



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADEMICO

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO**

PRESENTADO POR:

LIC. ISABEL GIOVANA COLAN ROJAS

ASESOR:

DRA. MAGDALENA CECILIA TALLA LÍNDERMAN

LIMA – PERU

2017

PRESENTACIÓN

Sra.: Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica
Señores miembros del jurado.

En cumplimiento de las disposiciones establecidas por el reglamento de Grados y Títulos vigente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica Para Optar el Título profesional de Segunda Especialización de Enfermería en Centro Quirúrgico, pongo a vuestra consideración el presente Trabajo Académico **“COLECISTECTOMIA LAPARAROSCOPICA”** en el Hospital Militar Central 2017; el mismo que tiene como propósito, aplicar el proceso de Atención de Enfermería, utilizando los dominios de la Taxonomía NANDA, a fin de elevar el nivel de profesional y garantizar una atención de calidad en el paciente a nuestro cuidados.

Esperando que el presente, permita contribuir en la mejora de registros del ejercicio profesional, obtención del título de la segunda especialidad y pueda servir como elemento de consulta para estudiantes y profesionales de Enfermería.

Atentamente.

LIC. ISABEL GIOVANA COLAN ROJAS

INDICE

DEDICATORIA

INTRODUCCION

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

I. CAPITULO : MARCO TEORICO

1.1. BASES TEORICAS

1.2. Litiasis Vesicular 7

II. CAPITULO: CASO CLINICO

2.1. TEORIA DE ENFERMERIA 10

2.2. I FASE VALORACIÓN 10

2.3. II FASE DIAGNOSTICO 17

2.4. III FASE PLANEAMIENTO..... 20

2.5. IV FASE EJECUCIÓN 25

2.6. V FASE EVALUACIÓN..... 27

CONCLUSIONES..... 27

RECOMENDACIONES..... 28

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 29

DEDICATORIA

**El presente trabajo se lo dedico
a mi Sra. madre Jesús Doris Rojas Nicho
y a mi amado hijo
Walter Jesús Castillo Colán,
por alentarme
para el logro de mis objetivos
personales y profesionales,
en esta mi profesión
de Enfermería.
Los amo,
mil gracias
por su paciencia
y comprensión**

Introducción

Según las revisiones bibliográficas, en los últimos tiempos, se ha observado una marcada tendencia para con el incremento del número de procedimientos laparoscópicos y la colecistectomía laparoscópica no escapa a esta realidad, lo cuál nos lleva a su análisis y proyección a los métodos quirúrgicos cada vez menos invasivos

En sus inicios, la colecistectomía laparoscópica se restringía a un grupo poblacional de avanzada edad, considerándose incluso como una contraindicación relativa, donde el riesgo beneficio determinaría su aplicación en razón a las modificaciones fisiológicas propias de la edad y las enfermedades asociadas a este grupo etáreo, con un consecuente incremento de la presión intrabdominal y la repercusión hemodinámica que esto representa para todo individuo, en un adulto mayor el riesgo también incrementaría.

Sin embargo, en nuestra actualidad, con el avance tecnológico y los procedimientos en cirugía mínimamente invasiva, se tiene una alternativa para este grupo poblacional

La enfermera forma parte importante dentro del equipo en el área quirúrgica, que participa activamente en el proceso pre, intra y postoperatorio, donde el actuar respaldado en el conocimiento científico permite al paciente una cirugía segura con la colaboración del paciente desde el preoperatorio, seguido de una atención pertinente en el intraoperatorio y un abordaje oportuno en el post operatorio inmediato con la identificación de signos de alarma y atención eficaz para una recuperación precoz con una intervención mínimamente invasiva.

RESUMEN

El presente trabajo académico se organiza en dos capítulos, el primero es el marco teórico donde se realiza la revisión de los aspectos teóricos relevantes de la colecistectomía laparoscópica, evolución de la técnica quirúrgica, indicaciones, contraindicaciones, expectativas, complicaciones y pronóstico clínico del paciente como a sus vez la atención especializada del profesional de enfermería para el cuidado antes, durante y después del acto quirúrgico, considerando al paciente como ser único biopsicosocial que es parte de un entorno familiar, social y laboral.

En búsqueda de mejores estándares para el cuidado de la salud en el paciente quirúrgico se plantea el presente plan de cuidados e intervenciones de enfermería realizados, de acuerdo con los conocimientos adquiridos de manera teórica, los mismos que han evolucionado bajo las normativas de la redacción del diagnóstico enfermero según la taxonomía Nanda NIC NOC haciendo del lenguaje enfermero una propuesta ágil para la teoría al plano práctico.

Palabras claves: cuidado, enfermería colecistectomía.

ABSTRACT

The present academic work is organized into two chapters, the first is the theoretical framework where the relevant theoretical aspects of laparoscopic cholecystectomy, evolution of the surgical technique, indications, contraindications, expectations, complications and clinical prognosis of the patient are performed. In turn, the specialized care of the nursing professional for the care before, during and after the surgical act, considering the patient as being unique biopsychosocial that is part of a family, social and work environment.

In search of better standards for health care in the surgical patient, the present plan of nursing care and interventions is proposed, in accordance with the theoretical knowledge acquired, which have evolved under the regulations of the writing of the nursing diagnosis according to the Nanda NIC NIC taxon making the nursing language an agile proposal for the theory to the practical plane.

Keywords: care, nursing cholecystectomy.

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Establecer un plan de atención con el soporte científico haciendo uso de NANDA, NIC Y NOC, previa revisión exhaustiva de la revisión de literatura actualizada.

2. Objetivos Específicos:

- Desarrollar la valoración clínica como parte de la primera fase del PAE según los Dominios
- Establecer el Diagnostico de Enfermería según la taxonomía NANDA NIC NOC
- Presentar el Planeamiento de las actividades correspondientes y priorizadas..
- Presentar la Ejecución de las intervenciones logradas
- Presentar la Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en cada una de sus fases según los objetivos planteados.

CAPITULO I.

MARCO TEORICO

1.1 BASES TEÓRICAS

LITIASIS VESICULAR

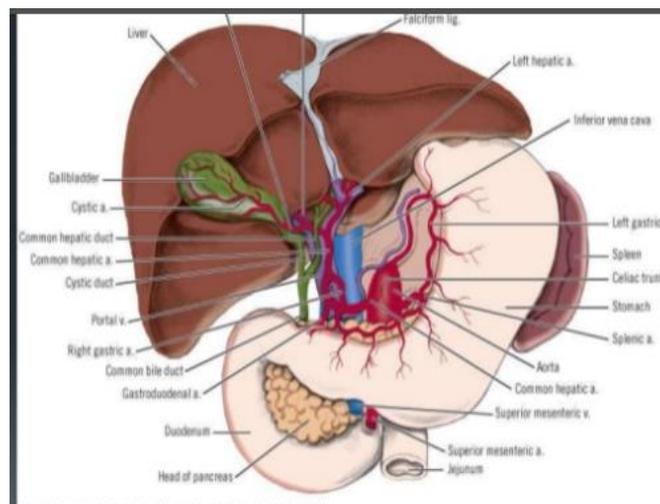
Para realizar el diagnóstico de coledoclitiasis o litiasis biliar, se realiza una contrastación con el cuadro clínico correspondiente según la literatura, el mismo que estará determinado por la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar, con la evidencia clínica y apoyada en los exámenes auxiliares.

Las vías biliares, cumplen una función importante de conducción y la vesícula biliar permite almacenar y liberar la bilis hacia el duodeno durante los procesos digestivos.

Existen dos tipos de litiasis biliar:

- Litiasis biliar de colesterol: Con una prevalencia del 75% de las litiasis biliares en los países occidentales.
- Litiasis biliar pigmentaria: Con una prevalencia del 25% de las litiasis biliares en los países occidentales¹.

FIGURA N° 1 LITIASIS VESICULAR



Fuente: <https://es.slideshare.net/consultoriosmedicosnealtican/colecistectomia-laparoscopica-25232660>

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

La *Cirugía Laparoscópica* en forma progresiva se ha posicionado en un lugar preponderante e como técnica quirúrgica importante en el quehacer de la medicina intervencionista

En la actualidad es considerado como uno de los procedimientos de elección para la excéresis de la vesícula biliar, cuya recuperación es favorable por ser una cirugía mínimamente invasiva, con pronóstico favorable y en condiciones idóneas presenta reducido riesgo a complicaciones.

FIGURA Nº 2 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



HISTORIA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

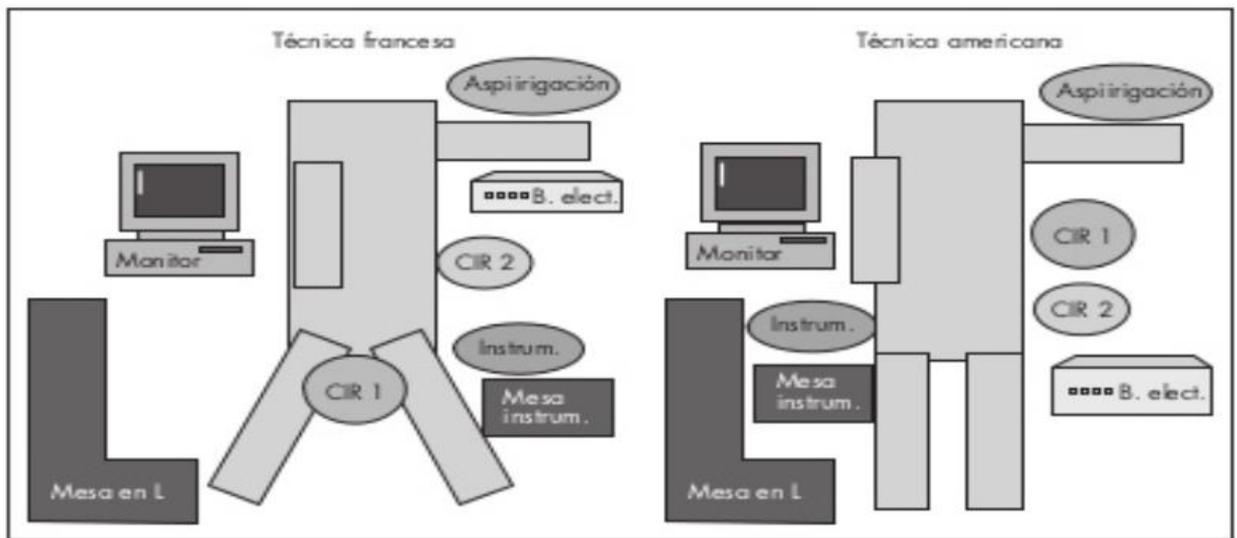
- Karl Lagenbuch 1882 primera colecistectomía
- Procedimiento mas frecuente del aparato digestivo
- EU 500 000 colecistectomías anuales
- 1985 Alemania Eric Muhe primera colecistectomia (94 pacientes)
- 1987 Francia (Lyon) Phillipe Mouret
- 1988 F. Dubois en conjunto con Mouret publican su experiencia estableciendo una tecnica reglada

Fuente: <https://es.slideshare.net/consultoriosmedicosnealtican/colecistectomia-laparoscopica-25232660>

TÉCNICA QUIRURGICA

El enfermero profesional en el quirófano debe reconocer la posición para ubicar al paciente antes del inicio de la cirugía e implementar los protocolos de seguridad que corresponden. “La posición del paciente y del equipo quirúrgico Habitualmente se considera que existen 2 escuelas; sin embargo no se ha demostrado una ventaja superior de una comparándolo con la segunda. La preferencia del cirujano al respecto estará dada por su experiencia”³.

ESQUEMA DE POSICIÓN QUIRURGICA AL PACIENTE EN EL QUIROFANO



Fuente: <https://es.slideshare.net/rikibelda/cap10-instrumentacion>

POSOPERATORIO

El paciente pos operado inmediato guarda reposo gástrico y se inicia la tolerancia oral por la vía oral después de 6 horas de la cirugía, lo cuál va acompañado de deambulación. El dolor postoperatorio va evolucionando de mayor a menor, donde con una adecuado analgésico es bien tolerado.

La evolución favorable permite una corta estancia hospitalaria con un promedio de 24 a 72 horas de hospitalización.

• CONVERSION DE CIRUGIA

El termino cirugía convertida es la denominación que recibe la cirugía que ha sido programada para realizarse por vía laparoscópica y que por eventos intraoperatorios no esperados y /o complicaciones debe continuar bajo la modalidad de cirugía convencional.

Son múltiples las causas que según protocolos establecidos se toma la desición de cambiar la técnica quirurgia de laparoscópica a cirugía abierta entre ellas tenemos:

- El sangrado intraoperatorio no esperado el cual no es posible controlar, con riesgo de shock.
- Sospecha de lesión de órganos internos.
- Dificultad para reconocer y diferenciar las estructuras anatómicas.
- Ante el hallazgo de una Neoplasia maligna no sospechada.
- La experiencia del equipo quirúrgico es determinante para esta decisión.

CRITERIOS DE CIRUGIA CONVERTIDA

Cuadro 4. Criterios de conversión por Brodsky.

Estadio 1	Valor de <i>p</i>
Edad menor de 50 años	
Mayor de 50 años	0.008
Masculino	
Femenino	0.009
Sin enfermedades asociadas	
Con enfermedades asociadas	0.04
Estadio 2	
Leucocitos menor de 18 000 cc	
Mayor de 18 000 cc	0.003
Bilirrubinas menor de 1 mg	
Mayor de 1 mg	0.04
Estadio 3	
Vesícula aguda	
Vesícula no aguda	Menor de 0.0001
Estadio 4	
Sangrado del lecho hepático	
Perforación de la vesícula biliar	

Fuente: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2001/ce013e.pdf>

LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

La Lista de Cirugía Segura es una herramienta que permite en forma rápida cotejar el antes, durante y después de una cirugía, la cual se encuentra a disposición de los profesionales de la salud en el área quirúrgica con la finalidad de mejorar los procesos de atención, potencializando la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, disminuyendo los riesgos potenciales, lo que se reflejará en la disminución de eventos adversos evitables.

Organización Mundial de la Salud			LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)					
Antes de la inducción de la anestesia			Antes de la incisión cutánea			Antes de que el paciente salga del quirófano		
ENTRADA			PAUSA QUIRÚRGICA			SALIDA		
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> SU IDENTIDAD EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO SU CONSENTIMIENTO 			<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN			<input type="checkbox"/> EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:		
<input type="checkbox"/> DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE			<input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO 			<input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO		
<input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA			PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS			<input type="checkbox"/> QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)		
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO			<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REvisa: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA			<input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)		
¿TIENE EL PACIENTE:			<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO			<input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS		
ALERGIAS CONOCIDAS?			<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS			<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE		
<input type="checkbox"/> NO			¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?					
<input type="checkbox"/> SÍ			<input type="checkbox"/> SÍ					
VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?			<input type="checkbox"/> NO PROCEDE					
<input type="checkbox"/> NO			¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?					
<input type="checkbox"/> SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE			<input type="checkbox"/> SÍ					
RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?			<input type="checkbox"/> NO PROCEDE					
<input type="checkbox"/> NO								
<input type="checkbox"/> SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS								

Fuente:

https://www.google.com.pe/search?rlz=1C1CAFA_enPE755PE756&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=JuaGWqvuB4awzwLQzYa4Dw&q=lista+de+verificacion+de+cirugia+segura+minsa+peru&oq=lista+de+verificacion+de+cirugia+segura+minsa+peru&gs_l=psy-ab.3...45216.46353.0.46701.5.5.0.0.0.192.705.0j5.5.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.0.0....0.G1uCUCGi7z8#imgdii=9FDQdIINCvit0M:&imgsrc=wcagxxS1VPMgRM

CAPITULO II

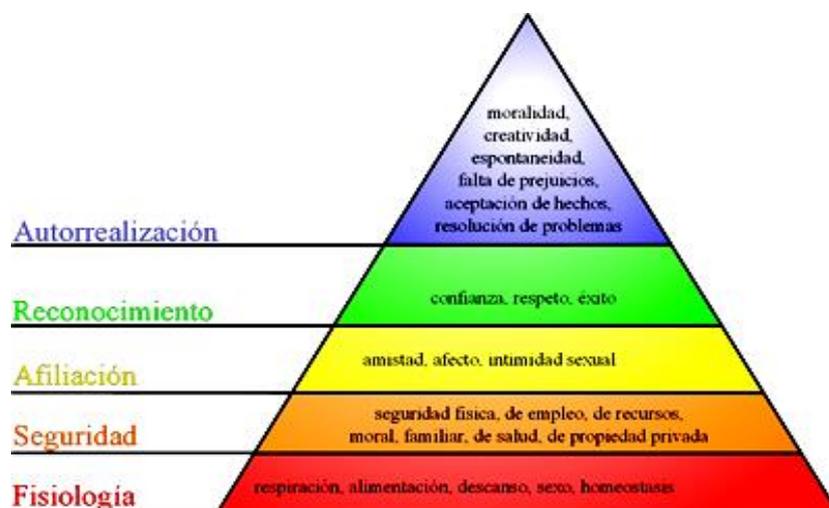
CASO CLÍNICO

Teoría de Enfermería: VIRGINIA HENDERSON

En el presente estudio de caso se aplicara la teoría de enfermería de Virginia Henderson, donde las intervenciones son individualizadas se realizaran bajo los principios fisiológicos, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales; que favorecerán la pronta recuperación del paciente y repercutirá disminuyendo la estancia hospitalaria y costos institucionales.

La escala de las necesidades según Maslow nos permite estratificar por prioridad vital a las diferentes necesidades del ser humano, teniendo una ubicación basal a las necesidades fisiológicas, ya que su satisfacción conllevara al enfoque del segundo escalón donde se ubican a las necesidades de seguridad, afiliación y reconocimiento que permite potenciar la estabilidad emocional, siendo el escalon máximo la autorrealización considerada la cumbre del bienestar. Sin embargo esta pirámide no es estática es flexible y se puede reiniciar en todas las etapas y circunstancias de salud o enfermedad a lo largo de la vida.

Pirámide de Maslow,



Fuente: <http://www.eoi.es/blogs/katherinecarolinaacosta/2012/05/24/la-piramide-de-maslow/>

I FASE DE VALORACION.

3.1 Planteamiento del Problema

Los cuidados que brinda el profesional de enfermería son relevantes para el paciente sometido a una intervención quirúrgica de COLECISTECTOMIA, implica una serie de procesos desde la etapa preoperatoria pasando desde la recepción hasta el alta médica, todo un conjunto de actividades destinadas a promover la asistencia de cuidados holísticos, eficaces y profesionales, un plan de cuidados, hace que nos encaminemos hacia la orientación adecuada para promover dichos cuidados.

1.1 SITUACION CLINICA

Paciente mujer de 42 María Quineche Davila de 54 años de edad ingreso a la Unidad de Recuperación, el 05 Julio 2017 post operada de Colectectomía Laparoscópica, bajo efectos de anestesia general ventilando espontáneamente, con tubo de Guedel, con monitor cardiaco con trazado que presenta onda P, rítmico no depresión de onda T no ruidos cardiacos agregados, Saturando SO₂ 98%, con Fi O₂ 21 %, presenta vía periférica en miembro superior izquierdo, pasando solución salina 900cc a un goteo de 45 gotas por minuto, presenta abdomen blando, leve distensión, poco depresible, doloroso a la palpación, con tres puntos de incisión cubiertos con gasas limpias y secas y tegaderm, portadora de sonda foley permeable con retorno ligeramente colúrico, presenta vendaje elástico en ambos miembros inferior, hasta el nivel de las rodillas, higiene conservada, presenta fascies de dolor; reposa en posición semifowler con barandas protectoras.

Al control de funciones vitales

PA: 120/60 mmhg,

FC: 60x min,

FR:14 x min,

T°: 36 grados centígrados.

Paciente al despertar presenta facies de dolor, manifiesta Me duele agudo con un EVA 8/10, se muestra intranquila, con miedo al ambiente y situación quirúrgica.

1.2. RECOLECCION DE DATOS

MOTIVO DE INGRESO

Paciente presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad moderada a alta, cediendo con analgésico y antiespasmódico EV, post ingesta de comida copiosa. Acude a emergencia donde le indican ecografía abdominal y le diagnostican Litiasis Vesicular; además presento vómitos y fiebre. Refiere que hace 6 meses sufre de dispepsia a las comidas. Es intervenida quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica.

ANTECEDENTES GENERALES

Vivienda : Material Noble con servicios completos

Alimentación : Número de comidas 3 , balanceada.

Vestimenta : De acuerdo ala estación

Crianza de animales : niega

HABITOS

Alcohol consumo social

Tabaco a veces

Café (si)

Drogas (no)

ANTECEDENTES PERSONALES

Parto : Eutócico

Lactancia no sabe

Desarrollo Psicomotor adecuado

FUR 25 06 2008

Menarquia 12 años

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

- | | |
|--------------|-----|
| 1. HTA | (-) |
| 2. DM | (-) |
| 3. Hepatitis | (-) |
| 4. Tifoidea | (-) |
| 5. Asma | (-) |
| 6. TBC | (-) |

ANTECEDENTES QURURGICOS

Niega

EXAMEN GENERAL

Piel	Tibia hidratada elástica
Tejidos Linfáticos	No se palpan masas ni adenopatías
TCSC	Aumentada a predominio central
T Osteoarticular	No dolor , movimientos conservados
T Nerviosos	No signos meníngeos , ni de focalización, LOTEPE

EXAMEN FÍSICO REGIONAL

Cabeza	Normocéfalo
Ojos	Pardos , pupilas reactivas a la luz , escleras claras
Nariz	Fosas nasales permeables , tabique nasal central
Boca	Mucosa oral rosada hidratada , tubo de guedel
Orejas	Buena implantación
Cuello	Cilíndrico , móvil, no masas
Tórax	Amplexación conservada , simetría conservada
Ap Respiratorio	MV pasan bien en ACP, no ruidos agregados

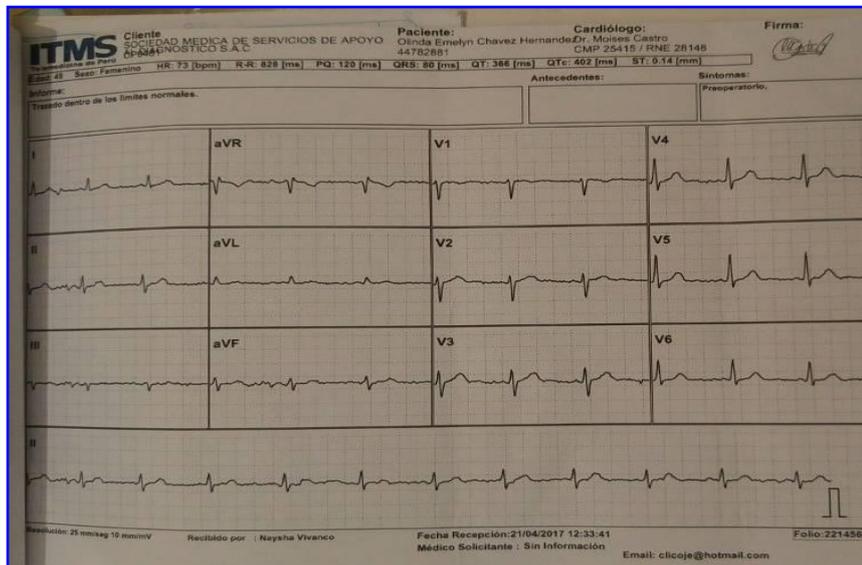
Ap Cardiovascular	RC rítmicos , buena intensidad, no soplos
Abdomen	Doloroso a la palpación, EVA 8/10,puntos de incisión de Cirugía, gasas limpias y secas, RHA (+).
Extremidades	Movilidad conservada , no edemas
Neurológicos	LOTEP , no signos meníngeos ni de focalización .

DOCUMENTOS

Historia Clínica

Riesgo Neumológico	RQ I
Riesgo Cardiológico	RQ I
Riesgo Anestesiológico	ASA II – MALLAMPATY II

RIESGO CARDIOVASCULAR



Datos de Laboratorio:

Hematología:

Tiempo de Coagulación: 6'8"
 Tiempo de Sangría: 1'27"
 Elisa VIH: Negativo
 Factor Grupo Sanguíneo: RH O (-)

Recuento de Leucocitos: 6.3mil/mm³
Recuento de Eritrocitos: 4,58mil/mm³
Hemoglobina: 11.5g/Dl.
Hematocrito: 43,3%
Recuento de Plaquetas: 224 10/mm³
Neutrófilos: 56,7%
Eosinófilos: 4%
Basófilos: 0%
Linfocitos: 24%
Monocitos: 8%
Protrombina: 85.6%
Glucemia: 94 MG/Dl.
Uremia: 38mg/dl
Creatinina: 1,5 MG/Dl.
Sodio: 135 mmol/l
Potasio: 2,5 mmol/l

Examen de Orina:

Aspecto: Ligeramente Turbio
Urocultivo: Negativo.

DIAGNOSTICO MEDICO:

LITIASIS VESICULAR

PLAN MEDICO:

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

VALORACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS SEGÚN DOMINIOS

Valoración por dominios:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Antecedentes patológicos no registra :ninguno , intervenciones quirúrgicas previas :ninguna

Alergias niega, estado de higiene buena , autorización de operación firmó .

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Buen estado de nutrición e hidratación, en ayunas por mas de 6 horas , HB 12.6 gr/dl. Con VPP en MSD con SF 9%.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Micciona espontáneamente , sin anomalías en examen de orina

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO

Descansa a intervalos

EVALUACION DE GRADO DE DEPENDENCIA

Puntos	0	1	2	3	4
Toma alimentos.				X	
Baño / Aseo.					x
Movilización en cama.					x
Deambula.					X
Eliminación.				X	
Vestirse.					X

Leyenda:

0 independiente

1 Necesita uso de equipo dispositivo.

2 Ayuda o supervisión de otra persona.

3 Ayuda de otra persona.

4 Dependiente total.

Se moviliza normalmente sin déficit motor, FV : PA:110/60 mmhg,FC:60x min,
FR :14 x min, T°: 36 grados centígrados, SPO2 98 %

DOMINIO 5: PERCEPCION COGNICION

Despierta , orientada en las 3 esferas.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Conoce el tipo de cirugía que se le realizó.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Madre de 2 niñas.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere sentir miedo, inseguridad y temor frente a su estado posoperatorio.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Es de religión y creencias católica

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

Con vía endovenosa periférica permeable en MSD. Puntos de incisión de laparoscopia.

DOMINIO 12: CONFORT

Refiere dolor agudo EVA 8/10.

II FASE: DIAGNOSTICO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CIENTÍFICA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD IDENTIFICADA	REVISIÓN DE LA LITERATURA	ANÁLISIS O JUICIO CRÍTICO	DIAGNOSTICO NANDA IDENTIFICADO
<p>Deterioro de la respiración espontánea.</p>	<p>Los fármacos utilizados en la anestesia general como efecto secundario tiende a disminuir en mayor o menor grado la ventilación, deprimiendo así la respuesta del organismo.</p>	<p>Según la revisión de la literatura la anestesia de tipo general va a modificar la función pulmonar en ritmo e intensidad. Ello va a repercutir en la fisiología de la ventilación alterando el intercambio gaseoso. Esta alteración es transitoria y esperada, donde la función normal se recupera posterior a la cirugía pero implica la monitorización de</p>	<p>Deterioro de la respiración espontánea (00033)</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.</p>

		la respuesta ventilatoria.	
Riesgo de infección.	Es el estado de vulnerabilidad del organismo en que el individuo está en riesgo para ser invadido por un agente oportunista o algún tipo de agente patógeno. En el área quirúrgica los controles bromatológicos dirigidos al diagnóstico para determinar la presencia de agentes patógenos en los ambientes, superficies, ropa, equipos y personal, es un método que evidencia la idoneidad del área quirúrgica, lo cual va a repercutir en la disminución del riesgo para la infección y favorecerá la disminución de estancias prolongadas hospitalarias.	Paciente presenta: Incisión quirúrgica (x) Catéter Invasivo (X) herida quirúrgica (x) Reporte bromatológico de 7 días de anticipación con resultado es negativo para agentes patógenos.	Riesgo de infección (00004) Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.
EVA 8/10	El dolor agudo es un dolor de corta duración que suele tener una causa fácilmente identificable. Este tipo de dolor normalmente se origina fuera del cerebro a nivel del sistema nervioso	Paciente siente dolor en herida operatoria alcanzando 8/10 en escala EVA	Dolor agudo (00132). Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort Físico.

	<p>periférico. De hecho, el dolor agudo actúa como una señal de advertencia de un daño actual o próximo: es la respuesta fisiológica normal ante un estímulo adverso o perjudicial que causa el dolor.</p>		
<p>Ansiedad</p>	<p>Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimientos de presión causado por la anticipación ante un eminente peligro, es una señal de alerta que advierte un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</p>	<p>Paciente refiere sentir miedo, inseguridad y temor frente a su estado posoperatorio.</p>	<p>ANSIEDAD (00146)</p> <p>Dominio 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Clase 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO</p>

**FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES PARA LA
ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

PROBLEMA IDENTIFICADO	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Riesgo de infección		Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).	(00004) Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).

PROBLEMA IDENTIFICADO	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Deterioro de la respiración espontánea	Anestesia.		(00033) Deterioro de la respiración espontánea r/c con la anestesia.
Dolor	procedimiento quirúrgico	EVA 8/10	(00132) Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 8/10
Ansiedad	Cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica.		(00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica

DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS.

- (00033) Deterioro de la respiración espontánea R/C anestesia
- (00132) Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 8/10
- (00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica
- (00004) Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (procedimiento quirúrgico).

III FASE PLANEAMIENTO

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANÁLISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Dolor agudo</p> <p>Dolor agudo (00132)</p> <p>Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P EVA 8/10</p>	<p>(1605) Control del dolor.</p> <p>-160511 Refiere dolor controlado(1-5)</p> <p>-160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada(1-5)</p>	<p>(1400) Manejo del dolor.</p> <p>-140031 realizar una valoración exhaustiva del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>-140032 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que facilite el alivio del dolor, si procede.</p> <p>-140034 Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.</p> <p>(2210) Administración de analgésicos.</p>	<p>Una de las escalas establecidas para medir la intensidad del dolor es la Escala EVA que tiene una puntuación de 1 – 10.</p> <p>Esta escala utilizada, permite dar un diagnóstico cuántico de la intensidad del dolor, y posterior a las medidas adoptadas permite evaluar el impacto de las acciones tomadas.</p>	<p>Durante el ingreso y después de la cirugía se logra disminuir el dolor, del paciente (EVA 8/10 a 6/10).</p>

		221002 Administrar los analgésicos a la hora de adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en el dolor severo.		
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Ansiedad (00146) Ansiedad R/C cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica</p>	<p>(1402): Control de la ansiedad</p> <p>-14025:Planea estrategias para superar situaciones estresantes (1-5)</p> <p>-140217:Controla la respuesta de la ansiedad (1-5)</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>-58207 ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan ansiedad.</p> <p>-582012 Escuchar con atención</p> <p>-582018 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>Acciones personales para disminuir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable</p> <p>Existen estudios donde</p>	<p>Durante el ingreso y después de la cirugía se logra disminuir el dolor, del paciente (EVA 8/10 a 6/10).</p> <p>-Alivio de la ansiedad.</p>

		<p>5880 Técnica de relajación</p> <p>-588001 Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>--588022 Utilizar la distracción ,si procede.</p>	<p>se ha demostrado que la aplicación de técnicas de relajación favorecen el alivio de la tensión muscular, que repercuten favorablemente en la disminución de tensión muscular simple o ansiedad.</p>	<p>-Participación del paciente en el planeamiento de las estrategias para superar situaciones estresantes</p> <p>- Paciente manifiesta sentirse informada.</p>
DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que</p>	<p>0402Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>040206Cianosis (1-5)</p> <p>040211saturación de oxígeno(1-5).</p>	<p>3320 Oxigenoterapia</p> <p>332002 adm oxígeno según indicaciones</p> <p>332002Asegurar la recolocación de la máscara de reservorio o</p>	<p>La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la</p>	<p>Mantiene una saturación de oxígeno de 98 %</p>

<p>apoyan la actividad/reposo.</p> <p>(00033)</p> <p>Deterioro de la respiración espontánea</p> <p>R/C anestesia</p>	<p>0403 estado respiratorio:ventolacion</p> <p>040301 Frecuencia respiratoria.</p> <p>(1-5)</p> <p>040303 pprofundidad de la respiración</p>	<p>CBN para aporte de oxigeno</p> <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <p>335024Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones</p> <p>335005Anotar los cambios de sat de Oxigeno</p>	<p>deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Aunque su principal indicación es para la insuficiencia respiratoria crónica.</p>	
DIAGNOSTICO	NOC	NIC	ANALISIS CIENTIFICO	EVALUACION
<p>DOMINIO: 11 seguridad / protección</p> <p>CLASE 1: infección</p> <p>Riesgo de infección</p>	<p>1902 Control del riesgo</p> <p>19021Reconoce el riesgo.</p> <p>0703Estado Infeccioso</p>	<p>6540 Control de infecciones</p> <p>6540 Cambiar equipos de cuidado del paciente según el protocolo.</p> <p>6540 Mantener técnicas</p>	<p>El cambiar los equipos de cuidado cada 72 hrs evitara tener una via de entrada para los MO o la proliferación de setos dentro de dicho equipos.</p>	<p>En los días posteriores a la intervención, no se evidencia signos ni síntomas de</p>

<p>(00004)</p> <p>Riesgo de infección R/C Alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos</p>	<p>07037 Fiebre 07038 Dolor /Hipersensibilidad</p>	<p>de aislamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6550 Prevención de infecciones <p>655018 Mantener las Normas de asepsia para el pcte de riesgo</p> <p>655007 Fomentar la respiración y la tos profunda si estuviese indicado</p>	<p>-las técnicas de aislamiento evitaran la entrada y la salida de diferentes MO que pueden comprometer la salud de la persona enferma o sana</p>	<p>infección. .</p>
---	--	---	---	-------------------------

IV FASE:

EJECUCION

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

(00033) Deterioro de la respiración

NIC

3320 Oxigenoterapia

332002 adm oxigeno según indicaciones

332002Asegurar la recolocación de la máscara de reservorio o CBN para aporte de oxigeno

3350 monitorización respiratoria

335024Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones

335005Anotar los cambios de sat de Oxigeno y CO2 corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial,si procede

Dominio 12: Confort

Clase 1: Dolor agudo

(00132)Dolor agudo

(1400) Manejo del dolor.

- 140031 realizar una valoración exhaustiva del dolor y factores desencadenantes.
- 140032 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que facilite el alivio del dolor, si procede.
- 140034 Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

(2210) Administración de analgésicos.

- 221002 Administrar los analgésicos a la hora de adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en el dolor severo.

Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

(00146) Ansiedad

5820 Disminución de la ansiedad

- 58207 ayudar al pcte a identificar las situaciones que precipitan ansiedad.
- 582012 Escuchar con atención
- 582018 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

5880 Técnica de relajación

- 588001 Mantener contacto visual con el paciente.
- 588022 Utilizar la distracción, si procede.

V FASE:

EVALUACION

En la etapa de valoración se realizó la recolección de datos del paciente, a través de la entrevista directa y la historia clínica.

Se realizó el análisis de los datos para identificar los diagnósticos enfermero según la taxonomía NANDA.

Se planteó el proceder de enfermería mediante un plan de cuidados según lo establecido en NIC NOC

En la ejecución se pudo evaluar que se cumplió el 80 % de lo planificado. Teniendo como resultado final una corta estadía hospitalaria del paciente sin presentar ningún riesgo de infección.

CONCLUSIONES:

- La colecistectomía laparoscópica es una intervención mínimamente invasiva que con el avance tecnológico es una técnica que está incrementando.
- Motivada en esta realidad, es pertinente la capacitación continua del personal de enfermería para elevar los estándares de calidad, en los cuidados posquirúrgicos inmediatos a los pacientes sometidos a cirugías laparoscópicas, por sean integrales y eficaces, oportunos y orientados.
- Así como también la educación y el abordaje desde la etapa preoperatoria.
- Educar sobre la detección temprana de los síntomas de infección y del cumplimiento terapéutico luego que se ha llevado a cabo su egreso del centro hospitalario.

RECOMENDACIONES:

- Siendo el Proceso de atención de enfermería una herramienta fundamental, que realiza el personal profesional de enfermería para brindar una atención basada en el cuidado con disciplina, formación humanística y científica. Los cuidados o las intervenciones de enfermería deben estar acorde a la metodología que ello implica y se sugiere la realización de talleres de capacitación continua para la elaboración de planes de atención estandarizados según la diversidad de cirugías dirigidas al valioso grupo humano del área quirúrgica.
- Establecer vigilancia epidemiológica constante y efectiva mediante estudios bromatológicos.
- Mejorar los espacios para brindar cuidados específicos al paciente quirúrgico.
- Establecer y hacer cumplir los protocolos para la atención del paciente quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. **S.C. Smeltzer.** Enfermería medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Unidad 5, 10ª ed. Editorial McGraw Hill, Interamericana; 2.004.
2. **Píríz, R. y col,** Enfermería S21, Enfermería medicoquirúrgica, bloque II, El paciente quirúrgico, temas 11,12 y 13, 1ª ed. DAE; 2001.
3. **McCloskey, J.C; Bulechek,** Clasificación Internacional CIE, 3ª ed. Barcelona; G.M. Ed. Síntesis. 2001
4. **Gordon, M.** Diagnóstico Enfermero – Proceso y Aplicación - 3ª edición. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1996
5. edición. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1996
6. **García, A., Hernández, V., Montero, R. Ranz, R.** Enfermería de quirófano. Ediciones DAE. Madrid; 2005.
7. **Kozier, B. Y col,** Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica, Unidad 11, capítulo 45, McGraw-Hill Interamericana; 1999.
8. **Kozier, B. y cols.** Técnicas en enfermería clínica, Mc Graw-Hill Interamericana; 2.005.
9. **Mardarás Platas, E.** Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Rol. 2012
10. **NANDA,** Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, Madrid; 2005/06.

ANEXOS

FIGURA N° 1 PACIENTE CON DRENAJE DE VESICULA BILIAR



FIGURA N° 2 CIRUGIA LAPAROSCOPICA



FIGURA N° 3 VISUALIZACIÓN EN TORRE LAPAROSCOPICA

