



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA HOSPITAL III ESSALUD JULIACA – 2020

PRESENTADA POR:

MARUJA ELENA HUANCA YANARICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

PUNO - PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

AUTOR

MARUJA ELENA HUANCA YANARICO

RECuento DE PALABRAS

14691 Words

RECuento DE CARACTERES

88307 Characters

RECuento DE PÁGINAS

84 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.4MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 18, 2023 5:12 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 18, 2023 5:13 PM GMT-5

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos es:

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

Mtra. Yabel M. Calsin Apaza
ENFERMERA
CEP 31350



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADÉMICO

Atención de enfermería en la unidad de recuperación postanestésica en colecistectomía laparoscópica. Hospital III EsSalud Juliaca – 2020.

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

Lic. Maruja Elena Huanca Yanarico

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:


Enfermería en Centro Quirúrgico

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO

PRESIDENTE


:
Dra. Frida Judith Malaga Yanqui

PRIMER MIEMBRO


:
Dra. Frida Lipa Tudela

SEGUNDO MIEMBRO


:
Dra. Maria Antonieta Bernabe Ortiz

ASESOR Y DIRECTOR


:
M.Sc. Margot Alenjandrina Muñoz Mendoza

Área: Ciencias medicas y de salud: Ciencias de la Salud

Tema: Atención en unidad de recuperación.

Fecha de sustentación: 20 de abril del 2023



DEDICATORIA

A DIOS, por darme la vida, por iluminar mi mente, para poder continuar y vencer las adversidades que son necesarias para mi desarrollo personal y profesional, sobre todo por darme su bendición de tener una hermosa familia.

Con mucho amor a mi querido esposo Javier e hijos Carlos Junior, Elvis Jampier y Verónica, quienes son mi motivo más grande para lograr cada una de mis metas, por estar conmigo en todo momento, apoyándome y alentándome para seguir adelante.

Con mucho amor y eterna gratitud, a MSc. Margot Alejandrina. Por brindarme su apoyo incondicional por hacer de mi una persona, con sus sabios consejos su motivación constante, para lograr aculminar mi especialidad.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno, por convertirse en la institución que me otorgó el grado de especialización.

Al Director del Hospital III EsSalud Juliaca y coordinadores del Centro Quirúrgico que permitieron la realización de las prácticas de especialidad y el desarrollo del presente trabajo monográfico.

AlaMgtr. Haydee Pineda Yucra, por ser excelente docente de prácticas y formadora de exitosos profesionales de Salud.

A mis Jurados, mis eternos agradecimientos por brindarme su tiempo, por las sabias orientaciones durante el proceso de sustentación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

INDICE DE TABLAS

| | |
|----------------------|-----------|
| RESUMEN | 11 |
| ABSTRACT..... | 12 |
| TÍTULO:..... | 13 |

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL CASO

| | |
|--|-----------|
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO.. | 14 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN..... | 16 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 16 |
| 1.3.1. Objetivo General | 16 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 16 |

CAPITULO II

REVISIÓN TEÓRICA

| | |
|--|-----------|
| 2.1. PATOLOGÍAS DE VÍAS BILIARES | 18 |
| 2.1.1. Fisiopatología | 18 |
| 2.1.2. Aspectos epidemiológicos | 19 |
| 2.2. ANESTESIA GENERAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA | |
| | 19 |
| 2.2.1. Consideraciones de la anestesia general inhalatoria | 19 |
| 2.2.2. Manejo anestésico de la cirugía laparoscópica | 20 |



| | |
|---|-----------|
| 2.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA | 24 |
| 2.3.1.Cuidados de enfermería en el posoperatorio | 24 |
| 2.4. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN (URPA). | 25 |
| 2.4.1.valoración de enfermería | 26 |
| CAPITULO III | |
| PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS | |
| 3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS..... | 31 |
| 3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS | 31 |
| CAPITULO IV | |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | |
| 4.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA | 35 |
| 4.1.1. Valoración del paciente | 35 |
| 4.1.2. Causa de consulta..... | 35 |
| 4.1.3. Enfermedad actual | 36 |
| 4.1.4. Tratamiento:..... | 36 |
| 4.1.5. Exámenesauxiliares | 37 |
| 4.1.6. Antecedentes | 38 |
| 4.1.7. Examen físico | 38 |
| 4.1.8. Exploración física céfalo caudal | 39 |
| 4.1.9. valoración de proceso de atención de enfermería..... | 41 |
| 4.2. DATOS RELEVANTES SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASE..... | 44 |
| 4.3. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. | 54 |
| FECHA | 66 |



| | |
|---|-----------|
| V. CONCLUSIONES..... | 68 |
| VI. RECOMENDACIONES | 69 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 70 |
| ANEXOS..... | 77 |

Área: Ciencias medicas y de salud: ciencias de la salud

Tema: Atencion de Enfermeria Urpa Essalud

Fecha de sustentación: 20 de abril del 2023



INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Escala de Glasgow | 29 |
| Tabla 2. Interpretación de Glasgow | 29 |
| Tabla 3. Escala de aldrete | 30 |
| Tabla 4. Examen de laboratorio pre quirúrgico | 37 |
| Tabla 5. Clasificación de dominios y clases. | 44 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Escala visual analógica (EVA)..... | 28 |
|---|----|



RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo la aplicación del proceso de atención de enfermería en el paciente posoperado inmediato de colecistectomía Laparoscópica, en la unidad de recuperación postanestésica, cumpliendo con sus 5 etapas: Valoración, diagnóstico planificación, ejecución y evaluación. En el proceso se identifican los dominios afectados, se plantean objetivos priorizando los diagnósticos, se planea la atención se ejecuta y evalúa el caso descrito, se realiza la valoración cuidadosa y la intervención inmediata que nosayuda ala prevención de complicaciones y a la recuperación de la función normal con rapidez, seguridad y comodidad observando una evolución favorable al término del proceso. Se seleccionaron 4 diagnósticos de enfermería de 4 dominios siendo según prioridad los siguiente: 1. Código NANDA: 00032. Patrón Respiratorio Ineficaz r/c con efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea. 2. Código NANDA: 00128 Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas manifestado por inconciencia 3. Código NANDA: 00254 Riesgo de Hipotermia perioperatoria r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico 24° 4. Código NANDA: 00132 Dolor agudo r/c agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) m/p por expresión facial de dolor, EVA: 6/10. Se concluye que la atención de enfermería es un proceso importante, al ser el método más apropiado, al garantizar el cuidado de calidad y humanizado, que está por encima del procedimiento quirúrgico (cirugía laparoscópica) de mayor selección actualmente.

Palabras Clave: Colecistectomía laparoscópica, Enfermería post anestésica, Proceso de enfermería.



ABSTRACT

The present work had as objective the application of the nursing care process in the immediate post-operated patient of Laparoscopic cholecystectomy, in the post-anesthetic recovery unit, complying with its 5 stages: Assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. In the process, the affected domains are identified, objectives are set prioritizing diagnoses, care is planned, the described case is carried out and evaluated, careful assessment and immediate intervention are carried out that help us to prevent complications and recover from illness. normal function quickly, safely and comfortably, observing a favorable evolution at the end of the process. 4 nursing diagnoses from 4 domains were selected, the following according to priority: 1. NANDA Code: 00032. Ineffective Respiratory Pattern r/c with anesthetic effects evidenced by dyspnea, use of accessory muscles of respiration, tachypnea. 2. NANDA Code: 00128 Acute confusion r/c effects of anesthetic drugs manifested by unconsciousness 3. NANDA Code: 00254 Risk of perioperative hypothermia related to prolonged exposure to the surgical environment 4. NANDA Code: 00132 Acute pain Acute pain r/c injuring agent physical (surgical procedure) m/p due to facial expression of pain, VAS: 6/10. It is concluded that nursing care is an important process, as it is the most appropriate method, guaranteeing quality and humanized care, which is above the surgical procedure (laparoscopic surgery) that is currently the most widely selected.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, Post anesthesia nursing, Nursing process.



TÍTULO:

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POSTANESTÉSICA. EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. HOSPITAL
III ESSALUD JULIACA – 2020.**



CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 74 años de edad, de sexo masculino ingresa al servicio de emergencia del Hospital III EsSalud Juliaca, el día 01 de enero 2020 con dolor en hipocondrio derecho, intermitente al inicio y hace 7 horas se hace continuo, acompañado de ictericia, náuseas, vómitos en varias oportunidades, es hospitalizado para tratamiento y control. Se solicita exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, I/C.a cirugía general. Siendo el diagnóstico: Colecistitis Aguda litiasica

Se hospitaliza en cirugía cama 8 para recibe tratamiento endovenoso durante cinco días.
CLNa 45 gtas x`EV.

Ciprofloxacino 200mg C/12 horas EV.

Metronidazol 500 mg C/8 horasEV.

Metamizol 2 gr C/ 8 horas EV.

Omeprazol 2 mg. C/ 24 horas EV.

Dimenhidrinato 50 mg. C/ 8 horas EV.

CFV.

El día 06 de enero es programado a una intervención quirúrgica, con diagnóstico de CALECISTITIS AGUDA LITIASICA.

Tratamiento quirúrgico : Colecistectomía Laparoscópica

Anestesia : General inhalatoria

Duración Intervención : 1 hora

Al término de la intervención quirúrgica el paciente es trasladado a la unidad de recuperación por el médico anestesiólogo y la enfermera circulante donde se da atención de enfermería en base al proceso.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar empleando un laparoscopio (instrumento quirúrgico de carácter endoscópico) las principales indicaciones clínicas que motivan su realización son la presencia de cálculos biliarescolelitiasis, coledocolitiasis y colecistitis. Para esta técnica generalmente usan la anestesia general inhalatoria. Sin embargo, las complicaciones derivadas de este procedimiento que estarán eminentemente relacionadas con los riesgos intrínsecos a la anestesia general y la propia cirugía, pueden ser incluso letales. Algunas de los más frecuentes son: Infecciones postquirúrgicas,



alteraciones respiratorias, eventos hemorrágicos o tromboembólicos.

A nivel mundial cada vez es mayor el número de personal que padecen patologías de la vesícula biliar teniendo una gran relevancia como problema clínico quirúrgico (5), dado que la prevalencia en la zona occidental indica entre un 10% al 30% en los pobladores. En Latinoamérica se encontró que el 5% a 15% de los habitantes han sido diagnosticados con litiasis vesicular.

Se entiende a la colelitiasis como la presencia de cálculos en la vesícula biliar, esta se incrementa con la edad, con una frecuencia cercana al 20% en mayores de 40 años, incrementándose al 30% en mayores de 70 años(1). En mujeres la tendencia a presentarse es mayor hasta tres veces en comparación a las cifras en varones de la misma edad(2). Existen otros factores que se asocian como la obesidad, factores genéticos, condiciones médicas previas, medicamentos, la dieta e incluso el origen étnico(3).

Actualmente se reporta que más de 80% de los pacientes con litiasis vesicular son asintomáticos, la colecistitis aguda se desarrolla en 1 - 3% de los pacientes con litiasis; sin embargo, se afirma que 50% de los pacientes asintomáticos se harán sintomáticos y de éstos 20% presentarán complicaciones, por lo que el tratamiento quirúrgico es recomendado siempre y cuando no existan contraindicaciones(4). Asimismo, en América Latina, entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, siendo las poblaciones causásica, hispánica y nativa las que tienen mayor prevalencia. De esta manera, Chile es el país que tiene la prevalencia más alta de litiasis biliar en el mundo: cerca de 44% de las mujeres y 25% de los hombres mayores de 20 años de edad; Bolivia, con una incidencia de 15,7% de población afectada; y México, con una tasa de 14.3%, siendo en los hombres 8,5% y en las mujeres 20,5%(5). Asimismo, en el Hospital EsSalud III Juliaca en el año 2019 se realizaron 78 intervenciones de colecistectomía Laparoscópicas. (Registro URPA)

Se considera que el 95% de las enfermedades del tracto biliar es la litiasis biliar en la mayoría de las veces asintomática con diagnóstico accidental(6). En aproximadamente el 20% de pacientes el diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas (7). Que van desde el cólico biliar, con dolor localizado en el hipocondrio derecho asociado a intolerancia a grasas y muchas veces náuseas y vómitos, los que deben ser apoyados con pruebas de apoyo diagnóstico principalmente la ecografía abdominal, la misma que es capaz de detectar cálculos desde 3mm(8). Tiene una sensibilidad y especificidad de 95%, además de ser un estudio sensible para documentar la presencia o ausencia de cálculos, delinea el engrosamiento de la pared vesicular, la dilatación de la



vía biliar y la presencia de líquido pericolecístico(9).

El proceso de atención de enfermería permite al personal de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de atención de enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de 5 fases: Valoración, Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El cual permite la aplicación de la base teórica en el ejercicio de la profesión de enfermería, la cual se fundamenta en la solución de problemas de salud.

En esta oportunidad se realiza el proceso de enfermería enfocado en la atención del paciente posquirúrgico en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) del Hospital III ESSALUD Juliaca realizado en un paciente de Colecistectomía Laparoscópica con anestesia general inhalatoria durante el año 2020 el mismo que fue seleccionado previo consentimiento informado y autorizado.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es importante porque sirve para visualizar como se desarrolla la labor de enfermería en pacientes en la Unidad de Recuperación post anestésica en pacientes post operado de colecistectomía laparoscópica, el Hospital III EsSalud Juliaca, además se obtendrá conocimiento de cuáles son los cuidados y monitoreo que brinda a través del proceso de atención de enfermería, donde los avances tecnológicos los encaminan a que sean cada vez más complejos y la especialización de la técnica y práctica quirúrgica requiere de actualización constante.(10).

Esta monografía, es de gran utilidad ya que servirá como herramienta al profesional de enfermería, para la obtención de planes de cuidados, y así orientar los cuidados individualizados de la paciente postoperada inmediata de colecistectomía Laparoscópica en la unidad de recuperación postanestésica.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente posoperado inmediato de colecistectomía laparoscópica en la unidad de recuperación postanestésica del Hospital III EsSalud de Juliaca.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Valorar al paciente post operado de colecistectomía Laparoscópica.
- Identificar los diagnósticos del paciente post operado de colecistectomía Laparoscópica.
- Planificar el cuidado enfermero del paciente postoperado de colecistectomía



Laparoscópica.

- Ejecutar el plan de cuidados paciente post operado de colecistectomía

Laparoscópica.

- Evaluar los cuidados pacientes post operado de colecistectomía

Laparoscópica.



CAPITULO II

REVISION TEÓRICA

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar empleando un laparoscopio (instrumento quirúrgico de carácter endoscópico) las principales indicaciones clínicas que motivan su realización son la presencia de cálculos biliares colelitiasis, coledocolitiasis y colecistitis.

2.1. PATOLOGÍAS DE VÍAS BILIARES

- a) **Colelitiasis asintomática:** Se conoce como colelitiasis a la presencia de cálculos en la vesícula biliar sin desarrollar síntomas, siendo el diagnóstico un hallazgo indirecto de un examen de imágenes de la región abdominal(11).
- b) **Cólico biliar:** Es el dolor abdominal generado por la contracción de la vesícula y movilización de los cálculos biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria(11).
- c) **Colecistitis crónica:** Consiste en una inflamación crónica de la pared de la vesícula. Los síntomas suelen ser leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal y dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio, ocasionalmente irradiado a la escápula derecha(11).
- d) **Colecistitis aguda:** Es una de las complicaciones de la colelitiasis, desencadenado por la obstrucción persistente del conducto cístico(11).
- e) **Coledocolitiasis:** Es el descubrimiento de los cálculos vesiculares alojados en el conducto colédoco, ocurre como consecuencia del desplazamiento de cálculos de la vesícula biliar(11).

2.1.1. Fisiopatología

Los cálculos biliares de colesterol son causados principalmente por hepatocitos que excretan demasiado colesterol y reducen la motilidad o la capacidad de vaciar la vesícula biliar. Los síntomas y las complicaciones de los cálculos biliares ocurren cuando los cálculos bloquean el conducto cístico, el biliar o ambos.

El bloqueo temporal del conducto Provoca un cólico produce biliar, y por lo general es de corta duración.

Ocasionalmente, los cálculos biliares atraviesan en conducto cístico y se alojan en el conducto biliar común, causando obstrucción e ictericia. A esta complicación se le llama coledocolitiasis(12).



2.1.2. Aspectos epidemiológicos

En el Perú, un estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, estima que la incidencia de la colelitiasis es alrededor del 10%, sin embargo, esto puede variar según la ubicación geográfica (12)(13). Teniendo como complicaciones la colangitis hasta en un 30% y pancreatitis hasta en un 11%. Además, se estima que alrededor del 14% de la población es portadora asintomática de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres(12)(14).

La mayoría de las personas con cálculos en la vesícula biliar, no desarrollan síntomas y el diagnóstico se realiza de forma accidental al realizar un examen diagnóstico de imágenes en la región abdominal. Las personas con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos pueden nunca desarrollar síntomas o complicaciones.

El desarrollo de síntomas puede manifestarse como dolor abdominal, cólico biliar, acompañarse de fiebre: colecistitis aguda o ictericia si el cálculo obstruye la vía biliar: coledocolitiasis. Aunque nuestra búsqueda sistemática no encontró estudios que indicaran factores para colelitiasis, se ha descrito mayor prevalencia de colelitiasis en mujeres de 30-59 años de edad, personas obesas y mujeres multíparas (15).

El tratamiento que más conviene para la colecistitis aguda es la colecistectomía, que se puede realizarse con cirugía abierta o laparoscópica. En cuanto al momento de la intervención quirúrgica, puede ser temprano o tardío (17).

2.2. ANESTESIA GENERAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA

2.2.1. Consideraciones de la anestesia general inhalatoria

La anestesia general es una combinación de medicamentos que crean un estado similar al sueño, causan una pérdida reversible del estado de la conciencia, depresión respiratoria dependiente de la dosis suministrada y disminuyen la respuesta ventilatoria al dióxido de carbono al aumentar la frecuencia ventilatoria, sin compensar la caída del volumen corriente; por lo que, aumenta la presión arterial de CO₂. Puede causar la irritación respiratoria.

Actualmente, durante la cirugía laparoscópica se llena la cavidad abdominal de CO₂ (neumoperitoneo), lo que provoca una serie de cambios fisiológicos y complicaciones que no se observan en la cirugía abierta. Un aumento en la presión intrabdominal afecta el estado normal de la fisiología de varios aparatos y sistemas. Los efectos secundarios de la hipertensión intraabdominal en los sistema



cardiovascular, respiratorio y renal se les conoce como síndrome compartimental abdominal (21)(22)(23).

El aumento en la presión intraabdominal conduce a un aumento de la resistencia vascular periférica, ascenso de la presión venosa central, del sistema nervioso simpático; además, el incremento de la circulación esplénica se manifiesta con una disminución del flujo arterial hepático, gástrico, renal y mesentérico(21)(22)(24). También, el estrés peritoneal libera proteínas de fase aguda en el líquido peritoneal; así, se ha determinado que existe una reacción inflamatoria del fluido peritoneal con el incremento de niveles de interleuquinas IL-1 β , IL-6, PCR. Estos mediadores son los que inician el proceso inflamatorio, e intervienen en la percepción del dolor y en la posterior formación de adherencias (25)(26). Se ha propuesto, a su vez, que la disminución del flujo arterial esplácnico y los cambios hemodinámicos antes descritos son resultado de la afectación del sistema nervioso central, relacionado con un incremento de la presión intracraneal y consecuente liberación de hormonas vasoactivas, con la finalidad de proteger de la isquemia al sistema nervioso (27).

Es así que el neumoperitoneo crea una compleja dinámica de cambio de las condiciones fisiológicas normales, que tienen consecuencias fisiopatológicas durante la laparoscopia. Es fundamental el entendimiento de las consecuencias fisiológicas que se producen en estas condiciones, para evitar o minimizar los efectos deletéreos del CO₂ en el paciente.

En cirugía laparoscópica, la anestesia general es la técnica de elección, ya que permite al anestesiólogo controlar con precisión la ventilación y ajustar los estándares de ventilación en función de los posibles cambios que puedan presentarse. Tiene varias ventajas, como un adecuado control de la respiración, protección óptima de las vías respiratorias, excelente relajación muscular, monitoreo de dióxido de carbono al final de la espiración con el capnógrafo, entre otras(28)(29)(30). Ciertas complicaciones de la anestesia general, así como algunas características individuales del paciente como enfermedad existente, permiten el uso de anestesia regional en determinadas circunstancias(24)(31).

2.2.2. Manejo anestésico de la cirugía laparoscópica

a) Medicación preanestésica

Teniendo en cuenta que la cirugía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico, para la ansiólisis, es más recomendable utilizar benzodiazepinas, en



especial el midazolán(32), por su rápido metabolismo y efectos anestésicos. En la actualidad se emplean como preanestésicos: Ranitidina, Metoclopramida, dimenhidrinato y Dexametaxona; para las náuseas y vómitos postoperatorios, se propone el uso de diferentes drogas de introducción anestésica como el Fentanilo, Bromuro de Rocuronio, Atropina y Sevoflurano.

Propofol; siendo muy potentes en la administración y mantenimiento de la anestesia general. Para su uso se tiene en cuenta que dosis muy altas producen efectos indeseables como el extrapiramidalismo(33), en procedimientos de cirugía laparoscópica. Estudios recientes han demostrado que el uso de glucocorticoide tipo dexametazona tiene efectos antieméticos y es empleado en algunos hospitales y clínicas(34).

b) Monitoreo

El monitoreo en el proceso de la cirugía laparoscópica debe ser lo suficiente y efectivo para identificar cambios hemodinámicos y respiratorios anteriormente descritos, como también, poder advertir las posibles complicaciones. El monitoreo debe contar con un cardioscopio para determinar la frecuencia cardíaca, el pulso y la presión arterial usando un esfigmomanómetro electrónico, de ciclos y tiempo ajustables.

c) Complicaciones de la anestesia general

- **Obstrucción de vía aérea**

La obstrucción de las vías respiratorias puede ocurrir por muchas causas: obstrucción de la faringe, Laringoespasma, broncoespasmo etc.

Las complicaciones respiratorias se presentan en un 13.9%(1).

- **Hipoxemia:**

Las causas más frecuentes de hipoxemia durante el periodo postanestésico son: bajo F_{iO_2} inspiratorio, alteraciones en la relación ventilación/ perfusión secundaria a: atelectasia, neumotórax, colapso difuso de la vía aérea de fino calibre, edema pulmonar hipoxemia (saturación de oxígeno menor a 90%). Se presenta en un 8.4% de pacientes (37).

- **Hipoventilación:**

Durante el periodo de postanestésico, las causas más frecuentes son: disminución de la función de los músculos respiratorios, mala función respiratoria secundaria a la cirugía, efecto residual de los relajantes musculares orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.



- **Náuseas y vómitos**

La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia. Es por este motivo que debemos tener en cuenta la medicación con antagonistas del receptor D2 (Metroclorpramida). también se usa los corticoides los cuales tienen un efecto terapéutico en hiperémesis.

- **Dolor**

Aunque una de las ventajas de la cirugía laparoscópica es la disminución del dolor, esta complicación suele presentarse luego de este tipo de procedimiento. Posterior a la cirugía el CO₂ tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; que provocará un dolor a nivel de los hombros y la espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor suele calmar espontáneamente luego de varias horas, mientras se absorbe el CO₂. Sin embargo, para aliviar la queja del paciente se ha empleado analgésicos no esteroideos, como el ketoprofeno, el ketorolaco, metamizol y tramadol; entre otros(38).

- **Traumatismos**

Los traumatismos a los cuales nos referimos dependen de la técnica del cirujano: traumatismos viscerales, hemorragias, punciones de vasos o vísceras sólidas, que ocasionan enfisema subcutáneo, neumoretroperitoneo, neumotórax, neumomediastino y neumopericardio.

- **Embolismo gaseoso**

El CO₂ generalmente es absorbido a través de la superficie peritoneal y disuelto en la sangre venosa. Ocasionalmente el gas puede ser introducido en una arteria o vena mediante una punción accidental de un vaso sanguíneo(39). De esta manera se produce un embolismo gaseoso, cuya incidencia es de 0,002 a 0,016%. El gas embolizado rápidamente llega a la vena cava y a la aurícula derecha obstruyendo el retorno venoso, disminuyendo el gasto cardíaco y la presión arterial sistémica. El embolismo de CO₂ produce cambios bifásicos en la capnografía; inicialmente hay un aumento de CO₂, porque se está excretando el disuelto en la sangre. Posteriormente, se observa una disminución del mismo, debido a un aumento del espacio muerto como consecuencia de la obstrucción de las arteriolas por las burbujas de aire. Los signos clínicos del embolismo aéreo durante la laparoscopia incluyen una repentina y profunda hipotensión, cianosis, taquicardia, arritmias y alteraciones de los ruidos



cardiacos, los cuales se hacen tipo fonéticos, además de conseguirse el signo de rueda de molino a la auscultación mediante estetoscopio esofágico.

- **Enfisema subcutáneo**

Esto se observará en el abdomen, tórax, cuello y cara y hacia abajo a la región inguinal y aun genitales. Se debe a filtración de CO₂ a través de las punciones, lo que diseca y difunde hacia territorios más laxos(40). Al existir enfisema subcutáneo habitualmente se produce un aumento de los niveles sanguíneos de CO₂ (hipercapnia) que es conveniente corregir. Por lo general, el enfisema desaparece en corto tiempo, por la alta infusibilidad del CO₂.

- **Neumotórax**

Se debe sospechar los pacientes portadores de enfisema pulmonar o con bulas enfisematosas y en aquellos con defectos congénitos diafragmáticos, como el pleuroperitoneal, esofágico y otros, que permitieron el paso del dióxido de carbono a la pleura. En el cuadro clínico se puede encontrar caída de la presión arterial, cianosis, taquicardia o bradicardia, enfisema subcutáneo, dificultad en la ventilación, hiperresonancia a la percusión del tórax y ruidos respiratorios aumentados o disminuidos a la auscultación. Para prevenir el neumotórax se recomienda que la presión intrabdominal no sobrepase los 20 mmHg y utilizar como gas a difundir el CO₂ ya que es altamente difusible.

- **Complicaciones cardiovasculares**

Las más frecuente son la hipotensión e hipertensión arterial y las arritmias, que constituyen un problema de primer orden durante el acto anestésico. En un estudio de pacientes se detectó un 0.6% de complicaciones cardiovasculares(1).

- **Paro cardiaco**

Es el más frecuente y su tratamiento más sencillo por múltiples razones: personal experimentado, cuidado constante del anesestesiólogo para dar alarma apenas se presenta, equipo necesario a mano, paciente con un tubo endotraqueal usualmente ya colocado, etc. Sin embargo, puede presentarse en cualquier momento, uno de ellos es el postoperatorio inmediato.

- **Arritmias**

Se reporta que en el 17% de los casos de laparoscopia se detectaron arritmias cardíacas durante la administración del CO₂ en la bomba peritoneal como bradicardia, taquicardia, extrasístoles y ventriculares. La bradicardia es la arritmia más común



asociada con la aparición de neumoperitoneo y se cree que se debe a una respuesta poco frecuente a la distensión peritoneal. Otras arritmias se explican por la producción de hipercapnea.

- **Hipotermia**

El descenso del calor corporal se debe a la anestesia general y a la insuflación del gas (CO₂). El CO₂ se vuelve más frío cuando es liberado en la cavidad abdominal. La expansión súbita del CO₂ baja la temperatura corporal, por esta razón el monitoreo de la temperatura es recomendado en los procedimientos laparoscópicos de larga duración.

2.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA

2.3.1. Cuidados de enfermería en el posoperatorio

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia ese rumbo se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad (17).

El cuidado humano es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

La recuperación posanestésica es un momento muy importante porque la mayoría de las complicaciones posoperatorias ocurren en ese tiempo, ya sea por la anestesia, la cirugía o ambas.

Se piensa que el cuidado posoperatorio de Enfermería de los pacientes quirúrgico se comienza en el momento que finaliza la cirugía, es decir, cuando el paciente despierta en la sala de cirugía y continúa hasta que ingresa a la sala de recuperación Postanestésica. El profesional de Enfermería debe observar que todos los procedimientos y técnicas se ejecuten de forma correcta(41).

La atención en el cuidado de enfermería en el postoperatorio inmediato debe centrarse en la detección, atención y prevención de las complicaciones que puedan originarse del procedimiento anestésico quirúrgico, ya que ese periodo de internación en la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA), puede ser crucial para prevenir



posibles complicaciones y para tratarlas precozmente favoreciendo la recuperación de los pacientes quirúrgicos.

El posoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el posoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras 24 horas siguientes a la intervención y el paciente es cuidado en un ambiente controlado como la unidad de recuperación posanestésica (URPA), ante de ser trasladado a la unidad de hospitalización (18).

La segunda fase posoperatorio mediato que es el periodo de resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación(18).

2.4. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN (URPA).

Los objetivos del cuidado de enfermería en la unidad post anestésica son cuidar del paciente hasta que se recupere de los efectos de la anestesia (es decir, hasta que vuelva a presentar sus funciones motoras y sensoriales), esté orientado, sus signos vitales que sean estables y no haya evidencia de hemorragia u otras complicaciones (42).

Recepcionar al paciente y recibir informe sobre, datos de la intervención quirúrgica.

Establecer el diagnóstico de enfermería y plan de cuidados. Organizar, Ejecutar y Evaluar las acciones de Enfermería, en la unidad de recuperación post anestésica.

- a) Identificar al paciente por su nombre.
- b) Diagnóstico médico y tipo de operación realizada.
- c) Estado general, permeabilidad de las vías aéreas y Funciones vitales.
- d) Volúmenes de líquidos administrados, hemorragia calculada y transfusiones.
- e) Debe administrarse oxígeno suplementario a todo el paciente que ingresan al servicio
- f) Debe de evaluarse el dolor del paciente y tomar las medidas pertinentes para tratar el mismo.
- g) Todo el control realizado en unidad de recuperación debe quedar registrado en el formato de reporte de enfermería.
- h) Cualquier problema que haya surgido en el quirófano y pudiera influir en la asistencia posoperatoria (ej.: hemorragia abundante, choque, paro cardiaco).



- i) Información específica sobre lo que el cirujano o anestesiólogo desee que se le notifique (ejm. Presión arterial, frecuencia cardiaca mayor y/o menor de los parámetros normales).

2.4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería en las Unidades de recuperación Posanestésica, proporciona unos cuidados y una estricta vigilancia de corta duración, a muchos pacientes, para asegurarles una evolución post anestésica y postoperatoria rápida, sin incidentes, ni complicaciones.

La enfermera debe seguir una valoración de base iniciando por la valoración de los signos vitales seguido de la evaluación del estado físico general de la persona al menos cada 15 min. En orden decreciente de la prioridad(18).

- Valoración periódica de las Funciones vitales (saturación de oxígeno, Frecuencia cardiaca, Pulso, Presión Arterial y la temperatura.
- Valoración Respiratoria y ventilación (respiración tipo profundidad de la misma).
- Valoración de la Circulación (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial (P/A), frecuencia cardiaca (FC), etc.)
- Valoración Neurológica el estado de conciencia utilizando la escala GLASGOW y la reactividad pupilar.
- Valoración del test de recuperación de post anestésica utilizando la escala de ALDRETE.
- Valoración del estado de la herida operatoria (olor, color, sistemas de drenaje, apósitos, etc.).
- Valoración de la intensidad del dolor y su localización utilizando la escala de EVA.
- Valoración de la administración de la terapia prescrita y de sus efectos secundarios.
- Valoración del estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequedad, etc.).
- Valoración de la función digestiva (permeabilidad de la vía periférica, sensación de náuseas, vómitos, etc.).
- Valoración del sistema de eliminación (egresos, ingresos, diuresis, líquido drenado, etc.).
- Valorización la necesidad de movilización del paciente (cambios de posición, ejercicios pasivos).



- Valorización de la necesidad de reposo y confort del paciente (suelo, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.).
- Valoración de la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas y mantastérmicas etc.)

CRITERIOS DE ALTA

- Conciencia, si el paciente varón abre los ojos al estímulo verbal o táctil.
- Ventilación y Oxigenación, si el paciente ventila espontáneamente, y con condición basal.
- Circulación, si el Pulso y la Presión Arterial se encuentran en rango de 20% de su condición basal.
- Temperatura, si la temperatura es mayor a 35.5°C o inferior a 38°C.
- En situaciones de emergencia vital, aplicar las reglas básicas de reanimación cardiopulmonar, así como mantener y reponer carro de parada cardiorrespiratorio para manejo de vía aérea difícil.

En esta unidad se usadiferentes escalas como:

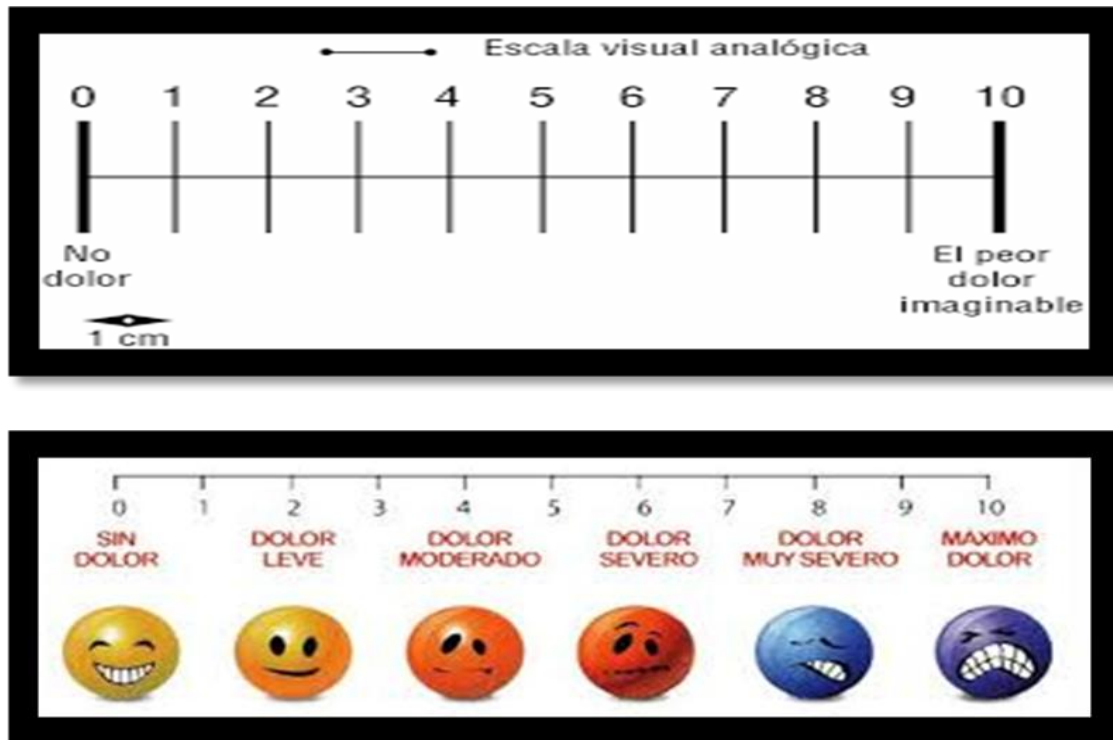
1. Escala del EVA: Esta es la nomenclatura que se usa para la escala analógica visual del dolor EVA. La intensidad del dolor se expresa como una línea recta 10cm. Por un lado, está la frase “no dolor” y por el otro “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de sin dolor hasta el punto informado por el paciente que representa la intensidad del dolor. Puede tener de cada centímetro.

Permite valorar la eficiencia de las combinaciones para aliviar las molestias dolorosas al que ha sido sometido el paciente en un acto quirúrgico(43).

La graduación del dolor es de:

- ✓ 1-3: leve – moderado
- ✓ 4-6: moderado – grave
- ✓ >6: **muy intenso**

Figura 1. Escala visual analógica (EVA).



Nota: Tomado de Maestre en 2001

- 2. Escala de Glasgow:** El Glasgow es la evaluación neurológica, permite valorar al paciente que requiere atención pre, intra y post quirúrgicas desde el punto de vista neurológico, por lo delicado de la intervención y porque su compromiso tiene que ver con el desempeño de un órgano vital el cerebro. Va del 3 al 15. Descripción de la escala(44):

Monitoreo neurológico

- Paciente pos operado con efectos de anestesia se realiza valoración con la siguiente escala.



Tabla 1.
Escala de Glasgow

| ESCALA DE GLASGOW | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| Respuesta ocular | Espontaneo | 4 |
| | Al hablar | 3 |
| | Al dolor | 2 |
| | Ninguno | 1 |
| Respuesta motora | Obedece ordenes | 6 |
| | Localiza dolor | 5 |
| | Retira al dolor | 4 |
| | Flexiona al dolor | 3 |
| | Extiende al dolor | 2 |
| | Ninguno | 1 |
| Respuesta verbal | Orientado | 5 |
| | Confuso | 4 |
| | Inapropiado | 3 |
| | Incomprensible | 2 |
| | Nada | 1 |

Nota: Tomado de Petrenko 2013

Tabla 2.
Interpretación de Glasgow

| | |
|--------------------------|----------------------|
| 13-15 | COMA LEVE |
| 9- 12 | COMA MODERADO |
| MENOR DE 8 PUNTOS | COMA GRAVE |

Nota: Tomado de Petrenko 2013

3. Escala de Aldrete: Es la escala que permite valorar la recuperación posanestésica del paciente, quiere decir que se han metabolizado los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin (30)

Tabla 3.
Escala de aldrete

| Características | | Puntos |
|------------------------------|---|---------------|
| Actividad | Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante ordenes | 2 |
| | Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante ordenes | 1 |
| | Incapaz de mover extremidades | 0 |
| Respiración | Capaz de respirar profundamente y toser libremente | 2 |
| | Disnea o limitación a la respiración | 1 |
| | Apnea | 0 |
| Circulación | Presión arterial <20% de nivel pre anestésico | 2 |
| | Presión arterial 20 – 49% del nivel preanestésico | 1 |
| | Presión arterial >50% del nivel preanestésico | 0 |
| Conciencia | Completamente despierto | 2 |
| | Responde a la llamada | 1 |
| | No responde | 0 |
| Saturación de Oxígeno | Mantener SaO ₂ > 92% con aire ambiente | 2 |
| | Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ >90% | 1 |
| | SaO ₂ <90% con O ₂ suplementario | 0 |

Nota: Tomado de Smith 2011



CAPITULO III

PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se ha realizado la búsqueda:

- Revista scielo – Scientific Electronic Library Online
- Revista Médica de Enfermería Colombia
- Revista ÚnicaCGEnfermería
- Revista sciencela
- Revista Enfermería Global
- Revista Latino Am Enfermería.
- Revista Electrónica de Enfermería
- Revista Enfermería Heredia

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Jiménez (45) “Características epidemiológicas, clínicas y hallazgos operatorios en adultos mayores sometidos a colecistectomía Hospital III ESSALUD Jorge Reátegui”, estudio realizado con el objetivo de determinar las características epidemiológicas, clínicas y hallazgos operatorios en adultos mayores con Colecistectomía, el diseño empleado fue descriptivo, retrospectivo y corte transversal, en una muestra de 248 historias de pacientes de 60 a más años sometidos a colecistectomía, mediante la revisión de los reportes operatorios e historias clínicas, los resultados encontrados fue: edad entre los 60 y 89 años, con predominio de población de sexo femenino, se encontró que la hipertensión arterial la comorbilidad más frecuente con un 30.2%, seguido del sobrepeso/obesidad y Diabetes Mellitus con un 24.2% y 19.8% respectivamente. El 47.6% de pacientes tienen antecedente de cirugía abdominal previa. Se encontró que el síntoma más frecuente es el dolor abdominal con un 33.9% seguido de dispepsia con un 21%. La colecistitis crónica calculosa se encontró en un 55.6%, colelitiasis en un 17.3% y pólipos vesiculares en un 10.1%. La cirugía laparoscópica se realizó en el 73.8% de pacientes, el 81.9% fueron cirugías programadas. Conclusiones: Se recomienda la colecistectomía laparoscópica en pacientes adultos mayores con patología vesicular como tratamiento definitivo a su problema de base, por ser un procedimiento seguro

Según, Pariona (46) Realizó el estudio sobre “Cuidados de enfermería en pacientes por colecistectomía laparoscópica, Unidad de Recuperación Hospital Regional de



Ayacucho 2018”. El objetivo revalorar el trabajo del profesional de enfermería brindado con profesionalismo y compromiso expresado en la identidad y la calidad de sus cuidados, cuya calidad se da a través del uso del proceso de enfermería considerada una herramienta de aplicación del Proceso de Enfermería en la atención del paciente postoperado por colecistectomía laparoscópica, permitió el cumplimiento de acciones como la identificación de sus necesidades fisiológicas psicológicas y sociológicas, y de esta forma implementar sus cuidados individualizados basados en los diferentes conocimientos, con la finalidad de preservar la salud, prevenir y evitar complicaciones en la paciente durante la etapa de recuperación postquirúrgica, entendiendo que este periodo es de riesgo por la característica lesiva de la cirugía que deja al paciente en una situación de vulnerabilidad con la probabilidad de repercusiones en su salud.

Obregón(47)En su trabajo realizado sobre “Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2019”, estudio de caso clínico de un paciente en la Sala de Recuperación Postanestésica (URPA), recientemente intervenido de Colecistectomía Laparoscópica. posteriormente, la complicación intraoperatoria se convirtió en cirugía convencional. Para la presentación del caso clínico se aplicó el Proceso del Cuidado de Enfermería, en esta metodología sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Su ejecución permite a la enfermera quirúrgica la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta. El trabajo fue orientado por el uso de taxonomía NANDA, NIC y NOC fundamentado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, siendo satisfactorio el cuidado brindado hacia el paciente

Huamán(48)Trabajo académico sobre“Cuidados de Enfermería en los pacientes de Colecistectomía en el servicio de cirugía del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica, EsSalud octubre 2019”. La colecistectomía es una de las cirugías más ejecutada en la práctica operatoria, siendo un clásico en el tratamiento de los cálculos biliares, especialmente con la aparición de nuevas alternativas menos invasivas para mejorar el tratamiento y optimizar la calidad del manejo del paciente pre y post operado. La metodología utilizada fue el caso clínico descriptivo El cuidado de enfermería se realiza a tiempo, con eficacia, sin complicaciones y de acuerdo con el proceso de atención de enfermería. Conclusión: Los trabajadores de enfermería realizan actividades en base a los signos y síntomas observados; evitan complicaciones después del procedimiento realizando actividades en base a los signos y síntomas, identificados en el proceso de atención de enfermería (48).



Carhuavilca(49) En su trabajo, “Cuidado enfermero a paciente en colecistectomía laparoscópica por coledocitis, Unidad de Recuperación Post anestésica. Hospital Regional del Cusco 2017”. El presente trabajo tuvo como objetivo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el paciente post operado inmediato de Colecistectomía Laparoscópica durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, En el proceso se identifica los dominios afectados, se plantea objetivos priorizando los diagnósticos, se plantea la atención, se ejecuta y al término del proceso se evalúa el estado del paciente. En el caso descrito se realiza una valoración cuidadosa y la intervención inmediata que nos ayudan a la prevención de complicaciones y a la recuperación de su función normal con rapidez, seguridad y comodidad observando una evolución favorable del paciente al término de este proceso. Se llega a la conclusión que el proceso de atención de enfermería es de gran importancia, por ser la metodología más apropiada para garantizar un cuidado humano y de calidad, más aún, en un procedimiento quirúrgico (cirugía Laparoscópica) de mayor elección en la actualidad (49).

Según, Velásquez(50) en su estudio “Proceso de atención de enfermería a paciente postoperado de laparotomía exploratoria post trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Postanestésica de un hospital de Lima, 2018”, tuvo como objetivo contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería. Como instrumento de registro de los datos se empleó la Guía de Valorativa de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la planeación de los cuidados, el formato del Plan de cuidados funcional. Conclusión: Se concluye que los cinco objetivos de los diagnósticos priorizados fueron alcanzados.

Jara(51) en su trabajo “Intervención de enfermería en pacientes en el postoperatorio inmediato de colecistectomía convencional en la unidad de recuperación postanestésica del Hospital de Barranca Cajatambo – SBS – 2019”. El estudio se enfoca en las intervenciones de enfermería a pacientes en postoperatorios posterior a colecistectomía tradicional en la sala de recuperación post anestésica del Hospital de Barranca Cajatambo, con el objetivo de disminuir las complicaciones de la enfermedad de los pacientes, prevenir problemas post operatorios y mejorar su calidad de vida. De esta forma, el proceso se desarrollará en las mejores condiciones y asegura una atención de calidad. Finalmente, con el presente informe respecto a la intervención realizada con la finalidad de incrementar los niveles de productividad y eficiencia del personal de



enfermería que forma parte de la Unidad de Recuperación Post Anestésica, presenta la distribución de las actividades que se organizaron en acciones administrativas, de capacitación y de evaluación de pacientes.



CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

4.1.1. Valoración del paciente

Datos Filiación

| | |
|--------------------------------|--|
| Nombre | : Rolando Salazar Miranda |
| Edad | : 47 años |
| Sexo | : Masculino |
| Lugar de procedencia | : Juliaca |
| Fecha de ingreso | : 06/01/2020 |
| Hora de ingreso | : 14:25 horas. |
| Diagnóstico médico | : Postoperado de colecistectomía laparoscópica |
| Intervención quirúrgica | : COLELAP |
| Anestesia | : General inhalatoria |
| Servicio | : Centro quirúrgico – URPA |

4.1.2. Causa de consulta

Paciente ingresa al servicio de emergencia el día 01/01/2020 presentando dolor en hipocondrio derecho intermitente al inicio y luego persistente, acompañado de ictericia, náuseas, vómitos en varias oportunidades, es hospitalizado para tratamiento y control. Se solicita ecografía abdominal y exámenes de laboratorio y se realiza la interconsulta a cirugía general. Siendo el diagnóstico médico: Colecistitis aguda litíásica vesicular, dichos datos se recolectaron de la historia clínica.

El día 06/01/2020 paciente es programado para su intervención quirúrgica las 13:15pm. horas con diagnóstico médico: Colecistitis aguda con anestesia general inhalatoria dicha intervención duró 1:30 hora. A las 14:25 paciente ingresa a la Unidad de Recuperación Postanestésica con diagnóstico médico: posoperado inmediato de Colecistectomía laparoscópica

4.1.3. Enfermedad actual

Paciente adulto posoperado inmediato de colecistectomía laparoscópica ingresa en camilla a sala de recuperación posanestésica en compañía del médico anesthesiólogo y la enfermera circulante, paciente bajo efectos de anestesia general inhalatoria, en posición decúbito dorsal inconsciente en la escala de Aldrete de 7 puntos, hipotérmico, presenta apoyo ventilatorio con máscara con bolsa de reservorio con FI02 de 60% SatO2 95%, con presencia de tubo de mayo cubierto con cobertores respectivos, vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, perfundiendo ClNa. al 0.9% x1000cc con 250 CC. Por pasar con agregados a XV gotas X', abdomen blando depresible doloroso a la palpación con EVA 2 puntos, con presencia de 4 pequeñas heridas quirúrgicas en mesogastrio cubiertas con gasas limpias y secas, con presencia de dren laminar, en mesogastrio derecho cubierto de gasas, en aparente regular estado general.

4.1.4. Tratamiento:

Fecha: 06/01/22

- ClNa 9% x250cc
 - Metamizol 2gr
 - Tramadol 100mg
 - Atropina 1mg
 - Metoclopramida 10mg
 - Dimenhidrinato 10mg
- } XV gts x min – VEV.

4.1.5. Exámenes Auxiliares

Tabla 4.

Examen de laboratorio pre quirúrgico

| EXAMEN | VALOR ENCONTRADO | VALOR NORMAL | INTERPRETACIÓN |
|------------------------------|---------------------|--------------|----------------|
| BIOQUÍMICO | | | |
| Amilasa | 332 UA/dl | 25 a 125 | Aumentada |
| Creatinina: | 1.35 mg/dl | 0.90 -1.50 | Normal |
| Glucosa basal | 128 mg/dl | 70 – 105 | Aumentada |
| Lipasa | 660 U/L | 13-60 | Aumentada |
| Perfil Hepático | | | |
| Bilirrubina total | 23.66 mg dl | 0 – 1.20 | Aumentado |
| Bilirrubina directa | 14.97 mg/dl | 0 – 0.50 | Aumentado |
| Bilirrubina indirecta | 8.69 mg/dl | 0 – 0.50 | Aumentado |
| Transaminasa | 52 U/L | 8 – 33 | Aumentado |
| Pirúvica (TGP) | 31 U/L | 3 -35 | Aumentada |
| Fosfatasa alcalina | 123 U/L | 35 – 114 | Aumentado |
| Grupo sanguíneo | O | | |
| Factor RH | + | | |
| Hematocrito | 50.1 % | 40.7-50.3% | Normal |
| Hemoglobina | 20.1g/dl | 15.0-17.0 | Aumentado |
| Recuento leucocitos | de 9.06 3 / μ l | 5 a 10 | Normal |
| Recuento plaquetas | 155 3 / μ l | 250-500 | Disminuido |
| Tiempo protrombina | de 15.1 seg. | 10-15 | Normal |
| Tiempo coagulación | de 9.0 minutos | 500-900 | Normal |

Nota: Elaboración propia 2023



4.1.6. Antecedentes

a) Familiares

- **Hijos:** 4 hijos en buen estado de salud.
- **Esposa:** Buena salud.
- **Padres:** Padres fallecidos.
- **Hermanos:** con buen estado de salud.

b) Personales no patológicos

c) Hábitos nocivos:

- **Café:** Algunas veces
- **Alcohol:** Eventualmente
- **Fuma:** No
- **Drogas:** No Fisiológicos
- **Alimentación:** Anteriormente dieta a base de carbohidratos y grasas.

a) Patológicos y Quirúrgico

- Hospitalizaciones: SI.
- Enfermedades crónicas: No.
- Enfermedades eruptivas: No.
- Intervenciones quirúrgicas: No.
- Traumatismos: No.
- Transfusiones sanguíneas: No recibió.
- Alergias: No refiere.
- Inmunizaciones: No recuerda

b) Antecedentes socioeconómicos

- **Vivienda:** Material noble, propia
- **Agua, desagüe, luz:** Si cuenta con estos servicios.

4.1.7. Examen físico

a) Estado general

Paciente adulto de sexo masculino, con efectos de anestesia general inhalatoria, con presencia de tubo de mayo, mascara de reservorio ingresa al servicio inconsciente, luego quejumbroso con facie de dolor, pálido, vía periférica permeable per fundiendo CINA al 9%, permanece en cubito dorsal, se encuentra en NPO, con presencia de herida



operatoria en mediana supra e infra umbilical de 5 cm. Cubierto con apósitos secos y limpios con presencia de dren, en aparente regular estado general.

b) Signos vitales

- P/A: 120/80 mmHg,
- T° 36.2 °C
- FC: 64 x'
- FR: 14x',
- Saturación de O₂: 95%.

c) Piel y mucosas

- Piel pálida y fría.
- Mal estado de hidratación.
- No edema

d) Medidas antropométricas

- Peso: 80 Kg.
- Talla: 1.77cm.
- IMC: 26 (sobrepeso)

e) Funciones biológicas

- Sueño Alterado
- Apetito Disminuido
- Sed Aumentado.

4.1.8. Exploración física céfalo caudal

Cabeza

Paciente ingresa con gorro descartable, Cráneo normo céfalo, cabello y cuero cabelludo bien implantados.

simétrico no presenta cicatrices.

Cara, simétrica de forma circular no presenta cicatrices.

facie de ansiedad y dolor,

piel integra fría, sin movimientos involuntarios.

Ojos

Se observa simetría en ojos, foto reactivos, párpados firmes, móviles, escleroso y limpias.

Cejas y pestañas bien pobladas.

No presenta secreciones.



Conjuntiva palpebral ligeramente pálida.

Nariz

Se observa nariz normonimia, Fosas nasales en regular estado de higiene, semipermeables

Pirámide nasal centrada.

no hay presencia de cicatrices.

Con presencia de sonda nasogástrica

Con apoyo ventilatorio con máscara de oxígeno por bolsa de reservorio a 8 litros X' FIO2 60%

Oreja

Simétricas, pabellones auriculares bien implantados, conductos auditivos permeables, en regular estado de higiene.

Boca

Mucosas orales secas, cubierta por mascara de oxígeno hasta mentón.

piezas dentarias en regular estado de conservación.

Lengua móvil color blanco, reseca, paladar íntegro.

Labios resecos.

Presencia de tubo de mayo

Cuello

Cilíndrico, simétrico móvil, sin adenopatías.

Tórax y pulmones

- Inspección: Tórax simétrico, Movimientos respiratorios simétricos.
- Palpación: Amplexación y elasticidad conservada, ausencia de retracción intercostal y abdominal.

No presenta dolor ni cicatrices.

- Auscultación: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares.

Presencia de retracción intercostal.

Disnea

- Percusión: se percibe vibración perceptible vocal presente en ambos hemitórax resonancia en todos los campos pulmonares.

Abdomen

- Inspección: Color de piel normal, Inspección: Distendido a causa de intervención quirúrgicas, con presencia de 4 pequeñas heridas cubiertas con apósitos secos y limpio.
- Observar los apósitos por presencia de dren.



- **Auscultación:** Ruidos hidroaéreos abolidos.
- **Palpación:** abdomen blando depresible, presenta dolor a la palpación.
- **Percusión:** Se evidencia presencia de timpanismo.

Columna vertebral

Sin particularidades.

Genitales

Zona perineal de morfología normal según edad y sexo.

Extremidades

Simétricos, en miembro superior izquierdo vía periférico permeable en antebrazo y pulsímetro en dedo medio de la mano, y en brazo derecho porta brazaletes de identificación y tensiómetro, Flácidos sin fuerza al movilizar y extensión por efectos de anestesia.

No presenta edema.

No hay malformaciones ni cicatrices.

Monitoreo neurológico

Paciente pos operado no responde bajo efectos a anestésicos ingresar a URPA, pasado el periodo de permanencia despierto, orientado en tiempo espacio y persona.

4.1.9. Valoración de proceso de atención de enfermería

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS: Valoración de Enfermería por Dominios

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

Durante la recuperación pos anestésica, paciente refiere que fue orientado de algunos cuidados post quirúrgicos, de igual manera la forma adecuada de alimentarse para mantener la salud y sobre todo reducir su peso por ser factor de riesgo para la adopción de otras enfermedades.

DOMINIO 2: Nutrición

Paciente con evidente sobre peso con IMC:26, con hemoglobina normal, en NPO según indicación post operatoria, durante la permanencia en URPA paciente refiere que tiene sed, tiene la boca seca, con sensación naucioso, piel y mucosas pálidas con regular estado de hidratación, dentadura incompleta, mucosas orales libre de lesiones.

Abdomen blando y depresible con presencia de incisiones suturadas en 4 zonas, ombligo con varios puntos por extensión de la incisión para extraer los cálculos de



gran tamaño, zona lateral mediana derecha cubierto con apósitos, refiere dolor a la palpación superficial, ruidos hidroaéreos disminuidos.

DOMINIO 3: Eliminación

Paciente no realiza micción postoperatoria, ya que se encuentra en NPO 12 horas antes de la cirugía.

DOMINIO 4: Actividad y Reposo

Paciente de sexo masculino, inactivo al ingresar a URPA, con efectos anestésicos, evidentemente muestra estrés y ansiedad, escala de Aldrete 4 puntos, posterior a las dos horas de permanencia 10 puntos.

Actividad respiratoria: al ingreso con 94% de SPO₂ con oxígeno a 8 litros, sin embargo, reduce saturación a 85% por instantes, evidente presencia de secreciones, paciente se encuentra desorientada, con fatiga, con frecuencia respiratoria 23X', respiración regular inicialmente con soporte de oxígeno.

Actividad Circulatoria: Pulso aumentado, riego periférico normal en miembros superiores e inferiores, ingresa con FC: 64 X', presión arterial 109/71mmHg efecto de la anestesia general, no edemas.

DOMINIO 5: Percepción y Cognición

Paciente de sexo masculino, sedado con Escala de Aldrete 04 puntos, al darse de alta 10, con escala de Glasgow de 7 inicialmente, al darse de alta de URPA con puntuación de 10, al despertar, pupilas isocóricas reactivas a la luz, se siente confundido, preocupado y quejumbroso por el dolor, con la atención de enfermería reduce síntomas.

DOMINIO 6: Autopercepción

Paciente Percibe frío y dolor en abdomen a la palpación, Una vez ya orientada en tiempo espacio y persona, se percibe menos ansioso y refiere que ya no será motivo de preocupación su enfermedad y que cumplirá con las indicaciones médicas, refiere también que mejorar su forma de alimentación en casa.

DOMINIO 7: Rol/ Relaciones

Refiere tener buenas relaciones familiares y laborales.

DOMINIO 8: Sexualidad

Morfología normal según edad, estado de higiene regular.

DOMINIO 9: Afrontamiento – Tolerancia al Estrés

Paciente ansioso y muy nervioso se recupera de los efectos pos anestésicos durante su estadía en URPA.



DOMINIO 10: Principios Vitales

Católico no practicante

DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Paciente inconsciente inicialmente, fuerza muscular disminuido, mucosas orales secas, piel fría y húmeda, Por efectos post anestésicos que alteran sus signos vitales, alteración cognitiva, vulnerable ante la invasión del medio protector que es la piel, por la cirugía y procedimientos invasivos propios del tratamiento.

Abdomen, herida operatoria cubierto con apósitos secos y limpios. Con catéter periférico en miembro superior izquierdo.

DOMINIO 12: Confort

Paciente evidentemente no se encuentra en zona de confort por todo los efectos anestésicos y proceso de recuperación propios del su tratamiento, presenta dolor en zona de incisión quirúrgica el cual se evidencia por los quejidos e incomodidad.

Al darse de alta de la Unidad de Recuperación Post Anestésica se encuentra más tranquilo y comunicativo.

4.2. DATOS RELEVANTES SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASE.

Tabla 5.
Clasificación de dominios y clases.

| DATOS RELEVANTES | DOMINIO -CLASE | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS |
|---|--|---|
| Paciente pos operado inmediato: Colelap Bajo efectos de Anestesia general inhalatoria inconsciente Grado de dependencia V Disnea Frecuencia respiratoria 30x Frecuencia cardiaca 60 X' Saturación de O2 es del 84 %. Vía invasiva: Catéter de vena Periférica con llave de triple vías en antebrazo izquierdo, perfundiendo CINA al 9%. X 1000. | Dominio 4: Actividad/ Reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares Y Respiratorias. Código: 00032. Patrón Respiratorio Ineficaz. | Se considera que la cirugía laparoscópica está en constante evolución debido a múltiples ventajas frente a la cirugía tradicional. Como resultado, reduce el tiempo de recuperación postoperatoria, la estancia hospitalaria, minimiza el dolor, tiene menos efectos secundarios respiratorios y ofrece beneficios estéticos, entre otros (7). Así pues, en la cirugía laparoscópica, la anestesia general es el método de elección, ya que hay un control preciso de la ventilación y modificar los parámetros ventilatorios, en base en las alteraciones que puedan presentarse. Supone algunas ventajas, como el adecuado control de la respiración, óptima protección de la vía aérea, excelente relajación muscular, monitoreo del dióxido de carbono al final de la espiración con el capnógrafo, entre otras (28), (29), (30) |



Así pues, los cambios hemodinámicos observados durante la cirugía laparoscópica van a estar determinados por los cambios de posición a que están sometidos los pacientes y por el efecto mecánico que ejerce la compresión del CO₂ dentro de la cavidad peritoneal.

Estas complicaciones vienen facilitadas por el tiempo que el paciente precise estar en la posición de decúbito supino, añadido a la presencia de disfunción del diafragma y a la falta de insuflación pulmonar que se produce en el postoperatorio. Durante el postoperatorio la capacidad vital y la capacidad residual funcional disminuyen, el patrón ventilatorio se hace más superficial y se reduce la capacidad para la eliminación de secreciones bronquiales. Estos cambios son más relevantes cuanto más cercano es el abordaje quirúrgico del diafragma (52)

Así mismo las complicaciones respiratorias postoperatorias son comunes después de una intervención quirúrgica y tienen incidencia significativa en morbilidad, mortalidad y los costos. Inmediatamente después de la anestesia general, se producen



cambios en el sistema respiratorio: alteración de la función muscular, alteración del mecanismo respiratorio y disminución del volumen pulmonar. Todos estos parámetros contribuyen a la formación de atelectasias durante y después de la intervención (53).

JUICIO CRÍTICO

Por lo tanto, la insuflación de CO₂ en la cavidad abdominal y el aumento de la presión intrabdominal provocada por el neumoperitoneo son factores que influyen de manera particular en la función pulmonar. Se ha demostrado que durante la laparoscopia se produce una disminución de la complicación pulmonar, del volumen de reserva respiratorio y de la capacidad residual funcional, con el aumento de la presión inspiratoria fundamentalmente la hipoxia asociada a la extubación, atelectasia y depresión respiratoria.

El paciente al presentar inconciencia, dificultad para respirar, taquipnea, retracción intercostal, presencia de tubo de mayo son signos que me indican que la ventilación no es adecuada presentando:

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA



Código: 00032.- Patrón Respiratorio
Ineficaz r/c conefectos anestésicos
evidenciado pordisnea, uso de
músculos accesorios de la
respiración, taquipnea.

Nota: Elaboración propia 2023

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

| DATOS RELEVANTES | DOMINIO –CLASE | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS |
|--|--|--|
| Paciente de sexo masculino operado inmediato Colecistectomía Laparoscópica. Alteración del nivel de conciencia Desorientación temporal por estado anestésico. Alteración de patrones de comunicación. Somnoliento. Glasgow:3 Aldrete :3 | Dominio: 05 Percepción Y Cognición Clase: 04 Cognición Código: 00128 Confusión Aguda | <p>Se observa que el delirio del despertar anestésico, se presenta entre un 5 y un 21% de los pacientes sometidos a cirugía, los episodios muestran por un estado mental alterado, manifestado por la disminución de la atención, deterioro de la percepción y la aparición del pensamiento desorganizado; episodio que se resuelve en minutos o en una hora y están asociados por la inhalación de la anestesia especialmente cuando se ha utilizado sevoflurano en hombres jóvenes; mientras que en niños la incidencia oscila entre el 10 y el 67% (54).</p> <p>Se define a la anestesia general como un estado transitorio y reversible de depresión del sistema nervioso central (SNC) inducido por drogas específicas y caracterizado por pérdida de la conciencia, de la sensibilidad, de la motilidad y de los reflejos, produciendo: analgesia, amnesia, inhibición de los reflejos sensoriales y autónomos, relajación del músculo estriado y pérdida de la conciencia(55). este nivel de anestesia se logra con fármacos depresores del SNC, capaces de aumentar progresivamente la profundidad de la depresión central hasta producir la parálisis del centro vasomotor y respiratorio del bulbo, pudiendo llegar hasta la muerte cuando no se ajustan las dosis a la condición del paciente (55).</p> |



JUICIO CRITICO.La conciencia incluye el estado de alerta y la orientación: el estado de alerta indica el nivel de vigilia y el estado en que se encuentra despierto el paciente. La orientación es el grado en que se interpretan los estímulos sensoriales y el cómo responde adecuadamente el paciente por estar sometido a efectos de drogas anestésicas,ya que estasdrogas sobre todo actúan a nivel del sistema nervioso centralpor lo que se llega a la:

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Código: 00128

Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas, manifestado por inconciencia.

Nota: Elaboración propia 2023

DATOS RELEVANTES DOMINIO –CLASE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

| DATOS RELEVANTES | DOMINIO –CLASE | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS |
|--|---|--|
| SEGURIDAD Y PROTECCIÓN: Riesgo de Hipotermia posoperatoria T° 35.5 °C Piel fría Y Húmedo Ambiente quirúrgico de 24° Poca vestimenta. | Y DOMINIO 11: Seguridad Y Protección Clase: 6: Termorregulación Código: 00254 Riesgo de Hipotermia peri operatoria r/c Exposición prolongada al ambiente quirúrgico en 24°. | <p>La hipotermia es considerada como la temperatura corporal menor de 36°C, siendo un evento común, afecta del 70 al 90% de los pacientes sometidos al procedimiento anestésico-quirúrgico, pudiendo acarrear complicaciones relevantes(56) .</p> <p>El centro quirúrgico es un ambiente propicio para el desarrollo de la hipotermia debido a la asociación entre la baja temperatura de la Sala de Operación (SO), la realización de la antisepsia de la piel del paciente con el cuerpo descubierto, la infusión de soluciones frías en el transcurrir del procedimiento, la inhalación de gases fríos, de las cavidades o heridas abiertas y la utilización de drogas anestésicas que alteran el mecanismo de termorregulación, inhiben los temblores y producen vasodilatación periférica</p> <p>Se define como, vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36°C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud (Nanda 2018 - 2020). La anestesia y la cirugía causan un significativo impacto sobre el balance térmico corporal. El deterioro de la termorregulación a nivel central (producido por la anestesia) y la pérdida de calor durante la cirugía, exposición a un ambiente con bajas temperaturas en la sala de operaciones, administración de fluidos, determinan hipotermia en un gran porcentaje de pacientes durante la cirugía y luego de ella. El confort térmico se afecta sensiblemente aun con grados leves de hipotermia. Los pacientes señalan, frecuentemente, la sensación de frío intenso como el aspecto más desagradable de su hospitalización e inclusive algunos lo catalogan como una experiencia más desagradable que el propio dolor posoperatorio.</p> |

Clásicamente el temblor posoperatorio (que se presenta en el 40% de los pacientes operados) se atribuyó a factores como el dolor, liberación de reflejos espinales, disminución de la actividad simpática, liberación de pirógenos, alcalosis respiratoria y, con mayor frecuencia, simplemente una respuesta a la hipotermia intraoperatoria (Baptista et al., 2010).

La hipotermia se puede evitar mediante una adecuada calefacción del paciente antes, durante y después de la cirugía. El uso de manta térmica con el paciente sería fácilmente

JUICIO CRITICO

Se entiende que el centro quirúrgico es un entorno adecuado para el desencadenar la hipotermia por la interacción de las bajas temperaturas del quirófano, la piel desnuda del paciente, el uso de soluciones frías durante el procedimiento quirúrgico, la inhalación de aire frío por la herida abierta y el uso de la anestesia que alteran la termorregulación en el cuerpo; produciendo los temblores y, por lo tanto, la vasodilatación periférica.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

DOMINIO 11: Seguridad y Protección

Clase: 6 termorregulación

Código NANDA: 00254

Riesgo de hipotermia peri operatorio r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico

Nota: Elaboración propia 2023

DATOS RELEVANTES DOMINIO –CLASE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

| | | |
|--|--|---|
| Se observa Expresión facial de dolor. E.V.A. 6/10 | DOMINIO 12: Confort. CLASE 1: Confort físico. CÓDIGO: 00132 Dolor agudo | <p>Así pues, el dolor es definido por la IASP (International Association for the Study of Pain) como una experiencia sensorial y emocional no placentera, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de ese daño. La “experiencia” abarca la percepción y la conducta resultante de la función mental del cerebro; la “sensación” se refiere a los procesos neurofisiológicos que captan y transmiten la señal dolorosa a los centros cerebrales superiores. Por otro lado, el dolor agudo se define como un dolor que comienza y es probable que dure cierta cantidad de tiempo. El manejo efectivo del dolor post operatorio es uno de los desafíos más importantes en el campo de la cirugía. La evidencia que exponen la mayor parte de los pacientes sometidos a un proceso quirúrgico es que el nivel de dolor es variable en ellos y depende de la tolerancia al dolor que tenga cada uno (57).</p> <p>La capacidad de tratar el dolor con medicamentos se ha expandido dramáticamente en los últimos veinte años, debido al mayor conocimiento que se tiene de los diferentes neuro mediadores que actúan en el cuadro del dolor. Esto ha permitido un mejor manejo del mecanismo de la actividad analgésica, antiinflamatoria y opioides; así, como otras drogas.</p> <p>Lo multidimensional del dolor implica la necesidad de que se realice una intervención interdisciplinar, holística y coordinada de diferentes especialistas que forman los equipos médicos asistenciales.</p> <p>JUICIO CRITICO</p> <p>Está claro que el dolor agudo en del paciente post operado es el reflejo de una respuesta a la impasividad de la cirugía. Sin embargo, el dolor no solo proviene de la incisión. Después, de pasadas las primeras horas del post operatorio, los drenajes pueden ser la causa del dolor.</p> |
|--|--|---|

El dolor posterior de la espalda y los hombros está en relación a la postura y dureza de la mesa quirúrgica, y de las zonas de inserción de catéteres vasculares. por lo tanto, la:

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

DOMINIO 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Código NANDA: 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico)

Nota: Elaboración propia 2023



4.3. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

DX 1. DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO

CLASE 4: Respuestas Cardiovasculares y respiratorios.

Código: 00032

Patrón Respiratorio Ineficaz r/c conefectos anestésicos E/xDisnea, usode músculos accesorios de la respiración, taquipnea.

DX 2. DOMINIO 05: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

- CLASE 04: Cognición
- Código: 00128
- Confusión aguda r/c Preparaciones farmacológicas (anestesia general inhalatoria) efectos de drogas anestésicas, m/x Disfunción cognitiva (Aldrete 7), agitación psicomotora, Deterioro de la movilidad física, deshidratación secundaria a efectos de anestesia general inhalatoria.

DX 3. DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

- CLASE 06: Termorregulación
- Código: 00254
- Riesgo de hipotermia peri operatoria r/cExposición prolongada al (ambiente quirúrgico de 24°),
- Piel pálida y fría,
- Vestido inadecuado.

DX 4.DOMINIO 12 CONFORT

- CLASE 1: Confort físico
 - Código: 00132
 - Dolor agudo r/c Agentes lesivos físicos m/x Expresión facial del dolor (ceño fruncido), EVA 2, diaforesis secundaria a proceso quirúrgico (COLELAP)
1. Riesgo de caídas relacionado con estado de inconsciencia secundario a anestesia general.



2. Ansiedad relacionada con la incertidumbre por evolución de intervención quirúrgica.
3. Riesgo de infección relacionada con puerta de entrada de los microorganismos por los procedimientos invasivos
4. Déficit de volumen de líquidos relacionada por alteraciones hemodinámicas secundario a anestesia general.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ.

| NANDA DIAGNÓSTICO | NOC OBJETIVOS | NIC INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|--|---|
| <p>DOMINIO4: Actividad Reposo</p> <p>CLASE 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares.</p> <p>Código:00032-Patrón Respiratorio Ineficaz r/c con fatigade los músculos respiratorios secundarios a efectos anestésicos e/xdisnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea. Efectos de anestesia. Escala de aldrete con 4 puntos.</p> | <p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el Patrón respiratorio eficaz dentro de los límites normales (18-20 x;) <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de alteración del patrón respiratorio ineficaz en unidad de recuperación Pos Anestésica. - Mantener vía área permeable libre de secreciones y caída de la lengua a la orofaringe. - Mantener la Saturación de oxígeno 95% | <p>Manejo de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla. - Manejo del tubo de mayo - Monitorización respiratoria - Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración - Auscultar lossonidos respiratorios - Observar si aumenta laintranquilidad, falta de aire - Oxigenoterapia - Administrar oxigeno suplementario por mascarilla con reservorio - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(pulsoxímetro) - Precauciones paraevitar la aspiración - Manejo de líquidos yelectrolitos. - Vía periférica permeable. - Aspiración de secreción de vía aérea y orofaringe. | <p>El ritmo, la profundidad y el patrón respiratorio de la ventilación se mantienendentro loslímites normales</p> <p>Disnea mínima.</p> <p>Paciente mantiene saturación de oxigeno dentro del parámetro normal.</p> <p>Permite valorar la recuperación post anestésica del paciente y el metabolismo de los efectos y agentes anestésicos empleados para tal fin.</p> <p>(Anestesiología 2015).</p> <p>La monitorización del oxígeno permite detectar signos de hipoxemia, de acidosis respiratoria.</p> <p>(Berverly. 2010).</p> <p>La educación del paciente permite que se sienta tranquilo,</p> |



Reducción de saturación
de oxígeno hasta 85 %

- Destete de la oxigenación artificial.

porque está informado de lo
cirugía (Ledesma perez,2007)

Retención de secreciones.

Nota: Elaboración propia 2023

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

CONFUSIÓN AGUDA

| NANDA DIAGNÓSTICO | NOC OBJETIVOS | NIC INTERVENCIONES | EVALUACIÓN |
|--|--|--|---|
| <p>Domino: 05 PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN</p> <p>Clase 04 Cognición</p> <p>Código: 00128 Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas evidenciado por inconciencia Glasgow:3 Test de Aldrete :3</p> | <p>Objetivo General: Reestructuración cognitiva</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado Neurológico: conciencia - Abre los ojos a estímulos externos - Obedece órdenes - Respuestas motoras a estímulos externos | <p>Monitorización neurológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar tendencia en la escala Glasgow, - Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de animo, afecto y conducta. <p>6486 manejo ambiental: seguridad. Utilizar dispositivos adaptativos (barandillas) para limitar físicamente la movilidad o acceso a situaciones peligrosas.</p> <p>5270 Apoyo emocional -Disminución de la confusión. -Brindar atención con calidez, confort y comodidad Presencia</p> | <p><i>El delirio o síndrome confusional agudo o trastorno cognitivo, Por Los Efectos De La Anestesia General Inhalatoria. Referido por el manual DSM-5, se caracteriza por una perturbación neuro conductual fluctuante típicamente progresando en corto período de tiempo, en consecuencia, de un sistema nervioso central estresado.</i></p> <p>De acuerdo a las manifestaciones clínicas existen tres tipos subclínicos de síndrome confusional o delirium estos son Hiperactivo, Hipoactivo y Mixto mencionados anteriormente. Diversos conjuntos de factores biológicos causaran el síndrome confusional agudo, interactuando en la interrupción de las redes neuronales en el cerebro</p> |



| | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|
| | | | | causando la disfunción cognitiva. |
|--|--|--|--|-----------------------------------|

Nota: Elaboración propia 2023

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE HIPOTERMIA

| NANDA DIAGNÓSTICO | NOC OBJETIVOS | NIC INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|---|---|
| <p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>CLASE 6: TERMORREGULACIÓN</p> <p>Código: 00254.-</p> <p>Riesgo de Hipotermia Perioroperatoria.</p> <p>Riesgo de Hipotermia Perioroperatoria R/CE</p> <p>Exposición al ambiente frío del quirófano, procedimientos quirúrgicos evidenciados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel fría y húmeda. - Presencia de escalofríos por temperatura de 35.5°C. - presencia de dren pen ros 1/2 . | <p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la temperatura corporal en 37°C, durante el tiempo que permanezca en recuperación. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la temperatura corporal por encima de 36.5 después de las intervenciones de enfermería. - Identificar signos de hipotermia. | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales: presión arterial, y temperatura. • Realizar el procedimiento de recalentamiento de manera progresiva. • Comprobar la temperatura ambiental. • verificar los signos y síntomas de la presencia del dren. • Aplicación del calor mediante una sábana tibia o caliente. mantas térmicas. • Verificar y mantener la cama limpia y seca. • Verificación de apósitos y • Controlar signos asociados a hipotermia: fatiga, apatía, etc. | <p>Mediante la temperatura y frecuencia cardíaca vemos las variaciones en el organismo mediante la vasodilatación periférica y la termorregulación del cuerpo cuando no puede funcionar correctamente. (Pérez, 2007)</p> <p>El calentamiento pasivo sirve para maximizar la producción del calor basal, incrementando la temperatura corporal y su mantenimiento, mediante difusión. (Echevarría, 2009)</p> <p>Valorar signos y síntomas asociados a hipotermia lo cual nos permitirá priorizar los cuidados de enfermería. (Pérez. 2007)</p> |



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | nfusión, decaimiento, piel fría, sensación de frío o escalofrío. | |
|--|--|--|--|

Nota: Elaboración propia 2023

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DOLOR AGUDO

| NANDA DIAGNÓSTICO | NOC OBJETIVOS | NIC INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|---|--|
| <p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>Clase 1: Físicamente en confort</p> <p>Código NANDA: 00132</p> <p>Dolor agudo Dolor agudo r/c factor lesivo físico (intervención quirúrgica) m/p por expresión facial de dolor, EVA: 6/10</p> <p>Sensibilidad a La Palpación en zona de incisión.</p> <p>Presencia de dren peritrose en la incisión.</p> <p>Manifestación del dolor e intensidad E V A. DE 6/10.</p> | <p>Objetivo General</p> <p>Paciente lograra el alivio del dolor en unidad de recuperación Pos Anestésica.</p> <p><i>Objetivos específicos</i></p> <p>Determinar el dolor con la escala del dolor E V A. 1 AL 10.</p> <p>Manejar el Dolor, reduciendo escala menor de 6 puntos.</p> <p>-Control del dolor.</p> | <p>Manejo del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el grado de dolor: Características, intensidad, irradiación y duración. - Ayudar a la paciente a identificar el dolor en la escala del 0 al 10. - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. - Administrar analgésicos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia (este disminuye los espasmos dolorosos de los músculos abdominales) Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia. - Verificar historial de alergias, dosificación de medicamento. - Enseñar a la paciente a disminuir el estrés dado que la relajación produce un descenso de la producción de ácidos y del dolor. Proporcionar medidas de confort: Colocar al paciente en posición cómoda. | <p>- Es la práctica y uso de diferentes escalas de valoración del dolor, siendo las más comunes las unidimensionales entre las que destaca la escala visual análoga EVA.</p> <p>Es la administración de diferentes tipos de fármacos para aliviar el dolor</p> <p>Estudiar el uso de las estrategias de alternativa a utilizar por el personal de Enfermería de unidad de recuperación Pos Anestésica.</p> |



| | | | |
|--|--|---|--|
| | Refiere dolor controlado Utiliza los analgésicos de forma apropiado. | – Control del dolor Paciente refiere tolerar el dolor. | |
|--|--|---|--|

Nota: Elaboración propia 2023



SOAPIE.

Nombre del Paciente: RSM. **Edad:** 47 años

Fecha: 6 de enero 2020 Hora: 16:35

Diagnóstico médico actual: Patrón Respiratorio r/c los efectos anestésicos Evidenciado por disnea del paciente Pos operado inmediato intervenido de colelap

| FECHA | REGISTRO |
|-------|--|
| S | S: Paciente de sexo masculino, bajo efectos de anestesia: inconsciente, |
| O | O: Se observa a paciente pos operado inmediato en posición decúbito dorsal con presencia de tubo de mayo en cavidad orofaríngea con mascarilla de oxígeno con reservorio, disnea, retracción intercostal, bajo efectos de anestesia general. |
| A | Patrón Respiratorio Ineficaz r/c con efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea. |
| P | Manejo de las vías aéreas <ul style="list-style-type: none">- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla.- Manejo del tubo de mayo |
| I | Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none">- Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración.- Auscultar los sonidos respiratorios- Identificar signos de alteración del patrón respiratorio. Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none">- Administrar oxígeno suplementario por mascarilla con reservorio, para mantener la saturación de oxígeno dentro de los límites normales.- Precauciones para evitar la aspiración y postura.- Manejo del dolor. |
| E | - Paciente de sexo masculino se encuentra en su unidad con funciones vitales estable |

Nota: Elaboración propia 2023



S O A P I E.

Nombre del Paciente: RSM. **Edad:** 47 años

Fecha: 6 de enero 2020 Hora: 16:35

Diagnóstico médico actual: Confusión aguda r/c Efectos de drogas anestésica del paciente pos operado inmediato intervenido de colelap

| FECHA | REGISTRO |
|-------|---|
| S | Paciente de sexo masculino Inconsciente,bajo efectos de anestesia |
| O | -Estado Neurológico:Inconsciente. -Abre los ojos a estímulos externos - Obedece órdenes -Respuestas motoras a estímulos externos |
| A | Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicos |
| P | Estado Neurológico: conciencia |
| I | Monitorización neurológica: -Valoración del nivel de conciencia Apoyo emocional -Disminución de la confusión. -Brindar atención con calidez, comodidad y confort. |
| E | Paciente orientado en tiempo, espacio y persona y responde al interrogatorio movimientos voluntarios de las Extremidades escala Aldrete 9 puntos. Glasgow:14 |

Nota: Elaboración propia 2023



S O A P I E.

Nombre del Paciente: RSM. **Edad:** 47 años

Fecha: 6 de enero 2020 Hora: 16:35

Diagnóstico médico actual: Riesgo de hipotermia peri operatorio r/c Exposición prolongada al ambiente quirúrgico 21°, del paciente Pos operatorio inmediato intervenido de colelap

| FEC HA | REGISTRO |
|-----------|---|
| S | Paciente inconsciente bajo efectos anestésicos |
| O | Piel, fría al tacto, enlentecimiento del llenado capilar |
| A | Riesgo de hipotermia peri operatorio r/cexposición prolongada al ambiente quirúrgico |
| P | Paciente presentará: Temperatura corporal dentro de límites normales |
| I | <p>Cuidados postanestésica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valorar y registrar los signos vitales <p>Regulación de la temperatura. Control de la temperatura en intervalos de tiempo. Controlar funciones vitales: SpO2, P/A, FC y FR. Observar color y temperatura de la piel. Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia -Controlar la temperatura.</p> <p>_Verificarlosapósitosycambiodelosmismospor la presencia deldren.</p> |
| E | Pacientemantendráunatemperaturadentrodeparámetrosnormal esde36 °C. durante el proceso desurecuperación. |

Nota: Elaboración propia 2023



SOAPIE.

Nombre del Paciente: RSM. **Edad:** 47 años

Fecha: 6 de enero 2020 Hora: 16:35

Diagnóstico médico actual: Dolor agudo r/c Agente lesivo físico(procedimiento quirúrgico) m/p por expresión facial de dolor, EVA. del paciente Pos operado inmediato intervenido de colelap.

| FECHA | REGISTRO |
|-------|---|
| S | Manifiesta dolor EVA: 6/10 |
| O | Expresión facial de dolor, |
| A | Dolor agudo Dolor agudo r/c agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) m/p por expresión facial de dolor, EVA. |
| P | Paciente disminuirá el dolor durante su estadía en unidad de recuperación. |
| I | -Valorar el grado de dolor: -Características, intensidad, irradiación y duración. 3/10 puntos. -Ayudar a la paciente a identificar el dolor en la escala. |
| E | -Paciente refiere una valoración de 3 en la escala EVA. - Paciente refiere tolerar el dolor. |

Nota: Elaboración propia 2023.



V. CONCLUSIONES

Primera. -Se logró brindar los cuidados de enfermería mediante la aplicación del Proceso de cuidado de enfermería, al paciente postoperado inmediato de Colectomía laparoscópica, teniendo en cuenta que la investigación de casos basados en el proceso de atención de enfermería, permite a los profesionales brindar cuidado en formativa lógica y sistemática, ampliando nuestro conocimiento y orienta nuestras acciones hacia un cuidado humanizado y holístico.

Segunda. -La valoración de enfermería es un paso crucial, para identificar los problemas se ha realizado de una manera directa mediante la entrevista, la observación, el examen físico del paciente y de una manera indirecta mediante la revisión de la historia clínica.

El paciente es monitorizado y valorado, continuamente, estableciendo controles cada 15 minutos la primera hora y cada media hora después, registrando todos los datos en su historia clínica.

Tercera. -:Para el análisis e interpretación de datos se realizó con la utilización de fuentes de información como marco teórico de libros, internet, sin tener ninguna limitación, permitiendo así realizar una confrontación de datos obtenidos.

Cuarta. -. La elaboración de diagnósticos se extrajo de acuerdo al análisis de datos y de ello la priorización de los diagnósticos en base a diagnósticos de enfermería NANDA, NIC, NOC.

Quinta. - La ejecución de las actividades de enfermería se realizó de acuerdo al planteamiento, priorización de problemas de vital importancia, es decir las intervenciones de enfermería se llevó a través de una atención integral al paciente haciendo uso de conocimientos teóricos, prácticos, específicos, actualizados de acuerdo a la normatividad y los estándares establecidos.

Sexta: Se evaluó las actividades de enfermería en relación a los objetivos planteados, logrando cumplirse al 95% que se ve reflejado en la ausencia de complicaciones postoperatorias y evolución favorable del paciente.



VI. RECOMENDACIONES

A JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA HOSPITAL III EsSALUD JULIACA

- En coordinación con la Jefatura del servicio y del departamento de enfermería incentivar a las enfermeras especialistas en Centro quirúrgico en las capacitaciones y/pasantías con respecto a los avances en pacientes en el postoperatorio inmediato.
- Capacitar al personal de enfermería en proceso de atención de enfermería en pacientes pos operados inmediatos en nuevos avances.
- Realizar protocolos de atención de enfermería en pacientes pos operados inmediatos en la Unidad de recuperación pos anestésica.
- Aplicar el proceso de atención de Enfermería en el cuidado individualizado del paciente en URPA.
- Actualizaciones constantes, de los procedimientos antes de iniciar las prácticas clínicas.

A ENFERMERAS ESPECIALISTAS DE CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL III EsSALUD JULIACA.

- Socializar con los profesionales de enfermería el proceso de atención de enfermería en pacientes que ingresan a URPA.
- En coordinación con su jefatura actualizar los protocolos de atención en paciente Pos operado inmediato de Colectomía laparoscópica acuerdo a los avances científicos y tecnológicos.
- Apoyar e incentivar a las estudiantes de la especialidad en el cuidado de Enfermería a los pacientes posoperados inmediato en URPA.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana A, Sánchez T, De Jesús J, Reyes ES, De La Guardia E, De La Guardia E. El adulto mayor en cirugía general. *Rev Cuba Cir.* 2001;40(4):305–11. <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v40n4/cir11401.pdf>
2. D’Hyver C. Patologías endocrinas más frecuentes en el adulto mayor. *Rev Fac Med UNAM.* 2017;60(4):45–57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000400045
3. Espinoza R, Balbontín P, Feuerhake S, Piñera C. Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Med Chil.* 2004 Dec;132(12):1505–12. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200008
4. Panez R. Factores de riesgo asociado a la conversión de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del hospital nacional EsSalud Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2012-2014. [Tesis de Grado de Médico Cirujano]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/521>
5. Cayetano A. Prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber” año 2014. [[Tesis de Grado de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3210179>
6. Cáceres C, Vivanco L. Colelap en geriatría, características pre y post operatorias realizadas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo. [Tesis de Grado de Médico Cirujano]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNCP_f8c753629569cad8a869d871bc6e9649
7. Shaffer E. Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006 Jan;20(6):981–96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17127183/>
8. Tejedor M, Albillos A. Enfermedad litiásica biliar. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2012 Apr;11(8):481–8.



- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3900840>
9. Festi D, Dormi A, Capodicasa S, Staniscia T, Attili A. Incidencia de la enfermedad de cálculos biliares en Italia: resultados de un estudio italiano multicéntrico basado en la población. *World J Gastroenterol*. 2008;14(34):5282 – 5289. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/download/166/159/>
 10. Calvo G. Manual de Enfermería en quirófano. [En línea]. Madrid: Difusión. Avances de enfermería; 2010. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enf_quirofano.pdf
 11. Casquero J. Patología vesicular. Quizlet. 2019. [Internet]. Disponible en: <https://quizlet.com/pe/622434815/patologia-vesicular-2-flash-cards/>
 12. ESSALUD I. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocistitis, colecistitis aguda, coledocolitiasis versión corta. 2018. [Internet]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf
 13. Llatas J, Hurtado Y, Frisancho O. Cholelithiasis in Edgardo Rebagliati Martins Hospital. Lima – Perú. 2010 -2011. *Gastroenterol Peru*. 2012;31(4):9–24. <https://docplayer.es/231578435-Stefany-salvador-salvador-2-alvaro-taype-rondan-2-raul-timana-ruiz.html>
 14. Moro P, Checkley W, Gilman R, Cabrera L, Lescano A, Bonilla J, et al. Gallstone disease in Peruvian coastal natives and highland migrants. *Gut*. 2000;46(4):569–73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10716689/>
 15. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 Jan;25(1):41–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032636/>
 16. Andrews J, Schünemann H, Oxman A, Pottie K, Meerpohl J, Coello P, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jul;66(7):726–35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23570745/>
 17. Angarita F, Acuña S, Jimenez C, Garay J, Gómez D, Domínguez L. Colecistitis calculosa aguda. *Univ Médica*. 2010 Aug;51(3):301–19.



<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018686005.pdf>

18. Del Amo F, Garcia J, Gimenez A, Gimenez D. *Proceso Quirurgico: post operatorio*. Mexico; 2016.
19. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Estados Unidos: RELX; 2009.
20. Wade GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring: An Instrument Based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *J Nurs Educ*. 2006 May;45(5):162–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16722498/>
21. Enciso J. Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. *An Fac med*. 2013;74(1):63–70.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100012
22. Togonal T, Gulhas N, Cicek M, Teksan H, Ersoy O. Carbon dioxide pneumothorax during laparoscopic surgery. *Surg Endosc Other Interv Tech*. 2002 Aug;16(8):1242–1242. <https://europepmc.org/article/med/12042908>
23. Volz J, Köster S, Spacek Z, Paweletz N. Characteristic alterations of the peritoneum after carbon dioxide pneumoperitoneum. *Surg Endosc*. 1999 Jun;13(6):611–4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10347302/>
24. Gramatica L, Brasesco O, Mercado A, Martinessi V, Panebianco G, Labaque F, et al. Laparoscopic cholecystectomy performed under regional anesthesia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Surg Endosc Other Interv Tech*. 2002 Mar;16(3):472–5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11928031/>
25. Jiang D, Yu P. Effect of different CO₂ pneumoperitoneum on IL-1 β and IL-6 in abdominal cavity. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2012;15(8):834–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22941689/>
26. Ott D. Reduced Peritoneal inflammation using wet gas compared to cold dry gas as measured by C-reactive protein and interleukin-6. *Gynecol Surg*. 2003;7(12). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16087797/>
27. Brasesco OE, Szomstein S, Mailapur R V, Zundel N, Rosenthal RJ. La patofisiología del pneumoperitoneo . *Asoc Mex Citugia Endosc AC*. 2002;3(3):101–8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce->



2002/ce023d.pdf

28. Pang C, Yap J, Chen P. The Effect of an Alveolar Recruitment Strategy on Oxygenation during Laparoscopic Cholecystectomy. *Anaesth Intensive Care*. 2003 Apr;31(2):176–80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12712781/>
29. González V, Marengo C, Chávez A, Chávez S, Montalvo E. Colecistectomía laparoscópica: resultados de la experiencia del Hospital General de México a nueve años de implementada. *Rev Mex Cirugía Endoscópica*. 2002;13(2):71–3. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6588>
30. Smith L. Anestesia para Laparoscopia con énfasis en el procedimiento en pacientes externos. *Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica*. 2011;1(1):19–37. <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/130/128>
31. Collins L, Vaghadia H. Regional anesthesia for laparoscopy. *Anesth Clin North Am*. 2001;19(1):43–55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11244919/>
32. Parviz K, Kamran M, Honarmand A, Safavi M. The analgesic effect of midazolam when added to lidocaine for intravenous regional anaesthesia. *J Res Med Sci*. 2011;16(9):1139–48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22973382/>
33. Jabalameli M, Honarmand A, Safavi M, Chitsaz M. Treatment of postoperative nausea and vomiting after spinal anesthesia for cesarean delivery: A randomized, double-blinded comparison of midazolam, ondansetron, and a combination. *Adv Biomed Res*. 2012;1(1):2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23210061/>
34. Heidari S, Talakoub R, Yaraghi Z. Comparing the preventive effect of midazolam and midazolam-dexamethasone on postoperative nausea and vomiting in elective middle ear surgery. *Adv Biomed Res*. 2012;1(1):9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23210068/>
35. Choi S, Kim S, Lee S, Soh S, Oh Y. Cerebral Oxygenation during Laparoscopic Surgery: Jugular Bulb versus Regional Cerebral Oxygen Saturation. *Yonsei Med J*. 2013;54(1):225. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521259/>
36. Dewhirst E, Lancaster, Christopher Tobias JD. Hemodynamic changes following the administration of propofol to facilitate endotracheal intubation during sevoflurane anesthesia. *Int J Clin Exp Med*. 2013;6(1):26–9.



- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515968/>
37. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T, Reinhart K. Qualitätsmanagement am Beispiel der postoperativen Schmerztherapie. *Anaesthesist*. 2001 Sep;50(9):661–70. <https://mediatum.ub.tum.de/doc/646981/646981.pdf>
 38. Acosta-lúa A, Durán-colín AA. Ropivacaína intraperitoneal para disminuir la omalgia postoperatoria en pacientes bajo histerectomía laparoscópica. *Anestesiología*. 2019;42(4):292–5. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89623>
 39. Park E, Kwon J, Kim K. Carbon Dioxide Embolism during Laparoscopic Surgery. *Yonsei Med J*. 2012;53(3):459. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343430/>
 40. Critchley L, Ho A. Surgical Emphysema as a Cause of Severe Hypercapnia during Laparoscopic Surgery. *Anaesth Intensive Care*. 2010 Nov;38(6):1094–100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21226444/>
 41. Javier MJ. Cuidado de enfermería al paciente posoperado inmediato de histerectomía abdominal en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital III EsSalud-Juliaca, 2018.[Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2019. Disponible en: https://biblioteca.unap.edu.pe/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=108884
 42. Portal Y, Pérez M. Cuidados de enfermería en pacientes postquirúrgicos inmediatos en el Hospital Básico Doctor Eduardo Montenegro del cantón Chillanes. [Tesis de Maestría en Enfermería Quirúrgica] UNIANDES; 2016. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4581>
 43. Maestre J. El dolor en el adulto mayor. *Colomb Med*. 2001;32(4):184–8. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28332406.pdf>
 44. Petrenko A, Yamakura T, Kohno T, Sakimura K, Baba H. Increased brain monoaminergic tone after the NMDA receptor GluN2A subunit gene knockout is responsible for resistance to the hypnotic effect of nitrous oxide. *Eur J Pharmacol*. 2013 Jan;698(1–3):200–205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23123346/>



45. Jiménez M. Características epidemiológicas, clínicas y hallazgos operatorios en adultos mayores sometidos a colecistectomía Hospital II-2 ESSALUD Jorge Reátegui, 2013 – 2017. [Tesis de Grado de Médico Cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4606>
46. Pariona M. Cuidados de enfermería en pacientes por colecistectomía laparoscópica, Unidad de Recuperación Hospital Regional de Ayacucho 2018. [Tesis de Especialización en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2915486>
47. Obregon M. Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2017. [Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2113?show=full>
49. Carhuavilca Y. Cuidado enfermero a paciente en colecistectomía laparoscópica por colelitiasis, Unidad de Recuperación Post anestésica. Hospital Regional del Cusco 2017. [Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería en Centro quirúrgico]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6693?show=full>
50. Velásquez V. Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de laparotomía exploratoria post trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. [Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud]. Universidad Peruana Unión; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1432>
51. Jara M. Intervención de enfermería en pacientes en el pos- operatorio inmediato de colecistectomía convencional en la unidad de recuperación post-anestésica del Hospital de Barranca Cajatambo – SBS – 2019. [Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Nacional de Callao; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4095>
52. Camps A, Martí J. Complicaciones respiratorias en el período posoperatorio inmediato de la cirugía mayor de urgencia [Internet]. 2010. [cited 2021 Oct 4].



- Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200002
53. Blondonnet R, James A, Godet T, Constantin J-M. Complicaciones respiratorias postoperatorias. EMC - Anestesia-Reanimación [Internet]. 2021;47(1):1–19. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1280470320445943>
 54. Lira D, Mar M, Montesinos R, Herrera E, Cuenca J, Castro S, et al. Una complicación quirúrgica escasamente sospechada: la disfunción cognitiva postoperatoria A poorly suspected surgical complication: postoperative cognitive dysfunction. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 4];81(2). Available from: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3339>
 55. Castellanos A, Dulce D, Rascón M, Héctor D, Genis J, Petra D, et al. Revista Mexicana de Anestesiología Profundidad anestésica y morbilidad postoperatoria. Supl 1 Abril-Junio [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 4];37:108–12. Available from: <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.org.mx>
 56. Haib N, Pereira C, De Mattia A. Enfermería Global Complicaciones postoperatorias relacionadas con la hipotermia intraoperatoria Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória Postoperative complications related to intraoperative hypothermia RESUMEN. [cited 2021 Oct 4]; Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.328791>
 57. Habana L, en Anestesiología Reanimación E, Rosa-Díaz J. Aspectos básicos del dolor postoperatorio y la analgesia multimodal preventiva. 2014 [Internet]. [cited 2021 Oct 6]; Available from: www.medigraphic.org.mx

ANEXOS

GUANTES DE PROCEDIMIENTOS



MASCARA DE RESERVORIO



ESCALA DE ALDRETE

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

| Características | | Puntos |
|------------------|--|--------|
| Actividad | Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes | 2 |
| | Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes | 1 |
| | Incapaz de mover extremidades | 0 |
| Respiración | Capaz de respirar profundamente y toser libremente | 2 |
| | Disnea o limitación a la respiración | 1 |
| | Apnea | 0 |
| Circulación | PA \leq 20% del nivel preanestésico | 2 |
| | PA 20-49% del nivel preanestésico | 1 |
| | PA \geq 50% del nivel preanestésico | 0 |
| Conciencia | Completamente despierto | 2 |
| | Responde a la llamada | 1 |
| | No responde | 0 |
| SaO ₂ | Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente | 2 |
| | Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90% | 1 |
| | SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario | 0 |

PA: presión arterial; SaO₂: saturación arterial de oxígeno.

*Para ser dado de alta es necesario una puntuación \geq 9 puntos.

| SISTEMAS DE BAJO FLUJO | | | | | | | |
|---|--------------------|---|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
|  | |  | |  | |  | |
| CÁNULA DE OXÍGENO | | MÁSCARA DE OXÍGENO | | MASK DE OXÍGENO CON RESERVORIO (Con bolsa de reservorio Reinhalatoria) | | MASK DE OXÍGENO CON RESERVORIO (Con bolsa de reservorio NO Reinhalatoria) | |
| Litros x minuto | Porcentaje Oxígeno | Litros x minuto | Porcentaje Oxígeno | Litros x minuto | Porcentaje Oxígeno | Litros x minuto | Porcentaje Oxígeno |
| 1 | 24% | | | | | | |
| 2 | 28% | | | | | | |
| 3 | 32% | | | | | | |
| 4 | 36% | | | | | | |
| 5 | 40% | | | | | | |
| 6 | | 5-6 | 40-45% | | | | |
| 7 | | 6-7 | 45-50% | | | | |
| 8 | | 7-8 | 55-60% | | | | |
| 9 | | | | 8 | 60% | 8 a 12 LITROS 90 – 99% | |
| 10 | | | | 9 | 65% | | |
| 11 | | | | 10 | 70% | | |
| 12 | | | | 11 | 75% | | |
| | | | | 12 | 80% | | |

|  EsSalud MAS SALUD PARA MAS PERUANOS | |
|---|--------------------|
| SISTEMA DE FLUJO | |
| SONDA O CATETER NASOFARINGEO DE OXIGENOTERAPIA | |
| TASA O FLUJO LTS. POR MINUTO | CONCENTRACION O2 % |
| 2 LTS. POR MINUTO | 24 - 28% |
| 3 LTS. POR MINUTO | 28 - 30% |
| 4 LTS. POR MINUTO | 30 - 36% |
| 5 LTS. POR MINUTO | 36 - 40% |
| 6 LTS. POR MINUTO | 40 - 44% |
| MASCARILLA DE OXIGENO SIMPLE | |
| TASA DE FLUJO POR MINUTO | CONCENTRACION O2 % |
| 5 LTS. POR MINUTO | 40% |
| 6 LTS. POR MINUTO | 45 - 50% |
| 8 LTS. POR MINUTO | 55 - 60% |
| MASCARA CON BOLSA DE RESERVORIO Y VALVULAS | |
| TASA DE FLUJO LTS. POR MINUTO | CONCENTRACION O2 % |
| 6 LTS. POR MINUTO | 55 - 60% |
| 7 LTS. POR MINUTO | 60 - 80% |
| 8 LTS. POR MINUTO | 80 - 90% |
| 9 LTS. POR MINUTO | 90% |
| 10 - 12 LTS. POR MINUTO | 90 - 100% |
| MASCARA CON BOLSA DE RESERVORIO | |
| TASA DE FLUJO LTS. POR MINUTO | CONCENTRACION O2 % |
| 6 LTS. POR MINUTO | 35 % |
| 7 LTS. POR MINUTO | 40% |
| 8 LTS. POR MINUTO | 45% |
| 9 LTS. POR MINUTO | 50% |
| 10 A 12 LTS. POR MINUTO | 60% |
| SISTEMAS DE ALTO FLUJO | |
| MASCARILLA FACIAL CON SISTEMA DE VENTURI (FIO2 PREFIJA) | |
| TASA DE FLUJO LTS. POR MINUTO | CONCENTRACION O2 % |
| 4 LTS. POR MINUTO | 24% |
| 4 - 6 LTS. POR MINUTO | 28% |
| 6 - 8 LTS. POR MINUTO | 31% |
| 8 - 10 LTS. POR MINUTO | 35% |
| 8 - 12 LTS. POR MINUTO | 40% |
| 12 - 15 LTS. POR MINUTO | 50% |

Monitorización del Paciente



Evaluación de Paciente Postoperado



Comodidad y Concord





ESSALUD
RED ASISTENCIAL JULIACA

**REGISTRO DE ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL III
ESSALUD JULIACA**

Usuario: Roberto Salazar Miranda N° Seg: 7204101-003 H.d.: 200796 Edad: 47a
 Emergencia: SI () NO () Sexo: M Especialidad: Cirugía Fecha: 6-1-10 Sala N° 1620 Hrs.
 Hora de Pedido: 14:23 Hrs. Hora de llegada: 14:30 Hrs. Inicio/term. de anestesia: 16:30 Hrs.
 Inicio de cirugía: 14:23 Hrs. Fin de cirugía: 16:30 Hrs. Anestesiólogo: Dn Zapana
 I Cirujano: Dn Pineda II Cirujano: Dn Fanny Anestesiólogo: Dn Zapana
 Enf. de Quirofano I: Calcúlo en Vejiga Enf. de Quirof. II: de Raylee Anestesia: Grd Sm
 Diagnóstico: Calcúlo en Vejiga Operación: Colelitomía

S Usuario: _____

P. PERCEPCION-SALUD: condición higiénica: Buena () Regular () Mala ()
P. PERCEP COGNITIVO: Despierto () Orientado en tiempo () espacio () Persona () sedado ()
P. ELIMINACIÓN: Ap. Normal () Sonda foley () Colector Urinario () Pañal () Sonda () drenes ()
P. ACTV/EJERCICIOS: Resp. Espontánea () asistida () Resp: 18 X'SPO2: 90 %
 PANI: 105/61 mmhg. FC: 62 X' Escaras NO () SI ()
P. METAB. NUTRICIONAL: Ayuno NO () SI () A que hora: 9:30 Hrs

Observaciones: _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
 Ansiedad R/C: el desconocimiento (), la incertidumbre (), Por los cambios en estado de salud ()
 Riesgo de lesión perioperatorio R/C: Por el uso de aparatos biomédicos (), comprensión inadecuada de zonas de apoyo (), Posturas prolongadas mayores a 2 horas ()
 Riesgo de infección R/C: Puerta de entrada de los microorganismos por los procedimientos invasivos (), por el uso de implante (), por el uso de prótesis ()
 Perfusión tisular inefectiva R/C: hipovolemia secundaria a cambios posturales bruscos (), hipotermia Secund. a T° ambiental < a 20° C (), Efectos anestésicos y a reflejo vasomotor disminuido ()

Se logrará que el usuario disminuya su ansiedad, antes de ser intervenido quirúrgicamente.
 Al usuario se le evitará complicaciones por el uso de equipos biomédicos, y posiciones anatómicas prolongadas.
 Se realizará procedimientos de asepsia y antisepsia.
 Al usuario se le observará la evidencia de perfusión tisular efectiva, según patrón basal anterior, normotenso, normocardiaco, normotermico, al momento de salir del quirófano.

TRANSOPERATORIO:
 Apoyo emocional () Identificación con el usuario () Explicarle los procedimientos () Escucha activa ()
 Protección de zonas de apoyo () Brindar comodidad y confort () Sujeción de paciente () ventajas: _____
 Colocación de placa indiferente NO () SI () Zona: Grande
 Monitorización del usuario () Participación en inducción anestésica NO () SI ()
 Lavado de zona operatoria () Min. Cateterismo vesical: sonda: _____ Fr.: _____ Posición del usuario: deambulatorial
 Aplicar medidas de Bioseguridad () Vigilancia y Protección del área estéril () Uso estricto de técnicas asépticas ()
 Profilaxis: SI () NO Antibiótico: _____ Hora: _____ Hrs. T° del Quirofano: _____
 R. N. Hora de Nac: _____ hrs. Sexo M () F () Apgar: _____ Traslado de R.N.: _____

MONTAJE Y MANEJO DE EQUIPOS BIOMEDICOS: OPERATIVOS Si () No ()
 Aspirador () Electro bisturi () 400 Watts, Bipolar: _____ Watts, Microscopio () Modulo de video endoscopia ()
 Sierra y perforadores () Torniquete, tiempo: _____ min y _____ mmHg, Craneótomo () Desfibrilador ()
 Arco en C () _____ min., Rayos x () _____ min.

ENVIO Y REGISTRO DE MUESTRAS:
 anatomía patológica () SI () Cultivo y antibiograma ()
 Banco de sangre () Grupo: _____ Factor Rh: _____

Recuento de gases y compresas: Completo () Incompleto ()
 GASAS OPES N° 10+10 COMPRESAS N° 10+10
 Recuento de Instrumental: completo () incompleto () punzo cortante: completo () incompleto ()
 PUNZO CORTANTES N° 13

NOMBRE INSTRUMENTAL: Uterulo I al IV

POST OPERATORIO INMEDIATO:
 Despierto () Sedado () Obnubilado () Soporoso () Inconsciente ()
 Respiración: Espontánea () asistida () Con TET () con T. Orofaringeo () Traqueostomía ()
 Drenajes: Penrose () Kerh () Hemovack () Torácico () Cantidad y Características: _____
 Sonda NSG () Foley () Otros: _____
 TRASLADO a Recuperación () UCI () Servicios () Ambulatorio ()
 Fs. Vs. PANI: 98/51 mm hg P: 92 R: 95 SPO2: 90 % PAI () Placas RX () TAC () Otros ()

Observaciones: Uo perfusión permeable situando dNa al 11 Ppsk p/p 800 a

Hora de salida: 16:30 Hrs.

Firma/sello ENF. Quirofano II: _____
 Lic. Haroldo Pineda Yucá
 C.P. 35640
 HOSPITAL III JULIACA



EsSalud
RED ASISTENCIAL JULIACA

REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Nombre y Apellidos: Polanda Salazar Miranda Fecha: 6/1/2020 Hr Ingreso: 16:35pm
 Nº HCl: 200296 Nº camilla: 01 Sexo M () F () Edad: 47 años
 Dg. Médico: Cabrera, M. Desale

S Usuario: _____

O En el post operado inmediato, operado de: Colecistectomía
 Bajo el efecto residual de anestesia: general () Epidural () Espinal () Bloqueo () Local () Inh.
 • Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C el acumulo de secreciones, la presencia de cánulas de apoyo respiratorio. Resp: 30 SPO2: 98 %
 • Respiración: Espontánea () T. orofaringe () Intubado () Asistida ()
 • Circulación: PANI: 115/69 mmHg. F.C.: 79 X', PAI: 80 mmHg.
 • Despierto () Sedado () Obnubilado () Soporoso () Inconsciente () Reacción a estímulos: ✓
 • Apositos: Secos Drenes: PC 1/2 Sangrado: No c.c.
 • Sondas: _____ Otros: _____ Escala: Aldret upls
 • Venoclisis: Venoso periférico () V. Central () Analgesia intraoperatorio: Si () No () viene recibiendo ()

A **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**
 Riesgo de lesión perioperatoria R/C alteraciones sensitivo preceptuales debidas a la anestesia.
 Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C el acumulo de secreciones, la presencia de cánulas de apoyo respiratorio.
 Patrón respiratorio ineficaz R/C el dolor, la fatiga, el deterioro de la cognición.
 Dolor R/C con procedimientos quirúrgicos.
 Náuseas R/C acciones en el intraoperatorio, los efectos adversos de las drogas
 Transtorno de la imagen corporal R/C la cirugía.
 Complicación potencial de hemorragia C.P. Hipoxemia ()
 Otros: _____

P Se logrará que el usuario sea capaz de orientarse en persona, en el tiempo, en el espacio y realizar los movimientos voluntarios de las extremidades.
 El usuario respirará en forma espontánea, con apoyo de oxigenación suplementaria ()
 Se logrará que el usuario manifieste alivio del dolor, EVA: 1 2 3 Sin náuseas ()
 Se logrará que el usuario se mantenga hemodinamicamente estable, según su estado basal anterior a la cirugía

I Oxigenoterapia: Mascarilla R () 8 l/min, CBN () _____ l/min, otros () _____ l/min.
 Ventiloterapia: modalidad Pto 2 Destete () extubación () Aspiración de secreciones ()
 Monitorización de: ECG () PANI () FC () R () SPO2 () PAI ()
 Comodidad y confort: evaluar zonas de apoyo
 Control de herida operatorio: _____
 Control de drenajes: _____ características: _____ Sondas: _____
 Evaluación del dolor EVA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10: _____
 Vigilancia de vía periférica: Colocación de nueva vía endovenosa ()
 Obtención de muestras sanguíneas: AGA () Hora _____ Corrección gasométrica ()
 Para: Hb () Hto () Glucosa () Otros: _____
 Interconsultas: _____
 Observaciones: _____

| | | | | |
|------------------------|--------------|----------------|-----------|----------|
| INTRAOPERATORIO | CINa al 9%o | <u>1200</u> cc | Diuresis: | _____ cc |
| | Dext. Al 5 % | _____ cc | Sangrado | _____ cc |
| | Trnsfusión | _____ cc | | |
| | Otros | _____ cc | | |
| RECUPERACION | CINa al 9%o | <u>150</u> cc | Sangrado | _____ cc |
| | Dext. Al 5 % | _____ cc | Diuresis: | _____ cc |
| | Transfusión | _____ cc | Drenaje: | _____ cc |
| | Tto | _____ cc | Otros | _____ cc |
| | Otros | _____ cc | | |
| TOTAL | | <u>1350</u> cc | | _____ cc |

E **Usuario recuperado de los efectos anestésicos:** Hemodinamicamente estable () Despierto () Despierto
 Respiración: espontánea () asistida () con TET () con t. orofaringeo () traqueotomía ()
 Es trasladado a su servicio: Cirugía UCI, UCIM, Domicilio () placas de RX () TAC () otros _____
 FsVs: PANI: 115/69 mmHg. P: 68 X' R: 24 X' SPO2: 93 %, EVA: _____ Escala: Aldret upls
 Apositos: Secos drenes: PC 1/2 Evaluado por Médico de Recuperación quien indica su alta: _____
 Observaciones: Pcte para a piso con FsVs estables. Vía permeable.
 Fecha: 6/1/2020 Hora de traslado: 18:00 Hrs. Firma y sello de Enf. de recupp.: _____
 Hora coordinación: 17:30

Lic. Bethzabe Huancayo
C.E.P. 34782
EsSalud

| | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 6 Ene | 16:40 | 16:50 | 17:00 | 17:10 | 17:20 |
| FC | | 69 | 68 | 66 | 66 | 68 |
| SpO2 | | 98 | 99 | 99 | 98 | 93 |
| PNI _s | | | 119 | 120 | | 115 |
| PNI _d | | | 72 | 68 | | 69 |
| PNI _m | | | 83 | 81 | | 80 |
| | | | 16:45 | 17:00 | | 17:15 |
| FR | | 24 | 23 | 24 | 27 | 24 |



INFORME DE ANESTESIA

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------|----------|------------------------|---------------|----------|------------|-------------------|--------|-----------|----------|------|---------------|------------|--|--|
| Nombre | Rolando Salazar Miranda | | | | | Fecha | 06-01-2020 | | | | | | | | | |
| Edad | 47 | Sexo | M | Peso | 80 | Talla | 1.77 | N° | 700796 | | | | | | | |
| G. Sang. | O Rh + | Hb | 17.9 | Glucosa | 136 | Urea | | Sala N° | 01 | | | | | | | |
| Creatinina | 1.3 | | | | | Servicio | CIRUGIA | | | | | | | | | |
| Po2 | | PCO2 | | Bicarb. | | p.H. | | Bases Ex. | - | | | | N° Seguro | 710491-007 | | |
| PA | 120/44 P | 60 | R | 76 | T | 37 | PVC | PAM | RCV | ASA II/II | | | | | | |
| Antec. Patolog. | NIEGO | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antec. Anest | NIEGO | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diag. Pre-Operat. | Calculo de la Vesicula Biliar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opera Propuesta | Colesistectomia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diag. Post Operat. | IDEM | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oper. Realizada | IDEM | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posición | DCD | DCV | Frend | Fowler | Ginecolog. | DCL | D | I | Otra: | | | | | | | |
| Pre-Anestésicos: | 4:00 11:00 16:00 | | | | | | | | | | | Via: | Hora: | | | |
| Pa X | °C | 200 | 180 | 160 | 140 | 120 | 110 | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 | TEMP | | | |
| P | 35 | 34 | 32 | 30 | 28 | 26 | 24 | 22 | 20 | 18 | 16 | 14 | TORNIGUETE | | | |
| INICIO ANEST. | X | | | | | | | | | | | | VENTILADOR | | | |
| INICIO OPERA | ○ | | | | | | | | | | | | BOMBA | | | |
| Termino OPERA | X | | | | | | | | | | | | FAM | | | |
| R o | | | | | | | | | | | | | PVC | | | |
| Dext. 5% | | | | | | | | | | | | | Pasa a Recup. | | | |
| CINa 9% | | | | | | | | | | | | | R | | | |
| Sangre | | | | | | | | | | | | | Total | CC | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 1200 CC | | |
| ANESTESIA GENERAL: | EV | IM | Igual | SA | C | CS | TF | AC | V | Flujo | 2 L/min. | | | | | |
| Mascara - Intubacion | OT | NT | Visual | Acigos | Facil | Dificil | N° Tubo | 9.0 | Aire | 4 CC | | | | | | |
| ANESTESIA CONDUCTIVA: | Espirital | | Epidural | | Bloqueo plexo | | Otra: | | | | | | | | | |
| Aguja N° | Nivel de puncion | | Vecas | | Cateter | | SI | NO | | | | | | | | |
| AGENTES Y FARMACOS: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Fentanilo 240ug | | | | - Dexametasona 8mg | | | | - Metamizol 296 | | | | | | | | |
| - Propofol 160mg | | | | - Ranitidina 50mg | | | | - Tramadol 100mg | | | | | | | | |
| - Roladorio 50mg | | | | - Metocho pramide 10mg | | | | - Etilefrina 10mg | | | | | | | | |
| | | | | | | | | - Atropina 1mg | | | | | | | | |
| LIQ. PERFUNDIDOS: 1200 Perdida 1000 Balance +200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POST. OPERATORIO INMEDIATO Satisfactorio No satisfactorio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PASA RECUPERACION: No Extubado Intubado con Ventilador | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPLICACIONES Y OBSERVACION NINGUNO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIOLOGO: Dr. Zapana Drenes Rete. de gases conforme No conforme | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enf. Anest: Enf. Instrum. I Lic. Ronald Enf. Instrum. II Lic. Dydo | | | | | | | | | | | | | | | | |



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Marija Elena Huanca Yanarico,
identificado con DNI 02036245 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Enfermería en Centro Quirúrgico

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“ Atención de Enfermería en la Unidad de Recuperación
Postanestésica en Colecistectomía Laparoscópica
Hospital III Essalud Juliaca - 2020 ”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 16 de Mayo del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Maruja Elena Huanca Yanarico,
identificado con DNI 02036245 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Infermería en Centro Quirúrgico

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Atención de Enfermería en la Unidad de Recuperación
Postanestésica en Colecistectomía Laparoscópica
Hospital III Essalud Juliaca - 2020"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 16 de Mayo del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella