Proceso de Atención en Enfermería en la etapa de Valoración, para lo cual se propone tres requisitos:

- A.** Requisito de autocuidado universal.
- B.** Requisito de autocuidado del desarrollo.
- C.** Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Las capacidades del individuo para ocuparse de su autocuidado están afectadas por factores internos o externos que además perjudican el tipo y cantidad de autocuidado. Dorothea E. Orem (1993) identifica diez variables: edad, sexo, estado redesarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; donde cada uno es seleccionado para diferentes propósitos y está relacionado con el fenómeno de interés. El eje fundamental en el desarrollo de Enfermería es la identificación del déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y demandas de autocuidado del paciente, de forma que se pueda cubrir necesidades y/o problemas de salud, según lo mencionado se

asume al proceso de autocuidado como la responsabilidad de la persona para el fomento, mantenimiento y cuidado de su salud. (17)

2. La teoría del déficit de autocuidado: Es la relación entre la demanda del autocuidado terapéutico y acción de autocuidado de la persona donde las aptitudes y conocimientos desarrollados para el autocuidado, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. La persona tiene capacidad de adaptación a los cambios que se producen en sí mismo o su entorno, requiere ayuda de muchas fuentes, incluyendo intervenciones de familiares, amigos y profesionales de Enfermería. Para Orem la palabra agente de autocuidado se refiere a la persona que brinda cuidados o realiza acciones específicas, cuando cada persona realiza su propio cuidado es considerada como agente de autocuidado; la agencia de autocuidado es la capacidad que tiene la persona para participar en sus cuidados. Otros pueden poseer una agencia de autocuidado que no funciona en casos de temor y ansiedad porque impide la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que necesita. (17)

A. El cuidar de uno mismo: Proceso que inicia cuando se toma conciencia del propio estado de salud, que requiere de un pensamiento racional para aprovechar experiencias personales, normas de cultura y de conductas aprendidas, con la finalidad de tomar decisiones sobre la salud, en el cual debe de existir deseo y compromiso de continuar con el plan.

B. Limitaciones del cuidado: son barreras para el autocuidado cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y no tiene deseo de adquirirlo, puede presentar dificultad para emitir juicio sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

C. El aprendizaje del autocuidado: Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y uso del conocimiento para orientar las acciones de autocuidado interna y externas. Las acciones internas o externas de autocuidado pueden determinarse mediante la observación, a través de datos subjetivos tanto de paciente y agente de autocuidado; estas

acciones internas y externas proporcionan un índice general sobre los métodos de ayuda. (18)

Las acciones de autocuidado externas son:

1. Sucesión de conocimientos basados en acciones de búsqueda.
2. Secuencia de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones interpersonales expresivas.
4. Secuencia para controlar factores externos.

Los tipos de acciones de autocuidado internos son:

1. Recursos para controlar factores internos.
2. Controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y regular factores internos o las orientaciones externas de uno mismo. Para determinar y satisfacer las necesidades de aprendizaje en el autocuidado, estas son aprendidas por el paciente de acuerdo a sus creencias, hábitos y prácticas que determinan la vida del grupo al que pertenece el individuo. La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea establece la relación de las participaciones humanas con necesidades de autocuidado y la misma actividad de autocuidado donde cada una de las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir la necesidad de autocuidado, esta abarca en pacientes que requieren ayuda total de Enfermería por su incapacidad para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: en paciente post-operado inmediato de Colectomía Laparoscópica debe aprender a realizar con ayuda el baño corporal. En casos de déficit de autocuidado, el profesional puede compensar con Sistemas de Enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El método indica el grado de participación del paciente para realizar su autocuidado, regula o rechaza el cuidado terapéutico. La persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier momento, o activar varios sistemas al mismo tiempo. (18)

3. La teoría de los sistemas de Enfermería: Orem establece tres tipos de sistemas de Enfermería cuyos elementos básicos son:

A. La Enfermera.

B. El paciente o grupo de personas.

C. Hechos ocurridos que incluyen interacción con la familia y amigos. (18)

Los sistemas de Enfermería tienen cosas en común.

a. La relación debe establecerse de forma clara en la relación de enfermería.

b. Los roles generales y específicos deben ser determinados por la enfermera, paciente y personas significativas. Se requiere determinar alcances de responsabilidad de enfermería.

c. Se debe formular acciones específicas a adoptar a fin de satisfacer necesidades de cuidados de la salud.

d. Determinar acciones requeridas para regular la capacidad de autocuidado para satisfacer demandas de autocuidado en el futuro.

(18)

Orem estableció tres tipos de Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

A. Sistema totalmente compensador: Cuando la enfermera realiza el rol compensatorio para el paciente, se encarga de satisfacer requisitos de autocuidado hasta que pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

B. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere amplitud o intensidad de intervenciones de enfermería, la enfermera actúa con papel compensatorio, y el paciente se implica más en su cuidado en término de toma de decisiones y acción.

C. Sistema de apoyo educativo: Sistema apropiado para el paciente que es capaz de realizar su autocuidado y se adapta a nuevas situaciones, pero requiere de ayuda de Enfermería. El rol de enfermería es ayudar en la toma de decisiones, comunicar conocimientos y habilidades. El sistema de enfermería parcialmente compensatoria y sistema de apoyo educativo, es apropiado cuando el paciente requiere de adquirir conocimientos y habilidades. La principal función del rol de enfermería es regular la comunicación y desarrollo de capacidades de autocuidado de la persona, vinculándose con niveles de atención como promoción y mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, el profesional de enfermería debe poseer capacidad para identificar el momento que el paciente puede realizar su autocuidado y el momento que debe intervenir para ofrecer conocimientos teóricos al profesional para explicar los fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, esta teoría también es referente teórico, metodológico y práctico para el área de la investigación. La importancia del autocuidado es que, para cuidar del otro, primero es necesario saber cuidar de sí mismo, pues el cuidado solo ocurre cuando hay una transmisión de sentimientos y potencialidades hacia otra persona. (18)

2.3 Base Conceptual

23.1. Vesícula Biliar

Es un órgano hueco, pequeño, con forma de pera ubicado bajo el hígado, de tamaño aproximado de entre 5 a 7 cm de diámetro. Se conecta con el intestino delgado (duodeno) por la vía biliar (el conducto cístico y luego por el colédoco). La segregación de la bilis por la vesícula es estimulada por la ingesta de alimentos, sobre todo cuando contiene carne o grasas, en este momento se contrae y expulsa la bilis concentrada hacia el duodeno. (19) Su función primordial es almacenar bilis, que es un líquido de color pardo verdusco cuya función es emulsionar las grasas, produciendo micro esferas y facilitando así su digestión y absorción, además de favorecer los movimientos intestinales, evitando así la putrefacción. (20)

232 Litiasis vesicular

La colelitiasis o litiasis vesicular, es la formación de cálculos en la vesícula biliar, que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula. La mayor parte, sin embargo, suelen ser de tamaño intermedio, es decir, de 20 mm o menos. La mayor parte de estos cristales cerca de un 80% están constituidos por cristales de colesterol, el resto son cristales pigmentados de color negro. (19)

Los cálculos pueden causar colecistitis aguda, colecistitis crónica, cólicos biliares, pancreatitis e ictericia obstructiva, su manifestación principal es el cólico biliar, producido por la obstrucción con un cálculo. La colecistitis aguda se caracteriza por: dolor abdominal en el epigastrio o hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre, peritonismo local o un plastrón de vesícula biliar, etc. La colecistitis crónica produce cólicos intermitentes e inflamación crónica, mejora con analgesia. En un paciente determinado, la probabilidad de que un cálculo mudo produzca malestar es de aproximadamente el 3% por año. Así pues, al cabo de 20 años la mayor parte de las personas que tienen cálculos asintomáticos acabarán por experimentar síntomas. Y si el problema afecta a personas mayores, el tratamiento puede hacerse mucho más difícil por la comorbilidad que puedan sufrir. A medida que aumentan de tamaño los cálculos, pueden obstruir el orificio de salida de la vesícula biliar en forma gradual u ocasional, acompañada de inflamación de la vesícula (colecistitis crónica), y terminar en obstrucción total, con inflamación aguda de la vesícula (colecistitis), cuadro que exige intervención quirúrgica. (19)

233. Colecistitis

La colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, causada normalmente por cálculos biliares, que terminan ocluyendo el conducto cístico y desemboca en el colédoco; empieza con una simple congestión, pasa por una fase de supuración, otra de gangrenación y otra de perforación. La colecistitis se divide en dos aguda y crónica. (19)

1. Colecistitis Aguda: La colecistitis aguda es una enfermedad inflamatoria aguda de la vesícula biliar, ocasionado por la obstrucción del conducto cístico con cálculos biliares y la continua secreción de la mucosa. En los casos más graves 5%-18%, este proceso sigue de isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar. Si no se trata adecuadamente la colecistitis puede conducir a la perforación con peritonitis o absceso intraabdominal. Los pacientes con colecistitis aguda generalmente se quejan de fiebre y dolor en cuadrante superior derecho acompañado de náuseas y vómitos. Además, el dolor que se irradia a la región escapular derecho es posible si la inflamación ha causado irritación del diafragma. Tipos de complicaciones:

A. Perforación de la vesícula biliar: Es causada por colecistitis aguda, lesión o tumores, ocurre más comúnmente como resultado de isquemia y necrosis de la pared de la vesícula biliar. Los signos locales y efectos sistémicos se exacerban; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal, los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más.

B. Peritonitis biliar: Ocurre con presencia de bilis en la cavidad peritoneal debido a varias causas, incluyendo perforación de la vesícula inducida por colecistitis, trauma, por catéter al realizar drenaje incompleto biliar y sutura incompleta después de cirugía biliodigestiva.

C. Absceso peri vesicular: Consiste en la colección de pus alrededor de la vesícula, proveniente de una perforación de la vesícula o aun sin perforación y/o ruptura vesicular por diapédesis de los elementos contaminantes a través de la vesícula. Limitan al absceso tanto el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias.

D. Fistula biliar: Ocurre entre la vesícula y el duodeno después de un episodio de colecistitis aguda. La fistula es causada usualmente por un

gran calculo erosionando a través de la pared de la vesícula en el duodeno. Si el cálculo es grande, el paciente puede desarrollar íleo por cálculo, con el cálculo causando obstrucción del intestino delgado en la válvula ileocecal.

2. Colecistitis Crónica: Es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula, perdiendo la capacidad de almacenar la bilis, absorber agua y electrolitos. Esta puede ser asintomática por muchos años o presentar cuadros repetidos de cólico biliar. Cada vez que una persona come sobre todo grasa la colecistoquinina hace que la vesícula se contraiga para abastecer la bilis necesaria para dirigir la grasa. (20)

La colecistitis crónica está causada por ataques leves y repetitivos de colecistitis aguda lo cual produce un engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar, y con el tiempo pierde la capacidad para desempeñar su función de concentrar y almacenar bilis. La causa más frecuente es la presencia de piedras o caculos en la vesícula biliar. Esta enfermedad es más frecuente en las mujeres a partir de los 40 años. Síntomas Dolor abdominal leve mantenido o cólicos ocasionales. Indigestión crónica Nauseas frecuentes Presencia de gases y eructos Colecistitis a repetición Engrosamiento de la pared de la vesícula. El tratamiento definitivo de la colecistitis y colelitiasis es una intervención quirúrgica, llamada colecistectomía; existen dos tipos, la abierta y la laparoscópica.

23.4. Colangitis

La colangitis o sepsis biliar, y se refiere a la inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y biliares comunes asociados con la obstrucción del conducto biliar común. Ocurre por ejemplo cuando un cálculo instalado en la vesícula migra al conducto biliar principal. (20)

23.5. Pancreatitis

Es la inflamación del páncreas y ocurre cuando las enzimas pancreáticas que digieren la comida, se activan en el páncreas en lugar de hacerlo en el intestino delgado. (20)

23.6. La Colectomía Laparoscópica:

Se realiza con el laparoscopio, que se introduce en el abdomen cerca el ombligo. Se localiza la vesícula y los conductos biliares (arteria y conducto quístico); se cortan y se extrae la vesícula biliar. Su recuperación es más rápida que con la abierta, debido a que solo son de tres a cuatro incisiones pequeñas en el abdomen; quedando puertos quirúrgicos más no una herida quirúrgica de gran tamaño y la colocación de un drenaje (Penrose) en un ojal cutáneo al costado de la herida quirúrgica, haciendo esto para prevenir abscesos. El momento de realizar dicho tratamiento suele depender del tiempo de evolución del cuadro clínico. Una colecistitis aguda de menos de 48 horas de evolución puede ser de urgencia, mientras que si lleva ya más de 48 horas se realiza cirugía diferida a los 3 - 4 meses con tratamiento médico y controles, siguiendo una dieta baja en grasas. El tratamiento médico es terapia antibiótica y analgésica. (20)

23.7. Colectomía Convencional:

La colectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula biliar enferma, mediante una incisión en el lado derecho del abdomen, debajo del borde de las costillas. El acceso abdominal es lo más recomendable si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción (20)

23.8. Enfermería:

Es la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones. (21)

239. Cuidados de Enfermería:

La Enfermera es parte fundamental del sistema de salud, cumple importantes funciones en el proceso de apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las actividades de promoción de la salud y prevención de las distintas enfermedades. (22)

Los cuidados de enfermería son todas las actividades que se brindan a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (22)

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (22)

1. Cuidados al paciente: Se encuentra en el origen de la propia humanidad, es decir, en las necesidades de alimentación, higiene, eliminación o seguridad que el ser humano tiene como tal y que se ven afectadas, o alteradas, en caso de enfermedad. Desde la prehistoria han existido diferentes grupos de personas que han asumido la cobertura de estas necesidades en las personas enfermas o con incapacidades. La evolución de estos colectivos ha llevado a la profesionalización del cuidado, cuyo máximo exponente en la actualidad es la enfermería (22)

2. Cuidados en el Preoperatorio: Aquí se realiza la recolección de datos del paciente, identifica sus necesidades, problemas y limitaciones el día que es hospitalizado.

- Verificar en la Historia Clínica del paciente y corroborar si cuenta con los Formatos de Consentimiento Informado y Autorización de Intervención Quirúrgica firmados por el paciente.

- Corroborar que el paciente tenga evaluación anestésica y haya cumplido con las indicaciones médicas.
- Ver y valorar los exámenes de laboratorio Pre Quirúrgicos, comunicar al médico tratante si se observa una alteración.
- Valorar el estado de hidratación de la piel y controlar las funciones vitales, peso, talla e IMC.
- Informar al paciente y familia la necesidad de mantenerse en ayunas previo a la cirugía, no consumir nada por Vía Oral durante las 10 horas previas a la intervención programada.
- Educar al paciente sobre importancia de realizar los ejercicios respiratorios, tos efectiva, ejercicios de estiramiento y movilización en cama, lo cual será favorable en el post operatorio.
- Brindar apoyo psicológico, dar seguridad al paciente que todo será favorable.
- Brindar al paciente comodidad y confort.
- Constatar que uñas de manos y pies del paciente estén recortadas y libre de esmalte, caso contrario hacerlo.
- Pedir al paciente que se bañe toda la cabeza y el cuerpo minuciosamente. Si la condición del paciente lo amerita, se realiza baño de esponja.
- Si el paciente tiene abundante vello púbico y el medico lo requiere, se recorta.
- Retirar la prótesis dental, audífonos, lentes, joyas y cualquier accesorio que tenga el paciente.
- Hacer que el paciente miccione antes de pasar a Sala de Operaciones.
- Colocar gorro, bata, vendaje de miembros inferiores y botas.
- Colocar Vía Endovenosa Periférica en Miembro Superior Izquierdo con bránula N°18 y seguir indicaciones medicas como colocación de SNG, sonda Foley, etc.
- Administrar medicamentos según prescripción médica.

- Administrar antibiótico profilaxis según indicación médica, observe posibles reacciones anafilácticas.
- Verificar que la Historia Clínica esté ordenada, con todos los exámenes solicitados.
- Realizar las anotaciones de Enfermería.
- Pasar al paciente en camilla al quirófano.

3. Cuidados post operatorios: El postoperatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y el paciente ingresa en la Unidad de Recuperación Post Anestésica. Algunos pacientes que reciben un anestésico local, o que son sometidos a intervenciones que no requieren anestesia general, pueden pasar desde el quirófano a su habitación o ser dados de alta. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de sólo pocas horas o abarcar varios meses. Tan pronto se reciba al paciente, coloque en su cama, la Enfermera realizara la valoración de éste: (28)

- Controlar las funciones vitales cada media hora durante las primeras 4 horas.
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias: profundidad, ritmo e inspiración.
- Observar los apósitos quirúrgicos y los drenajes, valorar características de las secreciones: color, consistencia y olor.
- Valorar el estado de la piel: hipotermia o hipertermia, palidez, sudoración.
- Valorar función neurológica cada 15 minutos, para comprobar el grado de repuesta sensorial y motora y el nivel de conciencia.
- Controlar las pérdidas de líquido por: SNG, Sonda Foley, dren y apósitos.
- Controlar y registrar la diuresis a horario. En caso el paciente no orina en las primeras 6 horas y la Vejiga está distendida, estimular la evacuación con medios físicos y de ser necesario sondear al paciente para su evacuación.

- Valorar y disminuir la presencia del dolor, náuseas y vómitos. Administrar el medicamento indicado para el dolor y antibióticos de estar indicado.
- Facilitar el ingreso de familiares para que visiten a su paciente y este se encuentre tranquilo al igual que ellos.

1. Estancia Hospitalaria: Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo del indicador se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia. (24)

CAPÍTULO III.

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

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : F.P.D.
N° HC : 11690
Sexo : Masculino
Edad : 40 años
Estado Civil : Casado

DNI : 73489875
F Nacimiento : 05/02/80
Peso : 75 kg.
Talla : 1.72 cm
Grupo y F.S : B RH +
Hospital : "Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López"
Servicio : Cirugía General.
Fecha : 10/01/2020
Religión : Evangelista

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente adulto maduro ingresó a la consulta por emergencia, refirió que un día antes del ingreso presentó dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho de intensidad 8/10 no irradiado, posterior a la ingesta de comida copiosa. Nuevamente presenta dolor abdominal intenso acompañado de náuseas y vómitos acude al Hospital de Chancay, donde le administran analgésicos y realizan exámenes auxiliares.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Colecistitis Aguda Complicada operado con Técnica mínimamente invasiva COLELAP + colocación de drenaje laminar

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES: Nació de madre multípara, por parto normal.

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES: Paciente tiene trabajo eventual, percibe S/. 850.00, es beneficiario del SIS

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.

Temperatura: 37.8° centígrados.

Saturación de Oxígeno: 98%

FiO₂: 0.21%

Presión Arterial: 100/60 mmHg

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

El Arreglo Personal: La higiene personal conservada.

El Estado de la Piel: Tez morena, textura suave, sin erupciones cutáneas, se evidencia vía periférica en miembro superior izquierdo, zona operatoria enrojecida y presencia de Tubo Kehr.

Tono y la Modulación de la Voz: Voz ronca

La Posición: Semi Fowler.

Postura Adoptada: Permanece acostado.

La Expresión Facial: Emocionales de dolor y/o malestar.

Movimientos Corporales: Si hay movimientos de miembros superiores e inferiores y flexión de rodillas.

La Marcha: Paciente en cama

La Estatura: 1.72 cm aproximadamente.

La Forma/Estructura Corporal: Anatómicamente proporcional, estructura corporal atlético.

La Conformación Corporal: Manos y pies completos.

El Estado Nutricional: Normal de acuerdo al peso y la talla
Cuero Cabelludo: Sin caspa.
Cabello: Negro.
Cara: Simétrica,
Ojos: Movimientos oculares en relación a la posición y alineamiento.
Escleras normales.
Estado de audición: Normal
Nariz y senos para nasales: Normal
Boca: Halitosis medicamentosa. Aun no ingiere líquidos por vía oral.
Cuello: movilidad del cuello normal.
Ganglios linfáticos: No palpables.
Examen Pulmonar: Patrón respiratorio normal
Examen Cardíaco: Función y actividad cardíaca normal.
Examen del Abdomen: Se observa puntos operatorios supra umbilical, supra púbicos y drenaje Kehr en bolsa de ostromía, abdomen distendido, ruidos intestinales anormales.
Examen Neurológico: Paciente despierto lucido orientado en tiempo espacio y persona. Respuesta ocular verbal y motora normal.
Examen génito urinario: Micción espontanea, orina colúrica.

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

1.6.1. HEMOGRAMA COMPLETO

Leucocitos 15.900
Neutrófilos 11.000
Eosinófilos 0.00
Abastionados 1%
Hemoglobina 12.2 g/dl
Plaquetas 267000
PCR: 2.81
PERFIL HEPÁTICO:
• BT 0.5
• BD: 0.2

- BI: 0.3
- FOSFATASA ALCALINA 198
- PROTEINAS TOTALES: 6.2
- TGO 32
- TGP 33

UREA 13

CREATININA 0.67

GLUCOSA 100

PERFIL DE COAGULACION:

- TP 13
- INR 1
- FIBRINOGENO 300
- Tiempo de coagulación: 6 min
- Tiempo de sangría: 2min

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR: B +

1.6.2. ECOGRAFIA ABDOMINAL: Signo de Murphy ecográfico positivo. Se evidencia cálculo en vesícula biliar de 1x1cm. Pared vesicular de 4.1mm. Barro biliar.

Hallazgos compatibles con colecistitis aguda litiásica.

Hallazgos compatibles con colecistitis aguda litiásica.

1.6.3. RADIOGRAFIA DE TORAX: DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.

1.6.4. DIAGNOSTICO:

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

COLECISTITIS AGUDA NO COMPLICADA.

PO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA POR COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA.

1.6.5. PIEZA OPERATORIA: Vesícula biliar.

1.6.6. HALLAZGOS: Vesícula biliar única con líquido biliar claro, contiene cálculo único de 1x1 cm aproximadamente.

Paciente tolera cirugía y pasa a recuperación estable.

Pieza operatoria se envía a anatomía patológica.

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

1. NPO + SNG a gravedad
2. DEXTROSA 5%A.D. + HIPERSODIO 20% A 45GTS X MIN.
3. KETOPROFENO 100 mg EV C/8 horas
4. TRAMADOL 100mg SC PRN dolor intenso
5. PARACETAMOL 1 gr EV PRN T° MAYOR O IGUAL 38°C.
6. CFV+BH

1.7.1. DIA DE HOSPITALIZACIÓN N° 1

Paciente varón de 40 años con los siguientes diagnósticos:

PO1 DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA POR COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA.

Paciente en su postoperatorio 1 con SNG para drenaje con 200 cc de residuo bilioso, a la evaluación sin signos de alarma, ventilando espontáneamente.

Al examen preferencial a nivel abdominal: Incisión de trocates con bordes afrontados, con leve signo de flogosis, cubierto por gasas con escaso contenido serohemático, presencia de dren Kehr con salida de secreción serohemática (5cc). Abdomen blando, depresible. BHE (-)120cc.

Terapéutica:

- Retirar SNG
- Probar tolerancia oral.
- Ketoprofeno 100mg EV C/8 horas
- Tramadol 100 mg IM PRN dolor intenso
- Paracetamol 1gr EV PRN fiebre.
- CFV+BH

1.7.2. DIA DE HOSPITALIZACIÓN N° 2

A la evaluación: Paciente con buena tolerancia oral, no signos de alarma, funciones vitales estables; a la evaluación, a nivel se abdomen se evidencia incisión se trocates con bordes afrontados con leve signo de flogosis. Timpánico.

Balance hídrico positivo 200cc, flujo urinario adecuado. Dren Kehr 4cc seroso.
Paciente refiere no realizar deposiciones desde el día de la cirugía.

Se solicita control:

- Hemograma
- PCR

Terapéutica:

- Vía Salinizada
- Ketoprofeno 100 mg EV C/8 horas.
- CFV+BH

HEMOGRAMA COMPLETO

Leucocitos 10.000

Neutrófilos 7000

Eosinófilos 0.00

Abastionados 0%

Hemoglobina 12 g/dl

Plaquetas 271 000

PCR: 0.5

1.7.3. DIA DE HOSPITALIZACIÓN N° 3

Paciente con buena tolerancia oral, afebril, con funciones vitales estables, realiza deposición de características normal, elimina flatos. Balance hídrico positivo 120cc y flujo urinario adecuado. Dren Kehr 1cc seroso.

Al examen físico: FC: 85 LPM, FR 20 RPM, T 37°C

Abdomen: incisión de trocares con bordes afrontados, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en cuadrante superior derecho. No timpanismo.

Actualmente con criterios de alta médica.

Terapéutica:

- Retirar Dren Kehr
- Retirar Vía Salinizada
- Ketoprofeno 100 mg VO C/8 horas por 3 días.
- Lactulosa 20 cc VO cada 24 horas por 5 días.

- Acudir por consultorio externo de Cirugía en 5 días.
- Acudir por emergencia si presenta signos y/o síntomas de alarma.
- Retiro de puntos en una semana.

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: Conocimiento de la enfermedad.

Clase 2. Gestión de salud: Conoce las complicaciones.

DOMINIO II. Nutrición Paciente en NPO, con SNG para drenaje con 200 cc de residuo bilioso. T° 37,8°C, control de BH negativo

Clase 1. Ingestión: Paciente no ingiere alimentos, en NPO

Clase 2. Digestión: No hace deposición porque, aun no ingiere alimentos sólidos.

Clase 3. Absorción: No evaluable.

Clase 4. Metabolismo: No evaluable.

Clase 5. Hidratación: Volumen Total 3000 cc en 24 horas por vía endovenosa.

DOMINIO III. Eliminación.

Clase 1. Función urinaria: Orina colúrica.

Clase 2. Función gastrointestinal: Dolor en zona operatoria no puede eliminar flatos

Clase 3. Función tegumentaria: No evaluable.

Clase 4. Función respiratoria: Normal no signos de atelectasia.

DOMINIO IV. Actividad y reposo Dependencia grado III.

Clase 1. Reposo/sueño: No puede conciliar el sueño.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Paciente en cama temor al sangrado.

Clase 3. Equilibrio/energía: No evaluable.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Dolor en zona operatoria a la inspiración profunda o al toser.

Clase 5. Autocuidado: Sigue al pie de la letra los cuidados

DOMINIO V: Percepción – Cognición No alterado

Clase 1. Atención: Hace caso órdenes.

Clase 2. Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.

Clase 3. Sensación-percepción: No evaluable.

Clase 4. Cognición: Preocupación por su trabajo.

Clase 5. Comunicación: Normal.

DOMINIO VI. Auto percepción

Clase 1. Autoconcepción: No podrá hacer esfuerzo físico por buen tiempo, su trabajo requiere de fuerza.

Clase 2. Autoestima: Refiere que solo sirve para trabajos pesados.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones No alterado

Clase 1. Rol de cuidador: Preocupación permanente.

Clase 2. Relaciones familiares: Recibe visita de familiares.

Clase 3. Desempeño del rol: Obedece a las recomendaciones.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: Definida: sexo masculino.

Clase 2. Función sexual: No evaluable.

Clase 3. Reproducción: Tiene dos hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Temor a lo desconocido.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Temor a la movilización, al dolor y la estancia hospitalaria.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Angustiado quiere estar en casa y reintegrarse pronto a su trabajo.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: El trabajo y su familia son importantes.

Clase 2. Creencia: Profesa la religión Evangélica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: No evaluable.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Se evidencia leve signo de flogosis en sitio operatorio.

Clase 2. Lesión física: Dren Kehr con salida de secreción serohemática en zona abdominal y puntos operatorios cubiertos con apósito.

Clase 3. Violencia: No evaluable.

Clase 4. Peligros del entorno: No evaluable.

Clase 5. Procesos defensivos: No evaluable.

Clase 6. Termorregulación: Temperatura corporal 37.5° C. se vigila signos de alarma.

DOMINIO XII. Confort: Presenta dolor en abdomen (zona operatoria) y lo demuestra mediante: Escala de Eva 8/10 Gemidos, Inquietud, Irritabilidad, Síntomas de malestar como: Frecuencia respiratoria 28 x min. F.C.: 90 x min. PA:100/60 mmHg.

Clase 1. Confort Físico: La cama es incomoda (deteriorada por el uso).

Clase 2. Confort del entorno: Hacinamiento hospitalario, en verano es muy caluroso, la infraestructura es de material drywall, tenemos deficiencia en las instalaciones de agua y desagüe. (una sola ducha, 2 inodoros para 22 camas).

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: No evaluable.

Clase 2. Desarrollo: No evaluable.

I. ESQUEMA DE VALORACIÓN:

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

Piel: Presencia de procedimientos invasivos, lesiones por venopunción (Catéter Venoso Periférico), Sonda Nasogástrica, Dren Kehr, leve signo de flogosis en puntos laparoscópicos.
Hidratación: Hidratación Endovenosa, BHE (-)
Nutrición: Paciente con SNG a gravedad, drenando secreción biliar 200cc en NPO. Día 1 de Post operatorio se retira SNG e inicia Tolerancia oral.
Abdomen: distendido no puede eliminar gases. Dolor en zona operatoria al toser, con Dren Kehr en zona operatoria, con secreción serohemática.
Ansiedad
Orina colúrica.
Movilidad solo en cama.

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

Coordinar con:

- LABORATORIO (Hemograma completo, GUC, Amilasa y Lipasa, ECO)
- Ecografía
- Avisar al cirujano de guardia Abdominal

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

Riesgo del deterioro de la integridad cutánea

Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud

Riesgo de Hipertermia

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

Dolor agudo relacionado Intervención Quirúrgica

Riesgo de lesión perioperatoria

Riesgo de sangrado relacionado con Intervención Quirúrgica.

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor.

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Presencia de SNG
- Dren Kehr en zona operatoria
- Lesión por venopunción por catéter periférico.
- Dependencia total
- Salida de secreción serohemático
- Paciente en NPO
- Dolor en zona operatoria
- Ansiedad
- Orina colúrica.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Riesgo del deterioro de la integridad cutánea.
 - Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud.
- Riesgo de Hipertermia.
- Dolor agudo relacionado con Intervención Quirúrgica.
- Riesgo de lesión peri operatoria.
- Riesgo de sangrado relacionado con Intervención Quirúrgica.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo del deterioro de la integridad cutánea.	Presencia de Dren Kehr y puntos laparoscópicos.	Signos de flogosis en herida operatoria.	Riesgo del deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos E/P presencia de procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG), puntos laparoscópicos, piel al tacto caliente.
Ansiedad	Cambios en el estado de salud.	La expresión de su preocupación, inquietud e irritabilidad y voz temblorosa.	Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa e irritabilidad.
Riesgo de Hipertermia	Presencia de dispositivos invasivos.	Signos de flogosis en herida operatoria y T° 37.8°C Axilar.	Riesgo de Hipertermia R/C procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG) E/P piel caliente al tacto.
Dolor agudo	Presencia de herida operatoria.	Escala de EVA 8/10 pts.	Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P presencia de herida operatoria, gemidos, irritabilidad, síntomas de malestar, Escala de EVA 8/10.
Deterioro de la movilidad física	Permanece en cama.	Temor a la movilización.	Deterioro de la movilidad física relacionado con presencia del dolor agudo.

III. PLANIFICACIÓN:

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00047 Riesgo del deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos E/P presencia de procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG), puntos laparoscópicos, piel al tacto caliente.</p>	<p>Código: 1902</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del riesgo de integridad cutánea. • Reconoce factores de riesgo (/01) • Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04) • Detección del riesgo (1908): de infección • Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01) • Termorregulación (0800) • Hipertermia (/19) • Sudoración con el calor (/10) • Frecuencia del pulso radial (/12) 	<p>Código: 6550</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección contra infecciones • Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. • Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. Control de infecciones (6540): -Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. • Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico. • Vigilar la aparición de fiebre, hacer cultivos de sangre, orina o material exudado, si procede. 	<p>Paciente disminuye el alto riesgo de infección de sitio operatorio con las intervenciones constantes de enfermería.</p>

<p>Código: 00146 Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa, irritabilidad.</p>	<p>Código: 1211</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ansiedad, escala de grave a ninguna (1-5) • Indicadores ataque de pánico • Aumento de la frecuencia respiratoria 	<p>Código: 5820 Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en el paciente. • Utilizar un enfoque sereno, que de seguridad. • Escuche las expresiones de sentimientos y creencias • Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados • Ayude al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan • Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas • Educar sobre el manejo de herida operatoria. <p>Código: 5270 apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comente la experiencia emocional con el paciente • Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los medios • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional • Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuye la duración de la ansiedad • Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes • Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad • Refiere que a pesar de todo duerme y me siento descansado cuando amanece. • Paciente muestra aceptación sobre sus secuelas de su enfermedad y adaptación al entorno participando en su autocuidado
--	---	---	---

Riesgo de Hipertermia R/C procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG)	Autocontrol de la enfermedad aguda Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda Control del riesgo: hipertermia Estado de comodidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Baño de esponja. • Control de infecciones • Manejo ambiental • Manejo de la medicación • Manejo de líquidos • Monitorización de los signos vitales • Prescribir medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantendrá normo termia.
---	---	--	--

E/P piel caliente al tacto.	física Hidratación Nivel de malestar	<ul style="list-style-type: none"> • Protección contra las infecciones • Regulación de la temperatura perioperatoria. • Regulación hemodinámica • Tratamiento de la fiebre 	
Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P presencia de herida operatoria, gemidos, irritabilidad, síntomas de malestar, Escala de EVA 8/10.	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido (/01) • Conducta de salud: Control del dolor (1605) • Refiere dolor controlado (/11) 	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. • Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. • Administración de analgésicos (2210): • Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia. • 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). • Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente expresa alivio a dolor en su estancia hospitalaria.

		respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.	
Deterioro de la movilidad física relacionado con presencia del dolor agudo.	Movilidad (0208) - Movimiento muscular (/03) Ambulación, andar (0200)	<p>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse. • Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexo extensión que se puedan hacer en la cama. (0200) • Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía. • Fomentar la deambulacion precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente inicia la movilización asistida.

IV. EJECUCION Y EVALUACION:

S	Paciente adulto maduro refiere: "Me duele la herida"
O	Paciente adulto maduro de 40 años, sexo masculino, con diagnostico medico de Colecistitis Aguda complicada (K81) ingresa al servicio de Cirugía general cama N° 04, procedente de Recuperación con diagnostico postoperatorio Colelap + dren Kehr, grado de dependencia III. Despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Con vía periférica en miembro superior izquierdo pasando NaCl 9‰ 400cc por pasar, piel pálida, abdomen distendido, doloroso a la palpación, puntos operatorios ligeramente enrojecidos, con dren Kehr en bolsa de ostomía, con salida de secreción serohemática. Se le controla funciones vitales T 37. °C, PA 100/60mmHg, Pulso 90 latidos x minuto, respiración 20 x minuto.
A	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo del deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos E/P presencia de procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG), puntos laparoscópicos, piel al tacto caliente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa, irritabilidad • Riesgo de Hipertermia R/C procedimientos invasivos (Catéter Venoso Periférico, Dren Kehr y SNG) E/P piel caliente al tacto. • Dolor agudo R/C agente lesivo físico E/P presencia de herida operatoria, gemidos, irritabilidad, síntomas de malestar, Escala de EVA 8/10. • Deterioro de la movilidad física relacionado con presencia del dolor agudo
P	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar la integridad cutánea. • Disminuir riesgo de Infección de sitio operatorio. • Disminuir la ansiedad del paciente. • Minimizar la aprensión y el temor. • Minimizar el dolor con analgesia por razones necesarias y horarias. • Vigilar constantemente lesión perioperatoria. • Vigilar contenido, color de salida del drenaje o cualquier signo de alarma. • Iniciar movilización asistida y ejercicios respiratorios.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos de alarma, control de funciones vitales a horario. • Comprobación SNG (sujeción, permeabilidad...) • Explicar todos los procedimientos a realizar. • Manejo del dolor: Administrar Analgesia. • Fomentar una respiración lenta y profunda. Enseñar a toser de manera efectiva. • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación. Escuchar con atención, crear un ambiente que facilite la confianza. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir sus temores.

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de la piel. • Curación de herida operatoria. • Mantener los apósitos bien pegados y limpios. Utilizar técnica estéril para cambio de apósito y bolsa de ostomía. • Balance hídrico estricto. • Hidratación endovenosa. • Movilización asistida hacia los servicios higiénicos. • Ejercicios respiratorios cada hora. • Inicio de la tolerancia oral. • Envío de exámenes de laboratorio. • Proporcionar o retirar mantas para mantener la temperatura adecuada. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar sudor, hidratar labios, enjuagar la boca...) • Proporcionar una cama limpia y cómoda. • Permitir que un familiar se quede con el paciente.
E	<p>Paciente queda en su unidad: tranquilo, hemodinámicamente estable, T° 36.8°C, con apósitos limpios y secos, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, tolerando la vía oral, y con vigilancia continua de signos de alarma: temperatura y drenaje. Queda en observación continua en compañía de familiares</p>

FUENTE:

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

CONCLUSIONES

1. El proceso de atención enfermería (PAE) es un instrumento de vital importancia que nos permite brindar en forma oportuna los cuidados de Enfermería que el paciente requiere para la recuperación de su salud.
2. Todo paciente quirúrgico presenta dolor en zona operatoria, por lo tanto, la Enfermera debe valorar: localización, características, intensidad, observar claves no verbales de dolor, especialmente en aquellas personas que no puedan comunicarse eficazmente.
3. Las actuaciones de enfermería se centrarán en el tratamiento, seguimiento y valoración de la herida (localización, tamaño, aspecto, características del exudado, estado de la piel perilesional, dolor, olor, signos de infección), así como en las medidas que favorezcan su cicatrización (dieta variada, aporte suplementario de vitaminas y proteínas etc.).
4. La Enfermera debe realizar la curación de la herida operatoria al menos una vez al día, teniendo en cuenta las medidas de asepsia y antisepsia, con el propósito de mantener una correcta esterilidad y evitar la infección de la herida quirúrgica.
5. La inmovilización del paciente quirúrgico puede ser la causa de muchas complicaciones postoperatorias como la pérdida de tono muscular, atelectasia, estreñimiento y otros. Para evitar estos problemas, la enfermera, debe concientizar al paciente, desde su ingreso. en realizar movilizaciones y deambulaciones precoces y progresivas, siempre y cuando no estén contraindicadas.

RECOMENDACIONES

1. Aplicar la Escala Visual Análoga (EVA), que permite valorar la intensidad, características y localización del dolor y evitar el tiempo de exposición al dolor en el paciente quirúrgico.
2. Valorar la herida operatoria: calor local, eritema, dolor, edema, signos de flogosis y equimosis para prevenir complicaciones como infección de herida operatoria.
3. Vigilar el contenido (cantidad, olor y características) del drenaje ya que la mayoría de complicaciones de pacientes operados es por hemorragias y dehiscencia de puntos operatorios.
4. Concientizar al paciente sobre la importancia de la movilización y deambulación precoz, siempre y cuando no esté contraindicado, realizar ejercicios respiratorios para evitar la atelectasia post operatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pino L, Rebollo H, Sanz J, Valle T. Manual de Seguridad del Paciente Quirúrgico Gobierno de Cantabria CdSySS, editor. Cantabria: Imprenta Regional de Cantabria; 2014.
2. Dakovic S, Murphree S, Mauchaza BySS. Colectomía laparoscópica en Zimbabwe: Presentación de los primeros 100 casos. Revista Cubana de Cirugía. 1995; 34(2).
3. Ozcoidi L. Colectomía Laparoscópica de Urgencia versus Programada en el tratamiento de la Colectitis Aguda. Tesis. Navarra: Universidad Pública de Navarra, Investigación en Ciencias de la Salud; 2015.
4. Amores T, Marrero J, García J. Repercusión de la colectomía laparoscópica en el paciente geriátrico. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018; 17(6).
5. Olaya C, Carrasquilla G. Meta-análisis de efectividad de la colectomía laparoscópica frente a la abierta. Revista Colombia de Cirugía. 2006 Abril-Junio; 21(2).
6. Prieto R. Complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colectomía laparoscópica Hospital Luis Vernaza año 2014-2015. Tesis. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
7. Castañeda I, Mariño A, Reátegui A. Características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a colectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital Cayetano Heredia 2014 -2016. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
8. Franco R. Factores asociados a complicaciones de la Colectomía Laparoscópica. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2013.
9. Hospital de Chancay. Información sobre colectomía. Tesis. Chancay: Hospital Chancay y SBS Hidalgo Atoche López , Unidad de Estadística; 2019.
10. Plannels M, Arnal C, Garcia R, Cervera M, Carrau M. Colectomía laparoscópica ambulatoria por minilaparoscopia versus colectomía laparoscópica ambulatoria multipuerto tradicional. Estudio prospectivo aleatorizado. Medicina en Español. 2016 Febrero; 94(2).

11. Saldaña R, Elizalde V. Complicaciones de la colecistectomía Intervención: Temprana VS Tardía en el Hospital Privado "Jesús Médico". Tesis. Ciudad de México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2017.
12. Miranda C, Armele C, Alfonzo A, Aranda J, Cameron S, Chávez D, et al. Causas de conversión de colecistectomía videolaparoscópica en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica y el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, FCM UNA (2015-2018). Scielo. 2020 Abril; 44(1).
13. Fernández L. Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el hospital de vitarte en el periodo 2014-2017. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
14. Abanto L. Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria postoperatoria prolongada en colecistectomía laparoscópica. Hospital Belén de Trujillo. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2015.
15. Fung R. Frecuencia de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital de Vitarte durante el periodo 2015. Tesis. Lima : Universidad Privada , Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
16. Orem D. Modelos y Teorías en enfermería, teoría enfermera del déficit de autocuidado Taylor S, editor. Savannah: Springer Publishing Company; 2003.
17. Prado L, Gonzalez M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica - Scielo. 2014; 36(6).
18. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017 Setiembre-Diciembre; 19(3).
19. Lindenmeyer C. Manual Merck. [Online].; 2020 [cited 2020 Setiembre 20. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADas-biliares/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADas-biliares>.
20. Infobae. [Online].; 2019 [cited 2020 Setiembre 23. Available from: <https://www.infobae.com/salud/2019/07/30/que-es-la-vesicula-y-que-funcion-cumple-en-el-organismo/>.

21. Veiga M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados. Tesis doctoral. La Coruña: Universidad de La Coruña, Programa de Doctorado Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar; 2015.
22. Mena D, González V, Cervera Á, Salas P, Orts M. Cuidados Básicos de Enfermería. Primera ed. I PdlUJ, editor. Castellón de la Plana: Unión de Editoriales Universitarias Españolas; 2016.

ANEXOS



HOSPITAL DE CHANCAY
SERVICIO DE CIRUGIA
KARDEX DE ENFERMERIA



N.A. Felipe Paredes Diaz
Dx NO Colelap + colocación de drenajes Lansen
Dolor agudo n.c. Int. Ox. 2/lps/mm
ALERGIAS A MEDICAMENTOS (N/D) / UROLOGIA ()
SERVICIO CIRUGIA / TRAUMATO ()
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL INGRESO

EDAD 40 años
N. CAMA Cx 01
PESO 75 kg
TIPO SEG SISJ
N. A.C. 11690
F. 10/01/18:00
DNE
CTA.

INDICACIONES	10.01.20	11.01.20	12.01.20
DATA		T.O / D.B	D.C.
N.P.O. + SNG a gravedad		V.S.	V.S.
Dext. 5% AD + HS 20% (1) 45 gotas	1		
Ketoprofeno 100mg 6/c/h.	2	1	1
Tramadol 100mg 8c PRNd dolor intenso	1		
Paracetamol 1g 6c PRNd T ^o ≥ 38°C			V.O. c/h. 2-10
Dren Kehr	N=5cc	Mf=9 N=1	MT=0
CPG - BHe.		BHE (-) 20cc (+) 200cc	
CONSUMO DE OXIGENO POR NEBULIZACIÓN			
CONSUMO DE OXIGENO POR DIA			
PRUEBAS ESPECIALES			
FECHA Y HORA DE CITAS			
INTERCONSULTAS			
EXAMENES RADIOLOGICOS			
EXAMENES DE LABORATORIOS			
		Hpmf PCR	
	Sello y Firma de Enfermero (a) Turno	Sello y Firma de Enfermero (a) Turno	Sello y Firma de Enfermero (a) Turno