



— Universidad —  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD  
TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS  
INMEDIATO DE EMBARAZO ECTOPICO,  
UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE UNA INSTITUCION PUBLICA 2019**

**PRESENTADO POR:  
Lic. FRIDA SANCHEZ GUTIERREZ**

**TRABAJO ACADEMICO**

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

**ASESORA:  
Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO**

**LIMA - PERU**

**2019**

## **DEDICATORIA**

A mis Padres, el éxito y la satisfacción por ser mi pilar y motivación fundamental para seguir adelante en mi vida profesional y personal. Gracias

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, mi casa de estudios por permitirme formar en mi especialidad.

A los maestros de la Especialidad Centro Quirúrgico de la Facultad de Enfermería, quienes contribuyeron en mi desarrollo profesional.

A mi asesora por su buena disposición, sus conocimientos y experiencia que me brindo en la elaboración del presente trabajo académico.

A Todos de mi reconocimiento y gratitud.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE .....	iv
INDICE DE TABLAS .....	v
ABSTRACT .....	¡Error! Marcador no definido
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO I.....	9
MARCO TEÓRICO .....	9
1.1. MARCO TEÓRICO .....	9
COLECISTITIS.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. BASE TEÓRICA.....	9
ENFERMERIA PERIOPERATORIA.....	9
PERIODO PERIOPERATORIO .....	9
PERIODO PREOPERATORIO .....	10
PERIODO OPERATORIO .....	17
PERIODO POST OPERATORIO .....	19
1.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA .....	24
1.4. ESTUDIOS PREVIOS .....	30
Internacional .....	¡Error! Marcador no definido.
Nacional .....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II.....	30
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	30
2.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA .....	30
2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	36
2.3. PLANIFICACION (Priorización y plan de cuidados).....	42
2.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO .....	54
CAPITULO III.....	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
3.1. CONCLUSIONES .....	55
3.2. RECOMENDACIONES.....	56
3.3. BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	59

## INDICE DE TABLAS

Diagnóstico de enfermería.....	57
Planificación (priorización y plan de cuidados).....	64
Planteamiento de objetivos, prioridades, ejecución de intervenciones y evaluación de resultados ...	68
Evaluación del Proceso .....	76

## **RESUMEN**

El enfermero realiza el cuidado como eje y objetivo de la profesión que exige capacidades y compromiso expresado en la identidad y la calidad de sus cuidados, cuyo instrumento de medición es el proceso de atención de enfermería (PAE), considerado el método científico en el quehacer Enfermería; es una herramienta que permite la organización del trabajo de enfermería para la prestación de los cuidados en forma fundamentada, lógica y sistemática y evaluar cada uno de los cambios en la mejora del estado de bienestar de la persona; por ello, la aplicación del Proceso de Enfermería en el cuidado del paciente post operado de embarazo ectopico en la unidad de recuperación post anestésica , permitió el cumplimiento de acciones como la identificación de sus necesidades fisiológicas psicológicas y sociológicas, y de esta forma implementar sus cuidados individualizados basados en los diferentes conocimientos, con la finalidad de preservar la salud, prevenir y evitar complicaciones en la paciente durante la etapa de recuperación postquirúrgica, entendiendo que este periodo es de riesgo por la característica lesiva de la cirugía que deja al paciente en una situación de vulnerabilidad con la probabilidad de repercusiones en su salud, donde la capacidad (cognoscitiva, procedimental y actitudinal) del Enfermero(a) determinara la minimización de riesgos en el paciente postoperatorio.

### **Palabras clave:**

Cuidado enfermero – Recuperación – embarazo ectopico– Post-operado

## INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería brinda los cuidados con calidad y calidez a la persona, familia y comunidad en condición de sano o enfermo, para ello el profesional de enfermería debe recibir sólida formación científica, tecnológica y humanística con alto sentido de sensibilidad social, humana y de valores; por lo que el profesional debe desarrollar y defender actitudes y capacidades que favorezcan el ser y su hacer, y logre satisfacer cada uno de los problemas y necesidades de la persona, familia y comunidad; logrando el propósito fundamental que es la atención de personas portadoras de carencias de la salud en función de la disminución, insuficiencia o pérdida de la autonomía para el restablecimiento de sus capacidades potenciales y para tornarse en personas saludables con un proceso de vida para el cual el profesional requiere de aplicar el método científico a su práctica profesional. (1)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), considerado un método científico aplicado al hacer de enfermería, que accede a la prestación de los cuidados de forma racional, lógica y sistemática, utilizando conocimientos y habilidades, cuyos pasos son: valoración, diagnóstico - tratamiento, ejecución y evaluación de los problemas reales o potenciales; por ello, el Proceso de Enfermería es la base más importante de la disciplina de Enfermería.

También, en este proceso se realiza la observación y valoración para luego realizar el análisis de la información y contrastarlo con la ciencia, para plantearlo como un problema y/o necesidad de cuidado, y concluir en el diagnóstico de Enfermería basado en la taxonomía vigente para guiar cada una de las intervenciones de Enfermería, fundamentado y definidos cada uno de los cuidados, para aplicarlos y lograr el objetivo del cuidado para el cumplimiento de las intervenciones; el proceso de enfermería resulta trascendente cuando se labora en el entorno hospitalario sobre todo en cuidados críticos como es el centro quirúrgico.(2)

El enfermero en quirófano cumple acciones como la identificación de los problemas y necesidades biológicos, sociológicos, psicológicos y espirituales del paciente; a fin de conservar la salud de la persona enferma antes, durante y después del proceso quirúrgico, la actuación del profesional cada día es más compleja por el avance y mejora de las técnicas y procedimientos quirúrgicos, que exigen la constante actualización de procedimientos y técnicas a desarrollar.

(3)

El proceso quirúrgico en si provoca daños considerables en la persona, que tiene resultados significativos en su salud, donde la capacidad del profesional de salud, entre ellos la atención y cuidados de Enfermería favorecen en la disminución de riesgos en las dimensiones del paciente quirúrgico, por considerarse un periodo donde todo paciente es vulnerable.

Frente a las complicaciones se requiere control, y cuidados de enfermería ; aplicando el proceso de enfermería al paciente post quirúrgico observado en la Unidad de Recuperación (URPA) unidad del cuidado del usuario postquirúrgico, y ante la incidencia considerable de pacientes post operados de embarazo ectopico que durante el año 2019 fue de 150 cirugías al mes aprox., es por esto que para mejorar los procesos con calidad en la atención de enfermería por esta patología de tipo quirúrgico se realiza el presente trabajo ; identificando problemas reales y potenciales presentes en la paciente que permitió prevenir o evitar las complicaciones provenientes del proceso quirúrgico .El desarrollo del presente trabajo fortalecerá la mejora de las intervenciones a través; de sus conocimiento, habilidades y cualidades personales para brindar al usuario/paciente una atención oportuna y con calidez humana.



# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1.1. MARCO TEÓRICO**

### **1.2. BASE TEÓRICA**

#### **ENFERMERIA PERIOPERATORIA**

La Enfermería peri operatoria es una especialidad definida como “Rol que el profesional de enfermería desarrolla en la asistencia del paciente durante la etapa quirúrgica. Esta disciplina alcanza los cuidados Enfermero durante el todo el proceso quirúrgico (antes, durante y después). Los deberes que tiene el profesional de enfermería en el peri operatorio incluye la elaboración y establecimiento del plan de cuidados preoperatorios del usuario” (8)

#### **PERIODO PERIOPERATORIO**

El periodo peri operatorios inicia desde el momento en que el médico y paciente deciden iniciar con el tratamiento quirúrgico y culmina desde el momento del alta hospitalaria. Este proceso incluye un conjunto de procedimientos y prácticas que tiene como objetivo la preparación física y psicológica al usuario y familia, con la finalidad de favorecer el éxito del proceso quirúrgico, el prevenir complicaciones y reducir el periodo de convalecencia y permanencia hospitalaria. Este periodo tiene carácter multidisciplinario y de coordinación entre las distintas especialidades y niveles de atención.

El tratamiento durante el periodo peri operatorio de pacientes intervenidos por cirugía abdominal electiva hasta hace unos años residía en una serie de actividades estrictas realizados más por práctica que por acciones científicas. Este planteamiento adoptaba actitud expectante, en espera de que el organismo recupere rápidamente de la agresión quirúrgica y farmacológica, como mantener

la dieta absoluta del paciente hasta recuperar la motilidad intestinal, empleo de sondas y drenajes, prolongación de fluidoterapia hasta aparición del peristaltismo, uso de opiáceos para control del dolor, mantenerlos encamado para evitar complicaciones que alargaban su convalecencia. Además de estrategias preoperatorias que hacían que el usuario llegue al quirófano en condiciones subóptimas por el ayuno prolongado y deshidratación causada por preparación del colon.

En el contexto hospitalario, el paciente quirúrgico es centro de atención constante para el personal de enfermería quienes juegan un rol importante para la atención integral y de calidad; sin embargo, el trabajo en equipo resulta fundamental para el logro de la calidad en el periodo peri-operatorio, según clasificación:

- a. Etapa pre-operatoria: Periodo que inicia con la correcta individualización del usuario, con una serie de actividades como el evaluación física, laboratorio y radiológicos, además de la preparación física y psicológico.
- b. Etapa trans-operatoria: Se inicia cuando inicia el procedimiento quirúrgico, hasta el momento de traslado a recuperación.
- c. Etapa post-operatoria, periodo dividido en tres momentos:
  - *Periodo inmediato* incluye atención proporcionada en la unidad de recuperación post anestésica
  - *Periodo intermedio* son las actividades de enfermería ejecutadas en la sala de hospitalización durante el periodo de convalecencia hasta pre-alta del usuario.
  - *Periodo post-operatoria*; considerado desde el momento del alta con actividades de enseñanza de los cuidados post operatorios en su domicilio, recomendaciones y seguimiento.

## **PERIODO PREOPERATORIO**

Periodo que se inicia desde el momento en que el paciente y medico toman la decisión para que pueda efectuarse la intervención quirúrgica y culmina cuando el usuario es ingresado en el quirófano.

*Preoperatorio*: Etapa que se emprende desde el momento en que se decide que el paciente pase a la intervención quirúrgica. En esta etapa, el Enfermero tiene la función de identificar la necesidad bio-psico social y espiritual del paciente, así como la identificación de problemas reales y potenciales, para llevar a cabo actividades de enfermería dirigida a la resolución de los problemas planteados, ofreciendo apoyo individualizado. Esta etapa concluye en el momento que el usuario es trasladado a la mesa quirúrgica e inicia la siguiente etapa (trans-operatorio). (8)

En este periodo se efectúa cada una de las preparaciones, desde el manejo administrativo hasta los cuidados clínicos multidisciplinarios al que debe ser sometido el paciente candidato a una cirugía. La planificación de los cuidados del paciente se establece teniendo como base la historia clínica y luego efectuándose una valoración cuidadosa para establecer toda la atención del paciente por el equipo multidisciplinario y dar inicio con el tratamiento protocolizado.

Actividades médicas que se realizan durante este periodo:

- Elaboración de la historia clínica: Información que recopila el medico
- Pruebas de laboratorio
- Estudio preoperatorio cardiovascular, pulmonar
- Radiodiagnóstico preoperatorio
- Valoración general y preparación preoperatoria
- Consentimiento informado: actuaciones

### **Cuidados de enfermería en el preoperatorio**

Este periodo inicia en el momento de decidir para iniciar con la cirugía, hasta que da inicio a la misma. Los cuidados en esta etapa influyen sobre las experiencias peri-operatorias del paciente; por ello, es primordial identificar y valorar las respuestas: psicológicas, fisiológicas y espirituales del usuario:

***Ansiedad pre-operatoria***: La ansiedad y estrés son factores que deben afrontar el profesional de enfermería en el área de cirugía, teniendo en cuenta la

valoración basada en una teoría de enfermería, basada en Dominios NIC NOC, o basada en necesidades humanas que incluyen cada una de las características bio psico sociales del paciente. El proceso quirúrgico origina ansiedad y/o estrés cuyas respuestas fisiológicas y psicológicas dependen de factores:

- Temor a lo desconocido, inseguridad por el resultado quirúrgico (pacientes que se intervienen por vez primera).
- Temor a la anestesia: es el miedo a respuestas desagradables, imprevistas en el proceso de anestesia como despertarse durante la intervención o sentir dolor, este temor se relaciona con la pérdida de control del paciente al encontrarse bajo anestesia.
- Lo habitual es el temor al dolor o analgesia post-operatoria no efectiva.
- Temor a la muerte, sensación frecuente del usuario pese al avance científico y tecnológico respecto a la cirugía y anestesia; porque, nada indica que exista una anestesia e intervención quirúrgica segura. Pese a que en la vida diaria las personas se enfrentan a mayores riesgos que una cirugía.
- Temor; el temor se presenta frente a diferentes miedos que manifiesta el usuario quirúrgico: Uno es el *temor a la separación* de la familia y trabajo, el no retornar por un tiempo o de forma definitiva; temor a perder la vida, a la incapacidad temporal o definitiva, temor a la mutilación o pérdida del cuerpo, alteración y amenaza de la integridad e imagen corporal posterior a la cirugía, el imaginar cada uno de estos temores de la cirugía interfiere de en su proceso de recuperación, para ello requiere de atención especial, donde su edad, historia, experiencias pasadas, antecedentes, entorno (familiar, socioeconómico y cultural), son aspectos que serán de referencia para el plan de cuidados y apoyar en hacer frente a cada uno de sus temores:

Para valorar la ansiedad o estrés en pacientes durante la etapa pre-operatoria, requiere conocer la evaluación del examen del estado mental para examinar ciertas conductas que son indicios y pueden ser patrones que permitan ayudar a superar en el paciente; muchas de las respuestas emocionales y defensivas se manifiestan con alteración en el patrón del

sueño, indisposición para la comunicación, desinterés, falsas ilusiones, comportamiento hostil con agresividad, resentimiento, inadaptación, presunción, *negación* con actitud descuidada, risa inapropiada, bromas.

### **Medidas para reducir la ansiedad y estrés**

1. Establecer una comunicación de confianza con el paciente.
2. Fomentar la verbalización de sentimientos (con exteriorización).
3. Uso de técnicas de comunicación verbales y no verbales.
4. El uso de técnicas específicas para reducir el estrés como técnicas de relajación como pedir que el paciente se concentre por 10 minutos.
5. Escucharlo atentamente para identificar y dialogar sobre las causas que originan estrés, retraimiento, ira o negación.
6. Motivar y reconocer el éxito logrado cuando el paciente empieza a relajarse.

### ***Respuesta fisiológica a la cirugía***

La homeostasis es un sistema de control autorregulado por el sistema neuroendocrino y hormonal que se encarga de conservar la energía y facilita la reparación de las lesiones, donde la alteración se produce como:

1. Respuesta metabólica al estrés quirúrgico se caracteriza por una reacción catabólica con liberación de catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento y glucagón, supresión de insulina
2. Otra respuesta es la variación de las funciones vitales, como incremento de la presión arterial, vasoconstricción sanguínea, vasos renales con disminución del gasto urinario, entre otros.

### ***Valoración pre-quirúrgica***

La valoración es la identificación de los problemas del paciente para proporcionar datos básicos, se inicia con la somatometría, funciones vitales, anamnesis, historia clínica, examen clínico que incluya estado nutricional, hidratación, etc.

#### ***Historia clínica***

Documento médico legal donde se realiza el interrogatorio completo que incluyen datos a considerarse que en algunos casos deben ser documentados con fechas, documento que da pautas para prevenir complicaciones durante el periodo trans y post-operatorio como:

- Alergias.
- Considerar fármacos con indicación y no indicados, vía de administración de medicamentos.
- Análisis, antecedentes médicos y quirúrgicos.
- Experiencia quirúrgica previa con complicaciones como hemorragias, infecciones previas, tromboembolias y problemas de dificultad respiratoria.
- Complicaciones de la anestesia con síntomas de hipertermia maligna, sueño prolongado y otras complicaciones operatorias.
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Es importante considerar cada una de las reacciones alérgicas a sustancias empleadas para asepsia de la piel, ha habido casos de quemaduras (ampollas flictenas) con el uso de yodo povidona. Se recomienda el uso de otros antisépticos como clorhexidina hipo alérgico de amplio espectro contra diferentes bacterias Gram (+) y (-).

### **Valoración física del paciente por aparatos y sistemas**

Los sistemas como:

**Cardiovascular:** Con problemas como hipertensión arterial, arteriosclerosis, angina entre otros; estos trastornos disminuyen la capacidad de resistencia y reacción a los cambios hemodinámicos durante el proceso quirúrgico.

**Respiratorio:** Las enfermedades crónicas o tabaquismo disminuyen la difusión de oxígeno a los tejidos, aspecto que disminuye el suministro de oxígeno a los tejidos.

**Renal:** la disfunción renal afecta la filtración y secreción, y puede alterar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

**Nervioso:** verificar el nivel de conocimiento, orientación, capacidad o deficiencia por ser funciones mentales que afectan en el paciente al momento quirúrgico.

**Estado nutricional:** La desnutrición y obesidad son factores de complicación quirúrgica. La obesidad aumenta el riesgo anestésico y quirúrgico, técnicamente hay dificultad para la intervención en la cicatrización entre otros.

**Sistema musculoesquelético,** valorar exámenes complementarios para tener en cuenta los antecedentes de cirugías de la columna vertebral, espalda por cifosis, artritis cervical.

**Sistema endocrino:** Evaluar la presencia de enfermedades diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperlipidemia para establecer el plan adecuado.

**Datos de laboratorio:** Los exámenes de laboratorio son referencia de la salud del paciente. Las muestras se realizan antes de las 24 a 48 de la cirugía (programada). Las pruebas frecuentes según criterio médico.

**Exámenes Auxiliares:**

- Hemograma: 14.4 gr%.
- Hematocrito: 42%
- Plaquetas: 211,000
- Grupo Sanguíneo: 0
- Factor Rh: Positivo.}
- Leucocitos: 6760 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos: 76%
- Tiempo de coagulación. 7'
- Tiempo de sangría: 2'

**Datos radiológicos:** La radiografía de tórax es de rutina para valor la función cardiopulmonar, entre otros.

**Consentimiento del paciente para la práctica de la cirugía**

Proceder con la intervención quirúrgica se requiere la autorización, y para que esta tenga validez, considerando:

- La decisión voluntaria del paciente.

- La información adecuada al paciente.
- El usuario debe encontrarse en el pleno uso de sus facultades.

Los que podrán firmar el consentimiento son familiares directos, cónyuges e hijos solo deben comprobar la incompetencia (persona que no puede participar de las decisiones, relativas a su propio cuidado) del paciente. Todo paciente debe tener información respecto a su cirugía:

1. Naturaleza y motivo de la cirugía.
2. Las opciones disponibles y los riesgos afines a cualquiera de las opciones.
3. Riesgo del acto quirúrgico y posible resultado.
4. Riesgo relacionado con la colocación del anestésico.

### ***Preparación del paciente para la cirugía***

Después de evaluar al paciente según el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido, se prepara cada uno de los materiales y equipos necesarios para efectivizar los procedimientos iniciando con los controles vitales, división de la zona operatoria, cateterización de venoclisis, sondas y medicamentos pre anestésicos.

***Ayuno:*** El periodo es entre las 6 a 8 horas antes de la intervención quirúrgica, para cualquier tipo de cirugía, de forma independiente al tipo de anestesia a administrar. El cuidado de nada por vía oral (N.P.O) incluye la suspensión de todo tipo de ingesta por vía oral como agua y alimentos, así como, fumar

***Venoclisis:*** La administración de líquidos y electrolitos es según necesidad del paciente.

***Medicamentos pre-operatorios:*** Los medicamentos pre-anestésicos se prescriben según edad, estado físico y psicológico, antecedentes patológicos y tratamiento actual del usuario. Los medicamentos pre-anestésicos son para calmar la ansiedad, facilitar la inducción al anestésico inhibiendo secreciones gástricas y faríngeas. La administración se realiza por vía I.M. o I.V. Las combinaciones de fármacos utilizados son analgésicas y neurolépticas, analgésicas y ansiolíticas, más anticolinérgicos. La combinación de medicamentos en el pre-operatorio son los sedantes o tranquilizantes, que reducen la ansiedad.



**Higiene:** Tiene el propósito de eliminar la suciedad y microorganismos presentes en la piel y de esta forma reducir su proliferación; además que el baño con agua tibia promueve la comodidad y relajación en el paciente. Otro de los cuidados de higiene es el desmaquillado sobre todo el esmalte de las uñas de manos y pies. Luego del procedimiento de higiene se realiza la preparación del paciente para su ingreso a sala con bata limpia, gorro, y si está indicado vendaje; entre otros.

*Objetos de valor y prótesis:* para el ingreso al quirófano el paciente no debe portar ningún tipo de alhajas (objetos metálicos producen quemaduras con el uso de bisturí eléctrico), retirar las prótesis dentales para evitar desplazamiento a la garganta, además de los lentes convencionales o de contacto, cada uno de estos materiales deben ser etiquetados juntamente con las joyas, objetos de valor, prótesis, lentes de contacto.

**Lista de verificación pre-operatoria:** Es un proceso para confirmación del paciente acerca de la técnica quirúrgica planeada, se anexa toda la documentación en la historia clínica del paciente. (9)

## **PERIODO OPERATORIO**

Periodo que inicia desde el momento de recepción al usuario en el quirófano, y culmina cuando con el traslado a la sala de recuperación postanestésica; este periodo se caracteriza por ser crítico para la vida del paciente por ser de mayor riesgo dependiendo de condiciones que presenta el paciente, se inicia desde el momento de traslado de la camilla a la mesa operatoria para iniciar con la anestesia y el proceso quirúrgico propiamente dicho.

También llamado periodo intraoperatorio, inicia desde el momento de traslado del paciente a la mesa quirúrgica, con la finalidad de cubrir todas sus necesidades además de procurar el bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico; el profesional de enfermería debe realizar previamente la visita preoperatoria para establecer una relación enfermero- paciente. En esta etapa se realiza las funciones en base a un plan quirúrgico establecido y finaliza cuando el usuario es ingresado a sala de recuperación.

## Área Quirúrgica

Esta área quirúrgica está constituido por un conjunto de áreas y ambientes con una infraestructura física y equipamiento característico propio de los procedimientos quirúrgicos derivados de la cirugía, necesario para la atención del paciente en los diferentes periodos pre, trans y post quirúrgico al que van a ser sometidos el cual alberga ambientes como las diferentes salas de operaciones por especialidades, además de servicios: sala de pre anestesia, unidad de recuperación pos anestésica (URPA), central de esterilización y equipo (CEYE), almacén de materiales, sala de rayos X, oficinas administrativas, vestidores para el profesional.

Es una unidad que requiere de condiciones estructurales y físicas adecuadas para su funcionalidad, además del equipamiento, dotación suficiente de insumos, profesional calificado para la ejecución de procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces. El área de quirófano debe ser ubicado en la planta baja para su funcionalidad, con zonas de intercomunicación directa a la unidad de cuidados Intensivos, Urgencias, Cirugía gineco-obstétrica, Central Esterilización, entre otros. (10)

## Áreas de la unidad quirúrgica

El área de la unidad quirúrgica es una zona de circulación restringida con características y restricción de la circulación de transporte y locomoción del personal según grados claramente delimitado para mantener las condiciones de asepsia y ambiente estéril que demanda cada uno; existen tres formas de circulación fundamental que la componen:

- **Área negra** que es la zona de circulación general **no restringida** de por encontrarse fuera de la unidad quirúrgica, se encuentra la sala de recepción de pacientes, zonas administrativas, etc.
- **Área gris** zona que requiere de condiciones de asepsia controlada **semirestringida** para el ingreso, permanencia y circulación indicado solo para personal autorizado (personal del servicio de SOP, central de esterilización, recuperación) zona que tiene acceso a través de las áreas

de transferencia, en todos los casos el personal deberá utilizar uniforme quirúrgico.

- **Pasillo de Circulación blanca** Espacio físico de **circulación restringida**, limitada solo para personal indirectamente relacionado con el proceso operatorio personal médico cirujano, enfermeras instrumentistas, circulante, anestesiólogo y médicos generales, cuenta con acceso únicamente a través de las áreas de transferencia y requiere de uso estricto del uniforme quirúrgico con protección de ropa estéril. (11)

### **Material quirúrgico fundamental**

- Instrumentos de corte
- Pinzas para montar gasas
- Pinzas hemostáticas
- Pinzas para aprehensión
- Pinzas de presión continua
- Pinzas para paños
- Porta agujas
- Separadores
- Agujas
- Instrumentos para exploración

### **Material quirúrgico auxiliar**

- Drenajes, catéteres, sondas, cánulas,

### **PERIODO POST OPERATORIO**

Periodo que se inicia desde el momento en que se transfiere al paciente post operado inmediato a la unidad de recuperación y culmina con la evaluación seriada en los servicios de hospitalización. Esta etapa tiene una duración variable y el tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía y factores condicionantes del paciente.

Desde el momento de la admisión a la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia se considera como

periodo pos operatorio. Donde el profesional de enfermería debe verificar que todos los cuidados (procedimientos y técnicas) se realicen de forma correcta; solo así podrá garantizar indicadores positivos a los resultados de este proceso el que se evidenciaría en la satisfacción de cada una de las necesidades del paciente y el logro de los resultados en el peri operatorio. (8)

### **Fases del postoperatorio**

El periodo postoperatorio se divide en 2 fases:

- **Posoperatorio inmediato**
- **Posoperatorio tardío**
- **Posoperatorio inmediato:** periodo que dura entre 2 y 4 horas, fundamentalmente tiene lugar en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA), se considera desde el momento en que el usuario sale de quirófano hasta que se regula y estabiliza su estado hemodinámico del proceso quirúrgico.

En esta área se estabiliza y esperar que despierte y recupere del efecto de los anestésicos. Los posts operados pasan en la URPA entre 30 minutos y algunas horas donde se monitoriza y valora continuamente, estableciendo controles cada 10 minutos. Se requiere valorar:

- Estado de salud basal del preoperatorio
- Tipo y duración de la anestesia
- Intervención quirúrgica
- Medicamentos administrados
- Localización de las vías de acceso venoso

Los objetivos postoperatorios inmediatos son:

- Vías aéreas permeables
- Identificar posibles complicaciones como riesgos
- Velar por la seguridad del paciente
- Mantener las funciones vitales
- Disipar la anestesia residual

- Proporcionar alivio del dolor
- Reducir la ansiedad.

Se realizara la valoración del:

- Estado de conciencia
- Permeabilidad de las vías aéreas y la ventilación pulmonar
- Monitorizar presión arterial, Frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno
- Funciones vitales: Respiración, Temperatura
- Valorar la herida, apósito, vendas, drenes, etc.
- Valoración de piel y mucosas
- Balance hídrico estricto incluido la diuresis
- Ruidos abdominales y peristaltismo
- Valorar pérdidas hemáticas
- Verificar la transfusión sanguínea y fluido terapia

Durante el postoperatorio se debe considerar el peristaltismo y ruidos abdominales. La dieta a seguir es: Agua Líquida Blanda, así como los demás cuidados enfermeros estarán estructurados según el tipo de cirugía, anestesia y condiciones del paciente.

### ***Los cuidados de enfermería en los diferentes tipos de anestesia:***

Los cuidados estarán establecidos en función al tipo del bloqueo nervioso, también la presencia de menor o mayor sensibilidad pueden producir ciertas complicaciones en función del grado de circulación y recuperación de la función hemodinámica y control muscular problemas que pueden producir complicaciones si no se estructuran cuidados eficaces.

#### ***Anestesia local:***

- La enfermera se encargará de verificar el estado del paciente mientras recobra la sensibilidad.
- Si en la valoración hay signos de desvanecimiento del bloqueo regional se administrara los analgésicos y continuar valorando signos de toxicidad.

- Se brindará ambiente agradable, con aislamiento y confort posible para la recuperación del paciente.

***Anestesia general:***

- Controlar el estado de conciencia, signos vitales vigilando manifestaciones de hipotensión y alteración respiratoria.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiración y frente a cualquier alteración observado se debe comunicar al médico para su evaluación.
- Verificar los apósitos, vendajes, drenajes, vías intravenosas, además del dolor o frío.
- Verificar la  $SO_2$  y colocar la mascarilla de oxígeno, la manta térmica es preciso sobre todo si se administra analgésicos.

El paciente debe permanecer en la URPA hasta el momento en que se establezca su estado hemodinámico funcional y de conciencia, momento en que el médico decidirá el traslado del paciente a la unidad de hospitalización (servicio de cirugía).

La estabilidad estará determinada a través del Test de Aldrete, instrumento que se categoriza funciones esenciales en el paciente a través de la valoración de la actividad, respiración, circulación, el nivel de conciencia y coloración y es determinado por la puntuación que va de 0 a 10 evaluado desde el momento de ingreso y posteriormente cada 5min, 10 min, y 15 min, hasta el momento del alta.

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

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

En este periodo se monitoriza las funciones vitales cada hora, se inicia la ingesta, retiro de fluidos intravenosos, dependiendo del tipo de anestesia. Los factores importantes a tener en cuenta son estreñimiento e insomnio que se relaciona con la inmovilidad, uso de analgésicos, entre otros. El profesional de enfermería debe lograr la recuperación de los patrones de defecación normal, el que se evidencia con la aparición de ruidos intestinales en 48-72 h siguientes a la cirugía. Después de la intervención, el paciente apenas debe experimentar problemas del sueño, y sentirse totalmente descansado.

### **Complicaciones potenciales**

En el periodo posoperatorio el profesional de enfermería tiene que vigilar cualquier complicación real o potencial que se pueden presentar desde el postoperatorio inmediato como hasta el periodo tardío.

#### **Complicaciones quirúrgicas Inmediatas**

- Complicaciones respiratorias
- Complicaciones circulatorias
- Complicaciones renales y urológicas
- Complicaciones neurológicas
- Complicaciones digestivas
- Complicaciones hematológicas
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Alteraciones del equilibrio ácido base
- Fiebre e infección postoperatoria
- Complicaciones de la herida quirúrgica
- Dolor
- Complicaciones en cirugía laparoscópica
- Otras complicaciones

### ***Complicaciones Tardías***

Analgesia postoperatoria

Cura de heridas

Infección quirúrgica

### **Intervenciones de enfermería en el periodo de post operatorio inmediato**

Se realizara una valoración de la situación del paciente en la cama de la unidad en aspectos como:

- Registrar las funciones vitales en las 1eras horas cada media hora.
- Valorar la permeabilidad y necesidad de aspiración de secreciones.
- Revisar el estado respiratorio.
- Estado de la piel.
- Valorar los apósitos y drenajes.
- Valorar pérdidas hemáticas.
- Monitorear el sistema neurológico cada 15 minutos, para comprobar repuestas sensoriales y motoras y nivel de consciencia.
- Verificar catéteres, apósitos y vendajes
- Verificar las pérdidas de líquidos.
- Controlar la diuresis, cada media hora.
- Valorar la necesidad de administrar sonda vesical si la vejiga está distendida y sino micciona en 6-8 horas después de la cirugía.
- Valorar y calmar el dolor, náuseas y vómitos.
- Controlar el efecto secundario de los medicamentos administrados.
- Cambio de posición.
- Informar a la familia.(8)

### **1.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

#### **Dorothea Elizabeth Oren**

En el estudio de teorías y modelos en el usuario quirúrgico, se encuentran diferentes modelos que van desde la satisfacción de necesidades a través de roles que se deben cumplir como la suplencia o ayuda según el problema que presenta el paciente fomentando la autonomía de la persona. Dorothea Elizabeth Oren quien estableció la Teoría del déficit del autocuidado como un modelo general de atención en pacientes convalecientes.



Dorothea Oren refiere que de todos los líderes en Enfermería para la elaboración de sus teorías ninguno ha tenido una influencia directa en su trabajo, han sido experiencias de otras enfermeras y en algunos casos ha sido experiencia suya acumulada en todo el tiempo de experiencia profesional lograda en años de trabajo; y Oren cita autoras que hace referencia en su teoría entre ellas Florencia Nightingale, Hildegarde Peplau, Martha Rogers; Callista Roy; Ida Jean Orlando, etc.

La teoría del "Déficit de autocuidado" de Dorothea Elizabeth Oren es una de las más estudiadas y fue validada para su aplicación en la práctica de enfermería por su visión amplia en los diferentes contextos de la asistencia en los servicios de salud donde se desempeña el profesional. Está compuesto por tres **teorías relacionadas** entre sí.

1. La teoría del autocuidado
2. La teoría del déficit de autocuidado y
3. La teoría de los sistemas de enfermería.(13)

### **Conceptos Meta Paradigmáticos**

Dorothea Elizabeth Oren, define los conceptos meta paradigmáticos desde su percepción del autocuidado:

#### ***Persona***

Considera a la persona como una unidad biológica, racional y pensante cuyo entorno con capacidad de acciones pre determinadas le afectan a él y a su entorno, cada una de estas condiciones le permite hacer capaz para llevar su autocuidado.

#### ***Salud:***

La Salud definida como un completo bienestar físico social y espiritual

El ser humano trata de conseguir su Salud, que le permitan mantener su integridad física y estructural.

#### ***Enfermería***

Oren la define a la enfermería como el servicio humano, suministrado a la persona que requiere y no puede cuidarse por sí misma para mantener su salud, la vida y/o bienestar.

La atención de cuidados de Enfermería están definidos como la ayuda a la persona para llevar a cabo y mantenerse por sí mismo con acciones de autocuidado y conservar la salud y vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar consecuencias de esta.

El enfermero apoya cuando la persona, por cualquier razón, no tiene la posibilidad de auto cuidarse. Las formas de asistencia de enfermería que Dorothea Oren propone, se basa en las relaciones de ayuda del profesional de enfermería, y son:

1. Realizar las actividades por la persona,
2. Guía a la persona.
3. Apoyo físico y psicológico.
4. Promover entorno favorable para el desarrollo personal.
5. Orientar a la persona para su auto ayuda.

### **Concepto de Entorno:**

Oren refiere que el entorno es el conjunto de componentes externos que influyen en las decisiones de la persona para emprender su proceso de autocuidado o en su capacidad de ejecutarlo, esta puede influir o interactuar con la persona a través de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales, en la comunidad, familia e influir o interactuar con la persona.(14)

### **Teorías de Dorothea E. Oren**

#### **1. La teoría del autocuidado**

Fue elaborado por Dorothea E Oren en 1969, quien lo define como una actividad que es aprendida por las personas, y está orientada a un objetivo. Esta es una conducta que se da en diferentes situaciones concretas a lo largo de la vida de la persona, por ello esta, dirigida a las personas sobre sí mismas y hacia los demás o al entorno, para ayudarlos para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece **requisitos de autocuidado**, que es componente principal del modelo y forma parte del proceso de enfermería en la etapa de valoración, en la teoría el término requisito se define como la actividad que la persona realiza para cuidar de sí mismo, para el cual se propone tres requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

**Factores básicos:** las capacidades del individuo para ocuparse de su autocuidado están afectados por causas intra-extra que afectan el tipo y cantidad de autocuidado. Dorothea E. Oren identifica diez variables: edad, sexo, estado redesarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; donde cada uno es seleccionado para diferentes propósitos y está relacionado con el fenómeno de interés.

Oren en su teoría refiere que el eje fundamental en el desarrollo de enfermería es la identificación del déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y demandas de autocuidado del paciente. Cuya meta es la eliminación de forma que se pueda cubrir necesidades y/o problemas reduciendo desviaciones en la salud, y según lo mencionado se asume al proceso de autocuidado como la responsabilidad que la persona para el fomento, mantenimiento y cuidado de su salud.

## **2. La teoría del déficit de autocuidado.**

Es la relación entre la demanda del autocuidado terapéutico y acción de autocuidado de las posesiones humanas donde las aptitudes y conocimientos desarrollados para el autocuidado, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Las personas tienen capacidad de adaptación a los cambios que se produce. En esta situación, la persona requiere ayuda que procede de muchas

fuentes, incluyendo intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Para Oren la palabra **agente de autocuidado** se refiere a la persona que brinda acciones específicas. Cada persona realiza su propio cuidado es considerada como agente de autocuidado; la agencia de autocuidado es la capacidad que tiene la persona para participar en sus cuidados. Las personas que satisfacen sus necesidades tienen una agencia de autocuidado que es capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado y de los otros, la agencia de autocuidado se encuentra en proceso de desarrollo como en niños. Otros pueden poseer una agencia de autocuidado que no funciona en casos de temor y ansiedad porque impide la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que necesita.

**El cuidar de uno mismo:** Se requiere de un pensamiento racional para visualizar experiencias personales, normas de cultura y de conductas aprendidas, con la finalidad de tomar decisiones sobre la salud.

**Limitaciones del cuidado:** son barreras para el autocuidado.

**El aprendizaje del autocuidado:** el mantenimiento continuo del autocuidado son funciones humanas centrales para el aprendizaje y uso del conocimiento para orientar las acciones de autocuidado interna y externas. Las acciones de autocuidado externas son:

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

Los tipos de acciones de autocuidado internos son:

1. Recursos para controlar factores internos.
2. Controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y regular factores internos o las orientaciones externas de uno mismo

### 3. La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Oren establece tres tipos de sistemas de enfermería cuyos elementos básicos del sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Hechos ocurridos que incluyen interacción con la familia y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen cosas en común.

1. La relación debe establecerse de forma clara en la relación de enfermería.
2. Los roles generales y específicos debe ser determinado por la enfermera, paciente y personas significativas. Se requiere determinar alcances de responsabilidad de enfermería.
3. Se debe formular acciones específicas a adoptar a fin de satisfacer necesidades de cuidados de la salud.
4. Determinar acciones requeridas para regular la capacidad de autocuidado para satisfacer demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Oren estableció tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. **Sistema totalmente compensador:** Sistema solicitado cuando la enfermera realiza el rol compensatorio para el paciente. La enfermera se encarga de satisfacer requisitos de autocuidado del paciente hasta que pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. **Sistema parcialmente compensador:** Este sistema de enfermería no requiere amplitud o intensidad de intervenciones de enfermería, la enfermera actúa con papel compensatorio, y el paciente se implica más en su cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. **Sistema de apoyo educativo:** Sistema apropiado para el paciente que es capaz de realizar su autocuidado y se adapta a nuevas situaciones, pero requiere de ayuda de enfermería, a veces solo es alertarlo. El rol de enfermería es ayudar en la toma de decisiones, comunicar conocimientos y habilidades.

El sistema de enfermería parcialmente compensatoria y sistema de apoyo educativo, es apropiado cuando el paciente requiere de adquirir conocimientos y habilidades.

La principal función del rol de enfermería es regular la comunicación y desarrollo de capacidades de autocuidado de la persona, vinculándose con niveles de atención como promoción y mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, el profesional de enfermería debe poseer capacidad para identificar el momento que el paciente puede realizar su autocuidado y el momento que debe intervenir poder lograrlo, además ofrecer conocimientos teóricos al profesional para explicar los fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, esta teoría también es referente teórico, metodológico y práctico para el área de la investigación.

La importancia del autocuidado no es muy claro cuando se argumenta que, para cuidar del otro, primero es necesario saber cuidar de sí mismo, pues el cuidado solo ocurre cuando hay una transmisión de sentimientos y potencialidades hacia otra persona. (15)

#### **1.4. ESTUDIOS PREVIOS**

## **CAPÍTULO II**

### **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **2.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

##### **2.1.1. Datos generales**

###### **a. Datos de filiación**

- Nombres y apellidos: J.M.H.
- Dirección: Cercado de lima
- Sexo: Masculino

- Edad: 49
- Grado de instrucción: Secundaria completa
- Religión: CATOLICA
- Situación laboral: TRABAJA
- Idioma: ESPAÑOL

## **b. Datos de hospitalización**

### **2.1.2. Situación problemática**

### **2.1.3. Valoración según dominios**

#### **DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD**

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en un periodo de recuperación anestésica

#### **DOMINIO 2: NUTRICION**

##### **Líquidos y Electrolitos**

Mucosa oral: Hidratado

Hidratación Piel: Turgente

*Observación:* paciente con hidratación parenteral recibiendo NaCl 9‰ 30 gts/min.

#### **DOMINIO 3: ELIMINACIÓN**

**Urinaria:** Cantidad: no realizo micción

No presenta sistema de ayuda

A la palpación hay sensación de repleción vesical

*Observación:* paciente no presenta micción durante la sala de recuperación, se palpa sensación de repleción vesical.

**Intestinal:** Frecuencia: 1 en 24 hrs.

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

#### **DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO**

##### **Sueño y Descanso**

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

##### **Ejercicio, movimiento:**

Paciente inmovilizado por estado de semi-inconciencia por el periodo de recuperación quirúrgica.

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio.

##### **Capacidad de autocuidado**

Movilización en cama: requiere de apoyo

*Observación:* El paciente requiere de ayuda para su movilización por encontrarse en el periodo de post operada inmediata

##### **Respuesta respiratoria**

Respiración: 20 X´; Vía aérea permeable:

*Observación:* paciente con normal estado respiratorio.

##### **Respuesta cardiovascular**

P.A:120/70 mmHg Pulso: 82 X´, extremidades frías

Riego periférico: Normal

*Observación:* paciente con presión sistólica ligeramente baja por lo que presenta las extremidades frías.

#### **DOMINIO 5: PERCEPCION/COGNICION**



## Nivel de Conciencia

Test de aldrete

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación	7	8	10	10	10	10		10

## Comunicación

Dificultad de comprensión por intubación

*Observación:* Paciente en recuperación post anestésica con tubo de mayo.

## DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

**Estado de ánimo:** Ansioso

*Observación:* Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica.

## DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

**Relaciones familiares:** Vive con su familia

*Observación:* Paciente se observa la preocupación por la familia.

## DOMINIO 8: SEXUALIDAD

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio

## DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS Situación de hospitalización

*Observación:* Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica.

## DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en el periodo de recuperación anestésica y en calidad de paciente transitorio

## DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

Herida quirúrgica

Paciente con apósitos secos por herida quirúrgica en zona de hipocondrio derecho.

*Observación:* paciente con herida quirúrgica y con riesgo de infección por la herida quirúrgica

Paciente en estado de semi-inconsciencia por estado de recuperación post anestésica postrada en camilla con vigilancia continúa.

*Observación:* paciente con riesgo de caída por estado de recuperación post anestésica

### Lesiones físicas

*Observación:* Paciente en estado de semi-inconsciencia, con mínima movilización por la intervención quirúrgica con probabilidad de aspiración de secreciones bronquiales producido por efecto del anestésico.

### Temperatura

Temperatura: 36.8°C

*Observación:* Paciente presenta extremidades frías por las características de la intervención quirúrgica como perdida de fluidos corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica, uso de soluciones frías.

## DOMINIO 12: CONFORT

Dolor con Intensidad de 5 en la escala Campbell

	0	1	2
<b>Musculatura facial</b>	Relajada	Tensión mueca de dolor <del>X</del>	Dientes apretados
<b>Tranquilidad</b>	Relajada	Inquietud <del>X</del>	Movimientos frecuentes

<b>Tono muscular</b>	Normal	Aumentado X	Rígido
<b>Respuesta verbal</b>	Normal	Quejas, libres, gruñidos X	Quejas, libres, gruñidos elevados
<b>Confortabilidad</b>	Tranquilo	Se tranquiliza con la voz X	Difícil de confortar

### **DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO**

*Observación:* En el paciente no aplica este dominio por encontrarse en un periodo de recuperación anestésica

#### **2.1.4. Medicación actual**

NaCl 9‰ 1000 ml XXX gts /min

Ketoprofeno 100 mg e.v c/6 horas

Ranitidina 50 mg e.v c/8 horas

Metoclopramida 10 mg e.v c/6 horas

Diclofenaco 50 mg IM c/12 horas

## 2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dominios alterados	Análisis e interpretación de datos, inferencia	Identificación del Problema	R/a	Factor causal etiológico	Diagnóstico de Enfermería (NANDA)
<b>DOMINIO 2:</b> <b>NUTRICION</b> <b>Líquidos y Electrolitos</b> Paciente con indicación de NPO, hidratación parenteral con NaCl 9‰ 30 gts/min; para evitar deshidratación por el proceso de intervención quirúrgica	El paciente que es sometido a intervención quirúrgica tiene alta probabilidad de sufrir alteraciones en el equilibrio electrolítico. El paciente presenta riesgo del déficit de volumen de líquidos y electrolitos debido al proceso de intervención quirúrgica e indicación de nada por vía oral (NPO)	Riesgo de desequilibrio electrolítico	R/a	Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO	Cod. – 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico R/a Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO
<b>DOMINIO 3:</b> <b>ELIMINACIÓN</b> <b>Urinaria:</b> Paciente no realiza micción	La retención urinaria en el posoperatorio se relaciona al uso de drogas anticolinérgicas o analgésicas, tratamiento endovenoso, posición, estrés, dolor, anestesia general y el tipo de cirugía que conduce a la liberación de	Riesgo de la eliminación urinaria	R/a	Inhibición del arco reflejo, tipo de cirugía	Cod. 00023 Riesgo de retención urinaria R/a inhibición del arco reflejo

<p>Diuresis: 00 ml en sala de recuperación</p> <p>A la palpación hay sensación de repleción vesical.</p>	<p>receptores alfa adrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y uretra estimulado por hormonas, incrementando el tono y termina con retención urinaria; la analgesia peridural continuada con fentanilo inhibe la micción espontánea, porque la acción refleja en la zona de punción lumbar, estas causas explican la presencia de retención urinaria.</p> <p>El paciente presenta riesgo de la eliminación urinaria debido al tipo de cirugía y efecto secundario del anestésico.</p>				
<p><b>DOMINIO</b> 4:</p> <p><b>ACTIVIDAD/REPOSO</b></p> <p><b>Respuesta cardiovascular</b></p> <p>P.A:120/70 mmHg</p> <p>Pulso: 82 X',</p> <p>extremidades frías</p>	<p>El síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC) es una potencial complicación más común en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica por las lesiones de conductos biliares, bilirragia, hemorragia transoperatoria y postoperatoria, perforación vesicular, que puede ocasionar un fracaso multiorgánico y en consecuencia la muerte del paciente. . ,</p>	<p>Riesgo para la disminución del gasto cardiaco</p>	<p>R/a</p>	<p>Sangrado, disminución de la tasa metabólica.</p>	<p>Cod. – 00240</p> <p>Riesgo para la disminución del gasto cardíaco</p> <p>R/a sangrado, alteración del metabolismo hídrico.</p>

<p>Riego periférico: Normal Paciente con presión sistólica ligeramente baja con extremidades frías, por el proceso quirúrgico</p>	<p>El paciente presenta la posibilidad de alterarse el gasto cardíaco debido a la complicación de la cirugía laparoscópica.</p>				
<p><b>DOMINIO 9:</b> <b>AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS</b> <b>Respuesta de afrontamiento:</b> Paciente ansioso por su estado de recuperación quirúrgica</p>	<p>La ansiedad es una reacción de la persona en situaciones y por estímulos peligrosos que provocan reacciones fisiológicas en el metabolismo de glucosa, por acción del SN simpático e inmunológico hay aumento de presión arterial y taquicardia, que en algunas veces supera las capacidades propias y genera descontrol en situaciones, por su intensidad, difícil manejo e incluso por la carencia de recursos internos para su reacción, aspecto que genera el manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>R/a</p>	<p>Anestesia y proceso quirúrgico</p>	<p>Cod. 00146 Ansiedad R/a anestesia y proceso quirúrgico</p>

	El paciente presenta ansiedad debido a los resultados de la intervención quirúrgica.				
<b>DOMINIO</b> 11: <b>SEGURIDAD/</b> <b>PROTECCION</b> Paciente con herida quirúrgica y con riesgo de infección por la herida quirúrgica	Toda herida quirúrgica, tiene riesgo de aparición a una infección por la posibilidad de la interacción entre gérmenes patógenos preexistentes y el huésped que depende básicamente de la localización de la herida y la técnica quirúrgica, la cirugía por colecistectomía laparoscópica tiene como complicación común la infección de la herida. El paciente presenta riesgo de infección debido al proceso de intervención quirúrgica.	Riesgo de infección	R/a	Procedimientos quirúrgicos invasivos	Cod. 00004 Riesgo de proceso de infección R/a acto quirúrgico.
<b>DOMINIO</b> 11: <b>SEGURIDAD/</b> <b>PROTECCION</b> <b>Lesiones físicas</b> Paciente en estado de semi-inconsciencia, con mínima movilización por	La pérdida de conciencia, es una situación donde el cerebro tiene abolido algunos reflejos y solo responde a estímulos en función a profundidad y grado de inconsciencia produciendo disminución o ausencia de reflejos protectores como deglución, tos,	Riesgo de aspiración	R/a	Presencia de secreciones secundarias a efecto de la anestesia.	Cod. – 00039 Riesgo de aspiración R/a Presencia de secreciones secundario a

<p>la intervención quirúrgica</p> <p>Probabilidad de aspirarse por la presencia de secreciones bronquiales producidos por efecto del anestésico.</p>	<p>vómito, etc. y de reacción ante estímulos externos.</p> <p>El paciente presenta riesgo de aspiración de secreciones debido al estado de inconciencia por efecto secundario del anestésico.</p>				<p>efecto de la anestesia.</p>
<p><b>Temperatura</b></p> <p>Temperatura: 36.5°C</p> <p>Paciente presenta temperatura: 36.5°C con extremidades frías por la pérdida de fluidos corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica, uso de soluciones frías.</p>	<p>La hipotermia perioperatoria está asociada a diferentes secuelas como: aumento de la incidencia de infección de la herida operatoria, hospitalización prolongada, problemas de la coagulación e inmunidad, discomfort del paciente y estadía prolongada en la (URPA).</p> <p>Presenta la posibilidad de alterarse su temperatura corporal debido a los efectos del proceso quirúrgico y efecto secundario del anestésico.</p>	<p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p>		<p>Disminución de la tasa metabólica y exposición a ambientes fríos.</p>	<p>Cod. – 00005</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a pérdida de líquidos por evaporación, tiempo de exposición a</p>



					ambientes fríos (SOP)
<b>DOMINIO</b> <b>CONFORT</b> Paciente con gestos de dolor con Intensidad de 5 en la escala de Campbell	<b>12:</b> El dolor postoperatorio se considera como máximo representante del tipo de dolor agudo, surge como efecto de la estimulación nociceptiva por la agresión producida en el acto quirúrgico y procedimientos no propios de la técnica quirúrgica como consecuencia de estas se produce distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundaria a tracciones, etc., y por la técnica anestésica o patología basal.  El paciente presenta dolor debido al proceso del acto quirúrgico.	Dolor agudo	R/a	Procedimientos invasivos.	Cod. – 00132 Dolor agudo R/a Procedimientos invasivos.

## 2.3. PLANIFICACION (Priorización y plan de cuidados)

### a. Priorización de diagnósticos

Diagnóstico de enfermería	Priorización	Fundamento
Cod. – 00132 Dolor agudo R/a Procedimientos invasivos	Alto 1	El dolor postoperatorio es un problema asistencial, añadiéndose al sufrimiento se acompaña la morbilidad como resultado de la repercusión y complicación que produce en distintos sistemas del organismo.
Cod. – 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico R/a Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO	Medio 2	La probabilidad de presentar pérdidas de líquidos y electrolitos es debido a la exposición durante el proceso quirúrgico como el sangrado y otros.
Cod. – 00240 Riesgo para la disminución del gasto cardíaco R/a sangrado, alteración del metabolismo hídrico.	Medio 3	El gasto cardíaco es un mecanismo compensatorio que favorece el ingreso de oxígeno a cada uno de los tejidos a través de la frecuencia cardíaca. Estos componentes se interrelacionan, y si hay disfunción de uno de ellos esta se compensa para mantener una presión arterial adecuada. .
Cod. – 00039	Medio 4	La aspiración pulmonar es una complicación de la anestesia, de

<p>Riesgo de aspiración R/a Presencia de secreciones secundario a efecto de la anestesia</p>		<p>consecuencia muy grave como (neumonitis por aspiración e insuficiencia respiratoria). Cuyo tratamiento es importante evitar la aspiración en el paciente porque la protección de la vía aérea es principio básico en el cuidado pos anestésico.</p>
<p>Cod. – 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a perdida de líquidos por evaporación, tiempo de exposición a ambientes fríos (SOP)</p>	<p>Medio 5</p>	<p>La hipotermia es la asociación entre el acto anestésico-quirúrgico por la redistribución del calor corporal y disminución del umbral de vasoconstricción que producen los anestésicos, la exposición a ambientes fríos en sala de operaciones y la administración de fluidos a temperatura ambiente.</p>
<p>Cod. 00023 Riesgo de retención urinaria R/a abolición del sistema reflejo</p>	<p>Medio 6</p>	<p>La retención urinaria puede distender progresivamente la vejiga a medida que se llena la orina causando dolor en la zona baja del abdomen; la orina retenida también puede ser caldo de cultivo para las bacterias, puede producir infecciones del tracto urinario.</p>
<p>Cod. 00004 Riesgo de infección R/a Procedimientos</p>	<p>Medio 7</p>	<p>Las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) constituyen el mayor problema de morbimortalidad en el periodo postoperatorio y tienen efectos en el sistema económico por el elevado índices</p>

quirúrgicos invasivos		del número de días en la estancia hospitalaria generando gastos económicos extra en el sistema de salud.
Cod. 00146 Ansiedad R/a anestesia y proceso quirúrgico	Medio 8	La ansiedad cumple una función adaptativa considerada como reacción habitual ante las demandas del ambiente; el proceso quirúrgico desencadena en la persona reacciones emocionales, psicológicas y físicas, durante todo el proceso quirúrgico.

b. Planteamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados

Planteamiento 1

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b> No aplica por estar en semi-inconsciencia</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Paciente con gestos de dolor con Intensidad de 5 en la escala de Cambell.</p>	<p>Cod. – 00132</p> <p>Dolor agudo R/a</p> <p>Procedimientos invasivos</p>	<p>1605-Control del dolor</p> <p><b>Obj. general:</b> Controlar el dolor durante la recuperación post anestésica</p> <p><b>Obj. específico</b> Evitar el dolor a través de la administración de analgésicos</p>	<p>2210 Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administrar analgésicos según prescripción médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ketoprofeno 100 mg EV c/6 hrs</li> <li>➤ Diclofenaco 75mg IM c/8 hrs.</li> </ul> </li> </ul> <p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar la valoración del dolor durante su estancia por lo general al controlar las constantes vitales.</li> <li>➤ Utilizar técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnicas de respiración profunda, Relajación y apoyo emocional</li> </ul> </li> <li>➤ Evaluar la efectividad del analgésico según la Escala Campbell después de realizada la administración</li> </ul>	<p>El paciente no presenta gestos de dolor</p> <p>PA: 120/70 mmHg.</p> <p>FR: 21X'</p> <p>Escala Campbell = 0</p>

## Planteamiento 2

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>Sangrado durante el periodo operatorio</p> <p>Indicación de NPO</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Paciente post operado inmediato</p> <p>Labios ligeramente secos</p>	<p>Cod. – 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio o electrolítico</p> <p>R/a</p> <p>Proceso invasivo por intervención quirúrgica e indicación de NPO</p>	<p>0606-Equilibrio electrolítico</p> <p><b>Obj. general:</b></p> <p>Evitar el desequilibrio de volumen de líquidos.</p> <p><b>Obj. específico</b></p> <p>Evitar el desequilibrio de ingresos y egresos para prevenir la deshidratación.</p>	<p>4120 Manejo de líquidos/electrolitos</p> <p>➤ Administrar CLNa 9‰ 1000 ml XXX gts /min.</p> <p>4130 Monitorización de Líquidos</p> <p>➤ Realizar control de balance hídrico estricto</p> <p>➤ Registrar el ingreso de líquidos por vía parenteral y egreso de líquidos en excreción de orina, drenes, sondas, etc</p> <p>➤ Registrar la duración de la administración de soluciones.</p> <p>➤ Vigilar la diuresis establecida en horario</p> <p>➤ Inspeccionar la administración de los líquidos parenterales en: cantidad, velocidad con bomba o controlador manual.</p>	<p>El paciente sin signos de deshidratación</p> <p>BHE Neutro = 550 cc.</p> <p>NaCl 9‰</p> <p>200ml pp.</p> <p>Diuresis: 300ml</p>

### Planteamiento 3

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>No aplica por estar en estado de semi inconciencia.</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>P.A:110/60 mmHg</p> <p>Pulso: 82 X', extremidades frías</p> <p>Riego periférico: Normal</p> <p>Paciente con presión sistólica ligeramente baja con extremidades</p>	<p>Cod. – 00240</p> <p>Riesgo para la disminución del gasto cardíaco</p> <p>R/a sangrado, alteración del metabolism o hídrico.</p>	<p>0401-<i>Estado circulatorio</i></p> <p><b>Obj. general:</b> Mantener el gasto cardiaco durante su recuperación postanestesia.</p> <p><b>Obj. específico</b> Disminuir el riesgo alteración hemodinámica a través de la observación constante</p>	<p>4050 <i>Manejo del riesgo cardíaco</i></p> <p>➤ Monitorizar las funciones vitales (PA, FC, y SO<sub>2</sub>; comparar con valores del período pre-operatorio.</p> <p>4010 <i>Prevención de hemorragias</i></p> <p>➤ Vigilar los apósitos y drenes quirúrgicos cada ½ hora y verificar la condición del paciente.</p> <p>➤ Registrar la cantidad, color de líquido drenado en apósitos, sondas y/o drenes.</p> <p>4150 <i>Regulación hemodinámica</i></p> <p>➤ Vigilar signos y síntomas Shock hipovolémico por hemorragia: Extremidades frías, oliguria (&lt;30 ml/hr) retraso de llenado capilar (&gt;3 seg,), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis, palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.</p> <p>➤ Informar de inmediato al cirujano en caso de pérdida excesiva de líquido drenado.</p>	<p>El paciente presenta:</p> <p>PA: 120/70 mmHg</p> <p>FC: 80 X'</p> <p>SO<sub>2</sub>: 98%</p> <p>Apósitos secos</p> <p>Extremidades tibias</p> <p>Llenado capilar de 2"</p>

frías, por el proceso quirúrgico			➤ Brindar ambiente adecuado para evitar niveles de estrés elevados.	
----------------------------------	--	--	---	--

#### Planteamiento 4

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>No aplica por ser paciente en estado de semi-inconsciencia</p> <p><b>Datos objetivos</b></p> <p>Presencia de secreciones bronquiales por efecto del anestésico.</p>	<p>Cod. – 00039</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p>R/a</p> <p>Presencia de secreciones</p>	<p>1918- <i>Prevención de la aspiración</i></p> <p><b>Obj. general:</b> Evitar la presencia de secreciones durante su recuperación postanestésica.</p> <p><b>Obj. específico</b> Mantener las vías aéreas libres de a</p>	<p>3200 <i>Precauciones para evitar la aspiración</i></p> <p>➤ Realizar la monitorización continua de la permeabilidad de las vías respiratorias en la unidad de recuperación.</p> <p>➤ Mantener conectada la cánula de guedel, hasta cuando el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso.</p> <p>➤ Aspirar el exceso de secreciones, audibles en orofaringe o nasofaringe.</p> <p>➤ Administrar oxígeno húmedo a 5 l/min. por mascarilla, o según indicación.</p>	<p>El paciente presenta Vías aéreas permeables libre de secreciones</p> <p>Paciente en decúbito lateral</p> <p>FR: 20X´</p> <p>SO<sub>2</sub>: 98%</p>



Mínimo movimiento por la intervención quirúrgica		través de la aspiración de secreciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paciente en posición de cubito dorsal con la cabeza lateralizada, de forma que permita la ventilación máxima.</li> <li>➤ Monitorizar y registrar la función respiratoria considerando características de simetría, profundidad y expansión, nivel de conciencia, saturación de oxígeno a intervalos regulares.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

### Planteamiento 5

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>No aplica</p> <p><b>Datos objetivos</b></p> <p>Temperatura: 36.5°C</p> <p>Extremidades frías por la pérdida de</p>	<p>Cod. – 00005</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/a pérdida de líquidos por evaporación,</p>	<p>1923-Control del riesgo: <i>hipotermia</i></p> <p><b>Obj. general:</b> Mantener la T° corporal adecuada durante su recuperación postanestésica</p>	<p>3902 Regulación de la temperatura: Postoperatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regular la temperatura ambiental según necesidades del paciente.</li> <li>➤ Abrigar con mantas térmicas para mantener una adecuada temperatura corporal.</li> <li>➤ Verificar vendajes (húmedos, apretados), ropa de cama húmeda y otros factores ambientales</li> </ul>	<p>T°: 36.7°C</p> <p>Extremidades tibias</p> <p>Temperatura ambiental 25°C</p>

fluidos corporales, efectos del anestésico, ropa quirúrgica y uso de soluciones frías.	tiempo de exposición a ambientes fríos (SOP)	en valores normales <b>Obj. específico</b> Reducir el riesgo de pérdida de calor del paciente a través de técnicas de calor	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar medidas para mantener la comodidad y confort del paciente (retiro soltura de vendas, secado del sudor y/o cambio de sabanas).</li> <li>➤ Monitorizar la temperatura corporal.</li> </ul>	Vendajes secos
--	--	---	---	----------------

### Planteamiento 6

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos</b></p> <p>No aplica</p> <p><b>Datos objetivos</b></p> <p>Diuresis: 00 ml. en sala de recuperación</p>	<p>Cod. 00023</p> <p>Riesgo de retención urinaria R/a inhibición del arco reflejo</p>	<p><i>0503-Eliminación urinaria</i></p> <p><b>Obj. general:</b> Mantener la diuresis horaria durante su recuperación postanestésica entre 5ml/Kg/hra</p> <p><b>Obj. específico</b></p>	<p><i>0620 Cuidados de la retención urinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vigilar características de la eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color, signos de retención.</li> <li>➤ Realizar balances hídricos parciales.</li> <li>➤ Estimular el reflejo de la vejiga</li> </ul>	<p>Paciente:</p> <p>Mantiene diuresis: 300 ml.</p> <p>Balance parcial neutro.</p>

Sensación de repleción vesical.		Controlar la diuresis horaria.		
---------------------------------	--	--------------------------------	--	--

**Planteamiento 7**

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos</b></p> <p>No aplica</p> <p><b>Datos objetivos</b></p> <p>Herida quirúrgica en zona abdominal</p>	<p>Cod. 00004</p> <p>Riesgo de infección R/a</p> <p>Procedimientos quirúrgicos invasivos</p>	<p>1924-Control del riesgo: proceso infeccioso</p> <p><b>Obj. general:</b> Minimizar el riesgo de infección durante su recuperación postanestésica.</p> <p><b>Obj. específico</b> Favorecer al escrupuloso manejo de la técnica estéril.</p>	<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mantener normas de asepsia como lavado de manos considerando sus momentos.</li> <li>➤ Mantener los apósitos limpios y secos</li> </ul> <p>0083 Cuidados del sitio de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manejar la técnica estéril en procedimientos todo procedimiento con el paciente (cateterización, manipulación de líneas venosas).</li> </ul>	<p>Paciente no presenta riesgo de infección</p> <p>Se mantiene normas de asepsia</p> <p>Apósitos limpios y secos.</p>

			➤ Manejar la técnica adecuada de cuidados en heridas quirúrgicas,	
--	--	--	---	--

### Planteamiento 8

Valoración	Diagnóstico de enfermería	Planificación (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos</b> Ansiedad “balbucea estoy bien”</p> <p><b>Datos objetivos</b> No aplica</p>	<p>Cod. 00146 Ansiedad R/a anestesia y proceso quirúrgico</p>	<p>1211-Nivel de ansiedad <b>Obj. general:</b> Calmar la ansiedad durante su recuperación postanestésica. <b>Obj. específico</b> Controlar estímulos de ansiedad</p>	<p>5230 <i>Mejorar el afrontamiento</i> ➤ Vigilar y controlar ruidos excesivos en el servicio.</p> <p>6040 <i>Terapia de relajación</i> ➤ Explicar los procedimientos a realizar con el paciente durante su estancia ➤ Proporcionar información sobre su estado. ➤ Verificar los síntomas de ansiedad.</p>	<p>El paciente no presenta manifestaciones de ansiedad Ambiente libre de ruidos Informe sobre su estado de salud. Se permanece con la paciente.</p>

			➤ Fomentar la compañía al paciente para suscitar seguridad y reducir temor al proceso de recuperación.	
--	--	--	--	--

## 2.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO

	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Valoración</b>	Durante la etapa de valoración se logró recolectar todas las respuestas humanas reales y potenciales de la paciente basado en el examen físico y los datos recogidos durante el periodo transoperatorio. Aspecto que permitió continuar con las demás etapas del proceso de enfermería.
<b>Diagnóstico</b>	En esta etapa se analizaron todas las respuestas humanas expresadas en problemas presentes y potenciales teniendo la intención de evitar complicaciones postoperatorias en la paciente.
<b>Planificación</b>	Se priorizaron cada uno de los problemas identificados para posteriormente planificar cada uno de los cuidados basados en los criterios NOC y NIC con la finalidad de dar solución a cada uno de los problemas o necesidades de la paciente.
<b>Ejecución</b>	Se ejecutaron cada uno de los cuidados establecidos con la finalidad de dar solución a cada una de las respuestas humanas alteradas de la paciente durante el periodo de recuperación.
<b>Evaluación</b>	Con los problemas identificados y cuidados establecidos y ejecutados durante el periodo de recuperación la evolución del paciente fue positiva, logrando su alta en el menor tiempo y sin riesgo a complicaciones evidenciado en la tabla de Alderete con buena evolución para regresar a su servicio donde se continuarán con los cuidados postoperatorios mediatos.

## **CAPITULO III**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **3.1. CONCLUSIONES**

El proceso de enfermería es un instrumento fundamental de atención que se brinda al paciente ya que permite al profesional de enfermería el uso del pensamiento crítico para efectuar cada una de sus etapas, además de brindar cuidados eficaces orientados al bienestar del paciente.

- El proceso de enfermería permitió garantizar la correcta asistencia en la unidad de recuperación a través de cuidados continuos y eficaces demostrados en el resultado de la tabla de Alderete.
- La atención post anestésicos estuvieron basados en el seguimiento estructurado desde la etapa pre quirúrgica y transquirúrgico y de esta forma se evitaron complicaciones en el periodo de recuperación considerando que los cuidados realizados por profesional de enfermería son de vital importancia en este periodo.
- La atención de enfermería- el cuidado está basado en el proceso de enfermería permite al profesional la obtención de una mayor satisfacción por la experticia que se adquiere al aplicar en cada paciente/usuario además de permitir la continuidad de los cuidados de atención al paciente.
- Respecto a los resultados de la aplicación en el paciente permitió la continuidad de los cuidados, además de la evitación de posibles complicaciones, logrando restablecerlo en el tiempo adecuado para su alta de la unidad.

### **3.2. RECOMENDACIONES**

- Al departamento de enfermería fomentar estrategias de uso y práctica continua de los cuidados al paciente a través del registro de enfermería del proceso de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de atención al usuario y optimizar la atención en cada servicio.
- Implementar protocolos de atención basados en el proceso de enfermería con la finalidad de optimizar la continuidad de los cuidados en el paciente y fomentar el uso apropiado de recursos humanos y materiales.
- Que los profesionales de enfermería responsables del cuidado del paciente quirúrgico (en sus diferentes periodos) consideren una buena valoración para la adecuada identificación de las necesidades del paciente y de esta manera facilitara la continuidad de los cuidados por la característica de que cada etapa peri operatoria es secuencial y continua.
- El profesional de enfermería que labora en la unidad de recuperación Postanestésica debe tener conocimientos, habilidades y destreza en la atención del paciente desde la etapa pre quirúrgica para favorecer la continuidad de los cuidados y evitar complicaciones posteriores.



### 3.3. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Rojano Polvo, D. (2015). Naturaleza de la enfermería destacando su razón de ser para el cuidado humano. *Academia edu*, 8.
- 2.-Carolina Reina, N. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Redalyc*, 7.
- 3.-Gemma, C. V. (2012). Enfermera instrumentista. En *MANUAL DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO* (pág. 12). Mexico: Interamericana.
- 4.-Zarate, A. (2016). Colecistitis Aguda. *Universidad Finis Terrae: Escuela de Medicina*, 7.
- 5.- Elwood, D. R. (2008). Colecistitis. *Surgical Clinics of North America*, 88(1).
- 6.-Peves Villagaray, N. (2015). *Proceso de atención de enfermería en Paciente Post operatorio de colecistectomía*. Ica - Peru: Universidad nacional de San Luis gonzaga de Ica.
- 7.- Angarita, F. (2010). Colecistitis calculosa aguda. *UNiversitas Medica*, 20.
- 8.-Del Amo, Fatima. (2016). *Proceso Quirurgico: postoperatorio*. Mexico. Pag. 12
- 9.-PISA. (2011). *Principales procesos asistenciales de enfermería*. Mexico: Panamericana.
- 10.-Hernandez, G. (2010). *Técnicas quirurgicas en Enfermería*. Mexico: Editores de textos mexicanos.
- 11.- DGCES. (2016). *Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*. Mexico: Direccion general de calidad y educacion en salud.
- 12.- IACS. (2016). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal*. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- 13.- Prado Solar, L. A. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atencion. *Revista Medica Electronica*.

14.- Perea Baena, M. C. (2013). PLAN DE CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. *Enfermera docente*, 78.

15Naranjo Hernández, Y. (Dic -2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*.

16.-Pereda Acosta, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Medigrafic*, 163-167.

17.- Alves de Oliveira Serra, M. A. (2014). Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 161.

18.- Aniceto Correa, G. (2017). *Proceso de atención de enfermería (PAE) en transoperatorio de la colecistectomía convencional en el hospital nacional dos de mayo 2017*. Lima- Peru: UNiversidad Garcilazo de la Vega.

19.- Rafael Flores, N. (2018). *Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima octubre - noviembre 2017*. Lima Peru: Universidad Nacional MAyor de SAn Marcos.

20.- Miranda Mendoza, N. S. (2014). *Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestesia - Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna 2014*. Tacna Peru: UNiversidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .

# ANEXOS

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

  

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación								

