



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO AL
PACIENTE CON COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD,
CUSCO – 2019**

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

TANIA MADELEINE COILA BENIQUE

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

PUNO – PERÚ

2020



DEDICATORIA

A MI SEÑOR DIOS:

JEHOVÁ Con todo mi Amor y Respeto al que
fortalece mi fe día con día.

A MI AMADO ESPOSO:

Percy por todo su Amor y Apoyo en
este camino recorrido.

A MIS HIJOS:

Jael y Joaquín por ser mi Inspiración y
Motivación para seguir adelante.

A MIS AMADOS PADRES:

Walter y Juana por ser mi Luz y Guía
que siempre necesite.

A MI ASESORA:

Lic. Margot por todo su Apoyo,
Conocimientos y Confianza en mi persona
para culminar la especialidad.

Con mucho Amor y Gratitud para Ustedes, Tania.



AGRADECIMIENTO

Con profunda Gratitud y Reconocimiento:

A la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, por acogerme durante mi formación profesional tanto en el pregrado como en el postgrado.

Al cuerpo Docente y Administrativo de la Unidad de Segunda Especialidad de la Facultad de Enfermería de la U.N.A. – Puno, por impartir sus sabias enseñanzas durante la formación de mis especialidades.

A mi Centro Laboral: el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud Cusco, por brindarme habilidades en la práctica día con día en la Especialidad: Enfermería en Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones, Unidad de Cuidados Post Anestésicos y Terapia del Dolor).

A los miembros del Jurado, quienes contribuyeron en la culminación de la presente Monografía.:

- Mg. Nancy Silvia, Alvarez Urbina.
- Lic. Olga, Torres Rodriguez.
- Lic. Pamela, Zeballos Zegarra.

Con especial agradecimiento a mi Directora y Asesora por sus conocimientos:

- Lic. Margot Alejandrina, Muñoz Mendoza.

GRACIAS...



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
TÍTULO DE LA MONOGRAFÍA:	8
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	9
1.1. Planteamiento del caso seleccionado:	9
1.1.1. Caso clínico:	14
1.2. Justificación:.....	15
1.3. Objetivos:	16
1.3.1 Objetivo general:	16
1.3.2 Objetivos específicos:.....	16
II.REVISIÓN TEÓRICA	17
2.1. Definición de colecistitis:	17
2.2. Clasificación de la colecistitis:	18
2.3. Cuadro clínico de la colecistitis.....	19
2.4. Laboratorio e imagenología de la colecistitis:.....	20
2.5. Colecistectomía laparoscópica:	21
2.6. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica:.....	24
2.7. Intervención de enfermería:.....	24
2.8. Cuidado de enfermería en el intraoperatorio:	25
2.9. Objetivos de la enfermería quirúrgica:	26
2.10. Proceso de atención de enfermería (pae).....	27
2.11. Desarrollo de los diagnósticos enfermeros y taxonomía NANDA, NIC y NOC:	27
III. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS.....	35
3.1. Búsqueda de documentos:	35
3.2. Selección de documentos:	35
IV.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	40
4.1. Valoración del proceso de atención de enfermería:	41
4.2. Análisis e interpretación de datos / diagnóstico de enfermería:	54
V. CONCLUSIONES	77
VI. RECOMENDACIONES	78



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
VIII. ANEXOS.....	83



RESUMEN

La presente Monografía se realizó en la ciudad de Cusco - Perú, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud de la Red Asistencial Cusco, en el Servicio de Centro Quirúrgico, con el objetivo de: Aplicar el Cuidado de Enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería en el Intraoperatorio a la paciente con Colecistectomía Laparoscópica. La investigación se basa en la presentación de un Caso Clínico: Paciente adulta mayor, sexo femenino, de 78 años, que ingresa al servicio de Emergencia, el 25 de Enero del año 2019 a las 03:23hrs, presentando: dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliares desde hace 2 días, forma de inicio insidioso de curso progresivo, el dolor cada vez más intenso, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Apendicectomía, diagnosticada con: Síndrome de Abdomen Doloroso, Abdomen Quirúrgico, Colecistitis Aguda, Colelitiasis; es hospitalizada por su diagnóstico pasa al servicio de Cirugía, le realizan los exámenes preoperatorios análisis de sangre, orina, heces, ecografía de abdomen, colangiografía, placa de RX de abdomen, con riesgo quirúrgico II, con Asa II, acreditan su programación quirúrgica para el día 8 de febrero a las 14:00 horas. Los Cirujanos programan a paciente con Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis Aguda; intervención quirúrgica: Colecistectomía Laparoscópica: Colelap. El Plan de Cuidados de Enfermería se basó en la Valoración de Enfermería que se realizó a través de la entrevista, la observación, historia clínica; para el Análisis de los datos del paciente se utilizó diferentes fuentes de información; la elaboración de los Diagnósticos de enfermería fue de acuerdo al análisis de datos encontrados (NIC y NOC); la Ejecución fue de acuerdo al Planeamiento, priorización de aquellos problemas de vital importancia. Se cumplió con el Plan de Cuidados de Enfermería y se Evaluó a la paciente quien evolucionó favorablemente.

Palabras Clave: Colecistectomía Laparoscópica, Cuidado Quirúrgico, Enfermería.



ABSTRACT

This Monograph was carried out in the city of Cusco - Peru, in the Adolfo Guevara Velasco EsSalud National Hospital of the Cusco Healthcare Network, in the Surgical Center Service, with the aim of: Applying Nursing Care through the Care Process of Intraoperative Nursing to the patient with Laparoscopic Cholecystectomy. The research is based on the presentation of a Clinical Case: Elderly patient, female, 78 years old, who enters the Emergency Service, on January 25, 2019 at 03:23 p.m., presenting: severe abdominal pain in the hypochondrium right, nausea and biliary vomiting for 2 days, insidious onset of progressive course, increasingly intense pain, with a history of Arterial Hypertension and appendectomy, diagnosed with: Painful Abdomen Syndrome, Surgical Abdomen, Acute Cholecystitis, Cholelithiasis; She is hospitalized because of her diagnosis, she goes to the Surgery department, she has preoperative exams for blood, urine, feces, abdominal ultrasound, cholangioresonance, abdominal RX plaque, with surgical risk II, with Asa II, they accredit her surgical programming to on February 8 at 2:00 p.m. Surgeons program a patient with preoperative diagnosis: Acute cholecystitis; Surgical intervention: Laparoscopic cholecystectomy: Colelap. The Nursing Care Plan was based on the Nursing Assessment that was carried out through the interview, observation, medical history; For the analysis of patient data, different sources of information were used; The elaboration of the Nursing Diagnoses was according to the analysis of the data found (NIC and NOC); the Execution was according to the Planning, prioritization of those problems of vital importance. The Nursing Care Plan was complied with and the patient who favorably evolved was evaluated.

Key Words: Laparoscopic cholecystectomy, Surgical Care, Nursing.



TÍTULO DE LA MONOGRAFÍA:

“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO AL
PACIENTE CON COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD,
CUSCO – 2019”



I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL CASO SELECCIONADO:

La Colecistitis Aguda es la afección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares; es un proceso inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, siendo la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda. La inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general es debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Los síntomas abarcan dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen e hipersensibilidad a la palpación en esa área, a veces asociados con fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. La ecografía abdominal detecta el cálculo y, en ocasiones, la inflamación asociada. El tratamiento suele requerir antibióticos y colecistectomía convencional o laparoscópica.

El estudio en el Perú elaborado por: Dr. Mario del Castillo, Lima -Perú – Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH (2014), titulado: “Colecistectomía laparoscópica en el Perú.” refiere que: La colecistectomía es una de las operaciones más frecuentes en la práctica quirúrgica y sin duda la técnica operatoria que todo cirujano general debe perfeccionar (1,2).

El tratamiento clásico de la enfermedad litiásica vesicular ha tenido grandes cambios en los últimos años, sobre todo con el advenimiento de nuevas alternativas menos invasivas con el fin de mejorar su tratamiento y optimizar la calidad del pre y postoperatorio del paciente (3).



Es así como la colecistectomía laparoscópica nace como técnica quirúrgica en la resección y extracción de la vesícula biliar con un mínimo de morbimortalidad (4,5).

En el estudio reporta 3 pacientes intervenidos bajo esta nueva técnica cursando todos con postoperatorio satisfactorio. La técnica se basa en que bajo anestesia general se inicia el procedimiento realizando el neumoperitoneo, insuflando anhídrido carbónico a través de una aguja de Veress, insertada en la cicatriz umbilical. En seguida, se coloca un trócar de 10 mm por donde se introduce el laparoscópio que lleva incorporado una cámara de televisión y un equipo de video. Se examina el abdomen superior y si la colecistectomía es posible, se coloca sucesivamente otros tres trócares por donde se introduce el resto del instrumental, que permite traccionar la vesícula, exponer la arteria cística y el conducto cístico, colocar clips de titanio, seccionar estos elementos y disecar la vesícula del lecho hepático. Una vez extirpada se procede a extraerla a través de uno de los trócares de 10 mm. Se vuelve a inspeccionar la zona operatoria, se irriga y aspira el lecho remanente; se coloca un dren y se retiran los trócares, permitiendo la evacuación espontánea del gas. Los orificios de los puntos laparoscópicos de la piel se cierran a criterio del cirujano con sutura no absorbible (nylon 3/0 cortante, o nylon 4/0 cortante), con dermabond, o con grapas de piel. (1, 2)

Los primeros trabajos publicados en la literatura mundial que corresponden a series no muy grandes, muestran resultados muy alentadores. Actualmente los porcentajes de morbi-mortalidad de la colecistectomía laparoscópica, se encuentran por encima que los de una colecistectomía a cielo abierto. Sin embargo, es de esperar que conforme se incrementen los casos y se adquiera mayor experiencia y destreza por parte de los cirujanos, las tasas de mortalidad puedan ser menores (6,7).



Consideramos indispensable, como paso previo a la implementación de la cirugía laparoscópica en pacientes, realizar un entrenamiento utilizando al cerdo como modelo animal por su similitud con la anatomía biliar del humano. En ese sentido nuestro grupo de trabajo realizó 13 operaciones de colecistectomía laparoscópica en modelo animal, como un ensayo experimental, con el fin de perfeccionar la infraestructura y adquirir habilidades y destrezas en esta nueva técnica operatoria. Las ventajas del nuevo procedimiento se basan fundamentalmente en que prácticamente se deja intacta la pared anterior, lo que permite un período de convalecencia más corto. Además se disminuye el riesgo de infección u otras complicaciones de herida operatoria y facilita un retorno precoz a las labores habituales del paciente. Desde el punto de vista cosmético las incisiones realizadas superan ampliamente a una herida convencional de 15 a 20 cm.

Desde la primera colecistectomía laparoscópica en el mundo realizada hasta la práctica quirúrgica actual, la cirugía laparoscópica se ha establecido como la alternativa de elección en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos de la vesícula y vías biliares por las ventajas que ésta ofrece, realizándose hasta en un 95% de las colecistectomías. Sin embargo a pesar de todas las ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica, muchas veces se presentan complicaciones durante y después del procedimiento, por lo que es necesario que el cirujano conozca las complicaciones más frecuentes de dicho procedimiento y esté preparado para enfrentarlas. No es raro que se atribuya estas complicaciones a un manejo inadecuado, por lo que es necesario uniformizar criterios, conocer la evolución y problemas propios de estas complicaciones. Los resultados de la colecistectomía laparoscópica son influenciados grandemente por la habilidad y la experiencia del cirujano que realiza el procedimiento, y reflejan una adquisición rápida de habilidades técnicas apropiadas.



A nivel mundial la litiasis vesicular es una patología muy frecuente. Su prevalencia a nivel mundial en adultos varía entre 5,9% y 21,9%, con grandes variaciones geográficas y regionales. Se estima que entre 20 a 25 millones de americanos adultos tienen cálculos biliares, constituyendo la enfermedad más frecuente del tracto biliar (8).

La litiasis vesicular es una causa importante de morbilidad en el mundo occidental, llegando a afectar aproximadamente a la décima parte de la población. Como ejemplo, en Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó que la colelitiasis constituyó la segunda causa de morbilidad hospitalaria en el año 2012 (9).

Respecto a los países que albergan el mayor número de personas afectadas por esta enfermedad, Estados Unidos, Chile y Bolivia ocupan los primeros lugares. Tan solo en Estados Unidos, se calcula que el 10%-15% de la población adulta padece de colelitiasis, y que cada año se diagnostican aproximadamente 800,000 nuevos casos. Asimismo, en América Latina, entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, siendo las poblaciones caucásica, hispánica y nativa las que tienen mayor prevalencia. De esta manera, Chile es el país que tiene la prevalencia más alta de litiasis biliar en el mundo: cerca de 44% de las mujeres y 25% de los hombres mayores de 20 años de edad; Bolivia, con una incidencia de 15,7% de población afectada; y México, con una tasa de 14.3%, siendo en los hombres 8,5% y en las mujeres 20,5% (8).

En Perú, las patologías más importantes de hospitalización se encuentran relacionadas a las enfermedades que comprometen las vías biliares, vesícula biliar y páncreas, las cuales en conjunto se ubican como la segunda causa de internamiento, llegando a ocupar el primer lugar de las causas de egresos hospitalarios en nueve



departamentos: Arequipa, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Loreto, Moquegua, Pasco y Puno (10).

Otra bibliografía refiere que en el Perú, un estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Essalud (11) estima que la incidencia de la colelitiasis es alrededor del 10%, sin embargo, esto puede variar según la ubicación geográfica. Teniendo como complicaciones la colangitis hasta en un 30%, y pancreatitis hasta en un 11%. (11)

Además, se estima que alrededor del 14% de la población es portadora asintomática de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres (12).

La mayoría de las personas con cálculos en la vesícula biliar, no desarrollan síntomas y el diagnóstico se realiza de forma incidental al realizar un examen diagnóstico de imágenes en la región abdominal. Las personas con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos pueden nunca desarrollar síntomas o complicaciones. El desarrollo de síntomas puede manifestarse como dolor abdominal, cólico biliar, acompañarse de fiebre: colecistitis aguda o ictericia si el cálculo obstruye la vía biliar: Coledocolitiasis (13).



1.1.1. CASO CLÍNICO:

Paciente adulta mayor, de sexo femenino, de 78 años de edad, con autogenerated de seguro social: 4004250-005, que ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – EsSalud Red Asistencial Cusco, el 25 de Enero a las 03:23hrs, presentando: dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliares desde hace 2 días, forma de inicio insidioso de curso progresivo se automedica para calmar el dolor, el dolor cada vez más intenso, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Apendicectomía, diagnosticada con: Síndrome de Abdomen Doloroso, Abdomen Quirúrgico, Colecistitis Aguda, Colelitiasis; es hospitalizada por su diagnóstico pasa al servicio de Cirugía, le realizan los exámenes preoperatorios análisis de sangre, orina, heces, ecografía de abdomen, colangiografía, placas de Rayos X de abdomen, con riesgo quirúrgico II, acreditan su hoja de sala de operaciones, para su programación quirúrgica para el día 8 de febrero a las 14:00 horas. Programada con Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis litiásica; intervención quirúrgica: Colectomía Laparoscópica: Colelap (14).

Al examen físico general: paciente despierta, lucida, paciente en estado físico regular; estado nutricional eutrófica; escala de Glasgow 15/15; presenta piel tibia, ictérica, elástica; uñas: llenado capilar menos de 2 segundos; dedos: sin particularidades; cabeza: normo céfalo; tórax, pulmones: sin particularidades; corazón: normo fonético, no presencia de soplos; pulso: intensidad y frecuencia conservados; abdomen: globuloso, doloroso a la palpación en mesogástrico y en hipocondrio derecho, no signos peritoneales, ruidos hidroaéreos presentes; genitourinario sin particularidades; Impresión Diagnóstica: Colecistitis Aguda (14).



1.2. JUSTIFICACIÓN:

La Colectomía Laparoscópica es considerada en la actualidad el método quirúrgico de elección en las enfermedades de la vesícula biliar debido a los beneficios y ventajas que ofrece; sin embargo, en la actualidad, este tipo de cirugías puede traer consigo algunas complicaciones intraoperatorias, por lo que es de gran importancia evaluarlas, pues si el cirujano conoce estas complicaciones estará preparado para enfrentarlas.

La presente investigación contribuirá al conocimiento e información de la Enfermera especialista en Centro Quirúrgico, como guía de actuación y lograr brindar cuidados integrales intraoperatorios especializados al paciente con: colecistitis aguda complicada, haciendo uso de sus conocimientos teóricos prácticos específicos actualizados de acuerdo a los estándares, luego aplicar el Proceso de Atención de Enfermería garantizando la calidad y seguridad en el cuidado humanizado respetando la dignidad y los derechos del paciente como unidad biopsicosocio-espiritual.

Además mostrará sus conocimientos en Cirugía Laparoscópica mínimamente invasiva al instrumentar (Enfermera I) o al circular (Enfermera II) en sala de operaciones.

Finalmente presentando los resultados de la investigación indirectamente contribuirá a la disminución de los costos. Al mismo tiempo servirá como punto de partida para varias investigaciones futuras.



1.3. OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar la Atención de Enfermería a través del Proceso de atención de Enfermería en el intraoperatorio al paciente con colecistectomía laparoscópica, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud, Cusco – 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar al paciente que será intervenido quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica en el intraoperatorio.
- Identificar el diagnóstico enfermero del paciente con Colecistectomía Laparoscópica en el Intraoperatorio.
- Planificar el cuidado enfermero del paciente con Colecistectomía Laparoscópica en el Intraoperatorio.
- Ejecutar el cuidado enfermero del paciente con Colecistectomía Laparoscópica en el Intraoperatorio.
- Evaluar el cuidado enfermero del paciente con Colecistectomía Laparoscópica en el Intraoperatorio.



II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. DEFINICIÓN DE COLECISTITIS:

La Colecistitis Aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar (15). En 90-95% de los casos, corresponde a una complicación de la colelitiasis (colecistitis litiásica), generalmente, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además de infección bacteriana secundaria. El 5-10% restante presenta una colecistitis sin litiasis demostrada (colecistitis alitiásica), cuya etiología suele ser multifactorial, pero que se caracteriza por una susceptibilidad aumentada a la colonización bacteriana en una bilis estática, muchas veces dentro del contexto de pacientes con afecciones sistémicas agudas (16).

El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos de laboratorio y estudios imagenológicos. La clínica de la colecistitis aguda se caracteriza por dolor abdominal del cuadrante superior derecho persistente, con hipersensibilidad y resistencia a la palpación. Clásicamente, se describe el signo de Murphy en el examen físico, es decir, detención de la inspiración con la palpación profunda de la zona subcostal. También pueden agregarse otros síntomas como anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. El estudio imagenológico inicial es la ecografía abdominal, la cual basa su diagnóstico en visualizar las paredes de la vesícula. Las complicaciones derivadas de la colecistitis dependerán del estado basal y comorbilidades del paciente, así como del grado de inflamación (incluso perforación) de la vesícula y tejidos adyacentes. La colecistitis aguda puede resultar en una morbilidad y mortalidad significativa, especialmente en los adultos mayores e inmunodeprimidos (15).



La colecistitis es una de las principales causas de consulta en el servicio urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomía electiva es la intervención quirúrgica más frecuente en los centros hospitalarios del país. La colecistitis aguda se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuente en el sexo femenino en relación 2:1. (17).

La colecistitis aguda es una de las complicaciones de la colelitiasis, desencadenado por la obstrucción persistente del conducto cístico. Esto conlleva un aumento de la presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, produciendo una inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis (13).

2.2. CLASIFICACIÓN DE LA COLECISTITIS:

2.2.1. Clasificación Etiológica:

- Litiásica.
- No Litiásica:
 - Infecciosa:
 - En el curso de una sepsis generalizada.
 - En la fiebre tifoidea.
 - Debido a gangrena por gérmenes anaerobios.
 - Química.
 - Mecánica.
 - Tumoral.
 - Vascular.
 - Parasitaria



2.2.2. Clasificación En Grados:

La colecistitis aguda se clasifica en 3 grados según la Guía de Tokio en Colecistitis Aguda de 2007 de la Sociedad Japonesa De Cirugía Hepato-biliar-Pancreática, que se universalizo internacionalmente (17). De acuerdo a la afectación a otros órganos medido por pruebas de laboratorio:

- Grado I. Leve
- Grado II. Moderada
- Grado III. Grave

2.3. CUADRO CLÍNICO DE LA COLECISTITIS

Colecistitis Y Colelitiasis No Complicada (17):

- Signo de Murphy positivo.
- Masa en cuadrante superior derecho.
- Dolor en cuadrante superior derecho.
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho.
- Nausea.
- Vomito.

Colecistitis Aguda Complicada (17):

- Vesícula palpable.
- Fiebre mayor de 39° C.
- Escalofríos.
- Inestabilidad hemodinámica.



Se debe de considerar el diagnostico de colecistitis o colelitiasis cuando el paciente presente un signo o síntoma local y un signo sistémico, más un estudio de Imagenología que reporte positivo para esta patología.

La perforación con peritonitis generalizada se sospecha cuando (17):

- Existen signos de irritación peritoneal difusa.
- Distensión abdominal.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Acidosis metabólica.
- Hipotensión.
- Choque.

2.4. LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA DE LA COLECISTITIS:

Los exámenes de laboratorio se utilizan para evidenciar la inflamación sistémica, lo cual apoya la presencia de un proceso inflamatorio. Se puede observar elevación de VHS o PCR junto con una leucocitosis leve a moderada (12.000-15.000 células/mm³) con desviación izquierda. Normalmente, las pruebas hepáticas no se alteran, pero puede observarse una hiperbilirrubinemia directa leve y/o aumentos discretos de fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa. (18)

Ante la presencia de fiebre y sospecha de proceso infeccioso el médico cirujano solicitara:

- Hemocultivo



- Cultivo de secreciones, con la finalidad se la selección del agente antimicrobiano.

Los exámenes de Diagnóstico Imagenológicos son:

- Ultrasonido de Vesícula y Vías Biliares (Vesícula distendida, con paredes engrosadas, bilis de éstasis y litiasis vesicular generalmente hacia el cuello, no movibles. Dolor a la presión del transductor sobre la vesícula).
- Ecotomografía Abdominal.
- Resonancia magnética nuclear.
- Laparoscopia diagnóstica en casos dudosos.

2.5. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Es la extirpación de la vesícula biliar, utilizando una cámara de video e instrumental quirúrgico especial que permite realizar una intervención mediante incisiones muy pequeñas sin abrir el abdomen o también llamada cirugía mínimamente invasiva. Su extracción se realiza por región umbilical o por la incisión del primer trocar.

OBJETIVOS:

- Curar y corregir la enfermedad.
- Disminución de estancia hospitalaria.
- Menor tiempo operatorio.
- Temprana re inserción laboral.

REQUISITOS:

- Solicitud de sala de operaciones.



- Consentimiento informado.
- Historia Clínica completa.
- Exámenes de laboratorio: hg, hb, hto, TGO, TGP, Bilirrubinas totales y fraccionarias.
- Exámenes auxiliares: ecografía, ECG
- Vendaje de MMII
- Ayuno (8 horas de sólidos, 6 horas de líquidos)

MATERIALES Y EQUIPO:

- Ropa para cirugía laparoscópica.
- **Instrumental** para cirugía mínimamente invasiva:
 - Óptica de 30 grados de 10mm.
 - Fibra óptica.
 - Cable monopolar.
 - Juego de pinzas de laparoscopia (2 grasper, 1 maryland, 1 tijera, 1 hook) pueden necesitar pinza extractora de 5mm.
 - 2 Trocar de 5mm
 - 2 trocar de 10mm
 - Clipera para clips de titanio
 - cánula de irrigación y de aspiración.
 - Dos mangueras estériles de jebe o de látex uno para aspiración y otro para irrigación.
- **Insumos Para Colelap:**
 - Bisturí nro. 11.
 - Nylon 3/0 cortante.



- Manga de polietileno.
 - Un cassette de clips de titanio.
 - 04 Tegaderm de 6 por 7 cm.
 - Bolsa extractora de 10mm
 - Cloruro de sodio 9 0/00 1000cc
 - Guantes estériles para los cirujanos e instrumentista.
 - 5 Compresas grandes y 5 pequeñas
 - Esparadrapo de tela.
 - Aguja nro. 18
 - Placa indiferente para adulto bolsa de polietileno para recolectar la muestra y fijarla con formol al 10%.
 - Tarjeta para escribir número de set usado, nombre del instrumentista, fecha.
- Equipo de limpieza (clorhexidina al 4%, gasas y guantes estériles.).
 - Módulo de Laparoscopia (monitor, cámara, fuente de luz, insuflador de Co2, grabador).
 - Módulo de Electrocauterio.

ANESTESIA:

General Balanceada.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- a. Colocación de trocars.
- b. Administración de neumoperitoneo.
- c. Localización del triángulo de Calot, exposición del conducto y la arteria císticos.



- d. Disecado el Conducto Y Arteria Cística, previo clipaje.
- e. Seccionado de la Arteria Y Conducto Cístico.
- f. Disecado la Vesícula del lecho hepático.
- g. Extracción de la Vesícula Biliar.

2.6. COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Complicaciones de Colectomía por laparoscopia

- ❖ Lesión del conducto biliar.
- ❖ Lesión del intestino.
- ❖ Lesión hepática.
- ❖ Hemoperitoneo.

2.7. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Bravo (2011) en su estudio “Metodología Del Proceso De Atención De Enfermería. Aplicación de NANDA, NOC y NIC por especialidades” refiere que una intervención de Enfermería es “cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre sus clientes”. Las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan la familia y la comunidad. (25)



2.8. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO:

Es de importancia diferenciar entre cuidado y proceso de atención de enfermería (PAE), esta última no incluye la primera, es decir que el PAE es un medio para llegar al cuidado, se puede considerar también al proceso como un método de abordaje del cuidado de enfermería.

La aplicación del cuidado como concepto para la práctica de enfermería es vista desde 4 perspectivas en su naturaleza:

- 1- Cuidado como mística humana con su primer representante Leninger que considera los atributos del cuidado como compensación, competencia, conciencia, compromiso, etc, explicados desde la perspectiva cultural y transcultural.
- 2- Cuidado como imperativo moral o ideal. Gadow y Watson, el cuidado asegura la dignidad de las personas.
- 3- Cuidado como efecto. Mc. Farlene, menciona que el cuidado significa un sentimiento de interés de uno, de vigilancia y protección.
- 4- Cuidado como una relación interpersonal enfermera (ro) paciente, donde el cuidado incluye sentimientos y conductas dentro de la interrelación, considerando la enseñanza.



2.9. OBJETIVOS DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA:

Los objetivos de la enfermería en el área quirúrgica es la desempeñar una labor de gran responsabilidad en el momento intraoperatorio y todas sus actividades están encaminadas a conseguir un objetivo general: “el de mantener un ambiente seguro tanto para el paciente como para los componentes del equipo quirúrgico”. La experiencia quirúrgica es estresante para todos los pacientes. Llegando a la antesala del quirófano con la preocupación generada por la alteraciones en su nivel de salud y quedan en manos desconocidas para ellos, lejos de su entorno familiar habitual. Es recomendable que la enfermera de quirófano visite con anterioridad al paciente para ir familiarizando con el proceso de disminuir en la medida de lo posible la sensación de indefensión cuando este llegue a la antesala del quirófano. La enfermera debidamente preparada tiene mucho que aportar dentro de los cuidados o intervenciones que se producen en la unidad quirúrgica, conocer y detectar sus problemas, ayudándole a su resolución.

OBJETIVOS PREOPERATORIOS: Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia en el preoperatorio. Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.

OBJETIVOS POSTOPERATORIOS: Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas. Educar al paciente y la familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.



2.10. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

Es un método científico aplicado en la práctica asistencial de enfermería, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Disponiendo de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria que son: la valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, constituyendo así:

- Un sistema de atención personalizada al paciente y de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
- Calidad de cuidados, a través de la aplicación del Check List – Cirugía Segura.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios de enfermeros (as), permitiendo; la investigación de enfermería, la formación pre/post grado y una prueba de carácter legal.

2.11. DESARROLLO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y TAXONOMIA NANDA, NIC Y NOC:

Cuando se planteó el desarrollo de la colección a la que pertenece el volumen Fundamentos de Enfermería, uno de sus objetivos era mantener la obra viva, significando con ello el compromiso de los autores y autoras de los distintos volúmenes para actualizar los contenidos de la misma. No cabe duda que cualquiera de las aportaciones recogidas en los distintos volúmenes ha crecido y pueden ampliarse, pero posiblemente este crecimiento sea considerablemente más significativo para la disciplina, si se plantea desde los contenidos de Fundamentos de Enfermería. El desarrollo de la disciplina enfermera,



es decir, la reflexión y análisis del conocimiento específico enfermero, hace que surjan propuestas de cambio, modificaciones y/o nuevas líneas de reflexión que generan una espiral de desarrollo continuo que nos obligará a la actualización constante. Puede decirse que una parte importante de los contenidos de Fundamentos de Enfermería, los modelos y teorías de enfermería o los diagnósticos enfermeros, quedan si no obsoletos sí insuficientes, en plazos relativamente cortos de tiempo (recordemos que NANDA mantiene reuniones bianuales de revisión de su taxonomía). (31)

Precisamente son los diagnósticos de enfermería, y más concretamente la taxonomía NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association), una de las partes de la actualización del volumen Fundamentos de Enfermería que completaremos con la descripción y análisis de la clasificación de resultados u objetivos NOC (Nursing Outcomes Classification) o CRE (Clasificación de Resultados de Enfermería) y con las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) o CIE (Clasificación de Intervenciones de Enfermería). Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión. (31)

Desde sus orígenes, la clasificación NANDA está siendo objeto de modificaciones, ampliaciones y reestructuraciones (esta evolución se recoge en el Capítulo 9 del libro de Fundamentos de Enfermería de esta misma colección), pasando de un sistema de clasificación alfabético a una taxonomía con una estructura conceptual



cada vez más sólida hasta llegar a la propuesta actual NANDA II, clasificación que se describe y analiza a continuación. Los intereses que se persiguen con las sucesivas modificaciones son recoger todas las situaciones posibles con un lenguaje común, evitar duplicidades de diagnósticos y facilitar su aplicación a las diferentes realidades, reduciendo las posibilidades de error a la hora de optar por un diagnóstico. (31)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

La clasificación diagnóstica NANDA II contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son (32):

EJE: Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo. Esta dimensión se ve representada por el eje denominado potencialidad; la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo, lo que quedaría expresado por el eje unidad de cuidados; una respuesta puede aparecer de manera aguda o mantenerse en el tiempo, lo que referiría el eje tiempo, etc. Los ejes, en la clasificación NANDA II, sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada. (32)

DOMINIO: Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona. (32)



CLASE: Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos. (32)

ESTRUCTURA DE LA CLASIFICACIÓN

En la taxonomía diagnóstica NANDA II se presentan los diagnósticos aprobados por NANDA hasta abril de 2000, relacionados alfabéticamente y codificados utilizando cinco dígitos consecutivos (del 00001 al 00155). NANDA prevé la inclusión de los diagnósticos que vayan aprobándose en sucesivas conferencias de manera consecutiva al último del listado actual y sin respetar el orden alfabético que actualmente presenta la clasificación. Los 155 diagnósticos aprobados se organizan en la taxonomía diagnóstica II de manera que se presentan incluidos en los 108 conceptos diagnósticos identificados, dentro de una clase y formando parte de un dominio.

Con esta nueva organización se pretende proporcionar una estructura que facilite la información, para la utilización y estudio de los diagnósticos, de manera que resulte útil para la investigación, informatización y gestión. Desde el punto de vista de la práctica clínica ofrece un sistema de organización que aporta una mayor coherencia entre los diagnósticos que pertenecen a un mismo “concepto diagnóstico”, “clase” y “dominio”.

A continuación se describe la estructura de la clasificación. Ésta presenta 13 dominios con su correspondiente definición:



1. **Promoción de la salud:** toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
2. **Nutrición:** actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
3. **Eliminación:** secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
4. **Actividad/reposo:** producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
5. **Percepción/cognición:** sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
6. **Autopercepción:** conciencia del propio ser.
7. **Rol/relaciones:** conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
8. **Sexualidad:** identidad sexual, función sexual y reproducción.
9. **Afrontamiento/tolerancia al estrés:** forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
10. **Principios vitales:** principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.
11. **Seguridad/protección:** ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
12. **Confort:** sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
13. **Crecimiento/desarrollo:** aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.



La clasificación presenta 46 clases, distribuidas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.

- 1. Promoción de la salud.
 - 1. Toma de conciencia de la salud.
 - 2. Manejo de la salud.
- 2. Nutrición.
 - 1. Ingestión.
 - 2. Digestión.
 - 3. Absorción.
 - 4. Metabolismo.
 - 5. Hidratación.
- 3. Eliminación.
 - 1. Sistema urinario.
 - 2. Sistema gastrointestinal.
 - 3. Sistema integumento.
 - 4. Sistema pulmonar.
- 4. Actividad/reposo.
 - 1. Reposo/sueño.
 - 2. Actividad/ejercicio.
 - 3. Equilibrio de la energía.
 - 4. Respuestas cardiovasculares/respiratorias.
- 5. Percepción/cognición.
 - 1. Atención.
 - 2. Orientación.
 - 3. Sensación/percepción.



- 4. Cognición.
- 5. Comunicación.
- 6. Autopercepción.
 - 1. Autoconcepto.
 - 2. Autoestima.
 - 3. Imagen corporal.
- 7. Rol/relaciones.
 - 1. Roles del cuidador.
 - 2. Relaciones familiares.
 - 3. Desempeño del rol.
- 8. Sexualidad.
 - 1. Identidad sexual.
 - 2. Función sexual.
 - 3. Reproducción.
- 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.
 - 1. Respuesta postraumática.
 - 2. Respuestas de afrontamiento.
 - 3. Estrés neurocomportamental.
- 10. Principios vitales.
 - 1. Valores.
 - 2. Creencias
 - 3. Congruencia de las acciones con los valores/creencias.
- 11. Seguridad/protección.
 - 1. Infección.
 - 2. Lesión física.



- 3. Violencia.
- 4. Peligros ambientales.
- 5. Procesos defensivos.
- 6. Termorregulación.
- 12. Confort.
 - 1. Confort físico.
 - 2. Confort ambiental.
 - 3. Confort social.
- 13. Crecimiento/desarrollo.
 - 1. Conocimiento.
 - 2. Desarrollo.

Los 108 conceptos diagnósticos se encuentran contenidos en las “clases”. Actualmente encontramos “clases” definidas en las que no aparece ningún concepto diagnóstico pues no existen diagnósticos aprobados.

Los 155 diagnósticos aprobados se encuentran agrupados dentro de un “concepto diagnóstico”. La definición de cada diagnóstico es comparada con la del dominio y la clase para introducirlo en aquella que resulte más congruente.



III. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS:

A continuación se presentan los antecedentes relacionados con el estudio lo que permite ubicar a las investigaciones en el contexto actual.

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS:

3.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL:

En una investigación en México realizada por: M. Alfonso, Roesch D. Federico, Diaz B. Fernando, Martinez F. Silvia. Titulada “Experiencia en colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar en el paciente anciano. Revista Médica de Cirugía México 2000”; refiere que: A nivel mundial la litiasis vesicular es una patología muy frecuente. Su prevalencia a nivel mundial en adultos varía entre 5,9% y 21,9%, con grandes variaciones geográficas y regionales. Se estima que entre 20 a 25 millones de americanos adultos tienen cálculos biliares, constituyendo la enfermedad más frecuente del tracto biliar (8).

La litiasis vesicular es una causa importante de morbilidad en el mundo occidental, llegando a afectar aproximadamente a la décima parte de esta población. Como ejemplo, en Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó que la colelitiasis constituyó la segunda causa de morbilidad hospitalaria en el año 2012 (9). Respecto a los países que albergan el mayor número de personas afectadas por esta



enfermedad Estados Unidos, Chile y Bolivia ocupan los primeros lugares. Tan solo en Estados Unidos, se calcula que el 10%-15% de la población adulta padece de colelitiasis, y que cada año se diagnostican aproximadamente 800,000 nuevos casos. (9)

En una investigación en Chile elaborada por: AJ. Zarate, M. Álvarez, I. King, A. Torrealba; denominada: “Colecistitis aguda”. Artículo Científico – De Revista Científica Universidad Finis Terrae Uftlince In Bono Malum. Escuela De Medicina – Santiago, Chile – 2015 refiere que: Los primeros trabajos publicados en la literatura mundial que corresponden a series no muy grandes, muestran resultados muy alentadores. Actualmente los porcentajes de morbi-mortalidad de la colecistectomía laparoscópica, se encuentran por encima que los de una colecistectomía a cielo abierto. Sin embargo, es de esperar que conforme se incrementen los casos y se adquiera mayor experiencia y destreza por parte de los cirujanos, las tasas de mortalidad puedan ser menores. (18)

3.2.2 A NIVEL NACIONAL

En Perú en una investigación realizada por: Bocanegra Del Castillo, Ronald Rafael; Córdova Cuadros, María Eliana; en el 2013, sobre “Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 - 2011” los autores establecen que, las patologías más importantes de hospitalización se encuentran relacionadas a las enfermedades que comprometen las vías biliares, vesícula biliar y páncreas, las cuales en conjunto se ubican como la segunda causa de internamiento, llegando a ocupar el primer lugar de las causas de egresos hospitalarios entre los años 2002 y 2010 en nueve departamentos: Arequipa, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Loreto, Moquegua, Pasco y Puno (10).



La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento electivo más frecuentemente practicado por los cirujanos generales en la patología vesicular. Se trata de una técnica mínimamente invasiva de uso cotidiano en el ámbito mundial. La cirugía laparoscópica ofrece una serie de ventajas que hacen de ella la elección preferida de los pacientes con colelitiasis, como un postoperatorio menos doloroso, menor malestar, menor estancia hospitalaria, mejor estética y una pronta reinserción laboral. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica no está exenta de complicaciones, y se pueden vincular a la disposición anatómica, a la patología local y a los factores técnicos puros dependientes del cirujano actuante. Estas lesiones pueden deberse a lesiones del árbol biliar (complicaciones biliares) o lesiones en otros órganos/sistemas producto del procedimiento (complicaciones no biliares). Estas lesiones pueden variar en cuanto a gravedad y llegar a lesionar el intestino o la vasculatura intraabdominal/biliar, por lo que tienen el potencial de causar morbilidad y mortalidad. A pesar de ello, la incidencia de complicaciones reportadas es de 0.8%, motivo por el cual la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento electivo más practicado por los cirujanos generales. Por último, respecto a los estudios sobre las complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica, estos se centran en la lesión de vía biliar, siendo la frecuencia de 0.1 a 0.6%.⁽¹⁰⁾

Otro estudio en el Perú elaborado por: Dr. Mario del Castillo, Lima -Perú – Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH (2014), titulado: “Colecistectomía laparoscópica en el Perú.” refiere que: La colecistectomía es una de las operaciones más frecuentes en la práctica quirúrgica y sin duda la técnica operatoria que todo cirujano general debe perfeccionar (1,2).



El tratamiento clásico de la enfermedad litiasica vesicular ha tenido cambios en los últimos años, sobre todo con el advenimiento de nuevas alternativas menos invasivas con el fin de mejorar su tratamiento y optimizar la calidad del pre y postoperatorio del paciente (3).

Es así como la colecistectomía laparoscópica nace como técnica quirúrgica en la resección y extracción de la vesícula biliar con un mínimo de morbimortalidad (4,5).

Otra investigación realizada en Perú por: Llatas J, Hurtado Y, Frisancho O. titulada “Choledocholithiasis in Edgardo Rebagliati Martins Hospital. Lima-Perú. 2010-2011. Incidence, risk factors, diagnostic and therapeutic aspects. Rev Gastroenterol Perú” refiere que en el Perú, el estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Essalud (11) estima que la incidencia de la colelitiasis es alrededor del 10%, sin embargo, esto puede variar según la ubicación geográfica. (11)

Teniendo como complicaciones la colangitis hasta en un 30%, y pancreatitis hasta en un 11%. Además, se estima que alrededor del 14% de la población es portadora asintomática de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres (12).

3.2.3 A NIVEL REGIONAL

Un estudio en Cusco realizado por: Tecse Ortiz, Oscar David; denominado “Colecistitis Litiasica: factores asociados para la conversión de la Colecistectomía Laparoscópica a Convencional, Hospital Antonio Lorena de Cusco, 2016 - 2018”, refiere que: La Colecistectomía Laparoscópica es considerada como primera elección para cuadros de patología biliar por sus ventajas para el paciente y el establecimiento de salud, sin embargo existe un porcentaje de estas intervenciones quirúrgicas que llegan a ser



convertidas a colecistectomía convencional, por distintos factores o hallazgos durante el acto quirúrgico laparoscópico. Los objetivos de su estudio fueron: analizar los factores asociados del paciente con colecistitis, para la conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional en el hospital Antonio Lorena del Cusco 2016- 2018 el número de casos encontrados fue de 29 de los cuales solo 26 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se calculó el grado de asociación de las distintas variables mediante prueba estadística de chi- cuadrado y se realizó medición de riesgo utilizando odds ratio (OR). Los resultados fueron: En cuanto a la causa de conversión de Colecistectomía Laparoscópica encontramos que: dificultad para delimitar la anatomía 20 casos (76,9%), hemorragia incoercible 3 casos (11.5%), alteraciones anatómicas 2 casos (7.7%) y un caso por lesión de vía biliar (3,8%). Se encontró como factor de riesgo: La edad mayor de 55 años, El tiempo pre operatorio mayor a 7 días desde el inicio de síntoma como hallazgos quirúrgicos asociados a la conversión de Colecistectomía Laparoscópica a Convencional fueron: piocolecisto, plastrón vesicular e hidrocolecisto; por ultimo Las Conclusiones del estudio fueron: la edad mayor de 55 años, los hallazgos quirúrgicos como plastrón vesicular, piocolecisto e hidrocolecisto y el tiempo pre operatorio mayor a 7 días son factores asociados a la conversión de Colecistectomía Laparoscópica a Convencional. (33)



IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El proceso de Atención de Enfermería es un enfoque sistémico y complejo para el cuidado enfermero (Potter 2010). Es empleado por las enfermeras para recoger datos del paciente, examinar y analizar críticamente esos datos, identificar la respuesta del paciente al problema de salud, designar los resultados esperados, poner en práctica la acción apropiada y después evaluar si la acción es efectiva.

Aplicando el modelo bifocal de práctica clínica identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras: como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas.

En la presente investigación se realizó la valoración de enfermería del paciente que iba a ser operado de colecistectomía laparoscópica en el intraoperatorio según dominios y clases de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) por que explora todas las áreas de dominio de la enfermera el cual es completo porque se aplica a la persona enferma, sana a la familia y comunidad. (32)

A continuación se describe los datos objetivos y subjetivos encontrados en el paciente que será intervenido quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica.



4.1. VALORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

4.1.1. RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.1.1.A. DATOS DE FILIACIÓN:

- ✓ **Nombres y Apellidos** : Luzmila, Figueroa Mayorga
- ✓ **Edad** : 78 años.
- ✓ **Sexo** : Femenino.
- ✓ **Raza** : Mestiza.
- ✓ **Fecha de Nacimiento** : 25/04/1940.
- ✓ **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- ✓ **Lugar de Procedencia** : Cusco.
- ✓ **Estado Civil** : Viuda.
- ✓ **Religión** : Católica.
- ✓ **Idioma** : Español - Quechua.
- ✓ **Grado de Instrucción** : Superior.
- ✓ **Ocupación** : Docente Cesante.
- ✓ **Persona Responsable** : sus hijos.
- ✓ **Servicio** : Centro Quirúrgico– “H.N.A.G.V.” – Cusco.
- ✓ **Fecha de Ingreso** : 25/01/19 - EMERG 03:25hrs
- ✓ **Nº de Cama** : 12
- ✓ **Informante de anamnesis** : Directa.
- ✓ **Fuente de Información** : Historia Clínica de la Paciente, familiares.
- ✓ **Diagnóstico Actual** : Colelitiasis.

4.1.1.B. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:

Dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliares.



4.1.1 C. ENFERMEDAD ACTUAL:

- ★ **Tiempo de Enfermedad:** aproximadamente 2 días.
- ★ **Forma de Inicio:** insidioso.
- ★ **Curso de Enfermedad:** Progresivo.
- ★ **Historia de Enfermedad:**

Paciente ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sur Este Adolfo Guevara Velasco – EsSalud., el 25 de enero a las 03:23hrs, presentando: dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliares desde hace 2 días, forma de inicio insidioso de curso progresivo se automedica para calmar el dolor, el dolor cada vez más intenso, con antecedentes de Hipertensión Arterial, litiasis vesicular y apendicectomía, diagnosticada con: SDA, abdomen quirúrgico, colecistitis aguda, colelitiasis; es hospitalizada por su diagnóstico pasa al servicio de Cirugía le realizan los exámenes preoperatorios análisis de sangre, orina, heces, ecografía de abdomen, colangiografía, placas de RX de abdomen, con riesgo quirúrgico II, con Asa II, acreditan su hoja de sala de operaciones, para su programación quirúrgica para el día 8 de febrero a las 14:00 horas. Programada con Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis Aguda, Colecistitis litiasica; intervención quirúrgica: Colecistectomía Laparoscópica (Colelap).

✓ **FUNCIONES BIOLÓGICAS:**

- Apetito:** Disminuido.
- Sed:** Conservado.
- Orina:** 3 veces a día.
- Deposiciones:** Disminuido.
- Sudor:** Conservado.
- Sueño:** Alterado por enfermedad.



4.1.2. ANTECEDENTES:

4.1.2.A. PERSONALES:

✓ FISIOLÓGICOS:

- ★ **Nacimiento:** Parto eutócico en domicilio.
- ★ **Lactancia Materna:** Si.
- ★ **Inmunizaciones:** no manifiesta.
- ★ **Desarrollo Psicomotriz:** aparentemente normal.
- ★ **Hábitos Nocivos:** niega.

✓ PATOLÓGICOS:

- ★ **Enfermedades Anteriores y Tratamiento:** Apendicitis, H.T.A.(enalapril)
- ★ **Hospitalizaciones Previas:** No.
- ★ **Intervenciones Quirúrgicas:** Si, Apendicectomía.
- ★ **Transfusiones Sanguíneas:** No.
- ★ **Alergia a Medicamentos y/o Alimentos:** No.

4.1.2 B. FAMILIARES:

- ★ **Padre/Madre:** Fallecieron.
- ★ **Hermanos:** 3.
- ★ **Hijos:** Si aparentemente sanos.
- ★ **Cónyuge:** Falleció.

4.1.2 C. SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

- ★ **Vivienda:** Propia / **Material:** noble
- ★ **Servicios Básicos:** Electricidad, agua potable, desagüe.
- ★ **Crianza de Animales:** Un perro.
- ★ **Dependencia Económica:** docente cesante, hijos.
- ★ **Gastos de hospitalización y Tratamiento:** Seguro Social.



EXAMEN FÍSICO:

4.1.3 A. EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Al examen físico general: paciente despierta, lucida, paciente en estado físico regular; estado nutricional eutrófica; escala de Glasgow 15/15; presenta piel tibia, ictérica, elástica; uñas: llenado capilar menos de 2 segundos; dedos: sin particularidades; cabeza: normo céfalo; tórax, pulmones: sin particularidades; corazón: normo fonético, no presencia de soplos; pulso: intensidad y frecuencia conservados; abdomen: globuloso, doloroso a la palpación en mesogástrico y en hipocondrio derecho, no signos peritoneales, ruidos hidroaéreos presentes; genitourinario sin particularidades. Impresión Diagnóstica: Colecistitis Litiásica.

FUNCIONES VITALES:

- **Presión Arterial** : 109/71 mm.Hg.
- **Frecuencia cardiaca** : 77 lpm.
- **Frecuencia respiratoria** : 20 rpm.
- **Temperatura** : 36.7 °C.

SatO₂: 87%, **Orina** 2550/ 24h., **Deposición.**: 1/24h,

Talla: 149cm. **Peso**: 68 kg. **I.M.C.**: 28.3 (peso superior al normal)

4.1.3 B. EXAMEN FÍSICO REGIONAL:

CABEZA

Normocéfalo, mesaticéfalo, de consistencia dura sin anormalidades.

- **CARA:**

Ojos : Simétricos móviles, Pupilas isocóricas, reactivas a la luz, escleras amarillas.



Oídos : Pabellones auriculares de buena conformación e implantación orejas simétricas.

Nariz : Centrada, pirámide nasal de buena conformación, fosas nasales permeables.

Boca : Labios deshidratados, lengua central, rosada móvil.

- **CUELLO:**

Corto, simétrico, cilíndrico, movilidad pasiva, no adenopatías, no ingurgitación yugular.

TORAX

Simétrico, móvil – presenta movimientos respiratorios energéticos.

- **CLAVÍCULAS**

Se palpan de superficie lisa y uniforme, no presenta fractura.

- **PULMONES**

Ruidos cardíacos sin anormalidades, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- **CORAZÓN**

Ruido cardíaco normo fonético, no presenta soplos.

- **ABDOMEN**

- RHA (+), Móvil, distendido, doloroso a la palpación en mesogastrio y en hipocondrio derecho, no signos peritoneales.

- **ANO Y RECTO**

Sin anormalidades.

GENITALES

Se observa aparentemente acorde a sexo y edad.

EXTREMIDADES

Brazos y piernas móviles, simétricas, no edemas, tono disminuido.

4.1.3. EXÁMENES AUXILIARES

Exámenes preoperatorios: análisis de sangre, orina, ecografía de abdomen, colangiografía, placas de RX de abdomen, con riesgo quirúrgico II, con Asa II, para acreditar su hoja de sala de operaciones para su intervención quirúrgica.

RESULTADOS DE EXAMEN HEMATOLÓGICO:

Prueba	Resultado	Unid	Valores Referenciales
PROTEINA C REACTIVA (PCR)	0.217	✓	(V.N.:0-0.5)
GLUCOSA	7.62	✓	(V.N.:4.61-6.11)
CREATININA	52	✓	(V.N.:0-97)
UREA	9	✓	(V.N.:1.7-8.3)
BILIRRUBINA TOTAL	43.51	↑	(V.N.:0-18.8)
BILIRRUBINA DIRECTA	26.75	↑	(V.N.:0-5.1)
PROTEINAS TOTALES	73.1	✓	(V.N.:66-87)
ALBUMINA	40.8	✓	(V.N.:34-48)
TGP-ALAT	130	↑	(V.N.:0-41)
TGO-ASAT	316	↑	(V.N.:0-35)
FOSFATASA ALCALINA	118	↑	(V.N.:35-104)
GGTP	146	↑	(V.N.:8-45)
*** HEMOGRAMA COMPLETO ***			
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.4		(V.N.:0-1)
GLOBULOS BLANCOS	9.78		(V.N.:5-10)
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	6.55		(V.N.:4.5-5.2)
HEMOGLOBINA	20.4		(V.N.:13-16)
HEMATOCRITO	60.5		(V.N.:40-50)
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	92.4		(V.N.:86-98)
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIO	31.1		(V.N.:27-32)
CONCENTR. DE HEMOGLOB. CORPUSCULAR	33.7		(V.N.:33-37)
PLAQUETAS	112		(V.N.:140-500)
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.2		(V.N.:8.7-10.6)
ANCHO DE DIST. DE GLOBULOS ROJOS	48.3		(V.N.:45-51)
ANCHO DE DIST. DE GLOBULOS ROJOS	14.4		(V.N.:15-17)
SEGMENTADOS	84.5		(V.N.:55-70)
LINFOCITOS	11.9		(V.N.:17-45)
MONOCITOS	2.7		(V.N.:4-9)
EOSINOFILOS	0.5		(V.N.:0.5-4)
BASOFILOS	0.4		(V.N.:0-1)
ABASTONADOS	0		(V.N.:0-4)
SEGMENTADOS ABSOLUTOS	8.27	↑	(V.N.:3-5)
LINFOCITOS ABSOLUTO	1.16		(V.N.:1-3)
MONOCITOS ABSOLUTOS	0.26		(V.N.:0-0.8)
EOSINOFILOS ABSOLUTO	0.05		(V.N.:0.1-0.4)
BASOFILOS ABSOLUTO	0.04		(V.N.:0-0.1)
ABASTONADOS ABSOLUTO	0		(V.N.:0-1)
GRANULOCITOS INMADUROS ABSOLUTO	0.04		(V.N.:0-1)
NORMOBLASTOS	0		(V.N.:0-1)



RESULTADOS DE EXAMEN DE ORINA:

ESSALUD
* H. N. ADOLFO GUEVARA V.*

Sistema de LABORATORIO
RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES

No. H/C : 34551 Autogenerado : 4004250FUMOL005
Paciente : FIGUEROA MAYORGA DE MAC Prof.Solicita: GAMARRA BERRIO BEI
Fech/Hora Solic.: 25/01/2019-12.07 Hrs. Fech-Hora Resu:25/01/2019 - 11:4
No.Acto Medico.: 8803419 Procedencia : EMERGENCIA (Topico De Medicina) T
Patol.Clin./Tecn: CREYE Resp. en Validar: Reg.Aut.Roche
Diagn. (CIE) : () Sin Diagnostico

Prueba	Resultado	Unid	Valores Referenciales
LIPASA	30		(V.N.:13-60)
AMILASA	50		(V.N.:28-100)
(330505) EXAMEN COMPLETO DE ORINA			
COLOR	:AMBAR	ASPECTO	:LIG. TURBIO
pH	:5	DENSIDAD	:1024
GLUCOSA	:-	AC.ASCORBICO	:-
CPOS CETONICOS	:-	NITRITOS	:POSITIVO
BILIRRUBINA	:-	THEVENON	:-
UROBILINOGENO	:-	PROTEINAS	:-
** SEDIMENTO URINARIO **			
LEUCOCITOS	:5 - 7 X.C.		
HEMATIES	:1 - 2 X.C.		
CEL.EPITEL	:ESCASAS		
BACTERIAS	:+		
CILINDROS	:-		
CRISTALES	:-		
OTROS	:-		

INFORME DE ECOGRAFIA ABDOMINAL:

ESSALUD
H. N. ADOLFO GUEVARA VELASCO
SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Fecha : 25/01/2019
Hora : 10:02:36
Usuario : SMARCOA
NO. EXAMEN : 00623408

RESULTADO DE ECOGRAFIA
Procedencia : EME Emergencia
Citado el : 25/01/2019 VIERNES
No. Acto Medico : 8803419
Paciente : FIGUEROA MAYORGA DE MACHICAD
Servicio : TOPICO DE MEDICINA
Médico : MENDOZA GIL ITALA KA
Examen Solicitado: ABDOMEN COMPLETO
Diagnostico (CIE): A04.9

Autogenerado : 4004250FUMOL005
No. Historia : 34551
Edad : 78 Sexo : Femenino
Cama :
N° Ubicación :

Informe de Ecografía
ECOGRAFIA ABDOMINAL:

HIGADO DE TAMANO, MORFOLOGIA Y ECOGENICIDAD CONSERVADOS.
NO LESIONES FOCALES.
NO DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA NI EXTRA HEPATICA.
VESICULA BILIAR DE PARED DELGADA, CON MULTIPLES LITOS MENORES DE 4 MM.
CBP Y VP DE CALIBRES CONSERVADOS.
PANCREAS Y BAZO DE CARACTERES ECOGRAFICOS CONSERVADOS.
RIÑONES DE DIMENSIONES Y CARACTERES ECOGRAFICOS CONSERVADOS.
NO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

CONCLUSION:

* LITIASIS VESICULAR MULTIPLE SIN SIGNOS DE AGUDEZA.

ATTE:



INFORME DE COLANGIORESONANCIA:

**RemaSur**
Resonancia Magnética del Sur S.A.

Tecnología al servicio de la Vida



CASO : RM19ENE-356
NOMBRE : FIGUEROA MAYORGA LUZMILA
EDAD : 79 AÑOS
FECHA : 28 DE ENERO DEL 2019
REFERENCIA : DR. BACA LLOCLLA FREDDY
ESTUDIO : COLANGIORESONANCIA

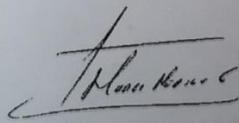
INFORME

LA COLANGIORESONANCIA REALIZADA EN SECUENCIAS SSH COMPLEMENTADO CON ESTUDIO ABDOMINAL EN AXIAL Y CORONAL EN T1W, T2W/TSE Y T2W/SPIR, MUESTRA:

1. LA VESÍCULA BILIAR SE MUESTRA DISTENDIDA DE 81MM X 48MM DE PAREDES EDEMATOSAS, EN SU INTERIOR SE OBSERVAN MÚLTIPLES FORMACIONES HIPOINTENSAS DE ASPECTO LITIASICO DE 3MM A 4MM. ES EVIDENTE LA DILATACIÓN DEL COLÉDOCO QUE LLEGA HASTA 9MM Y EN SU INTERIOR Y A NIVEL DISTAL SE OBSERVA LA PRESENCIA DE FORMACIÓN HIPOINTENSA DE ASPECTO LITIASICO DE 4MM. SE ASOCIA A DILATACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL AUNQUE EL PÁNCREAS SE MUESTRA DE INTENSIDAD NORMAL.
2. NO SE OBSERVA COMPROMISO HEPÁTICO.
3. AMBOS RIÑONES SE MUESTRAN DE TAMAÑO Y DE INTENSIDAD NORMAL.
4. BAZO DE TAMAÑO Y DE INTENSIDAD NORMAL.
5. HÍGADO DE TAMAÑO Y DE INTENSIDAD NORMAL, CON PRESENCIA DE FORMACIÓN DE ASPECTO QUISTICO SIMPLE DE 7MM EN EL SEGMENTO VI.
6. SE OBSERVA ASÍ MISMO LA PRESENCIA DE PEQUEÑA CANTIDAD DE LÍQUIDO PLEURAL BASAL POSTERIOR DERECHO.

PRESUNCION DIAGNOSTICA:

1. COLECISTOPATÍA AGUDA LITIASICA ASOCIADO A COLÉDOCO LITIASIS DISTAL CON DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA, EN MENOR CUANTÍA LA INTRAHEPÁTICA Y TAMBIÉN ASOCIADO A DILATACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL. TENER PRESENTE QUE A PESAR DE QUE EL PÁNCREAS SE MUESTRA DE TAMAÑO NORMAL INCLUSO PUDIERA HABER PROCESO INFLAMATORIO AGUDO DE TIPO EDEMATOSO.
2. PEQUEÑO DERRAME PLEURAL BASAL POSTERIOR DERECHO.
3. QUISTE SIMPLE EN EL SEGMENTO VI DEL HÍGADO.


MARCO ANTONIO MEDINA GONZALES
MEDICO RADIÓLOGO
C.M.P. 28209 RNE 13487

CENTRO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

- **Arequipa:** León Velarde 108 - Yanahuana
Telf.: 054 - 255792 Fax: 054 - 270632
Urb. Villa Continental Calle 4 Nº 101 Pucallpa
- **Paz Holandesa:** Telf.: 054 - 432281
- **Cusco:** Av. Los Inca 1408 - 234675
Telf.: 084 - 34711 Fax: 084 - Alcega Carrón 360
Telf.: 084 - 34711 Fax: 084 - 638301 / 996000132

RIESGO QUIRÚRGICO:

EsSalud
Seguridad Social para todos

EVALUACION PRE OPERATORIA ANESTESIOLÓGICA

Nro. Acto Médico: _____

Apellidos y Nombres: Figueroa Heryana Susana

Edad: 77 Sexo: M F

Fecha: 18 ENE 2019 Hora: 11:00

Diagnóstico Pre Operatorio: pliegues

Plan Quirúrgico: _____

Tiempo Estimado: _____

Antecedentes de Importancia

Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Renal <input type="checkbox"/>	Respiratorio <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Hematológicos <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/>	Neurrológico <input type="checkbox"/>	Hgado y VU <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>
SIDA <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Drogadicción <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

1477 (H) Gta - Poliglobulia

Anestésicos Previos: Midazolam

Respuesta a MPA: Humo de rano Agentes/Técnica Usada: _____

Problemas pre operatorios: _____

Drogas pre operatorias (últimos treinta días)

Duréticos <input type="checkbox"/>	Digitalicos <input type="checkbox"/>	Corticoides <input type="checkbox"/>	Anticoagulantes <input type="checkbox"/>	Betabloqueadores <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	---

Otros: Volantón ASA, Ceftriaxona

Exámenes de Laboratorio:

Hb/Hct: <u>20/60</u>	TP/TTP: _____	Grupo: <u>O</u>	RH: <u>(+)</u>
Na/K: _____	Plaquetas: <u>15000</u>	T. Sangría: _____	
Glucosa: <u>4.62</u>	Orina: _____	Pregnoticon: _____	
Urea: _____	Creatinina: _____	VDRL: _____	<u>TP 138</u>
Hepatitis B: _____	Otros: _____	HIV: _____	<u>TR 115</u>

Exámenes Complementarios

EKG: no

Rx. de Tórax: _____

Interconsulta (Señale la especialidad, fecha de la visita, la razón de la interconsulta y recomendaciones efectuadas.)

no

EXAMEN FISICO

Peso: _____ Talla: _____ ASC: _____

Estado General Nutricional: Bueno Reg Malo Obesidad

Acceso Venoso: SI NO Test Allen: Post. Negativo

Ojo: Pupilas Fotoreactivas Isoconicas Centrales Ceguera OD OI

Vía Aérea: (Paciente sentado en posición neutral)

Apertura Oral: _____ mm Distancia Mentotroides: _____ Cm.

Orofaringe: Paladar Blando Fauces Úvula Pilares

Dentadura:

Maxila Inferior: Micrognatia Prognatismo Normal Macroglosia

Fosas Nasales: Permeables SI NO Derecho Izquierdo

Examen Cardiorespiratorio: PA: _____ Pulso: _____ FR: _____

Auscultación: _____

Pulso Periféricos: _____

Examen Columna Lumbar: _____

Examen Neurológico: _____

Determinación ASA: I II III IV
V VI E

Depósito Sanguíneo: SI NO Unidades: _____

Medicación pre anestésica, ayuno desde las: _____ Hrs. del _____

Fecha: _____	Hora: _____	Droga: _____	Dosis: _____	Ruta: _____	Administrado: _____
Fecha: _____	Hora: _____	Droga: _____	Dosis: _____	Ruta: _____	Administrado: _____
Fecha: _____	Hora: _____	Droga: _____	Dosis: _____	Ruta: _____	Administrado: _____

Recomendaciones: 1) No R. ant el 500
2) Suspensión de los 5 días
ant de 60 días

Médico Anestesiólogo: Dr. _____ CMP: _____ A. RNE: _____

Firma: _____

RIESGO CARDIOLÓGICO:

EsSalud
Seguro Social de Salud del Perú

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA: 27 DIC 2018	CARDIOLÓGICA
HORA: 11:50	
ANAMNESIS:	
MOTIVO DE CONSULTA: Pre Quirúrgico Coronaria.	
SIGNOS Y SINTOMAS:	TRATAMIENTO ANTERIOR:
- Abdominal.	- Níjeto curcendurey co.
-	- Níjeto (+) anal 1
-	-
-	-
EXAMEN FÍSICO: PA: 120/80 Fe: 68	
CO: ruidos no soplos Tª: un poco 19°	
aus. sp.	
lab: rosas lab: estirato no p.	
DIAGNÓSTICO: Riesgo Quirúrgico II/II (P) 25.4	
TRATAMIENTO: (fármaco - concentración - presentación - unidades - frecuencia - N° de días)	
- Alenda Analgésica y Orisette	
- No Antihipertensivo Habitual.	
PRÓXIMA CITA:	
Anellidos y Nombres:	

4.1.4. DIAGNOSTICO MÉDICO:

“Síndrome Doloroso Abdominal, Abdomen Agudo Quirúrgico, Colecistitis Aguda, Colelitiasis”

4.1.5. VALORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD: Paciente adulta mayor refiere que desconoce sobre su enfermedad después de haber sido evaluada por el cirujano de turno, manifiesta que no había pensado volverse a intervenir quirúrgicamente ya que tiene el antecedente de ser operada de Apendicectomía. (32)



DOMINIO 2: NUTRICIÓN: Presenta un buen estado de nutrición aparentemente, refiere que antes de su hospitalización su ingesta era 3 veces al día a base de alimentos de su región, a veces cargados en grasas, carnes rojas; su ingesta de frutas y verduras es escasa, ingiere agua un litro al día aproximadamente más cuando toma su medicamento para la hipertensión (Enalapril), actualmente presenta distensión abdominal, su dieta en el hospital es: nada por vía oral (NPO), que es requisito para intervenirla quirúrgicamente. Su peso es: 68 kg, su talla es: 155cm. Su índice de masa corporal I.M.C. es: 28.3 (peso superior al normal).

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO: Antes de presentar su enfermedad realizaba normalmente sus deposiciones cada día, una vez, de consistencia pastosa, eliminaba normalmente flatos, miccionaba según era su ingesta de líquidos, actualmente está con balance hidroelectrolítico supervisado adecuado con hidratación adecuada antes de ser intervenida quirúrgicamente.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO: La paciente acostumbraba dormir 8 horas de sueño al día, es docente cesante después de su cese conciliaba sueño refiere no haber tenido dificultad para el sueño, actualmente se encuentra preocupada por su estado de salud por los síntomas que presenta, el dolor abdominal, por el proceso de la enfermedad por lo que su descanso se ve alterado. En cuanto a su autocuidado se considera independiente. Actualmente se moviliza en la cama, deambula con dolor por proceso de enfermedad, camina al baño, se viste sola, no presenta edemas. Paciente en sala de operaciones en la mesa quirúrgica en posición decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia general balancead; presenta: Saturación de O₂: 99%, Presión arterial: 130/70mmhg, frecuencia cardiaca: 60 por minuto, frecuencia respiratoria: 12 por minuto.



DOMINIO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN: Paciente antes de entrar a sala de operaciones a la valoración se encuentra con escala de Glasgow 15 puntos; luego en el intraoperatorio recibe anestesia general balanceada, a la valoración en esta etapa se encuentra bajo efectos de anestesia.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN: Paciente se siente mejor menos ansiosa refiere después de la cirugía, cesa el dolor en abdomen luego de la cirugía, siente satisfacción de no tener corte en abdomen solo puntos laparoscópicos, refiere desconocer sobre los cuidados después de la operación.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES: La paciente es viuda, docente cesante, vive con sus hijos, estaba bajo los cuidados de sus hijos, sus familiares se encuentran preocupados por la intervención quirúrgica, son creyentes de Dios, refieren estuvieron orando por su familiar en los momentos que se dio la cirugía.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD: Paciente adulta mayor de 76 años de edad con desarrollo sexual adecuado a edad paso menopausia hace años refiere.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS: Paciente refiere que está preocupada por su salud, por el desconocimiento de la intervención quirúrgica, manifiesta temor a la muerte.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES: Paciente católica practicante refiere antes de ser hospitalizada ir fervorosamente a misa los domingos.



DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN: Paciente asegurada en seguro social, de sexo femenino adulta mayor, fue intervenida: la operación programada y realizada fue: colecistectomía laparoscópica, queda con puntos laparoscópicos limpios y secos sin ningún dren, se envía su pieza operatoria (vesícula biliar) a: anatomía patológica, cuenta con catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo permeable, extubada con respiración espontánea ya fuera de efectos de anestesia en servicio de unidad de cuidados post anestésicos estable.

Estado de enfermedad controlada, queda solo con 4 puntos laparoscópicos en abdomen, vía aérea permeable, niega alergias, termorregulación adecuada.

DOMINIO 12: CONFORT: Paciente en unidad de cuidados post anestésicos recuperada de los efectos post anestésicos refiere náuseas, se cubre el dolor con analgésicos, refiere disminuyó el dolor, refiere desea encontrarse con sus familiares.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO: Paciente con: Peso: 68 kg, talla: 155cm. El IMC: 28.3 (peso superior al normal), niega ceguera, lenguaje y coordinación adecuados.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS / DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DATOS RELEVANTES SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	INTERPRETACIÓN DE DATOS
Paciente en mesa de quirófano en posición decúbito dorsal, recibe anestesia general balanceada, con monitorización de equipos biomédicos (equipos electrónicos y de electrocauterio). Paciente en sala de operaciones número 1 (08/02/2019), tiempos	Dominio 11: Seguridad/ Protección. Clase 2: Lesión Física. NANDA - Código: 00087	Diagnóstico De Enfermería N.A.N.D.A: Etiqueta (Problema) (P) Riesgo De Lesión Peri Operatoria (00087). Definición. Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo. Lesión física. Daño celular o lesión de tejido Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo. Una acción tangencial sobre la piel y el tejido celular subcutáneo, suponen una ruptura de la piel. Factores Relacionados (Causas) (E) Obesidad, alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mala nutrición, etc. Indicadores:

<p>operatorios: hora de ingreso a quirófano: 14:00hrs., hora inicio de cirugía: 14:35hrs., hora termino cirugía: 15:20hrs., hora salida de quirófano: 15:30hrs.</p>	<p>Abrusiones cutáneas (191301): 5, ninguno; Hematomas (191302): 4, ligero; Laceraciones (191303): 5, ninguno; Quemaduras (191304): 5, ninguno; Esguince de extremidad (191305): 5, ninguno; Esguince de espalda (191306): 5, ninguno; Fracturas de extremidades (191307): 5, ninguno; de pelvis (191308): 5, ninguno; de cadera (191309): 5, ninguno; de columna (191310): 5, ninguno; craneales (191311): 5, ninguno; lesiones dentarias (191313) 5, ninguno; alteración de la movilidad (191316): 4, ligero; alteración del nivel de conciencia (191317): 4, ligero.</p> <p>Puntuación de cada indicador: grave= 1, sustancial=2, moderado=3, ligero=4, ninguno=5.</p> <p>RESULTADO ESPERADOS- OBJETIVOS (NOC) CON SUS INDICADORES:</p> <p>Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.</p> <p>Los cinco sentidos.</p> <p>Habla.</p> <p>Sensibilidad facial.</p> <p>Movimiento muscular facial.</p> <p>Estiramiento bilateral de músculos.</p> <p>Deglución. – Reflejo nauseoso.</p> <p>Movimiento lingual, de cabeza y hombro.</p>
---	--

		<p>Movimiento voluntario de los hombros.</p> <p>Estado respiratorio: ventilación</p> <ul style="list-style-type: none">- Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.- Expansión torácica simétrica.- Facilidad de la inspiración.- Expulsión del aire. <p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</p> <ul style="list-style-type: none">- Facilidad de la respiración.- PaO₂- PaCO₂- pH arterial- Saturación de Oxígeno. <p>Perfusión tisular: periférica</p> <ul style="list-style-type: none">- Llenado capilar de dedos de manos y pies.- Sensibilidad.- Color de la piel.

- Función muscular.

- Temperatura de extremidades.
- Frecuencia de pulsos (carótida, radial, femoral, etc.)
- Presión sanguínea sistólica y diastólica.

Prevención de la aspiración

- Identifica y evita factores de riesgo.

CIRUGÍA SEGURA - USO DE LA LISTA DE CHEQUEO (CHECKLIST DE SEGURIDAD

QUIRÚRGICA)

La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La Organización Mundial de la Salud OMS 2009, Ginebra Suiza, Verificación de la Seguridad de la Cirugía. “La Cirugía Segura Salva Vidas”. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

JUICIO CRÍTICO

Paciente en mesa de quirófano en posición decúbito dorsal, recibe anestesia general balanceada, con monitorización de equipos biomédicos (equipos electrónicos y de electrocauterio). Paciente en sala de operaciones número 1 (08/02/2019), tiempos operatorios: hora de ingreso a quirófano: 14:00hrs., hora inicio de cirugía: 14:35hrs., hora termino cirugía: 15:20hrs., hora salida de quirófano: 15:30hrs. La profesional de Enfermería utilizará sus conocimientos utilizando las herramientas que uso en la valoración de enfermería para así plantear sus objetivos para el Proceso De Atención de Enfermería y así intervenir con los cuidados en base a su objetivo y luego evaluar a la paciente. En cuanto al manejo del Riesgo de lesión postural perioperatoria de la paciente este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes a los que ingresen para intervenir de una colecistectomía laparoscópica y convencional.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteración sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente asegurada en seguro social, de sexo femenino adulta mayor, ingresa a quirófano para operación programada: colecistectomía laparoscópica, con diagnostico final: colecistitis aguda, bajo efectos de anestesia general balanceada, en sala número 1 (08/02/2019).</p>	<p>Dominio 11: Seguridad / Protección) Clase 2: Lesión física. NANDA- Código: 00206</p>	<p>Riesgo De Sangrado: Es Lesión física Riesgo de sangrado Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud en la colecistectomía laparoscópica se daría en el momento de la extirpación quirúrgica de la vesícula. La vesícula biliar está conectada al bazo por los nervios, y también, los riesgos de esta cirugía incluyen específicamente sangrado, infección o lesión en el conducto biliar común.</p> <p>Causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Daño a los vasos sanguíneos que van hacia el hígado. -Lesión al conducto biliar común. -Lesión al intestino delgado o al intestino grueso -Manipulación del hígado. -Pérdida de sangre durante la extirpación de la vesícula

JUICIO CRÍTICO

La Paciente es intervenida quirúrgicamente a colecistectomía laparoscópica se logra extirpar la vesícula biliar hubo el riesgo de lesión vascular durante la cirugía por lo cual se llega a este diagnóstico de enfermería para realizar los cuidados de enfermería necesarios en la intervención intraquirúrgica se ejecuta el plan de cuidados y se muestran más adelante se sigue todos los pasos de proceso de atención de enfermería.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p>Paciente adulta mayor refiere que desconoce sobre su enfermedad después de haber sido evaluada por el cirujano de turno, manifiesta que no había pensado volverse a intervenir quirúrgicamente ya que tiene el antecedente de ser operada de Apendicectomía.</p>	<p>9: Afrontamiento – Tolerancia Al Estrés. (32) Clase 2: Respuestas de afrontamiento. NANDA- 00146 Código:</p>	<p>Ansiedad (en el desarrollo de NOC y NIC vinculados a NANDA – I y a crisis de Ansiedad lleva como código: 00146). Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. (34) 1211 Nivel de Ansiedad: Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente no identificable. Escala: de grave a ninguna (1-5) Indicadores: 121115 Ataque de pánico. 121121 Aumento frecuencia respiratoria. Disminución de la ansiedad 5820</p>

	<p>Definición: Minimizar la aprensión, temor o malestar relacionado con una fuente identificada de peligro anticipada.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro.Definir claramente las expectativas de conducta.Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante.Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.Permanecer con él/ella, para darle seguridad.Dar órdenes simples.Escuchar atentamente. <p>Técnica de relajación 5880</p> <p>Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">Mantener contacto visual.Sentarse y hablar con paciente.Favorecer una respiración lenta y profunda.
--	---

	<p>Reafirmar al paciente en su seguridad personal.</p> <p>Permanecer con el paciente.</p> <p>Utilizar distracción si procede.</p> <p>Administrar medicación ansiolítica si procede.</p> <p>Instruir sobre métodos que disminuyan la ansiedad.</p> <p>JUICIO CRÍTICO</p> <p>La Paciente refiere que está preocupada por su salud, por el desconocimiento de la intervención quirúrgica, manifiesta temor a la muerte. La profesional de Enfermería utilizará sus conocimientos utilizando las herramientas que uso en la valoración de enfermería para así plantear sus objetivos para el Proceso De Atención de Enfermería y así intervenir con los cuidados en base a su objetivo y luego evaluar a la paciente.</p> <p>CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p>Ansiedad r/c la intervención quirúrgica evidenciado por miedo a consecuencias.</p>	
--	---	--

4.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TIEMPO INTRAOPERATORIO

NANDA DIAGNOSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	NOC EVALUACION
<p>Riesgo de infección</p> <p>R/C</p> <p>procedimientos</p> <p>invasivos (cirugía)</p> <p>y defensas</p> <p>primarias</p> <p>inadecuadas (rotura</p> <p>de la piel).</p> <p> dominio 11:</p> <p>Seguridad /</p> <p>Protección)</p>	<p>• Mantener un</p> <p>entorno</p> <p>aséptico</p> <p>seguro durante</p> <p>el acto</p> <p>quirúrgico</p> <p>para la</p> <p>paciente.</p>	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <p>6550.1.Minimizar la contaminación bacteriana de la herida</p> <p>Control de infecciones: Intraoperatorio (6545):</p> <p>6545.1.Aplicar las normas de disciplina quirúrgica y control de infección.</p> <p>6545.2.Verificar la temperatura y humedad del quirófano, manteniéndolas según los rangos establecidos por la unidad de medicina preventiva.</p> <p>6545.3.Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.</p> <p>6545.4.Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.</p> <p>6545.5.Asegurarse de que el personal de quirófano viste de manera correcta y respeta las técnicas de asepsia.</p> <p>6545.6.Comprobar la esterilidad de todo el material quirúrgico e implantes a utilizar.</p>	<p>Paciente no</p> <p>presenta signos</p> <p>de infección en</p> <p>las vías invasivas</p> <p>(puntos</p> <p>laparoscópicos,</p> <p>catéter venoso</p> <p>periférico en</p> <p>miembro</p> <p>superior).</p>

Clase 1: Infección. NANDA- Código: 00004	<ul style="list-style-type: none">• Disminuir el riesgo de infección.	Cuidado del sitio de incisión (3440): 3440.1.Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas. 3440.2.Limpia desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. 3440.3.Limpia la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. 3440.4.Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.	
---	---	--	--

NANDA DIAGNOSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	NOC EVALUACION
<p>Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteración sensitivoperceptuales debidas a la anestesia.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/ Protección.</p> <p>Clase 2: Lesión Física.</p>	<p>• Mantener el control de riesgo y seguridad de la intervención quirúrgica en cuanto al estado de recuperación posterior a la intervención quirúrgica de la paciente.</p>	<p>Cambio de posición: intraoperatorio (000842)</p> <p>842.1. Determinar el margen de movimiento y estabilidad.</p> <p>842.2. Colocar material acolchado en las prominencias óseas.</p> <p>842.3. Colocar las correas de seguridad y sujeción de paciente.</p> <p>842.4. Vigilar la posición del paciente durante la cirugía, en las diferentes etapas de colecistectomía laparoscópica.</p> <p>842.5. Colocar en la posición quirúrgica designada.</p> <p>842.6. Revisar contacto de la piel del paciente con la mesa de operaciones.</p> <p>842.7. Ajustar la mesa de operaciones, según corresponda.</p> <p>Vigilancia (6650)</p> <p>6050.1. Proporcionar un entorno adecuado para lograr los resultados deseados del paciente.</p> <p>Identificación de riesgos (6610).</p> <p>6610.1. Aplicar las actividades de reducción de riesgos</p>	<p>• Paciente no presenta Lesión postural perioperatoria evidenciado por; funciones vitales estables y estado de conciencia normal</p> <p>• Paciente después del procedimiento</p>

<p>NANDA - Código:</p> <p>00087</p>	<p>6610.2. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.</p> <p>Precauciones quirúrgicas (2920).</p> <p>2920.1. Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de tubos y catéteres.</p> <p>2920.2. Retirar todo equipo que no sea seguro.</p> <p>2920.3. Contar las gasas, elementos cortantes y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía según normas del centro.</p> <p>2920.4. Proporcionar un recipiente estéril para depositar los objetos cortantes.</p> <p>2920.5. Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de usar la electrocirugía.</p> <p>2920.6. Depositar los materiales de desecho en los recipientes apropiados.</p> <p>2920.7. Ayudar a la transferencia del paciente verificando la posición adecuada de los tubos, catéteres y drenajes adoptando la posición apropiada a la cirugía que se ha realizado.</p>	<p>quirúrgico</p> <p>consiente con funciones vitales normales.</p>
--	--	--

NANDA DIAGNOSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	NOC EVALUACION
<p>Riesgo de sangrado</p> <p>R/C secundarios del tratamiento (cirugía).</p> <p>Dominio 11:</p> <p>Seguridad / Protección)</p> <p>Clase 2:</p> <p>Lesión física.</p> <p>NANDA- Código:</p> <p>00206</p>	<p>Encontrar a paciente segura ante lesión intraoperatoria, evitando que curse con hemorragia intraoperatoria.</p>	<p>Cuidados de enfermería al ingreso (7310).</p> <p>Precauciones quirúrgicas (2920).</p> <p>Monitorización de signos vitales (6680).</p> <p>Control de hemorragias (4160):</p> <p>4160.1. Vigilar si hay signos y síntomas de sangrado.</p> <p>4160.2. Aplicar vendaje compresivo o presión manual, si hay indicación.</p> <p>4160.3. Realizar valoración de la circulación periférica (pulso, edema, etc.)</p> <p>4160.4. Administrar medicación anticoagulante, si procede.</p> <p>4160.5. Monitorización neurológica.</p> <p>4160.6. Vigilar tendencias de Escala de Coma de Glasgow.</p> <p>4160.7. Monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos.</p> <p>Prevención / Precauciones con hemorragias (4010).</p> <p>4010.1. Vigilar si hay signos y síntomas de sangrado.</p>	<p>Paciente se mantuvo estable en la cirugía mientras se realizaba la extirpación quirúrgica de la vesícula, se evitó lesión, paciente salió de sala de operaciones sin drenaje tubular solo con puntos laparoscópicos.</p>

NANDA DIAGNOSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	NOC EVALUACION
<p>Ansiedad r/c la intervención quirúrgica evidenciado por miedo a consecuencias.</p> <p>9: Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p>	<p>• Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia.</p> <p>• Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.</p>	<p>Disminución de la ansiedad.(5820)</p> <p>5820.1.Escuchar con atención.</p> <p>5820.2.Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>5820.3.Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos.</p> <p>5820.4.Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>5820.5.Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>5820.6.Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>Enseñanza Pre-quirúrgica (5610)</p> <p>5610.1. Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado de la cirugía.</p> <p>5610.2. Informar al paciente y familia de la duración esperada de la intervención.</p>	<p>• Paciente refiere control de la ansiedad.</p> <p>• Paciente manifiesta estar más tranquilo y una disminución de su ansiedad.</p>

NANDA - Código:	(nivel de ansiedad, Código NOC: 1211)	Autocontrol de la ansiedad. (1402)
00146		5610.3. Conocer el nivel de conocimientos del paciente previo relacionado con la cirugía.
		5610.4. Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con la cirugía.
		5610.5. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
		5610.6. Describir las rutinas pre y postoperatorios: anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas laboratorio, eliminación de la orina, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera del familiar y traslado al quirófano.
		5610.7. Discutir las medidas de control del dolor.
		5610.8. Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
		5610.9. Instruir al paciente sobre la tos y respiración profunda.
		Mejorar el sueño (1850).

NANDA DIAGNOSTICO	NOC OBJETIVOS	NIC INTERVENCIONES	NOC EVALUACION
<p>Náuseas r/c droga anestésicas m/p l paciente refiere l sensación d nauseas acabada l cirugía.</p> <p>Dominio 12:</p> <p>Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés.</p> <p>Clase 1: Confort físico. NANDA - Código: 00134</p>	<p>La paciente manifestará una disminución o alivio de la sensación nauseosa.</p> <p>(nivel de comodidad, Código NOC: 2100)</p>	<p>Manejo de las náuseas:(1450)</p> <p>1450.1. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes.</p> <p>1450.2. Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento).</p> <p>1450.3. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.</p> <p>1450.4. Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.</p> <p>1450.5. Proporcionar información acerca de las náuseas sus causas y su duración.</p> <p>1450.6. Mantener en posición semi-fowler.</p> <p>1450.7. Administración de antibióticos diluidos y lentos.</p> <p>1450.8. Intercalar el horario de administración de antibióticos- antihipertensivos</p>	<p>Paciente mantuvo controlada la severidad de las náuseas y vómitos.</p> <p>–Frecuencia de las náuseas</p> <p>–Intensidad de las náuseas</p>



4.4. EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

REGISTRO DEL SOAPIE DE ENFERMERÍA:

REGISTRO N° 01:

S:	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente bajo efectos de la anestesia general balanceada, no refiere nada a la enfermera instrumentista.
O:	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente en el intraoperatorio en mesa de quirófano en posición decúbito dorsal con diagnóstico operatorio: colecistitis aguda, intervenida quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica, con monitorización de equipos biomédicos (equipos electrónicos y de electrocauterio), con vías invasivas puntos laparoscópicos y catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo.
A:	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteración sensitivoperceptuales debidas a la anestesia.
P:	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el control de riesgo y seguridad de la intervención quirúrgica en cuanto al estado de recuperación posterior a la intervención quirúrgica de la paciente.
	<p>Cambio de posición: intraoperatorio (000842)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el margen de movimiento y estabilidad. ✓ Colocar material acolchado en las prominencias óseas. ✓ Colocar las correas de seguridad y sujeción de paciente. ✓ Vigilar la posición del paciente durante la cirugía, en las diferentes etapas de colecistectomía laparoscópica. ✓ Colocar en la posición quirúrgica designada.



<p>I:</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Revisar contacto de la piel del paciente con la mesa de operaciones.✓ Ajustar la mesa de operaciones, según corresponda. <p>Precauciones quirúrgicas (2920).</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de tubos y catéteres.✓ Participar en una sesión de verificación preoperatoria con otros profesionales según la norma del centro.✓ Retirar todo equipo que no sea seguro.✓ Contar las gasas, elementos cortantes y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía según normas del centro.✓ Proporcionar un recipiente estéril para depositar los objetos cortantes.✓ Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de usar la electrocirugía.✓ Depositar los materiales de desecho en los recipientes apropiados. <p>Ayudar a la transferencia del paciente verificando la posición adecuada de los tubos, catéteres y drenas adoptando la posición apropiada a la cirugía que se ha realizado.</p>
<p>E:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Paciente no presenta Lesión postural perioperatoria evidenciado por; funciones vitales estables y estado de conciencia normal.• Paciente después del procedimiento quirúrgico consiente, con funciones vitales normales.



REGISTRO N° 02:

S:	<ul style="list-style-type: none">• Paciente bajo efectos de la anestesia general balanceada.
O:	<ul style="list-style-type: none">• Paciente en el intraoperatorio en mesa de quirófano en posición decúbite dorsal con diagnostico operatorio: colecistitis aguda, intervenida quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica, con monitorización de equipos biomédicos (equipos electrónicos y de electrocauterio), con vías invasivas puntos laparoscópicos y catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo. <p>Hora de ingreso a quirófano: 14:00hrs.</p> <p>Hora inicio de cirugía: 14:35hrs.</p> <p>Hora termino cirugía: 15:20hrs.</p> <p>Hora salida de quirófano: 15:30hrs.</p>
A:	<ul style="list-style-type: none">• Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cirugía) y defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).
P:	<ul style="list-style-type: none">• Mantener un entorno aséptico seguro durante el acto quirúrgico para la paciente.• Disminuir el riesgo de infección.
I	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Minimizar la contaminación bacteriana de la herida✓ Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito.



<p>I:</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección.✓ Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.✓ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones: Intraoperatorio (6545):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar las normas de disciplina quirúrgica y control de infección.✓ Verificar la temperatura y humedad del quirófano, manteniéndolas según los rangos establecidos por la unidad de medicina preventiva.✓ Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.✓ Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.✓ Asegurarse de que el personal de quirófano viste de manera correcta y respeta las técnicas de asepsia.✓ Comprobar la esterilidad de todo el material quirúrgico e implantes a utilizar. <p>Cuidado del sitio de incisión (3440):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas.
-----------	--



I:	<ul style="list-style-type: none">✓ Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.✓ Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.✓ Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.
E:	<p>Paciente no presenta infección en las vías invasivas (herida operatoria/puntos laparoscópicos, catéter periférico).</p> <ul style="list-style-type: none">• Se evita y reduce las amenazas de salud del paciente mediante la aplicación de procedimientos y técnicas asépticas.• Reduce y evita las amenazas para adquirir infección.• Se aplican conocimientos sobre infección; su tratamiento, prevención y complicación, durante el acto quirúrgico.



V. CONCLUSIONES

- **PRIMERO.-** La cirugía: Colectomía Laparoscópica (Colelap) es el tratamiento actual (estándar de oro) más recomendado en la coledocistitis aguda de urgencia, por tanto la Colelap es la extirpación de la vesícula biliar, o también llamada Cirugía Mínimamente Invasiva.
- **SEGUNDO.-** Con relación al Diagnóstico de Enfermería: la Valoración se realiza a través de la entrevista con el paciente y familiares cercanos, la observación, el examen físico del paciente y la revisión de la Historia Clínica.
- **TERCERO.-** Para el Análisis e Interpretación de datos se obtuvo con la utilización de fuentes de información como Marco Teórico de Libros, Internet, permitiendo así realizar una confrontación de datos obtenidos.
- **CUARTO.-** La elaboración de diagnósticos se estuvo de acuerdo al análisis de datos y de ello la priorización de los diagnósticos en base a diagnósticos de Enfermería NANDA, NIC y NOC.
- **QUINTO.-** La ejecución de las actividades de Enfermería se realizó de acuerdo al planteamiento, priorización de aquellos problemas de vital importancia, es decir, las Intervenciones de Enfermería se llevó a través de una atención integral al paciente haciendo uso de conocimientos teóricos, prácticos, específicos, actualizados de acuerdo a la normatividad y los estándares establecidos.
- **SEXTO.-** Se cumplieron los Cuidados de Enfermería en un 95% puesto que el paciente evolucionó favorablemente a pesar de que enfrenta a una situación de trauma Anestesiológico y Quirúrgico, así mismo siendo la paciente adulta mayor no se reportó ninguna complicación, por todo ello la paciente mostró satisfacción por la atención recibida conforme las evaluaciones realizadas en cada Plan de Enfermería.



VI. RECOMENDACIONES

A LA GERENCIA DE ESSALUD – CUSCO:

- Poner énfasis en prevención de enfermedades hepáticas (hepato-biliares) en los pacientes asegurados en el Seguro Social Del Perú, ya que esta brinda servicios de Prevención Promoción Recuperación y Rehabilitación, a través de la coordinación con los responsables de la Promoción De La Salud ya que el personal que está laborando en el primer nivel de atención están enfocados a realizar Actividades Preventivas Promocionales a través de: educación de la salud, consejerías integrales, talleres y capacitaciones a los asegurados para prevenir las enfermedades hepáticas mediante estilos de vida saludables.

AL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELAZCO:

- A Jefatura de Enfermería de servicio De Centro Quirúrgico: reestructurar el protocolo de Atención al paciente que será intervenido de colecistectomía laparoscópica, ya que es una cirugía común en sala de Cirugía General tanto de cirugías programadas como de sala de emergencias, y asegurar que se cuente con el material y equipo completo y disponible para esta cirugía.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO:

- Se sugiere que se enfatice en realizar cursos relacionados a: Instrumentación Quirúrgica de Enfermería en Cirugías Endoscópicas - Mínimamente Invasivas y difundir estos cursos a Enfermeras (os) de distintos hospitales, para tener mayor alcance, para estar a la vanguardia con las técnicas actuales de cirugías, por ende las egresadas de la especialidad de Enfermería En Centro Quirúrgico de diferentes sedes estén más capacitadas y entrenadas en este tipo de cirugías.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McSherry CK. Colectomía: El estándar de oro. *Am J Surg* 1989; 158: 174-8.
2. Pickelman J, González RP. Los Mejores resultados de la Colectomía. *Am J Surg* 1986; 121: 930-4.
3. Hermann RE. The Spectrum of Biliary Stone Disease. *Am J Surg* 1989; 158: 171-3.
4. Cameron JL, Gadacz TR. Colectomía Laparoscópica (editorial). *Ann Surg* 1991; 213: 1-2.
5. Cuschieri A, Berci G, McSherry CK. Colectomía Laparoscópica (editorial) *Am J Surg* 1990; 159: 273.
6. Peters JH, Ellison CH, Innes JT, et al. Seguridad y Eficacia de la Colectomía Laparoscópica. *Ann Surg* 1991; 213: 3-12.
7. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H. Colectomía Laparoscópica. Informe preliminar de 36 casos. *An Surg* 1990; 211:60-2.
8. M. Alfonso, Roesch D. Federico, Diaz B. Fernando, Martinez F. Silvia. Experiencia en colectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiásica biliar en el paciente anciano. *Rev. Med. Cir. Ciruj. Mexico* 2000; 22(1):35.
9. Carrera M., Yunga J. Anuario de estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012. INEC, Ecuador, 2013.
10. Bocanegra Del Castillo, Ronald Rafael; Córdova Cuadros, María Eliana. Colectomía Laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 - 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 2013. 33
11. Llatas J, Hurtado Y, Frisancho O. Choledocholithiasis in Edgardo Rebagliati Martins Hospital. Lima-Peru. 2010-2011. Incidence, risk factors, diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Gastroenterol Peru.* 2012; 31(4): 324-9.



12. Moro PL, Checkley W, Gilman RH, Cabrera L, Lescano AG, Bonilla JJ, et al. Enfermedad de cálculos biliares en nativos costeros peruanos y migrantes de las tierras altas. Gut. 2000; 46(4):569-73.
13. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación/ESSALUD: Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Manejo De La Colelitiasis, Colecistitis Aguda Y Coledocolitiasis - Guía En Versión Extensa - GPC N°11, Perú. Marzo 2018(versión electrónica). Visitado el 09 de julio del 2019 a horas 20:18. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
14. Historia clínica de la paciente: F.M. L., Nro.:34551, tomo II, revisado el 08 de febrero del 2019 en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – EsSalud Red Asistencial Cusco.
15. Koti RS, Davidson CJ, Davidson BR. Manejo Quirúrgico de la Colecistitis Aguda. Langenbecks Arch Surg 2015; 400: 403-19.
16. Halpin V. Colecistitis Aguda. BMJ Clin Evid 2014; 2014. pii: 0411.
17. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad De Atención Médica. Coordinación De Unidades Médicas De Alta Especialidad División De Excelencia Clínica. Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis: IMSS- 237-09. México - febrero, 2017.
18. AJ. Zarate, M. Álvarez, I. King, A. Torrealba. Colecistitis aguda. Artículo Científico – De Revista Científica Universidad Finis Terrae Uftlince In Bono Malum. Escuela De Medicina – Santiago, Chile. 2015.
19. Schuld J, Glanemann M. Colecistitis Aguda. Viszeralmedizin 2015; 31: 163-5.
20. Wadhwa V, Jobanputra Y, Garg SK, Patwardhan S, Mehta D, Sanaka MR. Tendencias nacionales hospitalarias por colecistitis Aguda en los Estados Unidos. Gastroenterol Rep (Oxf) 2016. Pág.15.



21. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, Büchler MW, Kiriyama S, Kimura Y, Tsuyuguchi T, Itoi T, Yoshida M, Miura F, Yamashita Y, Okamoto K, Gabata T, Hata J, Higuchi R, Windsor JA, Bornman PC; Comité de revisión de las directrices de Tokio. Nuevos Criterios de diagnóstico y Evaluación de la gravedad de la Colecistitis Aguda, y enfermedades hepatobiliar - pancreática en las directrices revisadas de Tokio 2012; 19: 578-85.
22. Quevedo Guanche L. Complicaciones de la colecistitis aguda: diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía 2007; 46(2).
23. Cuadros Biliares Agudos – Clínica Quirúrgica B, Perú. 2017(versión electrónica). Visitado el 06 de agosto del 2019 a horas 12:00. Disponible en:
<http://www.quirurgicab.hc.edu.uy.pdf>
24. Hayama S, Ohtaka K, Shoji Y, Ichimura T, Fujita M, Senmaru N, Hirano S. Factores de Riesgo de Colectomía Laparoscópica difícil en la Colecistitis Aguda. JSLS. 2016 Oct-Dec;20(4).
25. Bravo PM. Guía Metodológica del Proceso de atención de Enfermería. Aplicación de NANDA, NOC Y NIC por especialidades. Propuestas de registros para profesionales y estudiantes de enfermería. 2da edición. Grafica Jesus 2011. Lima-Perú. Pág. 45-52.
26. Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. [Jornada por el Día de la Enfermería]. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012.
27. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2011[citado 9 Jul 2014]; 10(3):163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>



- León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2006 [citado 2 Feb 2012]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864192000400007&lng=es
28. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14(3):611-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
29. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus - Cuba. Vol.19, No. 3 (2017). La Revista de Ciencias Médicas 3 de Diciembre 2017, su historia en la salud espirituana, (versión electrónica). Visitado el 09 de agosto del 2019 a horas 7:00. Disponible en: http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18114/Plan+de+cuidados+al+paciente+colecistectomizado_2010.pdf
30. Benavent, M^a A.; Ferrer, E.; Francisco, C. Fundamentos de enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma), 2001.
31. Gordon, M.; Avant, K.; Herdman, H.; Hoskins, L.; Lavin, MA.; Sparks, Sprks. y Warren, J. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. 2001-2002. North American Nursing Diagnosis Association. Barcelona: Harcourt S.A., 2001.
32. Tecse Ortiz; Oscar David, tesis denominada “Colecistitis Litiasica: factores asociados para la conversión de la Colecistectomía Laparoscópica a Convencional, Hospital Antonio Lorena de Cusco, 2016 - 2018”, para obtener grado De Médico Cirujano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional De San Antonio Abad – Cusco, 2019.
33. NANDA International; Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-14-2013. Madrid: Ed. Elsevier.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL NACIONAL SUR-ESTE ESSALUD. RED ASISTENCIAL CUSCO:



Plaza de Armas de la ciudad del Cusco, Cusco – Perú.



Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Gerencia de la Red Asistencial Cusco GRACU – EsSalud, antes llamado IPSS Hospital Nacional Sur Este. (Hospital de referencia de Redes Asistenciales EsSalud: Apurímac, Puerto Maldonado, Cusco).

PEDIÓDICOS DE LA REGIÓNCUSCO, INFORMAN QUE ESSALUDCUSCO ADQUIERE EQUIPOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN PARA CIRUGÍAS ALTAMENTE ESPECIALIZADAS.

(En las fotografías se encuentra mi persona: Tania Coila Benique, instrumentando una Cirugía Laparoscópica: Colelap).



83 años aniversario EsSalud

Seguro Social de Salud
Estamos a tu servicio

Publicado el 9 Mayo, 2016

Se trata de cuatro torres laparoscópicas valorizadas en más de tres millones de soles.

Continuando con el proceso de equipamiento de los hospitales y centros médicos de la Región, la Red Asistencial Cusco de EsSalud, adquirió recientemente cuatro torres laparoscópicas, equipos de última generación, utilizados para cirugías altamente especializadas, informó el Dr. Abel Laurent Solís, Gerente de EsSalud.

Agregó que los equipos en mención sirven para hacer intervenciones quirúrgicas laparoscópicas mínimamente invasivas, a través de pequeñas incisiones de apenas 0.5 milímetros, entre ellas, cirugías de vesícula biliar, apendicitis, hernias inguinales, entre otras, sin necesidad de hacer cortes y con una mínima estancia hospitalaria para el paciente.

Asimismo, dijo que estos equipos, únicos en su género a nivel nacional, están valorizados en más de tres millones de soles y han sido puestos en funcionamiento en los quirófanos del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco"

Donación de Órganos

Atención al Asegurado

Voluntariado EsSalud

IPRESS

BIENES ESTRATÉGICOS

PÁGINA WEB

DENUNCIA ACTOS DE CORRUPCIÓN

CONTROL INTERNO

IETSI

Ética Pública

Consulta el estado de su Trámite - RUT

¿Dónde me atiende?

Scríbele aquí su Cita Médica

Consulta de Citas

Archivo Central

Secretaría General

Biblioteca Central

Secretaría General



ANEXO 2:

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL INTRAOPERATORIO:

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



	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dos mangueras estériles de jebe o de látex uno para aspiración y otro para irrigación. ▪ Insumos para Colelap: <ul style="list-style-type: none"> –Bisturí nro. 11. –Nylon 3/0 cortante. –Manga de polietileno. –Un cassette de clips de titanio. –04 Tegaderm de 6 por 7 cm. –Bolsa extractora de 10mm –Cloruro de sodio 9 0/00 1000cc –Guantes estériles para los cirujanos e instrumentista. –5 Compresas grandes y 5 pequeñas –Esparadrapo de tela. –Aguja nro. 18 –Placa indiferente para adulto bolsa de polietileno para recolectar la muestra y fijarla con formol al 10%. –Tarjeta para escribir número de set usado, nombre del instrumentista, fecha. ▪ Equipo de limpieza (clorhexidina al 4%, gasas y guantes estériles.). ▪ Módulo o Torre de Laparoscopia (monitor, cámara, fuente de luz, insuflador de Co2, grabador)
ANESTESIA:	General Balanceada.
DESCRIPCIÓN DE ACCIONES:	
ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prepara la sala de operaciones: equipos, instrumental, materiales e insumos para la cirugía. 2. Saca la cinta indicador externo a los paquetes, sets y materiales a utilizar para que quede listo para que apertura la enfermera instrumentista II.



3. Coloca en una mesa auxiliar todo los insumos y materiales entre ellos guantes gasas par la cirugía que la enfermera instrumentista II tendrá que aperturar para la cirugía.
 4. Realiza el lavado de manos quirúrgico.
 5. Ingresa a la sala de operaciones, con los brazos hacia arriba, se seca las manos con la toalla del paquete para la cirugía, se viste con mandil, se calza los guantes estériles, se da la vuelta al mandil.
 6. Cuenta del piezas del set a utilizar para corroborar que este correcto el número de piezas del instrumental.
 7. Ordenar y distribuir todo el material aperturado por la enfermera instrumentista II para tener todo ordenado.
 8. Vestir a los cirujanos, calzarle los guantes estériles, hacerles dar la vuelta su mandil.
 9. Asistir en la vestimenta estéril del paciente y distribuir la cablería que se usara para la cirugía mínimamente invasiva con 2 sábanas, 1 poncho, 4 pinzas backhaus o de campo.
 10. Acercar la mesa de mayo y la mesa en media luna o auxiliar y los trípodes de los lavatorios para tener todo al alcance.
 11. Alcanzar al cirujano la pinza con uña y el mango de bisturí con el bisturí colocado y el trocar de 10mm para iniciar la cirugía.
 12. Inicio de técnica quirúrgica
 13. Seguir atentamente los tiempos de la cirugía para adelantarse en que instrumentos usara el cirujano y el ayudante, para crear un ambiente de armonía y orden.
- TÉCNICA QUIRÚRGICA:**
- h. Colocación de trocars.
 - i. Administración de neumoperitoneo.
 - j. Exponiendo el conducto y la arteria císticos.



	<ul style="list-style-type: none">k. Disecando el Conducto Y Arteria Cística, previo clipaje.l. Seccionado de la Arteria Y Conducto Cístico.m. Disecando la Vesícula del lecho hepático.n. Extracción de la Vesícula Biliar.
<p>ENFERMERA INSTRUMENTISTA II:</p>	<ul style="list-style-type: none">14. Recibe y verifica el pedido de sala de operaciones.15. verifica el tipo de cirugía a realizarse.16. Revisa los equipos y acondiciona el quirófano.17. Recepciona al paciente que le es entregado del camillero se presenta al paciente y revisa su historia clínica le hace la anamnesis verbal observa si tiene el consentimiento informado, revisa vía venosa zona operatoria, pregunta que este en ayunas el paciente, pregunta si es alérgico a medicamentos, si tiene vendados los MMII revisa todos los requisitos para entrar a la cirugía Colecistectomía Laparoscópica.18. Dirige el traslado al paciente de la camilla a la mesa de operaciones junto con el Anestesiólogo.19. Retira la camilla de sala de operaciones.20. Asiste al Anestesiólogo en monitorizar funciones vitales a paciente.21. Abre los paquetes de ropa y los materiales necesarios y puestos por la enfermera instrumentista I para que ella los disponga cuando llegue después de su lavado de manos quirúrgico.22. Amarra mandil a enfermera instrumentista I y a cirujanos.23. Cuida junto con la enfermera instrumentista I que todo procedimiento sea estéril.24. Asiste al anestesiólogo en el proceso de inducción de anestesia e intubación del paciente.25. Le echa agua destilada a las manos de la enfermera instrumentista I para así sacar el polvo de los guantes



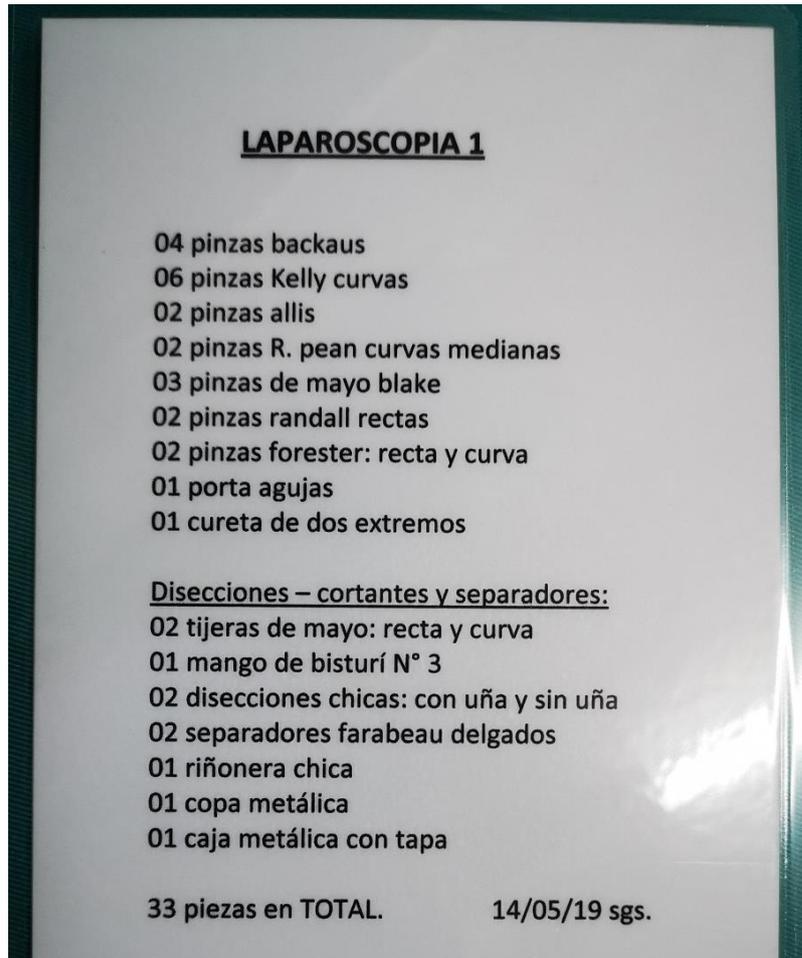
	<p>estériles y proceda la enfermera instrumentista I poner sus manos al Cidex y sacar el material sumergido.</p> <ol style="list-style-type: none">26. Abre la cubeta donde está el material sumergido en Cidex.27. Coloca el punzón en el frasco de agua destilada para echar agua y que la enfermera instrumentista I enjuague y aclare el material puesto a cidex (DAN)28. Prepara material para el lavado de zona operatoria con clorhexidina al 4%.29. Realiza el lavado de zona operatoria según técnica para este procedimiento sabiendo que cirugía podría convertirse en convencional según como se presente la cirugía.30. Realiza los registros de enfermería en historia clínica, y respectivos cuadernos colocando hora de ingreso de paciente a SOP, hora de inicio de cirugía.31. llenar los documentos requeridos en la cirugía (tarjeta del set o instrumental que está usando la enfermera instrumentista I, Check list de cirugía segura, hoja de consumo, cuaderno de dicha sala de operaciones, escribe los datos en la bolsa donde ira la pieza operatoria).32. Fijar la muestra con formol una salida la muestra.33. Asistir a los cirujanos y enfermera instrumentista I en lo que se requiera.34. Prender y apagar la cialítica cuando se requiera.35. Mantener en orden el quirófano durante la intervención quirúrgica.36. Registrar los eventos sucedidos en la cirugía en los respectivos documentos concernientes.
--	---



	<ol style="list-style-type: none">37. Corroborar que una vez terminada la cirugía estén completas junto con la enfermera instrumentista I las piezas del set o instrumental usado.38. Pasar los drenes necesarios tegaderm, o esparadrappo para que cirujanos cubran los puntos laparoscópicos.39. Asistir a Anestesiólogo en el proceso de la extubación de paciente como la aspiración de secreciones, oxigenoterapia, para su recuperación eficaz post anestésica del paciente.40. Terminar con los documentos necesarios y registrar hora de termino, hora de salida de SOP.41. Traer la camilla de la unidad de cuidados post anestésicos. Con ropa de cama previamente calentados en el Autoclave del salo de la UCPA.42. Trasladar junto con los cirujanos y anestesiólogo a paciente de la mesa de sala de operaciones a la camilla de la UCPA con freno luego colocar barandas.43. Trasladar de sala de operaciones junto con el anestesiólogo que va a la cabecera y enfermera instrumentista II a la altura de los pies de paciente a la UCPA.44. Reportar paciente a la enfermera que estará a cargo de paciente en la UCPA nombre de la cirugía edad tipo de anestesia si lleva drenes o no, eventos ocurridos en la cirugía que llamen la atención.45. Llamar a personal de limpieza para el proceso de limpieza de sala.46. Equipar la sala para la próxima cirugía dejarla en orden y conforme.
--	--

Fuente: Protocolo de Centro Quirúrgico HNAGV – Cusco, 2019.

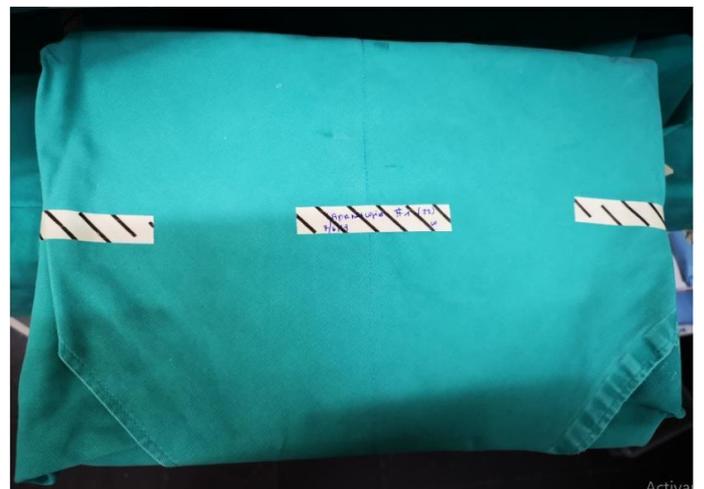
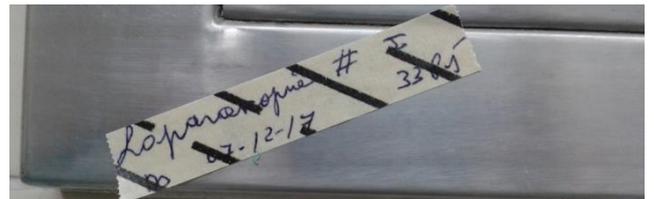
**ANEXO 3: INSTRUMENTAL USADO EN LA CIRUGÍA:
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**



Tarjeta del Instrumental.

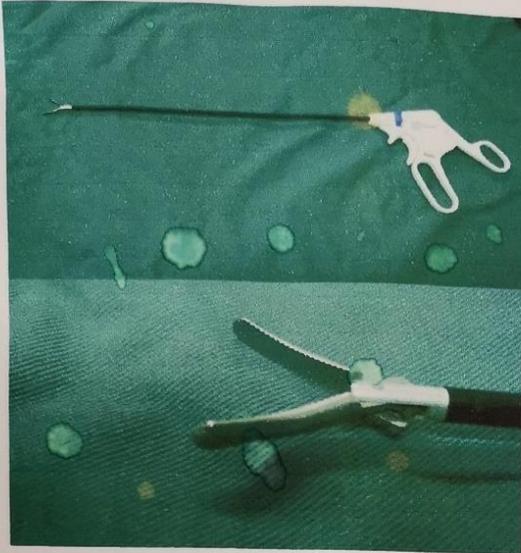


Autora de la presente Monografía: Lic.
Tania Coila.

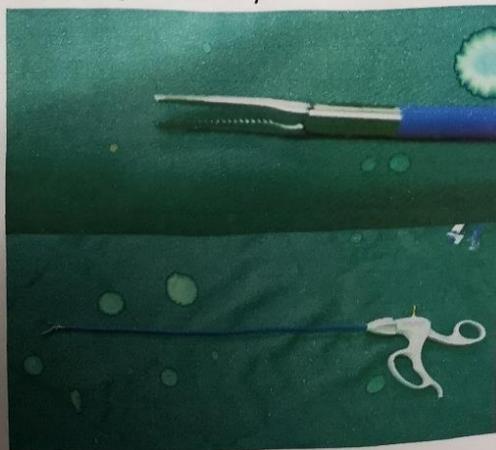


MATERIAL LAPAROSCÓPICO: Consta de:

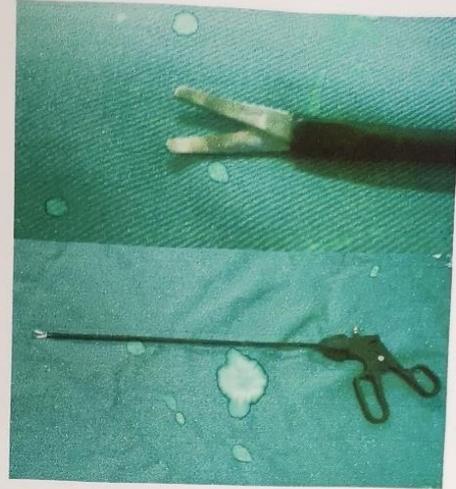
▷ 02 pinzas Grasper:



▷ 02 pinzas Maryland:



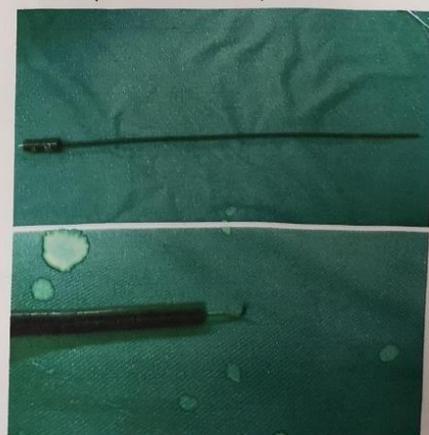
▷ 01 tijera:



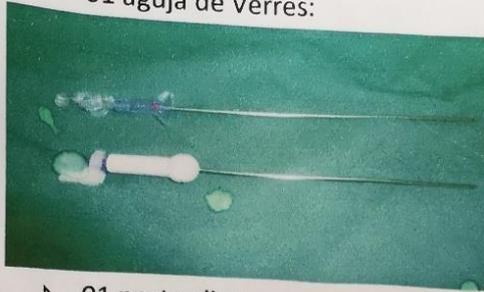
▷ 01 pinza Extractora:



▷ 01 hook o gancho:
(electro bisturí)



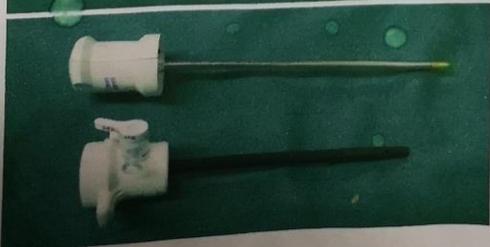
▷ 01 aguja de Verres:



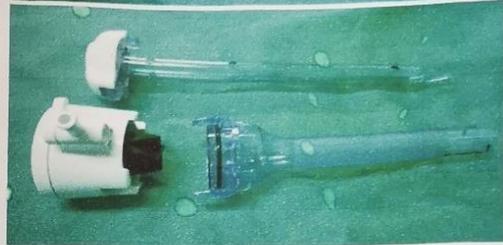
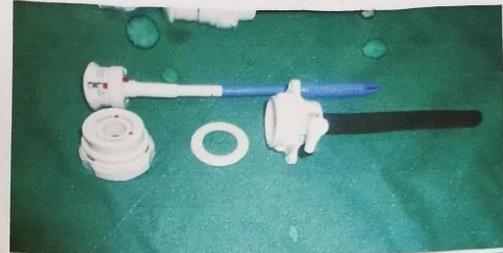
▷ 01 porta clips:



▷ 02 trocares de 5 mm.:



▷ 02 trocares de 10 mm.:



- ✓ Todos los trocares de 5mm o de 10mm cualquiera que sea el modelo deben de tener todos sus accesorios
- ✓ Las agujas de Verres deben de prepararse individualmente.
- ✓ La pinza porta clips debe prepararse individualmente así como la extractora y pueden ingresar a autoclave, **se necesita urgente.**
- ✓ El material **debe** de ser **seleccionado** por la enfermera que **hace** noche por **juegos** y dejar la etiqueta respectiva con cantidad e iniciales, para ser bajado a suministros.
- ✓ No se bajara ningún material que no sea parte de un juego.

Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico.
12/02/11.

ANEXO 4: AFICHE DE CENTRO QUIRÚRGICO DE LAVADO DE MANOS:



ANEXO 5:

FOTOGRAFÍAS DE LA SECUENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

MATERIAL LISTO PARA APERTURAR POR LA ENFERMERA CIRCULANTE PARA QUE SEA UTILIZADO POR LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA:



MATERIAL: ÓPTICA, FIBRA DE VIDRIO, CABLE DE CO₂, CABLE MONOPOLAR, CANULA DE IRRIGACIÓN Y ASPIRACION, SUMERGIDO EN DESINFECCION DE ALTO NIVEL (CIDEX):

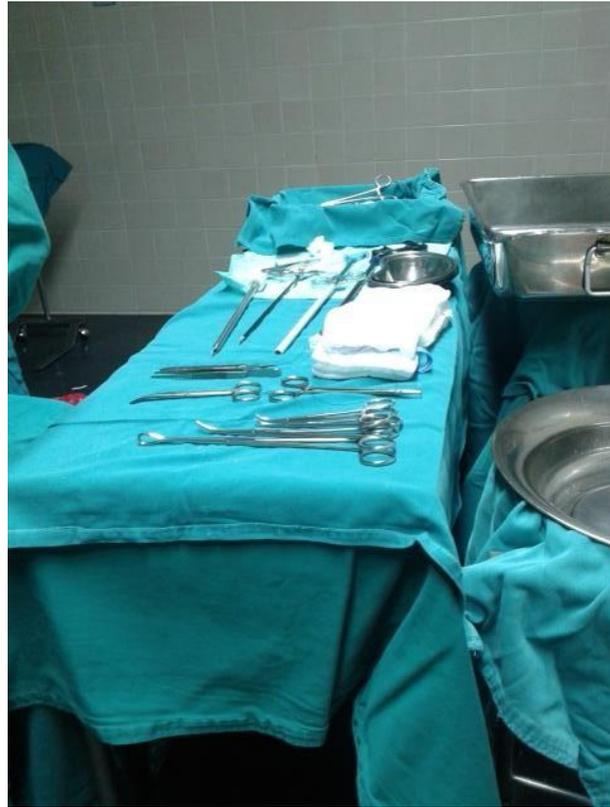


ENJUAGUE DE MATERIAL CON AGUA DESTILADA (UTILIZAMOS 3 A 4 FRASCOS DE 1 LITRO CADA UNO):





MESA ARMADA CON LAS PINZAS A UTILIZAR:



DURANTE LA CIRUGIA: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:



83 años Seguro Social de Salud
EsSalud
Estamos a tu servicio

Donación de Órganos
Atención al Asegurado
Voluntariado EsSalud

EsSalud Cusco adquiere equipos de última generación para cirugías altamente especializadas

Publicado el 9 Mayo, 2016

- Se trata de cuatro torres laparoscópicas valorizadas en más de tres millones de soles.

Continuando con el proceso de equipamiento de los hospitales y centros médicos de la Región, la Red Asistencial Cusco de EsSalud, adquirió recientemente cuatro torres laparoscópicas, equipos de última generación, utilizados para cirugías altamente especializadas, informó el Dr. Abel Laurent Solís, Gerente de EsSalud.

Agregó que los equipos en mención sirven para hacer intervenciones quirúrgicas laparoscópicas mínimamente invasivas, a través de pequeñas incisiones de apenas 0.5 milímetros, entre ellas, cirugías de vesícula biliar, apendicitis, hernias inguinales, entre otras, sin necesidad de hacer cortes y con una mínima estancia hospitalaria para el paciente.

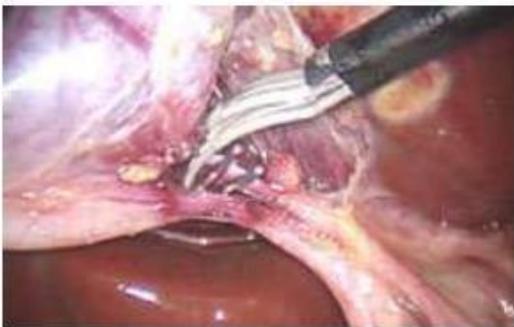
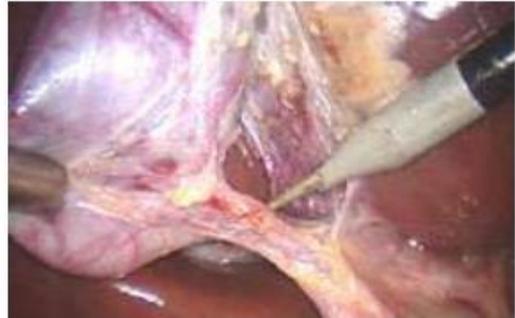
Asimismo, dijo que estos equipos, únicos en su género a nivel nacional, están valorizados en más de tres millones de soles y han sido puestos en funcionamiento en los quirófanos del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco"

Portal de Transparencia Estándar

- Procedimientos Privados
- Incorporación CAS a O.L.
- Comisión Promoc. Inter.
- SERL 2019
- Comisión de Asesoría
- RESIDENC 2019
- Comisión Privatización
- Plan Estratégico Institucional
- Encuesta Población Pin
- Agencia de
- Transparencia FONAFI
- Fondo de Desarrollo Social del
- Sistema Nacional de Atención de U
- SAHIL
- Com. Trabajo
- TRANSPARENCIA



SECUENCIA QUIRÚRGICA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VISTA
DESDE EL MONITOR DE LA TORRE DE LAPAROSCOPIA:



INSTALACIÓN DE LA ASPIRACION – IRRIGACIÓN PARA USAR LA CANULA EN LA LAPAROSCOPIA:



PIEZA OPERATORIA: VESICULA BILIAR EN BOLSA DE LAPAROSCOPIA DE 10MM:



PIEZA OPERATORIA: VESICULA BILIAR, PARA ENVIAR A ANATOMIA
PATOLÓGICA LUEGO EN BOLSA SUMERGIDA EN FORMOL:



TERMINO DE LA CIRUGIA, RETIRO DE LOS 4 TROCARES, QUEDAN PUNTOS
LAPAROSCOPICOS EN ABDOMEN:



PACIENTE EN PROCESO DE EXTUBACIÓN YA EN CAMILLA PARA IR A
UNIDAD DE CUIDADO POST ANESTÉSICO:



PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS (UCPA):





**ANEXO 6: FOTOGRAFÍAS DE LOS DOCUMENTOS DE LA CIRUGÍA DE LA
PACIENTE TOMADAS DE SU HISTORIA CLÍNICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS**

Yo Luzmila Figueroa Navarza..... identificado(a) con DNI / Pasaporte / Carné de las FFAA/
Carné de Extranjería N° 23824856..... en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la)
paciente)..... con Historia Clínica
N°....., autorizo al (los) médico(s):
Dr.(a).....
y Dr.(a)..... a practicar el procedimiento
médico quirúrgico siguiente.....
Que consiste en:.....

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente:

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos ó consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; ó imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado ó diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico a que seré(á) sometido(a) mi representado (a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: día 08....., mes: enero....., año: 2019....., Hora:.....AM/PM.

Firma del Paciente / Padre / Madre / Representante Legal, con DNI/ Pasaporte/ Carne FFAA/ Carné de Extranjería
N°.....; que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico:
Luzmila Figueroa Navarza.....

Observaciones:.....



FORMATO DE CHECK LIST DE CIRUGÍA SEGURA:

ANEXO 05: LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

CIRUGIA EMERGENCIA PROGRAMADA

ESPECIALIDAD: Cirujia Gral

Hora Ingreso Quirófano: 14.00
 Hora Inicio Cirugía: 14.35
 Hora Término Cirugía: 15.20
 Hora Salida Quirófano: 15.30

N° Autogenerado: 4004250-005 Paciente: Franco Lopez Lumbra Fecha: 08/02/19 Hora: 14.00

Antes de la inducción de la anestesia

Se ha confirmado en el paciente:

- Nombre
- Zona a ser operada
- Procedimiento a realizar
- Consentimiento Informado

Se ha marcado la zona a ser operada

No se aplica

Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia.

Oxímetro colocado en el paciente y funcionando

Se sabe si el paciente tiene:

¿Alergia conocida?
 Si No

¿Dificultad en la vía respiratoria/riesgo de aspiración?
 Si No

Si y equipamiento / asistencia disponible

¿Riesgo de pérdida de más de 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)?
 Si No

Si y tiene una vía EV y reemplazo planificado

Antes de la incisión

Confirme que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función

Cirujanos, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente:

- Nombre del paciente
- Zona a ser operada
- Procedimiento

Antes que el Paciente salga del quirófano

Enfermera confirma verbalmente con el equipo

- El nombre del procedimiento registrado
- Que el recuento de instrumentos, gases y agujas son correctos (o no aplicable)
- La muestra o espécimen es etiquetado (incluye el nombre del paciente)
- Si hay problemas para corregir en algún instrumento

El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los temas clave para la recuperación y manejo posterior de este paciente.

CIRUJANO:
 Firma: Roberto Chino Chacua
 Nombre: Roberto Chino Chacua
 Cargo: General de Anestesia
 RUC: 3112

ANESTESIÓLOGO:
 Firma: Diana F. Mendoza Cusi
 Nombre: Diana F. Mendoza Cusi
 Cargo: General de Anestesia
 RUC: 3112

INSTRUMENTISTA:
 Firma: [Firma]
 Nombre: [Nombre]

ENF. CIRCULANTE:
 Firma: [Firma]
 Nombre: [Nombre]

¿Han sido dados antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos?
 Si No No aplica

¿Están las imágenes radiográficas exhibidas?
 Si No No aplica

Elaborado en base a la RM N° 533-2008/MINSA del 30 de julio 2008.

NOMBRE DE CIRUJANOS: D.S. Gyro Ch - Franco Lopez Lumbra - R. Pesales Especialidad: Cirujia Gral
 N° de Quirófano: 3 Tipo de Anestesia: Gral B Dx. de Operación: Colelitiasis -> Colelitop



HOJA DE CONSUMO DE MATERIAL UTILIZADO EN CIRUGÍA:

EsSalud
Seguridad Social para todos

MATERIAL UTILIZADO POR EL PACIENTE EN EL SOP

Nº H. C. : _____
 Paciente : Figueras Mayorga Luzmila
 Nº Autogenerado : 40042501-005
 Operación : Cole-lap
 Cirujanos : Dra. Guiso Ch-Yanguemod
 Anestesiólogo : Dra. Stenderza-Ra Calvo R3 Petalca
 Cirugía Emergencia () Programada (x) Adición ()

Fecha : 08-02-19
 Edad : 78 años Sexo: Femenino
 Enf. Inst. I : Uc. Tania C.
 Enf. Inst II : Uc. Lora-za
 H. Ingreso : 14.00 H. inicio Op. : 14.35
 H. termino Op. : 15.20 H. salida : 15.30

1. TIPO DE ANESTESIA: Gen B.

T.E.T. Nº : _____ Cateter Epidural Nº : _____
 Cateter IV Nº : _____ Aguja descart. Nº : _____
 Electrodo : _____ Cateter via central Nº : _____
 Filtro : _____ Llave triple via : _____
 Sonda asp. Nº : _____ Extensión de via : _____
 Aguja Epid. Nº : _____ Aguja Raquidea Nº : _____
 Plasma : _____ Transfusión : _____
 C/Na 9% lt : _____ Jeringa de aga : _____
 Masc. Oxig. : _____ Cánula binasal : _____
 Otro : _____

2. SUTURAS ABSORBIBLES:
 C. Crómico Nº : _____ C. Crómico Nº : _____
 C. Crómico Nº : _____ Vicryl Nº : _____
 Vicryl Nº : _____ Vicryl Nº : _____

3. SUTURAS NO Absorbibles:
 Lino Nº : _____ Lino Nº : _____
 Lino Nº : _____ Nylon Nº : _____
 Nylon Nº 3/0a 01 : _____ Nylon Nº : _____
 Seda negra Nº : _____ Seda negra Nº : _____
 Seda negra Nº : _____ Poliprop Nº : _____
 Poliprop Nº : _____ Poliprop Nº : _____

4. MATERIAL FUNGIBLE:
 Hoja Bist. Nº 11 01 : _____ Guante Qx. Nº 7 1/2 01 : _____
 Hoja Bist. Nº : _____ Guante Qx. Nº 7 03 : _____
 Jeringa Nº 30 01 : _____ Guante Qx. Nº 6 1/2 02 : _____
 Jeringa Nº 20 01 : _____ Guante Qx. Nº : _____
 Jeringa Nº 05 01 : _____ Gasa 15 x 50 cm : 05 : _____
 Esparadrapo : _____ Gasa 50 x 50 cm : _____
 Dren pen rose : _____ Gasa : _____
 Feeding Nº : _____ Manoplas : _____
 Lapiz Electrob. : _____ Sonda Aspirador 01 : _____
 Mecha nasal : _____ Sonda : _____
 Bolsa colost. : _____ Steri drape : _____
 Placa indifer. : _____ Steri drape : _____
 Cera de hueso : _____ Cotones : _____
 injerto hueso : _____ Tegaderm 6x7 03 : _____
 Dren Kerh Nº : _____ Tegaderm : _____
 Isodine soluc. : _____ Cotones : _____
 Isodine esp. : _____ Hemocolag. : _____
 Agua oxigen. : _____ Hemocolag. : _____
 Alcohol yod. : _____ Trocar lap. 10mm : _____
 Alcohol puro : _____ Trocar lap. 5 mm : _____
 Bolsa p. orina : _____ Aguja verres : _____
Manga 01 : _____ Pinza maryland : _____
Ch. ps. 24mm : _____ Pinza grasper : _____
 Otros : _____ Tijera endoscop. : _____

Conteo de gasas : _____
 Conteo de cotones : _____

Firma Lic. Enf. II : _____ C.E.P. Nº : _____
 Firma Lic. Enf. Recup. : _____ C.E.P. Nº : _____



INFORME OPERATORIO:

ESSALUD H. N. ADOLFO GUEVARA VELASCO PARTE DIARIO - POST OPERATORIO
CENTRO QUIRURGICO C-GOCS INFORME REPORTE OPERATORIO

Fecha: 08/02/2019
Pag.: 1
Prog.: QUIR1200
Hora: 15:22:19

ACTO MEDICO : 8805724
Autogenerado: 4004250FUM01005
Nombre : FIGUEROA MAYORGA DE MACHICADO
Sexo : Femenino

Fecha Operacion : 08/02/2019
Fecha de Solicitud : 07/02/2019
Hora : 14:20
Edad : 78
Estado : Operado

Procedencia : HOSPITALIZACION

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DETALLES DE LA OPERACION

Servicio : B41 CIRUGIA GENERAL
Cirujano I : 62827 CJUNO CHACCA ROBERTO
Cirujano III :
Cirujano V :
Sala de Operaciones : SALA # 1
Cirujano II : 54720 YANQUIRIMACHI SALAZAR DIANA
Cirujano IV :
Cirujano VI :

Operacion Programada: B56340 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
Operacion Realizada : B56340 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
Tercera Operacion :
Diagnostico Final : K81.0 COLECISTITIS AGUDA
Diagnostico Inicial : H25.1 CATARATA SENIL NUCLEAR
Segunda Operacion :
Cuarta Operacion :
Especialidad : CIRUGIA GENERAL

Anestesiolego # 1 : 57047 MENDOZA CUSI DIANA ELIZABETH
Enfermera(o) :
Estado Fisico Pre-operario :

Anestesiolego # 2 :
Destino : RECUPERACION

Tipo de Anestesia 1 : 01 GENERAL
Resultado : OPERACION EXITOSA

Tipo de Anestesia 2 :
Destino : RECUPERACION

DESCRIPCION DE LA OPERACION

hallazgos:
vesicula biliar de 10*8cm paredes delgadas, contenido litos, vias biliares de aspecto normal
multiples adherencias entre epiploon y pared abdominal
procedimiento
tecnica americana, neumoperitoneo, hallazgos, diseccion de triangulo de calot, clipaje de arteria cistica y conducto cistico, ectomia vesicular en bolsa, hemostasia, cierre de accesos

Complicaciones Quirurgicas: _____

Envio de muestras: _____

Diagnostico post-operatorio presuntivo: COLECISTITIS AGUDA _____

Extraccion de material en la intervencion: Si _____ Cod: K81.0
Examen Anatomopatologico: Si _____
Examen Bacteriologico: No _____

----- HORAS EFECTIVAS EN OPERACION -----

Tiempo en la Sala	H.Inicio :14.00	H.Final :15.20	Anestesiolego NS 1	H.Inicio : 0.00	H.Final : 0.00
Duracion de Anestesia	H.Inicio : 0.00	H.Final : 0.00	Anestesiolego NS 2	H.Inicio : 0.00	H.Final : 0.00
Duracion de Operacion	H.Inicio :14.20	H.Final :15.20	DESTINO FINAL :	[]-Alta	[]-Morturio
				[]-U.C.I.	[X]-Sala Recuper.
					[]-Hospital
					[]-Cons.Ext.

Dr. Roberto Cuno Chacca
CMP: 62827
RNE: 31782



FORMATO DE ENVIO DE LA PIEZA OPERATORIA A PATOLOGÍA:

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE <i>Figueroa Mayores de Mucitaco</i>		EDAD <i>385</i>	SEXO <i>F</i>	RAZA
SERVICIO <i>CIRUGIA SECCION</i>	CAMA	Nº DE SEGURO <i>4004250.005</i>	FECHA <i>08/02/2019</i>	
Tiempo de evolución del Proceso: DATOS CLINICO - QUIRURGICOS		Nº HISTORIA CLINICA <i>34551</i>	PROCEDENCIA	

DOLOR ABDOMINAL

BIOPSIAS ANTERIORES:

HALLAZGOS OPERATIVOS: *VEDICULO BILIBAR DE 70x 8cm
PAREDES DELGADAS
CONTENIDO LITOS*

Organo de donde se toma la biopsia:

Espécimen que se envía:
VEDICULO BILIBAR

DIAGNOSTICO CLINICO *COLELITIASIS*

Clase de espécimen:

BIOPSIA PUNCION	<input type="checkbox"/>	BIOPSIA QUIRURGICA	<input type="checkbox"/>
PIEZA OPERATORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	BIOPSIA ENDOSCOPICA	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	LAMINAS EN REVISION	<input type="checkbox"/>

Forma de obtención del espécimen:

NOMBRE DEL CIRUJANO	MEDICO QUE SOLICITA EL EXAMEN <i>[Signature]</i> Roberto Chino Chacaca Código de Registro Profesional: 1111111111 CNP: 6227 RNE: 51782
---------------------	--



FORMATO DE REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA EL POST
OPERATORIO:

EsSalud
RED ASISTENCIAL CUSCO
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco

HOSPITAL NACIONAL "ADOLFO GUEVARA VELASCO"
SERVICIO DE FARMACIA
SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA

HOJA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE SALA DE RECUPERACIÓN

HOJA N°	SALA:	DISPENSADO POR:
---------	-------	-----------------

FECHA: 08/02/2019	ANESTESIÓLOGO: Dra. Neuzo
PACIENTE: FIGUEROA MAYORCA	INICIO DE LA ANESTESIA:
AUTOGENERADO: DR. DISTRITO DE VENEZUELA	INICIO DE LA OPERACIÓN:
DIAGNOSTICO: 4004250-005	FIN DE LA OPERACIÓN:
OPERACIÓN: COLELAP	CIRUJANO PRINCIPAL:
OBSERVACIONES:	
TIPO DE ANESTESIA: G3	

FARMACOS	UM	CONSUMO	FARMACOS	UM	CONSUMO
Amikacina 500 mg.	Am		Clorfenamina	Tb	
Cefazolina 1 g.	Am		Dextrosa 5% 1000 cc.	Fcc	
Ceftriaxona 1 g.	Am	02	Diclofenaco 75 mg.	Am	
Cilindamicina 500 mg.	Am		Diminhidrinato 50 mg.	Am	
Codelina 60 mg.	Am		Furosemida 20 mg.	Am	
Cloruro de Sodio 9% 1000cc.	Am	02	Heparina 5000 UI.	Am	
Cloruro de Sodio 20 %	Am		Metamizol 1 g.	Am	06
Cloruro de Potasio 20 %	Am		Metaclopramida 10 mg.	Am	03
Escopolamina 20 mg	Am		Ranitidina 50 mg.	Am	03
Dexametasona 4 mg	Am		Tramal 50 mg.	Am	

Dr. Neuzo
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco
Servicio de Farmacia
RNE: 31782

FORMATO DE HOJA DE TRATAMIENTO INMEDIATO PARA LA
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS:

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUVIANOS

TRATAMIENTO

Apellidos y Nombres: FIGUEROA
MAYORCA DE MAYORCA
N° de Seguro: 4004250-005
N° de Historia Clínica:

Servicio: Cama:

FECHA INICIO	HORA	INDICACIONES	FECHA TERMINO	FIRMA
08/02/2019		POSTOPERATORIO		
		1) NPO		
		2) CLORURO DE SODIO 9/ 1000cc →		I. E
		3) CEFTRIAOXONA 2g VCV 4 24HR		
		4) RANITIDINA 50 VCV 4 8HR		
		5) METAMIZOL 2g VCV 4 8HR		
		6) METACLOPRAMIDA 20. VCV 4 8HR		
		7) CPU. BK		

Dr. Neuzo
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco
Servicio de Farmacia
RNE: 31782