



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE COLELAP EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL II-1 ILAVE

PRESENTADO POR:

LUZ MARINA SAYRITUPA FLORES

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

PUNO - PERU

2024



LUZ MARINA SAYRITUPA FLORES

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE COLELAP EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPI

My Files

My Files

Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::8254:410917152

Fecha de entrega

1 dic 2024, 7:02 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 dic 2024, 8:38 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

LUZ M SAYRITUPA FLORES FINAAAAL (3) repositorio.docx

Tamaño de archivo

5.3 MB

85 Páginas

14,412 Palabras

83,032 Caracteres



19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 19% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

- Texto oculto**
7 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Firmado digitalmente por
CERVANTES ZAVALA Celia FAU
20145406170 ac8
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.12.2024 10:50:34 -05:00





DEDICATORIA

Agradezco a Dios por brindarme la fortaleza necesaria para superar los desafíos, guiarme hacia el mejor camino iluminado en cada paso de mi vida, otorgarme salud, sabiduría y esperanza para llevar a cabo la culminación de este trabajo.

Mi sincero agradecimiento a mi querido hijo Marco Augusto, quien siempre ha estado a mi lado, ha creído en mí y ha contribuido de manera significativa para hacer realidad este sueño.

Asimismo, agradezco a mi querida hija Evelyne Luz, su esposo Jorge y mis adorables nietos Samuel y Daniel, quienes me han brindado fuerza y aliento constante para alcanzar la culminación de mi especialidad. Su apoyo ha sido fundamental en este importante logro.

Luz Marina Sayritupa Flores



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los docentes que han sido parte fundamental de mi trayectoria hacia la especialidad. Les estoy agradecido por compartir sus conocimientos y guiarme en este camino.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi asesora, la MSc. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por brindarme la oportunidad de contar con su capacidad y conocimiento científico. Su dedicación y paciencia fueron fundamentales en el desarrollo de mi trabajo, y le agradezco sinceramente por guiarme en cada etapa.

Asimismo, quiero hacer un reconocimiento especial a los miembros del jurado calificador. Su paciencia y rectitud como docentes fueron clave en la elaboración de esta monografía. Agradezco sus valiosas enseñanzas y la guía que proporcionaron para el desarrollo exitoso de este trabajo académico.

Luz Marina Sayritupa Flores



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
I. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO .	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
1.3. OBJETIVOS.....	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos específicos:	13
II. REVISIÓN TEÓRICA	14
2.1. COLECISTITIS	14
2.2. CIRUGÍA ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA (COLEPAP).....	20
2.3. MANEJO ANESTÉSICO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	23
2.4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
2.5. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESICA	25
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS.....	31
3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS	31
3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	31
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
4.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	34
4.2. VALORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA	42



4.3.	DATOS RELEVANTES SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASE.	45
4.4.	DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS:.....	54
4.5.	PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	54
4.6.	PLANES DE ENFERMERÍA	56
4.7.	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	64
V.	CONCLUSIONES.....	66
VI.	RECOMENDACIONES	67
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Tema: Cirugia

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 20 de junio del 2024



RESUMEN

Esta monografía se realizó en el Centro Quirúrgico del Hospital II-1 Ilave con el objetivo de aplicar los cuidados de atención de Enfermería al paciente postoperado inmediato de colecistectomía laparoscópica con base al proceso de atención de enfermería, cumpliendo con las 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En el proceso se identificó 04 dominios afectados, se estableció objetivos dando prioridad a los diagnósticos; luego, se planificó la atención, se ejecutó y evaluó. Se realizó una valoración minuciosa y se intervino de inmediato para prevenir complicaciones y facilitar una recuperación rápida, segura y cómoda, con el objetivo de lograr una evolución positiva al finalizar el proceso. Se han seleccionado 4 diagnósticos de enfermería de 4 dominios: confusión aguda r/c efectos anestésicos manifestado por inconciencia, dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico), patrón respiratorio ineficaz r/c efectos anestésicos evidenciado por disnea (uso de músculos y accesorios de la respiración taquipnea) y riesgo de hipotermia postoperatoria r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico.

En conclusión, se cumplió con el plan de cuidados de Enfermería y se evaluó al paciente que evolucionó favorablemente.

Palabras Clave: Cuidados de enfermería, cirugía laparoscópica, colecistectomía, NIC y NOC.



I. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente adulta de género femenino, de 34 años de edad, con Nro. de Historia clínica 464835-62 que ingresa a Emergencia del Hospital II-1 Ilave, el día 11 de octubre del 2022, a las 08:34 horas, presentando: dolor abdominal agudo localizado en el hipocondrio derecho de inicio insidioso, curso progresivo, tipo cólico, concomitante y cefalea recurrente de gran intensidad acompañado de mareos de hace 5 días. Sin antecedente quirúrgico, diagnosticada con: síndrome de abdomen doloroso, abdomen quirúrgico, colecistitis aguda, colelitiasis, hospitalizada en el servicio de cirugía.

Paciente presenta los siguientes exámenes: ecografía abdominal superior, exámenes de laboratorio hematológicos, bioquímicos y inmunoserológico, con riesgo quirúrgico; así mismo, ingresa a sala de operaciones con solicitud de sala, consentimiento medico informado de cirugía, consentimiento informado de anestesiología y registro de evaluación pre- anestésica.

La programación quirúrgica se dispuso para el día 11 de octubre a las 15:30 horas, con diagnóstico preoperatorio: colecistitis aguda, coledocolitiasis.

Intervención quirúrgica: colecistectomía laparoscópica.

Recibe el siguiente tratamiento quirúrgico: Colecistectomía laparoscópica (COLELAP), anestesia general, duración de la intervención fue de 2 horas con 24 minutos.

En la fase posoperatoria inmediata, se lleva a cabo la intervención de enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (**URPA**).



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO

La colecistitis es una condición que se caracteriza por la inflamación de la vesícula biliar, un órgano en forma de pera situado en la parte derecha del abdomen, justo debajo del hígado. La función principal de la vesícula biliar es almacenar y liberar bilis, un líquido digestivo, en el intestino delgado (1). Los cálculos biliares pueden bloquear los conductos, y en algunas situaciones, la vesícula puede endurecerse debido a la acumulación de calcio en sus paredes (2). La probabilidad de sufrir episodios repetidos de colecistitis es significativamente elevada, lo que hace que la opción de tratamiento preferida sea la cirugía de extracción (3).

Los cálculos biliares pueden variar en tamaño, desde pequeños como granos de arena hasta ocupar toda la vesícula. La mayoría de las veces, estos cálculos tienen un tamaño relativamente pequeño, generalmente de 20 mm o menos. Aproximadamente el 80% de estos cálculos están compuestos principalmente por cristales de colesterol, mientras que el resto consiste en cristales de otros componentes. (4).

En el ámbito mundial, alrededor del 10% al 20% de la población experimenta problemas de colelitiasis en algún momento de su vida, siendo más prevalente en etapas más avanzadas como la adultez y la vejez. Es importante señalar que las mujeres tienen una mayor propensión a ser afectadas por esta condición en comparación con los hombres (5).

En América Latina, se estima que entre el 5% y el 15% de los residentes sufren de litiasis vesicular, y se observa una mayor prevalencia en ciertas poblaciones hispanas. Países como Estados Unidos, Chile y Bolivia destacan por tener una cantidad significativa de personas afectadas por esta condición (6).



A nivel nacional el incremento de la población sigue padeciendo patologías de la vesícula biliar teniendo gran notable el problema clínico quirúrgico, dado que la prevalencia indica entre 10 % al 30 % en los habitantes (7).

Se conoce a la colelitiasis como la presencia de cálculos de la vesicular biliar, esta aumenta con la edad, con una constancia al 20% en mayores de 40 años, aumentándose al 30% en mayores de 70 años. En mujeres se presenta 3 veces mayor en comparación a los varones de la misma edad (8).

Por lo anterior, esta patología requiere del tratamiento quirúrgico, mediante el procedimiento médico laparoscópico fue pionero en la cirugía abdominal gracias a Kart Semm, un destacado especialista en ginecología de origen alemán. El autor es conocido por su experiencia en laparoscopia ginecológica, introdujo este innovador enfoque que generó un gran entusiasmo entre los médicos cirujanos de la época. En comparación con la laparotomía, que implicaba la apertura del abdomen, la laparoscopia ofrecía ventajas significativas, como un menor riesgo de complicaciones, tiempos de recuperación postoperatoria más cortos, estancias hospitalarias más breves, menor dolor y menos efectos adversos respiratorios. Esto marcó un hito en la cirugía y cambió la forma en que se abordaban muchos procedimientos quirúrgicos (9).

En el Hospital II-1 Ilave, se reportó en el año 2022, 148 intervenciones quirúrgicas de colecistectomía laparoscopia. Esta técnica lo realiza un cirujano especializado, un anestesiólogo y el equipo de enfermería; que inicia con neumoperitoneo, introduciendo anhídrido carbónico a través de una aguja de Veress, insertada el instrumento en la zona umbilical. En seguida, se coloca un trócar de 10 mm por donde se introduce el laparoscópico que está conectado a una pantalla digital, fuente de cámara, generador de



neumoperitoneo, fuente de luz y cámara. Se examina toda la zona del abdomen superior para luego introducir los trocares.

Durante el periodo posoperatorio inmediato, el paciente es trasladado a la Unidad de Recuperación postanestésica, donde el enfoque principal se centra en la prevención de posibles complicaciones asociadas con la cirugía laparoscópica y la anestesia general. Este cuidado está a cargo de profesionales de enfermería, quienes se encargan del monitoreo de los signos vitales, la observación del nivel de sedación, la evaluación del patrón respiratorio, el control del dolor mediante la administración de analgésicos, la regulación de la temperatura y la gestión adecuada de la fluidoterapia.

Además, se lleva a cabo la identificación de factores que puedan desencadenar o contribuir a las náuseas, administrando antieméticos según sea necesario. Se realiza una evaluación continua del sangrado y se brindan cuidados específicos al drenaje. Este conjunto de intervenciones busca garantizar una recuperación efectiva y sin complicaciones para el paciente en el periodo postoperatorio.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La colecistectomía laparoscópica, a pesar de las ventajas de la intervención quirúrgica, el paciente en el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación presentó náuseas y vómitos, además, dolor agudo, hemorragias, alteraciones respiratorias, formación de abscesos abdominales en el hemoperitoneo, arritmias, embolismo gaseoso y problemas cardio respiratorios por la insuflación del dióxido de carbono (CO₂).

La cirugía laparoscopia desempeña un papel crucial en la adopción de nuevas tecnologías y ha sido una especialidad en constante evolución a lo largo de los años. Por lo tanto, esta monografía presenta un enfoque científico que busca mejorar la atención a pacientes que requieren cuidados postoperatorios inmediatos.



Es relevante porque ofrece una visión detallada de la labor de enfermería en la atención de pacientes en la unidad de recuperación postoperatoria después de una colecistectomía laparoscópica. Además, proporciona conocimientos sobre los cuidados y la supervisión brindada durante el proceso de atención de enfermería. Dado que los avances tecnológicos están llevando a una mayor complejidad y especialización en las técnicas y prácticas quirúrgicas, es fundamental mantenerse actualizado en este campo.

Finalmente, esta monografía presenta un caso clínico que tiene el propósito de servir como ayuda para el personal de salud. Esta referencia facilitará la creación de planes de cuidados personalizados y guiará la atención inmediata de los pacientes en la unidad de recuperación postanestésica, sirviendo como punto de partida para futuras investigaciones.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Aplicar los cuidados de enfermería al paciente postoperado inmediato de COLELAP en la unidad de recuperación postanestésica del Hospital II-1 Ilave Collao Puno 2022.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Valorar al paciente postoperado de colecistectomía laparoscópica.
- Identificar los diagnósticos de enfermería del paciente en el periodo postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica.
- Planificar los cuidados de enfermería al paciente postoperado de colecistectomía laparoscópica.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería del paciente postoperado de colecistectomía laparoscópica.
- Evaluar los cuidados de enfermera del paciente postoperado de colecistectomía laparoscópica.



II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. COLECISTITIS

2.1.1 Definición de Colecistitis

Es una patología ocasionada por la “inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar”, este órgano se encuentra ubicada debajo del hígado, en su cavidad almacena la bilis, la misma que ayuda a la digestión de las grasas que se encuentran en el intestino delgado (10).

La colelitiasis es el resultado de la presencia de cálculos biliares e la vesícula biliar, cuando estas obstruyen el conducto cístico en forma intermitente se producen los cólicos biliares, situación al paciente en situación de mala salud, más cuando los cólicos biliares se presentan con mayor frecuencia (2).

La colecistectomía es un proceso de extirpación quirúrgica de la vesícula, la razón más común para llevar a cabo una colecistectomía es por patología biliar (11). El mayor número de problemas de colecistitis se presentan sin síntomas observables, y si la obstrucción es parcial o total, produce síntomas característicos de dolor tipo cólico, dispepsias y otros; por ello, requiere establecer su manejo que puede ser con tratamiento sintomático o intervención quirúrgica (7).

2.1.2 Causas de la Colecistitis

La causa precisa de esta afección no se comprende completamente, pero se han identificado los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cálculos biliares. Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran: Ser mujer.

Tener sobrepeso u obesidad, usar anticonceptivos orales, padecer trastornos del metabolismo de los lípidos (dislipemias), tener diabetes (12).



2.1.3 Tipos de patologías de vías biliares

- a) **La colecistitis aguda** Consigue ser litiásica que es la coexistencia de cálculos dentro de la vesícula, cuando se crea por el impacto de un cálculo en alguna área del método de drenaje de bilis y alitiásica cuando la anatomopatológica no preexiste cálculo. Esta es más complicada de concebir, exponer y de determinar, ya que sus principios acatan esencialmente a virus como es el tema del virus de Epstein-Barr, la familia Herpesviridae, o a microorganismos como el género Salmonella, etc. (13).
- b) **La colecistitis crónica** Acata en la totalidad a la muestra de una sistematización que por su dimensión es incapaz de afectar frente al conducto. Se parte paso a la horadación firme de la mucosa, con el resultado siempre clásico, del cual acontece cuando un tejido es sumiso a un deterioro cronificado: a entender, la patología neoplásica (13).
- c) **colecistitis asintomática:** Es conocido como colelitiasis a la presencia de cálculos en la vesícula biliar sin desarrollar síntomas, siendo el diagnóstico un hallazgo indirecto de exámenes de imágenes de la región abdominal (13).
- d) **cólico biliar:** Es generado por la contracción de la vesícula y movilización de los cálculos biliares hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria (13).
- e) **coledocolitiasis;** Es el descubrimiento de los cálculos vesiculares alojados en el conducto colédoco, acontece como consecuencia del desplazamiento de cálculos de la vesícula biliar (13).



2.1.4 Aspectos Epidemiológicos

La incidencia de la colecistitis aguda alitiásica (CAA) oscila entre el 2% y el 15% en adultos, y en niños, puede representar hasta el 30% al 50% de los casos totales de colecistitis. Sin embargo, sigue siendo un diagnóstico difícil de sospechar, especialmente en edades tempranas. La CAA tiende a afectar más a los hombres que a las mujeres, con una relación de 1.5 a 3 hombres por cada mujer afectada, y generalmente se presenta en personas mayores de 50 años. La mortalidad asociada a la CAA varía según la condición médica subyacente, con tasas más altas (hasta un 90%) en pacientes críticamente enfermos y tasas más bajas (alrededor del 10%) en pacientes ambulatorios. Es importante destacar que la CAA puede empeorar rápidamente debido a la alta incidencia de gangrena (aproximadamente el 50% de los casos) y perforación (alrededor del 10% de los casos) (14).

2.1.5 Manifestaciones clínicas

La colelitiasis se refiere a la presencia de cálculos en la vesícula biliar, que se forman debido a la acumulación de bilirrubina o colesterol, causando obstrucción en las vías biliares y dando lugar a síntomas como dolor abdominal en el lado derecho, que puede irradiar hacia la espalda, así como vómitos y sudoración excesiva. Es fundamental que cuando se presenten indicios o síntomas que sugieran la presencia de colelitiasis, se busque atención médica de un gastroenterólogo o médico general para llevar a cabo una evaluación y diagnóstico adecuados. Esto puede implicar la realización de pruebas como una ecografía o una tomografía computarizada abdominal. En situaciones en las que las piedras en la vesícula no puedan eliminarse naturalmente, el médico puede recetar medicamentos que faciliten su expulsión o bien, recomendar una intervención quirúrgica para extirpar la vesícula biliar (15).

2.1.6 Fisiopatología

La colecistitis aguda puede presentarse con o sin cálculos biliares, siendo la forma con cálculos la más común. Cuando se desarrolla en el contexto de cálculos biliares, la obstrucción del conducto biliar por uno de estos cálculos es el desencadenante principal. Esto provoca una serie de cambios en la vesícula biliar, como su contracción intensa, distensión, edema en la pared, retención de secreciones biliares y alteraciones en los vasos sanguíneos. La fosfolipasa, una enzima importante, desempeña un papel clave en este proceso al convertir la lecitina en lisolecitina, una sustancia citotóxica, y al producir ácido araquidónico, que fomenta la producción de prostaglandinas inflamatorias. Además de la obstrucción por cálculos, las secreciones biliares y los propios cálculos pueden irritar la vesícula, contribuyendo a la inflamación. Las alteraciones vasculares, como la isquemia, se explican por la compresión del conducto biliar y el aumento de la presión interna en la vesícula debido a la obstrucción, lo que disminuye el flujo sanguíneo y agrava la inflamación (16).

2.1.7 Complicaciones de la anestesia general

La anestesia general, a pesar de ser segura en la mayoría de los casos, conlleva algunos riesgos poco comunes pero graves, como ataques cardíacos, problemas respiratorios, reacciones a los medicamentos anestésicos y otros (17).

- a) **Hipoxemia:** La hipoxemia es una complicación frecuente después de la cirugía a pesar de los avances en la anestesia y la monitorización. Esta es la complicación postoperatoria, es diagnosticada con la utilización de la saturación de oxígeno en sangre menor al 90% medida con un oxímetro de



pulso, a pesar de que el diagnóstico clínico se basa en una PaO₂ inferior a 60 mmHg o menor de lo esperado para la edad (18).

- b) **Hipoventilación:** En el período postoperatorio, las causas más comunes de hipoxemia es la hipoventilación por la reducción de la función de los músculos respiratorios, problemas respiratorios debido a la cirugía, efectos remanentes de relajantes musculares y la conexión a la ventilación mecánica.
- c) **Náuseas y vómitos:** La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales después de la insuflación del neumoperitoneo puede provocar una estimulación del nervio vago que desencadenará los reflejos de náuseas, sudoración y bradicardia. Por esta razón, es importante considerar el uso de medicamentos como los antagonistas del receptor D₂, como la metoclopramida, así como corticoides, que tienen un efecto terapéutico en casos de hiperémesis.
- d) **Dolor:** A pesar de que la cirugía laparoscópica generalmente se asocia con una disminución del dolor, esta complicación puede surgir después de este tipo de procedimiento. Después de la cirugía, el dióxido de carbono (CO₂) tiende a acumularse en los espacios subdiafrágicos, irritando el nervio frénico y provocando dolor en los hombros y la espalda, lo cual es una queja común entre los pacientes. Este dolor tiende a disminuir de forma espontánea después de varias horas a medida que se absorbe el CO₂ (19).
- e) **Traumatismo:** Durante la cirugía laparoscópica, existe la posibilidad de traumatismos como lesiones en órganos internos, hemorragias o punciones de vasos sanguíneos. Estos pueden dar lugar a complicaciones como enfisema subcutáneo. Los tipos de lesiones a los que nos referimos varían según la técnica utilizada por el cirujano e incluyen lesiones en órganos internos,



hemorragias y punciones en vasos sanguíneos o tejidos sólidos. Estas lesiones pueden dar lugar a complicaciones como enfisema subcutáneo, neumoretroperitoneo, neumotórax, neumomediastino y neumopericardio (20).

- f) **Neumotórax:** Existe la posibilidad de que esta complicación se presente en pacientes con enfisema pulmonar, burbujas de aire en los pulmones o defectos congénitos en el diafragma, como el pleuroperitoneal o esofágico, existe el riesgo de que el dióxido de carbono se filtre hacia la pleura durante la cirugía. Esto puede causar síntomas como cambios en la presión arterial, cianosis, ritmo cardíaco rápido o lento, enfisema subcutáneo, dificultad para respirar y otros. Para prevenir el neumotórax, es importante mantener la presión abdominal adecuada y utilizar dióxido de carbono como gas de insuflación debido a su alta capacidad de difusión (21).
- g) **Complicaciones cardiovasculares:** Las más comunes que se presentan durante la anestesia incluyen la hipotensión, la hipertensión arterial y las arritmias, que representan un desafío significativo durante el procedimiento anestésico. Según un estudio en pacientes, se observó que aproximadamente el 0.6% de ellos experimentaron complicaciones cardiovasculares.
- h) **Paro cardíaco:** Esta complicación es común durante la anestesia, y su tratamiento suele ser relativamente sencillo debido a diversas razones, como la presencia de personal experimentado, la vigilancia constante del anesthesiólogo, la disponibilidad de equipo necesario y la colocación previa de un tubo endotraqueal en el paciente. A pesar de estas medidas, puede ocurrir en cualquier momento, incluso en el período inmediato después de la cirugía (22).



- i) **Hipotermia:** La disminución de la temperatura corporal se produce como resultado de la anestesia general y la insuflación del gas (CO₂). El CO₂ se enfría cuando se libera en la cavidad abdominal. La rápida expansión del CO₂ enfría el cuerpo, por lo que se recomienda monitorizar la temperatura en procedimientos laparoscópicos prolongados (23).

2.1.8 Tratamiento

Si los cálculos biliares no presentan síntomas, es probable que no necesite tratamiento. Sin embargo, si experimenta un episodio de dolor en la vesícula biliar u otros síntomas, es importante la atención médica. Aunque los síntomas pueden desaparecer temporalmente, podrían volver a aparecer en el futuro, lo que podría requerir tratamiento. La cirugía es el tratamiento de elección para extirpar la vesícula biliar; aunque en algunos casos, se pueden emplear enfoques no quirúrgicos para tratar los cálculos de colesterol, pero los cálculos de pigmento generalmente requieren tratamiento quirúrgico (24).

Para el tratamiento del cólico biliar agudo, se sugiere inicialmente el uso de AINE (antiinflamatorios no esteroideos) como opción principal, y los antiespasmódicos se consideran como una alternativa secundaria. Sin embargo cuando el paciente presenta cólicos biliares recurrentes, se dará prioridad a la colecistectomía laparoscópica, es decir, en aquellos con dos o más episodios en los últimos tres meses (25).

2.2. CIRUGÍA ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA (COLEPAP)

La cirugía laparoscópica, también conocida como “mínimamente invasiva”, es una técnica especializada para realizar cirugía; utiliza varias incisiones pequeñas. A través de estas incisiones, se insertan instrumentos tubulares y una cámara especial llamada laparoscopio. El laparoscópico transmite imágenes de alta resolución del abdomen a los



monitores del quirófano, lo que permite al cirujano realizar operaciones con incisiones más pequeñas (26).

La cirugía laparoscópica es considerada segura y es una alternativa a la cirugía tradicional. Implica la inserción de un laparoscópico a través de una pequeña incisión cerca del ombligo. Sin embargo, en casos de inflamación severa u otras dificultades, puede ser necesario realizar una incisión más grande para garantizar la seguridad de la operación. Como en cualquier cirugía, existen riesgos, como complicaciones anestésicas, hemorragias o infecciones, que varían según la naturaleza de la operación y la salud general del paciente (26).

2.2.1. Cambios fisiológicos durante la anestesia Durante la anestesia en cirugía laparoscópica, se producen cambios fisiopatológicos debido a la insuflación de dióxido de carbono (CO₂) en la cavidad abdominal. Estos cambios afectan la hemodinámica, la respiración, el metabolismo y otros sistemas del cuerpo, y deben ser gestionados adecuadamente. El gas utilizado para crear el neumoperitoneo es el CO₂ debido a sus propiedades como alta solubilidad, capacidad de difusión y su naturaleza fisiológicamente inerte (27).

Durante la cirugía laparoscópica, se producen cambios fisiopatológicos debido a la posición del paciente y a la presión del dióxido de carbono (CO₂) introducido en la cavidad peritoneal. Estos cambios afectan la presión arterial y el funcionamiento cardíaco. La anestesia inicialmente reduce la presión en el ventrículo izquierdo, disminuyendo el gasto cardíaco. La insuflación del CO₂ aumenta la presión arterial, pero también provoca vasoconstricción y cambios en el flujo sanguíneo. En resumen, el neumoperitoneo inicialmente eleva las resistencias vasculares y el trabajo del corazón (27).



2.2.2. Alteraciones hemodinámicas

La creación del neumoperitoneo y el aumento de la presión intraabdominal durante la cirugía laparoscópica impactan negativamente en la función pulmonar y cardiovascular de los pacientes. Esto incluye la elevación del diafragma, la compresión pulmonar, y la reducción de la capacidad de expansión del tórax, lo que puede causar problemas respiratorios y disminución del flujo sanguíneo en los pulmones. Estos efectos requieren un manejo cuidadoso de la ventilación durante la cirugía laparoscópica (28).

2.2.3. Alteraciones respiratorias

La cirugía laparoscópica, que implica la creación de un neumoperitoneo (introducción de gas en la cavidad abdominal) y el aumento de la presión intraabdominal, puede tener efectos en el sistema respiratorio, como la elevación del diafragma, la compresión pulmonar y la formación de atelectasias, lo que disminuye la capacidad pulmonar y puede causar hipoxemia en ciertos pacientes. Estos efectos son influenciados por la posición del paciente y la absorción del gas CO₂ utilizado. También pueden ocurrir complicaciones como el enfisema subcutáneo o la embolia aérea, esta última siendo una situación potencialmente grave que requiere medidas específicas de tratamiento para eliminar el aire del sistema circulatorio (28).

2.2.4. Alteraciones de función renal

La compresión del tejido y los vasos renales debido al neumoperitoneo, la liberación de ciertas sustancias químicas en respuesta al CO₂, y la reducción del flujo sanguíneo pueden llevar a la disminución de la producción de orina durante la cirugía laparoscópica. Sin embargo, la insuflación del neumoperitoneo con CO₂

a la temperatura corporal puede contrarrestar este efecto al aumentar la cantidad de orina producida debido a la dilatación de los vasos sanguíneos en los riñones. Para prevenir estas alteraciones, es importante mantener un equilibrio adecuado de líquidos, evitar caídas significativas en la presión arterial y limitar la presión intraabdominal (28).

2.2.5. Reflujo gástrico

El incremento de la presión intraabdominal que se produce con el hemoperitoneo puede ser suficiente para elevar el riesgo de reflujo pasivo del contenido gástrico. Los pacientes que tienen antecedentes de diabetes complicada con gastroparesia, hernia hiatal, obesidad o algún tipo de obstrucción de la salida gástrica son los más propensos al aspirado de contenido gástrico (29).

2.3. MANEJO ANESTÉSICO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

- a) **Medicación laparoscópica:** La cirugía laparoscópica es un procedimiento que se emplea por su abordaje mínimamente invasivo, favoreciendo una pronta recuperación y en reintegro a las actividades diarias del paciente debemos utilizar la pre anestésica adecuada que no prolongue la recuperación del paciente, para la ansiolisis, es más aconsejable utilizar benzodiazepinas, en especial Midazolam, Por su rápido metabolismo y efectos amnésicos en cirugía laparoscópica. Recientemente, se ha demostrado que un grupo corticoide tipo Dexametasona tiene acción antiemética (26).
- b) **Monitoreo:** El monitoreo durante la cirugía laparoscópica debe ser lo suficientemente efectivo para detectar los cambios, tanto como hemodinámicos como respiratorios, debe incluir cardioscopia para la frecuencia y ritmo cardíaco, presión arterial con esfigmomanómetro electrónico (26).



- c) **Riesgos y complicaciones de la anestesia general:** Los secundarios de la anestesia general son pocos comunes. Pero dado que la anestesia general afecta al cuerpo entero es más probable que cause efectos secundarios que la anestesia regional o local (30).

Los riesgos poco frecuentes son:

- Ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca o ataque cerebral.
- Aumento o disminución de la presión arterial
- Neumonía u otros problemas respiratorios (30).

2.4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería es fundamental y se caracteriza por ser una actividad que implica un compromiso tanto profesional como personal en la preservación y promoción de la vida a través de la relación entre la enfermera y el paciente. A veces, diversos factores pueden distraer la atención de enfermería de su propósito fundamental, que es el respeto por la vida y la prestación de cuidados expertos al paciente. Por lo tanto, es esencial reflexionar sobre la importancia del cuidado de enfermería, ya que tiene un impacto directo en la calidad de los servicios de salud, incluyendo aspectos como el alta del paciente, la satisfacción y la eficiencia del profesional

La atención de enfermería abarca un compromiso por parte del personal de enfermería que se refleja en múltiples aspectos, como la atención al paciente, la utilización de tecnología, la prevención de complicaciones, el respaldo emocional y la promoción del bienestar completo de los individuos, teniendo en cuenta su dignidad como seres humanos (31).



2.5. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESICA

Enfermería en las unidades de recuperación postanestésica, 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 (33).

Los cuidados de enfermería que se brindan en URPA comprenden:

- Valoración periódica de las constantes vitales (saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturaleza de las respiraciones, temperatura y presión arterial).
- Valoración de permeabilidad de las vías respiratoria y ventilación (respiración tipo profundidad).
- Valoración de la función circulación (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial (P/A), frecuencia cardiaca (FC), etc.)
- Valoración del 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 de la temperatura corporal y ambiental del paciente.
- 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.).
- Valorización del dolor, administración de la analgesia.
- Control y revisión de drenajes y apósitos quirúrgicos.
- Valoración de la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas mantas, aseo, etc.) (33)
- Supervisar la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura del paciente.
- Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y una oxigenación adecuada.
- Gestionar el alivio del dolor mediante la administración de analgésicos según la prescripción.
- Realizar un seguimiento y cuidado de las sondas y drenajes, registrando el volumen de drenaje.
- Vigilar y controlar posibles sangrados, revisar los apósitos y vendajes.
- Administrar medicamentos según las indicaciones para prevenir o tratar náuseas y vómitos.
- Prevenir la pérdida de calor corporal y mantener una temperatura adecuada.
- Notificar al anestesiólogo ante cualquier complicación o situación imprevista (34).
- Registrar de manera detallada la atención personalizada que recibe cada paciente o usuario al ingresar a la URPA, donde se registran los datos más relevantes sobre los



cuidados proporcionados a los pacientes, teniendo en cuenta su diagnóstico y las necesidades específicas que surgen debido a la cirugía y el período posterior a la anestesia.

2.5.1. Valoración de enfermería en el alta

- Evaluación de la conciencia, que implica observar si la paciente femenina responde a estímulos verbales o táctiles al abrir los ojos.
- Control de la ventilación y oxigenación, asegurándose de que la paciente respire de manera espontánea y se encuentre dentro de los parámetros normales para su condición basal.
- Revisión de la circulación, que incluye la medición del pulso y la presión arterial para verificar que se encuentren dentro del rango aceptable (en un 20% de su condición basal).
- Monitoreo de la temperatura, para determinar si está por encima de 35.5°C o por debajo de 38°C.

En casos de emergencia, es fundamental seguir los protocolos básicos de reanimación cardiopulmonar y asegurarse de contar con un coche de paro cardiorrespiratorio debidamente equipado para abordar situaciones que involucren una vía aérea complicada (35).

2.5.1.1. Escalas de evaluación

En esta unidad se usa diferentes escalas como:

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”.

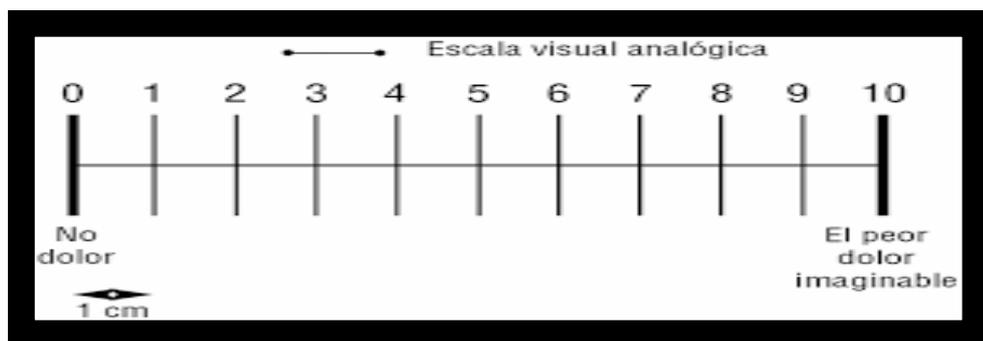
La distancia en centímetros desde el punto de sin dolor hasta el punto informado por el paciente que representa la intensidad del dolor. Puede tener de cada centímetro.

Permite valorar la eficiencia de las combinaciones para aliviar las molestias dolorosas al que ha sido sometido el paciente en un acto quirúrgico (36).

La graduación del dolor es de:

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

Escala de valoración del dolor “EVA”



Escala de Glasgow: Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. La escala se utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores:

- La respuesta ocular
- La respuesta Motora
- La respuesta Verbal



El puntaje más bajo es 3 puntos mientras el valor más alto es 15 puntos, la aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evaluación del paciente (37).

Escala de aplicación neuronal (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
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropiado	3
	Incomprensible	2
	Nada	1

Interpretación de Glasgow

15 PUNTOS	CONSCIENTE
13 -15 puntos	Leve
9 - 12 puntos	Moderado
< - 8	Grave



Escala de Aldrette: Permite evaluar el estado clínico de los pacientes al final de la anestesia, permitiendo una recuperación gradual que abarca la conciencia y la recuperación de la fuerza, además de determinar cuándo están listos para ser dados de alta. Esta escala de puntuación postanestésica es confiable y altamente útil para seguir de cerca la recuperación de las funciones del paciente (38).

Escala de Aldrette

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



III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

En este capítulo se presentará los antecedentes relacionados con esta monografía lo que nos permitió ubicar a las investigaciones realizadas en el contexto actual.

- Repositorio de la Universidad de San Agustín de Arequipa
- Revista Sanitaria de Investigación
- Revista Recimundo; Editorial saberes del conocimiento
- Revista Ocronos – Revista médico y de Enfermería
- Revista SciELO Scientific Electronic Library Online
- Repositorio Universidad Estatal Península de Santa Elena

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Farfán R. en el año 2022, en su investigación tuvo como objetivo de establecer los cuidados que realiza el profesional de Enfermería utilizando el proceso de atención de Enfermería al paciente con colecistectomía laparoscópica; para su desarrollo aplicó un modelo de atención de Enfermería utilizando dominios y clases según NANDA, fue aplicado para ayudar a mejorar la satisfacción del paciente en base a los cuidados que ofrece el profesional de Enfermería, utilizando el NIC, NOC se priorizaron las necesidades del paciente, y bajo el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson relacionó los principales diagnósticos e intervenciones y con el modelo de Dorothea Orem fue para satisfacer las necesidades de autocuidado. El estudio concluyó que, la enfermera aplicando el PAE evitó dificultades en los procedimientos aplicados (39).

Suárez et al, en el año 2022, realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de brindar una práctica y revisión exhaustiva de los aspectos más importantes de la CAC y



sus complicaciones y resaltar la evidencia actual y los cuidados post quirúrgicos de abordaje de la enfermedad en aras de mejorar los resultados en los pacientes; después del análisis realizado concluyeron que, la Cirugía Asistida por Computadora (CAC) es una enfermedad intraabdominal que requiere de cirugía para su resolución. Establecido el diagnóstico bajo los criterios estrictos, el mejor abordaje quirúrgico fue laparoscópico porque presenta mayores ventajas que la cirugía abierta. Respecto a los cuidados posoperatorios se concluyó que, el personal de enfermería es una pieza clave en el cuidado de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica, porque aplica estrategias de salud innovadoras para cubrir las necesidades del paciente que experimenta el adecuado cumplimiento del procedimiento quirúrgico, buscando la excelencia en el cuidado (40).

Baquerizo G. en el año 2021, formuló como objetivo evaluar los cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años, en Lima, a través de una investigación no experimental, descriptiva en 17 profesionales y 25 pacientes pos operados; y aplicando una lista de cotejos y el instrumento CARE-Q (Caring Assessment Instrument), encontró que el 100% de los profesionales cumplen con el cuidado correcto de la herida quirúrgica. La mayoría de los pacientes manifestaron satisfacción con el cuidado físico. Este resultado les permitió concluir que el cuidado que brinda el personal de enfermería a los pacientes lo realizan en forma continua hasta lograr la recuperación del paciente (41).

Correa C. en el año 2020, en su estudio tuvo como objetivo prevenir complicaciones en el paciente postoperatorio de cirugía laparoscópica por colelitiasis. Utilizando la metodología descriptiva en el caso clínico, obtuvo datos de la historia clínica del paciente. Los resultados evidenciaron que, los cuidados de enfermería realizados fueron oportunos y efectivos, no presentando complicaciones en el paciente, en cumplimiento del proceso



de atención de enfermería, por lo que concluyó que, La enfermera basado en el conocimiento científico aplica cuidados postoperatorios de cirugía laparoscópica por colelitiasis, evita complicaciones luego del procedimiento (42).

Carhuavilca Y. en el año 2018, tuvo como objetivo, aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes sometidos a una Colectomía Laparoscópica durante su estadía en la unidad de recuperación postanestésica. Este proceso involucró las cinco etapas esenciales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Durante el proceso, se identificaron los aspectos afectados, se establecieron objetivos priorizando los diagnósticos, se planificaron las intervenciones, se llevaron a cabo y se evaluó el estado del paciente al finalizar el proceso. Se enfatizó en la valoración minuciosa y la atención inmediata para prevenir complicaciones y facilitar una recuperación rápida y segura, lo que resultó en una evolución positiva del paciente al final del proceso. El autor concluyó que el Proceso de Atención de Enfermería es fundamental para brindar cuidados de alta calidad y humanizados, especialmente en procedimientos quirúrgicos como la Colectomía Laparoscópica (43).

Enríquez L. Col, en el año 2018, realizó un estudio con el objetivo de examinar la frecuencia de colectomías, diagnósticos preoperatorios y enfoques quirúrgicos en pacientes con colecistitis en el Hospital Central del Estado de Chihuahua durante un año. Se realizaron 355 colectomías, siendo la mayoría laparoscópicas (87.64%), algunas de las cuales se convirtieron a cirugía abierta (3.1%). Un grupo minoritario (12.36%) recibió cirugía abierta como primera opción. El promedio de edad de los pacientes fue de 41 años, con una mayoría de mujeres (80.45%). La elección del enfoque quirúrgico se basó en varios factores, incluyendo la tecnología disponible, la experiencia de los cirujanos y la gravedad de la colecistitis, lo que llevó a una atención individualizada (3).



IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El proceso de atención de Enfermería es un enfoque sistémico y complejo para el cuidado del enfermero (44). En esta monografía, se llevó a cabo una evaluación de enfermería en la paciente post operada de colecistectomía laparoscópica. Esta evaluación se basó en los dominios y clases definidos por NANDA (Asociación de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte), lo que permitió una evaluación completa y exhaustiva de la condición del paciente dentro del URPA.

4.1. APLICACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

4.1.1. Valoración del paciente

Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos : NN
- Edad : 34 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Fecha de Nacimiento : 04/05/1988
- Lugar de Nacimiento : Ilave
- Lugar de Procedencia : Ilave
- Estado Civil : Casada
- Religión : Católica
- Idioma : Español - Aymara
- Grado de Instrucción : Superior incompleto
- Ocupación : Comerciante



- Persona Responsable : Cónyuge
- Servicio : Centro Quirúrgico
- Fecha de ingreso : 11/10/2022 – Emerg. 08:34 m
- N° de Cama : 5-A - Servicio Cirugía
- Informante de anamnesis : Directa.
- Fuente de Información : Historia Clínica de la Paciente
- Diagnóstico Actual : Postoperado colecistectomía laparoscópica, COLELAP

4.1.2. Causa de consulta

La paciente ingresa al servicio de emergencia el día 11 de Octubre del 2022 a las 08:34 horas, por presentar dolor abdominal agudo localizado en el hipocondrio derecho de inicio insidioso, intermitente de curso progresivo, tipo cólico, concomitante. Fue hospitalizada para recibir tratamiento y atención médica. Se solicitó ecografía abdominal y análisis de laboratorio e inter consulta con el departamento de cirugía general. El diagnóstico médico fue: colecistitis aguda y coledocolitiasis. El día 11 de Octubre, la paciente fue programada para someterse a una cirugía a las 15.30 horas, con el diagnóstico médico de colecistitis aguda y coledocolitiasis se le administró anestesia general. La cirugía laparoscópica tuvo una duración de 2 horas con 24 minutos; posteriormente, a las 18.10 horas. la paciente ingresó a la unidad de recuperación postanestésica.

4.1.3. Enfermedad actual

Paciente adulta postoperado inmediato ingresa a la unidad de recuperación postanestésica con el diagnóstico médico de colecistectomía laparoscópica,



ingresa en camilla en compañía del médico anestesiólogo y la enfermera, paciente bajo efectos de anestesia general, en posición decúbito dorsal inconsciente en la escala de Aldrette de 04 puntos, hipotérmico, presenta apoyo ventilatorio con mascara con bolsa de reservorio con Spo2 80%, FIO2 de 60%, flujo 6L x min, con presencia de tubo de mayo cubierto con cobertores respectivos, vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, filtrando CIna al 0.9% x1000cc con residual 450 cc a 14 gotas por minuto (vía). A la inspección abdomen con presencia de 04 incisiones cubiertas con gasa en los cuatros puntos quirúrgicos de 10 a 5mm con dren Penrose cubierto de apósito; a la palpación con escala de valoración del dolor (EVA) 3 puntos, en aparente regular estado general.

4.1.4. Tratamiento

Fecha: 11/10/22, hora: 17:00

- CIna 9% x1000cc
 - Metamizol 2gr
 - Tramadol 100 mg
 - Dimenhidrinato 50 mg
- } 14 gotas x minutos EV.

4.1.5. Exámenes auxiliares

Examen Bioquímica

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
BIOQUÍMICO			
Glucosa	54.0 mg/dl	70-110 mg/dl	Disminuido
Urea	65.0 mg/dl	10 – 50 mg/dl	Aumentada
Creatinina	0,6 mg/dl	0.7-04	Normal
PERFIL HEPÁTICO			
Bilirrubina total	10.2 mg dl	0 – 1.20	Aumentado
Bilirrubina directa	4.0 mg/dl	Hasta 0.2 mg/dl	Aumentado



EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Bilirrubina indirecta	6.12 mg/dl	Hasta 0.5	Aumentado
TGO	210.0 ui/l	Hasta 12	Aumentado
Pirúvica (TGP)	75.0 U/L	Hasta 12	Aumentada
Fosfatasa alcalina	123 U/L	35 – 114	Aumentado
Proteínas totales	7.5 g/dl	6.1-7.9 g/dl	Normal
Albumina	6.5 g/dl	3.5-4.8 g/dl	Aumentado
Globulina	g/dl	3.1-3-6 g/dl	Disminuido
Fosfato alcalina	207.0 UI/L	68-240 UI/L	Normal

Examen Hematológico

HEMATOLOGÍA	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Grupo sanguíneo	O		
Factor RH	+		
Hematocrito	47%	42-51%	Normal
Hemoglobina	15.4 g/dl	14-17 g/dl	Normal
Tiempo de coagulación	4 al minuto	5.0 – 8.0	Normal
Tiempo de sangría	3 al minuto	2.0-4.0 al minuto	Normal
Recuento de leucocitos	7050 m ³	4500-10000	Normal
Recuento plaquetas	270000 m ³	150 000 – 400 000	Normal
Abastados	01%	0-2%	Normal
Segmentado	64%	55-65 %	Normal
Basófilos	0,1%	0-1%	Normal
Monocitos	2 %	4-7%	Normal
Linfocito	32%	23-35%	Normal
Tiempo de protrombina	15.1 seg.	10-15	Normal



Informe del examen ecográfico

Ecografía: Abdominal superior

Fecha : 04/10/2022

Impresión diagnóstica

- Colecistitis crónica calculosa reagudizada
- Barro biliar
- Moderada infiltración grasa hepática y pancreática
- Gastritis aguda

Se sugiere interconsulta a cirugía.

4.1.6. Antecedentes

a) Personales:

- Nacimiento: Parto eutócico Hospital II-1 Ilave.
- Lactancia Materna: Si.
- Inmunizaciones: no manifiesta.
- Hábitos Nocivos: Ninguna.

b) Funciones Vitales:

- Presión Arterial : 100/57 mm.Hg.
- Frecuencia cardíaca : 82 x min.
- Frecuencia respiratoria: 18x min.
- Temperatura : 36.5 °C.
- SPO2 : 80%

c) Patológicos:

- Enfermedades Anteriores: No
- Hospitalizaciones Previas: No
- Intervenciones Quirúrgicas: No



- Transfusiones sanguíneas: No recibió
- Alergia a Medicamentos: No refiere

d) Familiares:

- Padre/Madre: aparentemente sanos
- Hermanos: 05 aparentemente sanos
- Hijos: 02 aparentemente sanos
- Cónyuge: Aparentemente sano

e) Socioeconómicos y Culturales:

- Vivienda: Propia, material noble
- Servicios Básicos: Electricidad, agua potable y desagüe
- Crianza de Animales: Un perro
- Dependencia Económica: Negocio
- Gastos de hospitalización y tratamiento: Seguro Integral de Salud (SIS)

4.1.7. Examen Físico

a) Estado general: Paciente adulta de sexo femenino en REG, REN, REH de cubito dorsal, no responde a interrogatorio por encontrarse con efectos de anestesia general, no se evalúa la escala de Glasgow, se encuentra con presencia de tubo de mayo y mascara de reservorio. Ingres a URPA quejumbroso por el dolor operatorio, vía periférica permeable filtrando CINA al 9% x 1000 cc más agregados, con un residual de 450 cc a 14 gotas x minuto, es indicado nada por vía oral (NPO), con presencia de herida operatoria en la zona mediana supra e infra umbilical de un aproximado de 10 a 5 mm. Puntos operatorios cubiertos con gasa seca y se observa dren Penrose cubierto con apósito.



b) Funciones biológicas

- Orina: con sonda vesical, se evidencia orina en poca cantidad
- Deposición.: No.

c) Medidas antropométricas

- Peso: 67 kg.
- Talla: 1.50 m
- I.M.C.: 29.7 kg/m² (sobre peso)

d) Examen Céfal Caudal

- **Cabeza:** Simétrica normocéfalo con buena implantación pilosa, cubierto con gorro descartable.
- **Ojos:** Simétricos móviles, Pupilas isocóricas, reactivas a la luz, y conjuntivas palpebrales rosadas.
- **Oídos:** Con buena agudeza auditiva, pabellones auriculares sin alteraciones, tamaño normal con buena higiene.
- **Nariz:** Fosas nasales simétricas, permeable con mascarilla de oxígeno y bolsa de reservorio.
- **Boca:** Mucosas orales secas, labios con signos de deshidratación, piezas dentales incompletas, lengua móvil con presencia de saburra, cubierta con máscara de oxígeno y tubo de mayo.
- **Cuello:** Corto, simétrico, cilíndrico, movilidad pasiva, no adenopatías, no ingurgitación yugular.
- **Tórax y pulmones:**

Inspección: Tórax simétrico, con movimientos respiratorios.



Palpación: Amplexación y elasticidad conservada, ausencia de retracción intercostal y abdominal.

Auscultación: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares.

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

Mamas: simétricos sin alteraciones.

- **Abdomen:**

Inspección: Distendido a causa de intervención quirúrgicas, con presencia de herida de 10 a 5 mm en 4 puntos quirúrgicos, cubiertas con gasa seca y limpia y presencia de dren Penrose con apósito limpio.

Auscultación: Ruidos hidroaéreos abolidos.

Palpación: abdomen blando depresible, con dolor a la palpación.

Percusión: No se evidencia timpanismo.

- **Columna Vertebral:** Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

- **Genitales:** Características normales, zona perineal en términos de su forma, con presencia de sonda vesical y bolsa colectora.

- **Extremidades:** Simétricos, en miembro superior izquierdo vía periférico permeable en antebrazo y pulsioxímetro en dedo medio de la mano y en el brazo derecho porta brazaletes de identificación y tensiómetro, flácidos sin fuerza al movilizar y extensión por efectos de anestesia.

- **Monitoreo Neurológico:** Después de la cirugía, paciente muestra respuestas anormales a los efectos de la anestesia y es trasladado a URPA.



Después de su recuperación, presenta un buen estado de conciencia y funciones vitales estables, con una respuesta motora en la escala de Aldrete de 9. Está orientado en tiempo, espacio y persona, se transfiere al servicio de cirugía.

- **Corazón:** Ruido cardiaco normo fonético, no presenta soplos.

4.1.8. Funciones biológicas

- **Apetito:** NPO
- **Sed:** NPO
- **Orina:** Sonda vesical permeable con poca cantidad de orina
- **Deposiciones:** No
- **Sudor:** Conservado
- **Sueño:** Alterado

4.1.9. Diagnostico Medico:

- Colecistitis aguda
- Coledocolitiasis

4.2. VALORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

4.2.1. Datos subjetivos y objetivos

Dominio 2: Nutrición

Paciente con evidente sobre peso con IMC de 29.7 kg/m² con exámenes de laboratorio Bioquímico, hematológico, dentro de los parámetros normales, en NPO, en URPA paciente presento sed, mucosas orales secas, con regular estado de hidratación.

Abdomen a la Inspección, distendido a causa de intervención quirúrgicas, con presencia de herida de 10 a 5 mm en 4 puntos quirúrgicos, cubiertas con gasa



seca y limpia y presencia de dren Penrose con apósito limpio, a la palpación, abdomen blando depresible, refiere dolor.

Dominio 3: Eliminación

Presencia de sonda vesical, escasa cantidad de orina.

Paciente incomoda por la presencia de sonda vesical

Dominio 4: Actividad y reposo

Paciente ingresa a URPA con efectos de anestesia, muestra poca actividad, muestra estrés y ansiedad, según escala Aldrette presenta 04 puntos; luego de 1 hora 9 puntos.

Actividad respiratoria: Paciente con tubo de mayo, mascara de reservorio Spo2 80%, Fio2 60% con Flujo 06 litros x minuto, con frecuencia respiratoria 18 x minuto, respiración irregular al inicio con soporte de oxígeno.

Actividad Circulatoria: vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, ingresa con pulso aumentado, frecuencia cardiaca, 80x', presión arterial 100/57mmHg. Efectos de anestesia general, no se evidencia edemas en miembros superiores e inferiores.

Dominio 5: Percepción y cognición

Paciente de sexo femenino, sedado con escala de Aldrette 04 puntos al alta 09, escala de Glasgow al alta 13 puntos, a la recuperación de la anestesia, pupilas isocóricas reactivas a la luz, confundido, preocupado y quejumbroso por el dolor con la atención de enfermería reduce síntomas.



Dominio 6: Autopercepción

Paciente siente dolor en el abdomen a la palpación, orientado en tiempo espacio y persona, se siente menos acinoso y expresó que ya no será motivo de preocupación su enfermedad. Además, se comprometió a seguir las indicaciones médicas y mencionó su intención de mejorar sus hábitos alimenticios en casa para bajar de peso.

Dominio 9: Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Paciente ansiosa y muy nerviosa se recupera de los efectos post anestésicos durante su estadía en la unidad de recuperación postanestésica.

Dominio 11: Seguridad/protección

Paciente con efectos post anestésico, al inicio, fuerza muscular disminuida, mucosas orales secas, piel fría y húmeda, alteraciones cognitivas, vulnerable.

Herida operatoria, queda con puntos operatorios limpios y secos con dren Penrose y apósitos limpios, cuenta con catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo y sonda vesical.

Dominio 12: Confort

El paciente claramente no está en una situación de comodidad debido a los efectos de la anestesia y el proceso de recuperación relacionado con su tratamiento. Muestra señales de dolor en la zona de la incisión quirúrgica, lo que se refleja en sus quejidos y su sensación de malestar.

Sin embargo, al ser dado de alta de la URPA, su estado se ha vuelto más tranquilo y ha empezado a comunicarse.

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

Clasificación de dominio 5 y clase 4

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente postoperado inmediato: Colelap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración del nivel de conciencia - Desorientación temporal por estado anestésico. - Alteración de patrones de comunicación. - Somnolienta. - Glasgow: 5/ 13 - Aldrete: 4/9 	<p>Dominio: 5 percepción y cognición</p> <p>Clase: 4 Cognición</p> <p>Código Nanda: 00128</p> <p>Confusión aguda</p>	<p>La cirugía es una intervención quirúrgica común para diversas patologías, pero a menudo se pasa por alto el riesgo de alteraciones cognitivas postoperatorias, como el delirio del despertar anestésico, el delirio postoperatorio y la disfunción cognitiva postoperatoria (DCPO). La DCPO se caracteriza por cambios en la memoria, la concentración, la atención y la interacción social que persisten. El diagnóstico de la DCPO requiere evaluaciones neuropsicológicas después de la cirugía (45).</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</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
		<p>centro vasomotor y respiratorio del bulbo, pudiendo llegar hasta la muerte cuando no se ajustan las dosis a la condición del paciente (46)</p> <p>JUICIO CRITICO</p> <p>En conclusión, las drogas anestésicas pueden afectar a la conciencia de diversas maneras, incluyendo la disminución del estado de alerta y la alteración de la orientación. Es importante que los profesionales de la salud estén familiarizados con estos efectos para poder evaluar adecuadamente el estado del paciente y tomar las medidas adecuadas para garantizar su seguridad, por lo que se llega a la:</p> <p>CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p>Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas, manifestado por inconciencia.</p>

Clasificación de dominio 12 y clase 1

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente postoperado inmediato: Colelap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa expresión facial de dolor - EVA 3/6 	<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Código Nanda: 00132</p> <p>Dolor agudo</p>	<p>La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) considera al dolor como una vivencia sensorial y emotiva molesta no tolerable, provocado por un trauma tisular existente o probable, de origen inesperado o lento y de corta duración. La fisiopatología del existente o probable, de origen inesperado o lento y de corta duración. La fisiopatología del dolor se origina desde la percepción sensorial del estímulo doloroso por los nociceptores, cuya estimulación directa genera impulsos (señal dolorosa) que son transmitidos a través de las fibras aferentes sensoriales hasta el sistema nervioso central.</p> <p>El dolor interfiere en la capacidad funcional y en la calidad de vida, ya sea intenso o persistente influyendo en todos los sistemas corporales, provocando problemas de salud potencialmente graves e incrementando el riesgo de complicaciones, retrasando la curación y acelerando la progresión de los trastornos mentales, incluso si aparece la causa original del dolor, los cambios producidos en el sistema nervioso como consecuencia de un tratamiento subóptimo del dolor pueden dar lugar a la aparición del dolor crónico.</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
		<p>JUICIO CRITICO</p> <p>Es evidente que el dolor agudo experimentado por el paciente después de la cirugía es una reacción a la invasión quirúrgica. Sin embargo, no es exclusivamente la incisión la fuente del dolor, ya que, después de las primeras horas tras la operación, los drenajes también pueden ser responsables de esta molestia. Su característica más destacada es que presenta una intensidad máxima en las primeras 24 horas y posteriormente va disminuyendo de forma progresiva</p> <p>CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p>Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico).</p>

Clasificación de dominio 04 y clase 04

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente postoperado inmediato: Colelap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo efectos de anestesia general inconsciente - Grado de dependencia V - Disnea - P/A: 100/57 mmHg - Frecuencia cardíaca: 80 x´ - Frecuencia respiratoria: 18 x´ - Temperatura: 36.5 °C - SpO2: 80%. Con O2 85% - Vía invasiva: Catéter de vena periférica permiable en antebrazo izquierdo, filtrando CI/Na al 9% x 1000 cc, más agregados a 14 gotas x´. - Presencia de tubo de mayo. 	<p>Dominio: 4 Actividad / descanso Clase: 4</p> <p>Respuestas cardiovasculares y respiratorias.</p> <p>Código Nanda: 00032</p> <p>Patrón Respiratorio Ineficaz.</p>	<p>La anestesia es esencial en la cirugía laparoscópica abdominal para asegurar que el paciente esté inmóvil, libre de dolor y estable durante el procedimiento. Esto permite que el cirujano realice la operación de manera efectiva y segura, mientras que el paciente experimenta un mínimo de molestias y estrés.</p> <p>Así mismo, las complicaciones respiratorias post operatorias 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 respiratorios Algunos de los cambios comunes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión respiratoria: los medicamentos utilizados pueden deprimir temporalmente la función respiratoria. Esto significa que la frecuencia respiratoria y la profundidad de la respiración pueden disminuir - Alteración de la función muscular, alteración del mecanismo respiratorio - Todos estos parámetros contribuyen a la formación de atelectasias durante y después de la intervención

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
		<p>Es importante señalar que estos cambios en el sistema respiratorio suelen ser temporales y se gestionan adecuadamente por parte del equipo médico.</p> <p>Así mismo, la debilidad de la musculatura a falta de actividad apropiada un factor de riesgo añadido a los ya intrínsecos a las tareas de movilización de pacientes.</p> <p>JUICIO CRITICO</p> <p>La ventilación respiratoria adecuada es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de un paciente después de una cirugía como la colecistectomía. Los profesionales de la salud deben supervisar de cerca la ventilación y proporcionar el apoyo necesario, como la administración de oxígeno o la fisioterapia respiratoria, se brindan cuidados y seguimiento posteriores a la cirugía para garantizar que la función respiratoria del paciente se recupere completamente y no se produzcan complicaciones</p> <p>La movilización temprana se considera estrategia terapéutica para evitar el desarrollo de debilidad adquirida, están asociadas con una mayor probabilidad de caminar mayores distancias tras recibir el alta (47).</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
		CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA Patrón Respiratorio Ineficaz r/c con efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea.

Clasificación de dominio 11 y clase 6

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente postoperado inmediato: Colelap</p> <p>Paciente bajo efectos anestesia general.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente quirúrgico - Paciente con poca vestimenta 	<p>Dominio 11: Seguridad y Protección</p> <p>Clase: 6 termorregulación</p> <p>Código Nanda: 00254</p> <p>Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado con exposición prolongada al ambiente quirúrgico</p>	<p>La National Institute for Health and Clinical Excellence, considera que la hipotermia es un problema frecuente en el postoperatorio inmediato, donde la mayoría de los pacientes muestran una temperatura que oscila entre 35°C-36°C, la que se compensa de forma progresiva al cabo de 4 a 5 horas en la mayoría de los casos hasta alcanzar la normotermia</p> <p>En los pacientes que son sometidos a cirugía laparoscópica, la temperatura baja por varias causas como la incapacidad muscular para generar calor, vasoconstricción periférica como respuesta a la exposición al frío de las salas quirúrgicas, supresión del mecanismo termorregulador ocasionado por el agente anestésico, pero esencialmente está ocasionada por la insuflación del neumoperitoneo, ya que, la temperatura reduce en 0.3°C por cada 50 litros.</p> <p>Los cuidados de enfermería están orientados a la regulación de la temperatura. Monitoreo de las funciones vitales, es el registro y observación de los datos del estado cardiovascular, respiratorio y de la temperatura corporal que nos permite precisar y evitar complicaciones. Así mismo, se debe controlar la temperatura en</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO –CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
		<p>intervalos de 15 min., 30 min y 1 hora; evaluar constantemente color y temperatura de la piel, además valorar relleno capilar.</p> <p>JUICIO CRITICO</p> <p>El desarrollo de una hipotermia perioperatoria, generalmente moderada, es frecuente si no se toman las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento. La aparición en torno a las bajas temperaturas trae consecuencias como: vasoconstricción periférica, incremento de los requerimientos de oxígeno, descenso del metabolismo de fármacos, alteraciones de la coagulación, entre otras. Es por ello que la monitorización de la temperatura durante la intervención quirúrgica es importante para detectar y limitar las complicaciones.</p> <p>CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p>Riesgo de hipotermia perioperatoria r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico</p>



4.4. DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS:

- Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas, manifestados por inconciencia
- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico)
- Patrón Respiratorio Ineficaz r/c con efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea
- Riesgo de hipotermia postoperatoria r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico.

4.5. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dominio: 05 Percepción y cognición

Clase 04 Cognición

Código Nanda: 00128

Confusión aguda r/c preparación farmacológica (Anestesia general) efectos de droga anestésicas, manifestado por disfunción cognitiva Aldrete 04/ 9.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Código Nanda: 00132

Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos manifestados por expresión facial del dolor, EVA 3/6.

Dominio: 4 Actividad / descanso

Clase 4: Respuestas cardiovasculares y respiratorias.

Código Nanda: 00032

Patrón Respiratorio Ineficaz. r/c efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración.



Dominio 11: Seguridad y protección

Clase: 6 Termorregulación

Código Nanda: 00254

Riesgo de hipotermia post operatoria r/c exposición prolongada al ambiente quirúrgico, piel pálida y fría, poca vestimenta.

4.6. PLANES DE ENFERMERÍA

Plan de Enfermería: Dominio 5, Clase 4

NANDA DIAGNÓSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Dominio: 5 Percepción y cognición.</p> <p>Clase 4 Cognición</p> <p>Código: 00128 Dx: Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicas evidenciado por inconciencia.</p> <p>Test Glasgow: 5/13 Test de Aldrete: 4/9</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 ánimo, afecto y conducta. <p>6486 Manejo ambiental Utilizar dispositivos adaptativos (barandillas) para limitar físicamente la movilidad o acceso a situaciones peligrosas.</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la confusión. - Brindar atención con calidez, confort y comodidad. - Presencia. 	<p>Glasgow: 15 Aldrete :9 Paciente consciente. Abre los ojos espontáneamente. Obedece órdenes. Se mueve espontáneamente.</p>

Plan de Enfermería: Dominio 4, Clase 4

NANDA DIAGNÓSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Dominio: 4 Actividad / reposo</p> <p>Clase:4 Respuestas cardiovasculares y respiratorias.</p> <p>Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Dx: Patrón Respiratorio ineficaz r/c con efectos anestésicos evidenciado por disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea.</p> <p>Datos relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos de anestesia. - Escala de Aldrete con 4/9 puntos. - Reducción de saturación de Oxígeno hasta 85%. - Retención de secreciones. 	<p>Objetivo general: Mantener el patrón respiratorio dentro de límites normales de 18 a 20 x.</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de alteración del patrón respiratorio. - Mantener vía aérea permeable libre de secreción y caída de la lengua a la orofaringe. - Mantener la saturación de oxígeno dentro de los límites normales. 	<p>3140 Manejo de vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación del paciente. <p>3350 Monitorización el control de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración. - Auscultar los sonidos respiratorios. - Observar si aumenta la intranquilidad y falta de aire. - Valorar presencia de secreciones respiratorias y ayudar a su eliminación. <p>3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno según indicación médica. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(pulsioxímetro). - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 	<p>Paciente presenta FR 18 por min. a la auscultación buen murmullo vesicular en ACP.</p> <p>Paciente mantiene saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales 85%.</p>

Plan de Enfermería: Dominio 12, Clase 1

NANDA DIAGNÓSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase: 1 Confort físico</p> <p>Código: 00132 Dolor Agudo</p> <p>Dx. Dolor agudo r/c agentes físicos (proceso quirúrgico) manifestado por expresión facial del dolor (ceño fruncido)</p> <p>Escala de EVA 3/6</p>	<p>Objetivo general: Disminuir el dolor durante la estadía del paciente en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.</p> <p>Objetivo específico: Determinar el dolor con la escala del dolor según E.V.A. del 1 al 10. - Mejorar el dolor, reducir la escala < de 6 puntos.</p>	<p>1410 Manejo del dolor: agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alentar a la paciente a que discuta la experiencia dolorosa. - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio. - Proporcionar a la paciente un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos. - 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. <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente a disminuir el estrés dado que la relajación produce un descenso de ácidos y del dolor - Proporcionar medidas de confort: Colocar al paciente en posición cómodas. <p>6080 Monitorización de funciones vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar funciones vitales: FC, FR, P/A. 	<p>Paciente despierto manifiesta disminución del dolor en escala EVA de 4/8.</p>

Plan de Enfermería: Dominio 11, Clase 6

NANDA DIAGNÓSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Dominio:11 Seguridad / protección Clase: 6 Termo regulación Código: 00006 Dx. Riesgo de hipotermia postoperatoria r/c exposición prolongada al ambiente de URPA.</p>	<p>Objetivo general: Mantener la temperatura corporal en 37°C, durante el tiempo que permanezca en recuperación. Objetivos específicos: - Mejorar la temperatura corporal por encima de 36.5°C después de las intervenciones de enfermería. - Identificar signos de hipotermia.</p>	<p>3900 Regulación de la temperatura - Control de la temperatura en intervalos de tiempo - Controlar funciones vitales: P/A, FC y FR - Observar color y temperatura de la piel - Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia 6480 Manejo ambiental - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la paciente. - Cubrir a la paciente con cobertores precalentados. - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. 6680 Monitorización de las funciones vitales - Controlar periódicamente P/A, FC, T° - Identificar causas posibles de los cambios de signos vitales - Observar relleno capilar</p>	<p>Paciente mantiene una temperatura dentro de parámetros normales de 36°C. durante el proceso de su recuperación.</p>



Registro de enfermería: SOAPIE

Nombre del Paciente: OEY: 34 años

Fecha: 11/10/2022

Hora: 18:20 min.

	REGISTRO
S	Paciente postoperado de colecistectomía de sexo femenino inconsciente bajo efectos de anestesia.
O	Se observa a paciente con estado neurológico inconsciente, apertura ocular a la estimulación táctil. Reacción motora a estímulos externos.
A	Confusión aguda r/c efectos de drogas anestésicos.
P	Estado de conciencia mínima, responde a órdenes sencillos.
I	Monitorización neurológica <ul style="list-style-type: none">- Valoración del nivel de conciencia. Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none">- Disminución de la confusión.- Manejo del dolor.
E	<ul style="list-style-type: none">- Paciente orientado en tiempo y espacio.- Responde a interrogatorios.- Movimientos de las extremidades en forma voluntaria.- Aldrete 4/9 puntos.- Glasgow 5/13.



Nombre del Paciente: OEY: 34 años

Fecha: 11 octubre 2022

Hora: 18:20 min.

	REGISTRO
S	Paciente bajo efectos de anestesia: inconsciente.
O	Se observa a paciente postoperado inmediato en posición decúbito dorsal con presencia de tubo de mayo en cavidad orofaríngea, 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 y taquipnea. - Patrón respiratorio eficaz.
P	Mantener el patrón respiratorio dentro de límites normales de 18 a 20x min.
I	Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none">- Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración.- Auscultar los sonidos respiratorios.- Observar si aumenta la intranquilidad y falta de aire. Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none">- Administrar oxígeno suplementario por mascarilla con reservorio.- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(pulsioxímetro).- Precauciones para evitar la aspiración y postura.
E	<ul style="list-style-type: none">- Paciente presenta FR 18 por minuto, a la auscultación buen murmullo vesicular en ACP.- Paciente mantiene saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales 85%.



Nombre del Paciente: . OEY: 34 años

Fecha: 11 octubre 2022

Hora: 18:20 min.

	REGISTRO
S	Manifiesta dolor EVA: 3/6
O	Expresión facial de dolor,
A	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico) manifestado por expresión facial del dolor (ceño fruncido), EVA 3/6.
P	Disminuir el dolor durante la estadía del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica.
I	<ul style="list-style-type: none">- Alentar a la paciente a que discuta la experiencia dolorosa.- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio.- Proporcionar a la paciente un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos.- Valorar el grado de dolor: Características, intensidad, irradiación y duración.- Ayudar a la paciente a identificar el dolor en la escala EVA del 0 al 10.- Enseñar a la paciente a disminuir el estrés dado que la relajación produce un descenso de ácidos y del dolor.- Proporcionar medidas de confort: Colocar al paciente en posición cómodas.
E	<ul style="list-style-type: none">- Paciente despierto manifiesta disminución del dolor en escala EVA de 3.- Paciente refiere tolerar el dolor.



Nombre del Paciente: OEY: 34 años

Fecha: 11 octubre 2022

Hora: 18: 20min.

	REGISTRO
S	Paciente inconsciente bajo efectos anestésicos.
O	Piel, fría al tacto, enlentecimiento del llenado capilar.
A	Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado con exposición prolongada al ambiente quirúrgico (ambiente quirúrgico de 24°).
P	Mantener la temperatura corporal en 36.5°C, durante el tiempo que permanezca en recuperación.
I	<ul style="list-style-type: none">- Control de la temperatura en intervalos de tiempo.- Controlar funciones vitales: PA, FC, FR y Spo2.- Observar color y temperatura de la piel.- Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia.- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la paciente.- Cubrir a la paciente con cobertores precalentados.- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.- Controlar periódicamente funciones vitales P/A, FC, T°.- Identificar causas posibles de los cambios de signos vitales.- Observar relleno capilar.
E	Paciente mantiene una temperatura dentro de parámetros normales de durante 36.5°C el proceso de su recuperación.



4.7. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1. El Proceso de Atención de Enfermería permitió proporcionar los cuidados necesarios al paciente que fue sometido a una Colectomía laparoscópica en el período postoperatorio inmediato. El enfoque del proceso de atención de enfermería facilitó la prestación de cuidados de manera organizada y coherente por parte de la profesional de enfermería. Además, contribuyó a la ampliación de nuevos conocimientos y se constituyó en una para el desarrollo de las acciones hacia una atención integral y centrada en el paciente.
2. La etapa de la valoración del PAE, permitió la verificación de la integridad, exactitud y relevancia de los datos recopilados, que garantizaron que la formulación del plan de cuidados según las necesidades del paciente; además facilitó la personalización del cuidado de enfermería
3. Se identificó los diagnósticos de enfermería lo que permitió la posterior clasificación y priorización de los diagnósticos en función de las taxonomías de Enfermería NANDA, NIC y NOC.
4. Para llevar a cabo el análisis e interpretación de datos, se realizó la planificación de los cuidados de enfermería utilizando diversas fuentes de información, como libros de referencia y recursos disponibles en Internet. Esto permitió la comparación y contrastación de los datos recopilados.
5. Durante la ejecución de los cuidados de enfermería se monitorizó al paciente cada 15 minutos durante la primera hora y luego cada media hora, según las necesidades del paciente y los datos fueron debidamente registrados.



6. Se llevaron a cabo el 95% de los cuidados de enfermería, y a pesar de que el paciente experimentó un trauma anestésico y quirúrgico, evolucionó de manera positiva, no se registraron complicaciones, lo que resultó en la satisfacción del paciente con la atención brindada, según las evaluaciones realizadas en cada plan de enfermería.



V. CONCLUSIONES

Primera. La valoración de enfermería fue un paso esencial para identificar los problemas, esto se ha llevado a cabo de forma directa a través de la entrevista, la observación y el examen físico del paciente, así como de forma indirecta mediante la revisión de su historia clínica.

Segunda. La formulación de los diagnósticos se realizó siguiendo un proceso de análisis de datos, lo que permitió la posterior clasificación y priorización de los diagnósticos en función de las taxonomías de Enfermería NANDA, NIC y NOC.

Tercera. La planificación de los cuidados de enfermería se llevó a cabo a partir de los diagnósticos de enfermería priorizados. Este enfoque permitió sistematizar las intervenciones de manera efectiva, garantizando que cada acción estuviera alineada con las necesidades específicas del paciente. Además, esta planificación estructurada facilitó un seguimiento y evaluación continuos del progreso del paciente. La planificación organizada y coordinada, optimizan los recursos disponibles y la recuperación del paciente.

Cuarto. La ejecución de las intervenciones de enfermería se basó en la planificación establecida, mediante una atención integral al paciente, utilizando conocimientos actualizados, teóricos y prácticos específicos, en conformidad con las normativas y estándares aplicables en el PAE.

Quinto. Se llevaron a cabo el 95% de los cuidados de enfermería, y a pesar de que el paciente experimentó un trauma anestésico y quirúrgico, evolucionó de manera positiva, no se registraron complicaciones, lo que resultó en la satisfacción del paciente con la atención brindada, según las evaluaciones realizadas en cada plan de enfermería.



VI. RECOMENDACIONES

Al Hospital II-1 Ilave

Al director del Hospital, se recomienda la implementación de la unidad URPA donde se requiere contar con un equipo de salud de manera permanente, incluyendo anestesiólogos, enfermeras y técnicos en enfermería.

Al servicio de Centro Quirúrgico

Compartir con el personal de enfermería la información sobre el proceso de atención de enfermería aplicado a los pacientes que son admitidos en la URPA.

Al profesional de enfermería

A las enfermeras que laboran en URPA, se sugiere revisar y mejorar los procedimientos de atención para pacientes que han sido sometidos a una colecistectomía laparoscópica, incorporando los últimos avances científicos y tecnológicos disponibles, con la finalidad de brindar cuidados de calidad.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayo Clinic. Colicistitis: Síntomas y causas. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 20]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cholecystitis/symptoms-causes/syc-20364867>.
2. Lindenmeyer C. Manual MSD: Colicistitis crónica E.E.U.U: MD, Cleveland Clinic; 2021.
3. Enríquez L, García J, Carrillo J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. 2018 Julio-setiembre; 40(3): p. 175-178.
4. Bharadwaj R. Colelitiasis. [Online].; 2021 [cited 2023 setiembre 10. Available from: <https://www.msn.com/es-es/salud/enfermedad/Colelitiasis/hp-Choledocholithiasis?source=conditioncdx>.
5. Soto A, Yépez F. Revisión bibliográfica sobre colelitiasis en niños y adolescentes con enfoque al diagnóstico y tratamiento. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(1): p. 9302. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5130/7772>.
6. Agurto E, Espinoza C, Dámaso B, Artiaga K, Panduro V. Estado nutricional, actividad física y consumo de comida chatarra asociados a colelitiasis en huánuco. Estudio de casos y controles. Revista de Cirugía. 2020 diciembre; 72(6): p. 535-541.
7. Machain G, Yamanaka W, López G, Martínez M, González M. Prevalencia de litiasis biliar en personas concurrentes al hospital de clínicas. Revista Cirugía Paraguaya. 2017 agosto; 41(2): p. 21-24.
8. Gajardo M. Gastroenterología. [Online].; 2017 [cited 2023 setiembre 24. Available from: <http://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para>



- profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/gastroenterologia/218-1-06-1-006.
9. MedlinePlus. Laparoscopia diagnóstica. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 15]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003918.htm>.
 10. MedlinePlus. Colicistitis crónica. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 1]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/acercade/uso/citar/>.
 11. Mayo Clinic. Colectectomía (cirugía de extracción de la vesícula). [Online].; 2021 [cited 2023 setiembre 25]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cholecystectomy/about/pac-20384818>.
 12. Cuadrado M. Colelitiasis: diagnóstico y tratamiento. [Online].; 2020 [cited 2023 setiembre 25]. Available from: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/colelitiasis-diagnostico-y-tratamiento>.
 13. Lindenmeyer C. Introducción a los trastornos de la vesícula biliar y de las vías biliares: Manual MSD; 2021.
 14. Cárdenas M. Colecistitis Aguda Alitiásica. Revista Médica Sinergia. 2018 junio; 3(6): p. 3-8.
 15. Bezerra C. Colelitiasis: qué es, síntomas y tratamiento. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 25]. Available from: <https://www.tuasaude.com/es/colelitiasis-que-es/>.
 16. Zarate A, Álvarez M, King, i, Torrealba A. Colecistitis Aguda. [Online].; 2018 [cited 2023 setiembre 25]. Available from: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>.
 17. El Harchaqui A, López A, EL Hsrchaqui A. Anestesia general: riesgo y complicaciones. Revista Ocronos. 2021 diciembre; 5(1): p. 8.



18. Bertucci S, Tomás M, Grünberg G. Complicaciones anestésicas en la unidad de recuperación postanestésicas. *Revista Anestesia Analgesia Reanimación*. 2014; 27(1): p. 1-9.
19. Acosta A, Durán A. Ropivacaína intraperitoneal para disminuir la omalgia postoperatoria en pacientes bajo histerectomía laparoscópica. *Revista mexicana de anestesiología*. 2021; 42(4): p. 292-295.
20. Perugini R, Callery M. Complicaciones de la cirugía laparoscópica. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6923/>.
21. Caraballo A. Enfisema subcutáneo: causas y tratamiento. [Online].; 2018 [cited 2023 setiembre. Available from: <https://www.onsalus.com/enfisema-subcutaneo-causas-y-tratamiento-20564.html>.
22. Otero JA, Fernández MA. Arritmias cardíacas durante la cirugía laparoscópica: revisión sistemática de la literatura. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2018.
23. Romero W, Cordero I. Variación de la temperatura central durante la cirugía colorrectal laparoscópica. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 2018; 17(1).
24. National Institute of Diabetes and Digestive. Tratamiento para los cálculos biliares. [Online].; 2017 [cited 2023 setiembre 24. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/calculos-bilares/tratamiento>.
25. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación -. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y



- coledocolitiasis. [Online].; 2018 [cited 2023 setiembre 20. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf.
26. American Society Of Colon & Rectal Sugeons. Cirugía Laparoscópica. [Online].; 2020 [cited 2023 setiembre 19. Available from: <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/cirurgia-laparoscopica>.
27. Enciso J. Anestesia en Cirugía Laparoscópica: implicancias. Rev Horiz Med. 2015 julio-setiembre; 12(3): p. 45-51.
28. Nasarre M. Revisión de los cambios fisiológicos y consideraciones anestésicas en cirugía laparoscópica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2022 noviembre; 15(22): p. 893.
29. Mayo Clinic. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 28. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/gerd/symptoms-causes/syc-20361940>.
30. Mayo Clinic. Anestesia general. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 15. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/anesthesia/about/pac-20384568>.
31. Rodriguez J, Garcia M. La importancia del cuidado de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2019; 17(2).
32. URPA. La URPA: Organización y recepción postanestésica. [Online]. [cited 2023 setiembre 25. Available from: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiروفano-y-anestesia/tema-3-la-urpa-organizacion-y-recepcion-postanestesia>.
33. Ballesteros P , Rojo R, Garza M, Cruz M, Buil B, Garetta S. Cuidados enfermeros en unidad de recuperación postanestésica (URPA) y reanimación anestésica (REA). Revista Sanitaria de Investigación. 2022 mayo.



34. Reyes M, Esteban B, Alcázar M, Sanmartín E. Funciones de la enfermera de anestesia dentro y fuera del bloque quirúrgico. *Revista Ocronos*. 2023; 6(8): p. 54.
35. Guía de procedimiento de atención de enfermería en la Unidad de Recuperación. 1st ed. Lima-Perú: Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico; 2022.
36. Manzanas J. Escala EVA para valorar el dolor. [Online].; 2019 [cited 2023 setiembre 25]. Available from: <https://www.esalud.com/escala-eva-valorar-dolor/>.
37. Elsevier Connect. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. [Online].; 2017 [cited 2023 setiembre 20]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>.
38. Ramos H. Escala de Aldrete. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 20]. Available from: <https://www.udocz.com/apuntes/500459/escala-de-aldrete-modificad-de-enfermeria-3>.
39. Farfán R. Cuidado enfermero en la atención al paciente con colecistectomía laparoscópica en el centro quirúrgico, hospital regional del sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2020. Tesis grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2022.
40. Suárez E, Barahona K, Zari J, Castañeda J. Colecistitis aguda tratamiento por laparoscopia y cuidados de enfermería post quirúrgicos. *Revista Recimuyendo*. 2022 julio; 6(4): p. 2014-213.
41. Barquerizo G. Cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años del hospital básico IESS Ancón. Santa Elena 2021. Tesis grado. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.



42. Correa C. Cuidado enfermero en cirugía laparoscópica por coleditirosis. Paciente Unidad de Recuperación Hospital Felix Torrealva. Ica 2019. Tesis grado. Ica: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Red de Repositorio Latino; 2020.
43. Carhuavilca Y. Cuidado enfermero a paciente en colecistectomía laparoscópica por coleditirosis, unidad de recuperación post anestésica. Hospital regional del Cusco 2017. Tesis grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería; 2018.
44. Potter P. Fundamentos de enfermería. 8th ed. Chile: Elsevier; 2018.
45. Lira D, Mar M, Montesinos R, Herrera E, Castro S, Custodio N. Una complicación quirúrgica escasamente sospechada: la disfunción cognitiva postoperatoria. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2018 abril; 81(2): p. :113-121.
46. Castellanos A, Rascón D, Genis H, Vásquez P. Profundidad anestésica y morbimortalidad postoperatoria. Revista Mexican de Anestesiología. 2014 abril-junio; 17(1): p. 108-112.
47. Farfán R. “Cuidado Enfermero en la Atención al paciente con colecistectomía laparoscópica en el centro Quirúrgico, Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2020”. Tesis especialidad. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería; 2022.



ANEXOS

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL INTRAOPERATORIO:

DEFINICIÓN:	Es la extirpación de la vesícula biliar, utilizando una cámara de video e instrumental quirúrgico especial que permite realizar una intervención mediante incisiones muy pequeñas sin abrir el abdomen o también llamada cirugía mínimamente invasiva. Su extracción se realiza por región umbilical o por la incisión del primer trocar.
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">- Curar y corregir la enfermedad.- Disminución de estancia hospitalaria.- Menor tiempo operatorio.- Temprana reinserción laboral.
REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none">- Solicitud de sala de operaciones.- Consentimiento informado.- Historia Clínica completa.- Exámenes de laboratorio: hg, hb, hto, TGO, TGP, Bilirrubinas totales y fraccionarias.- Exámenes auxiliares: ecografía, ECG- Vendaje de MMII- Ayuno (8 horas de sólidos, 6 horas de líquidos).
MATERIALES Y EQUIPO:	Instrumental para cirugía mínimamente invasiva: <ul style="list-style-type: none">- Óptica de 30 grados de 10mm.- Fibra óptica.- Cable monopolar.- Juego de pinzas de laparoscopia (2 grasper, 1 Maryland, 1 tijera, 1 hook) pueden necesitar pinza extractora de 5mm.- 2 Trocar de 5mm.- 2 trocar de 10mm.- Clipera para clips de titanio.- Cánula de irrigación y de aspiración.



	<ul style="list-style-type: none">- Dos mangueras estériles de jebe o de látex uno para aspiración y otro para irrigación. <p>Insumos para Colelap:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bisturí nro. 11.- Nylon 3/0 cortante.- Manga de polietileno.- Un cassette de clips de titanio.- 04 Tegaderm de 6 por 7 cm.- Bolsa extractora de 10mm- Cloruro de sodio 9 0/00 1000cc- Guantes estériles para los cirujanos e instrumentista.- 5 Compresas grandes y 5 pequeñas Esparadrappo de tela.- Aguja nro. 18- Placa indiferente para adulto bolsa de polietileno para recolectar la muestra y fijarla con formol al 10%.- Tarjeta para escribir número de set usado, nombre del instrumentista, fecha.- Equipo de limpieza (clorhexidina al 4%, gasas y guantes estériles).- Módulo o Torre de Laparoscopia (monitor, cámara, fuente de luz, insuflador de Co2, grabador)
ANESTESIA:	<ul style="list-style-type: none">- General Balanceada.



DESCRIPCIÓN DE ACCIONES:	
ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:	<ul style="list-style-type: none">- Prepara la sala de operaciones: equipos, instrumental, materiales e insumos para la cirugía.- Saca la cinta indicadora externo a los paquetes, sets y materiales a utilizar para que quede listo para que apertura la enfermera instrumentista II.- Coloca en una mesa auxiliar todo los insumos y materiales entre ellos guantes gasas par la cirugía que la enfermera instrumentista II tendrá que aperturar para la cirugía.- Realiza el lavado de manos quirúrgico.- Ingres a la sala de operaciones, con los brazos hacia arriba, se seca las manos con la toalla del paquete para la cirugía, se viste con mandil, se calza los guantes estériles, se da la vuelta al mandil.- Cuenta del piezas del set a utilizar para corroborar que este correcto el número de piezas del instrumental.- Ordenar y distribuir todo el material aperturado por la enfermera instrumentista II para tener todo ordenado.- Vestir a los cirujanos, calzarle los guantes estériles, hacerles dar la vuelta su mandil.- Asistir en la vestimenta estéril del paciente y distribuir la cablería que se usara para la cirugía mínimamente invasiva con 2 sábanas, 1 poncho, 4 pinzas backhaus o de campo.- Acercar la mesa de mayo y la mesa en media luna o auxiliar y los trípodes de los lavatorios para tener todo al alcance.- Alcanzar al cirujano la pinza con uña y el mango de bisturí con el bisturí colocado y el trocar de 10mm para iniciar la cirugía.- Inicio de técnica quirúrgica- Seguir atentamente los tiempos de la cirugía para adelantarse en que instrumentos usara el cirujano y el ayudante, para crear un ambiente de armonía y orden.



TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- Colocación de trocars.
- Administración de neumoperitoneo.
- Exponiendo el conducto y la arteria císticos
- Disecando el Conducto Y Arteria Cística, previo clipaje.
- Seccionado de la Arteria Y Conducto Cístico.
- Disecando la Vesícula del lecho hepático.
- Extracción de la Vesícula Biliar.
- Recibe y verifica el pedido de sala de operaciones.
- verifica el tipo de cirugía a realizarse.
- Revisa los equipos y acondiciona el quirófano.
- Recepciona al paciente que le es entregado del camillero se presenta al paciente y revisa su historia clínica le hace la anamnesis verbal observa si tiene el consentimiento informado, revisa vía venosa zona operatoria, pregunta que este en ayunas el paciente, pregunta si es alérgico a medicamentos, si tiene vendados los MMII revisa todos los requisitos para entrar a la cirugía Colecistectomía Laparoscópica.
- Dirige el traslado al paciente de la camilla a la mesa de operaciones junto con el Anestesiólogo.
- Retira la camilla de sala de operaciones.
- Asiste al Anestesiólogo en monitorizar funciones vitales a paciente.
- Abre los paquetes de ropa y los materiales necesarios y puestos por la enfermera instrumentista I para que ella los disponga cuando llegue después de su lavado de manos quirúrgico.
- Amarra mandil a enfermera instrumentista I y a cirujanos.
- Cuida junto con la enfermera instrumentista I que todo procedimiento sea estéril.
- Asiste al anestesiólogo en el proceso de inducción de anestesia e intubación del paciente.



	<ul style="list-style-type: none">- Le echa agua destilada a las manos de la enfermera instrumentista I para así sacar el polvo de los guantes estériles y procede la enfermera a instrumenta I poner en sus manos al Cidex y sacar el material sumergido- Abre la cubeta donde está el material sumergido en Cidex.- Coloca el punzón en el frasco de agua destilada para echar agua y que la enfermera instrumentista I enjuague y aclare el material puesto a cidex (DAN)- Prepara material para el lavado de zona operatoria con clorhexidina al 4%.- Realiza el lavado de zona operatoria según técnica para este procedimiento sabiendo que cirugía podría convertirse en convencional según como se presente la cirugía.- Realiza los registros de enfermería en historia clínica, y respectivos cuadernos colocando hora de ingreso de paciente a SOP, hora de inicio de cirugía.- llenar los documentos requeridos en la cirugía (tarjeta del set o instrumental que está usando la enfermera instrumentista I, Check list de cirugía segura, hoja de consumo, cuaderno de dicha sala de operaciones, escribe los datos en la bolsa donde ira la pieza operatoria).- Fijar la muestra con formol una salida la muestra.- Asistir a los cirujanos y enfermera instrumentista I en lo que se requiera.- Prender y apagar la cialítica cuando se requiera.- Mantener en orden el quirófano durante la intervención quirúrgica.- Registrar los eventos sucedidos en la cirugía en los respectivos documentos concernientes.- Corroborar que una vez terminada la cirugía estén completas junto con la enfermera instrumentista I las piezas del set o instrumental usado.
--	--



	<ul style="list-style-type: none">- Pasar los drenes necesarios tegaderm, o esparadrapo para que cirujanos cubran los puntos laparoscópicos.- Asistir a Anestesiólogo en el proceso de la extubación de paciente como la aspiración de secreciones, oxigenoterapia, para su recuperación eficaz post anestésica del paciente.- Terminar con los documentos necesarios y registrar hora de termino, hora de salida de SOP.- Traer la camilla de la unidad de cuidados post anestésicos. Con ropa de cama previamente calentados en el Autoclave del salo de la UCPA.- Trasladar junto con los cirujanos y anestesiólogo a paciente de la mesa de sala de operaciones a la camilla de la UCPA con freno luego colocar barandas.- Trasladar de sala de operaciones junto con el anestesiólogo que va a la cabecera y enfermera instrumentista II a la altura de los pies de paciente a la UCPA.- Reportar paciente a la enfermera que estará a cargo de paciente en la UCPA nombre de la cirugía edad tipo de anestesia si lleva drenes o no, eventos ocurridos en la cirugía que llamen la atención.- Llamar a personal de limpieza para el proceso de limpieza de sala.- Equipar la sala para la próxima cirugía dejarla en orden y conforme.
--	--

EVIDENCIAS







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

Por el presente documento, Yo LUZ MARINA SANDRITUPA FLORES
identificado con DNI 01231499 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 PACIENTES DE COLELIAP EN LA
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTESIA DEL HOSPITAL
II-1 CLAUG"

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 Septiembre del 2024


FIRMA (obligatoria)





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Luz Marina Sayritupa Flores
identificado con DNI 01231499 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 PACIENTES DE COLELAP EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN

POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL II-1 ILAVE »

Es un tema original.

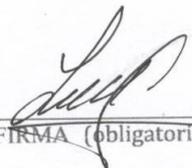
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, 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 27 de Agosto del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella