Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Cuidados Perioperatorios en el Paciente Programado para Colecistectomía

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica

Presenta:
LEO. María Del Rocío Zamora Rosario

Octubre, 2023.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Cuidados Perioperatorios en el Paciente Programado para Colecistectomía

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica

Presenta:
LEO. María Del Rocío Zamora Rosario

Director de Tesina:
MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Octubre, 2023.

Tesina: Cuidados Perioperatorios en el Paciente Programado para Colecistectomía.

Número de registro: SIEP/EEMQ/001/23

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Presidente

DCE. Erick Landeros Olvera
Secretario

MSP. Erika Lozada Perezmitre
Vocal

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Dedicatoria

A mis padres Angel Zamora y Eva Rosario e hijos Carolina y Juan Pablo, quienes son los pilares más importantes en mi vida, gracias a ustedes por la fortaleza y la confianza que siempre me transmitieron.

INDICE

Resumen 5
Capítulo I 7
Introducción 7
Marco De Referencia 11
Objetivo General 15
Objetivos Específicos 15
Capítulo II 16
Proceso de Enfermería 16
I. Valoración Inicial. 16
Datos de Identificación 16
Observación del Entorno 17
Datos Históricos 17
Datos Actuales 17
II. Valoración cefalocaudal 18
III. Resultados Auxiliares Diagnósticos 18
Valoración Focalizada: Preoperatorio 21
Registro de Diagnósticos de Enfermería: Preoperatorio 23
Planes de Cuidados de Enfermería: Preoperatorio 24
Valoración Contínua: Transoperatorio 28
Valoración Focalizada: Transoperatorio 28
Técnica de instrumentación quirúrgica de colecistectomía convencional 29
Reporte de hallazgos 31
Registro de Diagnósticos de Enfermería:Transoperatorio 32
Planes de Cuidados de Enfermería: Transoperatorio 33
Valoración Contínua: Postoperatorio Inmediato 37
Valoración Focalizada: Postoperatorio Inmediato 37
Registro de Diagnósticos de Enfermería: Postoperatorio Inmediato 39
Planes de Cuidados de Enfermería: Postoperatorio Inmediato 40
Valoración Contínua: Postoperatorio Mediato 44
Valoración Focalizada: Postoperatorio Mediato 44

Registro de Diagnósticos de Enfermería: Postoperatorio Mediato 46
Planes de Cuidados de Enfermería: Postoperatorio Mediato 47
Recomendaciones de Alta 51
Valoración en Cuidados Domiciliarios 52
Valoración Focalizada: Cuidados Domiciliarios 52
Registro de Diagnóstico de Enfermería: Cuidados Domiciliarios 54
Plan de Cuidados de Enfermería: Cuidados Domiciliarios 55
Capítulo III 57
Resultados 57
Conclusión 59
Referencias 60
Apéndices 64
Anexo A. Consentimiento informado 64
Anexo B. Escala de Glasgow 65
Anexo C. Escala de Valoración Analógica 66
Anexo D. Escala de Braden 67
Anexo E. Escala de Aldrete 68
Anexo F. Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) 69

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista Médico Quirúrgica
Fecha de Graduación	Octubre 2023
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Cuidados Perioperatorios en el Paciente Programado para Colecistectomía
Número de páginas	71
Área de Estudio	Enfermería Médico Quirúrgica

Introducción: La litiasis biliar se define como la presencia de depósitos sólidos dentro de la vesícula biliar. En México representa el 14.3% de la atención otorgada en los servicios de salud, por lo cual la colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados con mayor frecuencia. Los cuidados de enfermería dentro de las etapas que integran el periodo perioperatorio contemplan intervenciones especializadas encaminadas a la resolución de las necesidades del paciente programado para cirugía. **Objetivo:** Implementar un plan de cuidados de enfermería en el perioperatorio del paciente programado para colecistectomía. **Metodología:** Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente programado para colecistectomía en un hospital público de segundo nivel de atención, mediante la implementación del modelo de Virginia Henderson, la taxonomía NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** La necesidad de evitar peligros mejoró de sustancial a leve; mantener la higiene corporal e integridad de la piel de a veces demostrado a siempre demostrado, mantener la temperatura corporal de sustancialmente comprometida a levemente comprometida y de aprendizaje de sustancialmente comprometida a levemente comprometida. **Conclusión:** Los cuidados especializados otorgados por el

especialista quirúrgico contribuyen a satisfacer las necesidades del paciente mediante lo cual se disminuyen la estancia hospitalaria, las complicaciones y se mejora su calidad de vida.

Palabras Clave: Proceso enfermero, Colelitiasis, Colecistectomía.

Firma del Director de Tesina: MCE. Rosa María Galicia Aguilar.

Capítulo I

Introducción

La litiasis biliar se caracteriza por la presencia o formación de depósitos sólidos denominados cálculos dentro de la vesícula biliar. La alteración del flujo biliar constituye la morbilidad principal; a nivel mundial se reporta una prevalencia de 10 a 15% en la población adulta de países desarrollados, mientras que la mortalidad es relativamente menor de 0.6%. En América Latina, se presenta entre el 5 al 15% de la población adulta; mientras que en la población mexicana es de 14.3% con una distribución en hombres del 8.5% y en mujeres 20.5%; se estima que, contribuye al 20% de la demanda de atención en los servicios de urgencias. Representa una de las causas más comunes de internación y su tratamiento quirúrgico es una de las operaciones abdominales realizadas con mayor frecuencia (Salom, Miranda, Pais, Murias, Giliberti y Abiuso, 2022).

Los factores de riesgo asociados a la formación de litos son el sexo femenino, edad mayor a 40 años, la obesidad, embarazo, uso de terapia hormonal e incluso antecedentes heredofamiliares. Su evolución clínica es asintomática en un 60 a 80% de los casos; sin embargo, se estima que alrededor del 65% de estos pacientes presentan al menos un cuadro de cólico biliar. Las complicaciones principales se derivan de la obstrucción del flujo normal de la bilis causada por la migración de litos de la vesícula hacia el conducto biliar común. El cuadro clínico está integrado por dolor abdominal, localizado en el hipocondrio derecho e hipersensibilidad a la palpación; el cólico biliar puede irradiarse a epigastrio, área retroesternal e incluso a la escápula ipsilateral, acompañado de vómito, dispepsia y distención abdominal; en casos crónicos puede asociarse fiebre, taquicardia e inflamación sistémica lo que aumenta el dolor (Pérez et al., 2018).

El diagnostico se basa en la identificación de los síntomas clínicos y en las pruebas de imagen abdominal que confirman la alteración de la anatomía normal de la vesícula y la presencia de litos o barro biliar. El tratamiento inicial combina el uso de analgésicos, reposo y cambios en los hábitos alimenticios, sin embargo, el tratamiento definitivo es la colecistectomía. Esta técnica quirúrgica consiste en la extracción de la vesícula biliar patológica; el procedimiento disminuye la incidencia de complicaciones biliares a largo plazo y disminuye los costos del tratamiento. Del 1 a 3% de los pacientes desarrollan complicaciones como: colecistitis aguda, colangitis, pancreatitis, empiema, colecistitis gangrenosa y el riesgo de proceso neoplásico por su asociación con la colecistitis crónica (Bueno et al., 2022; Salom et al., 2022).

La colecistectomía dispone de dos tipos de abordaje: La vía laparoscópica y la convencional. La técnica laparoscópica es de mínima invasión, favorece y acorta el periodo de recuperación; aun así, tiene una tasa de conversión a colecistectomía abierta de 2 a 5% secundario a complicaciones en el abordaje, lesiones del conducto biliar, retención de cálculos en conductos biliares y sangrado; el procedimiento convencional o abierto, se realiza en ausencia del equipo laparoscópico o bajo las condiciones de pacientes con enfermedad vesicular sintomática complicada con obesidad mórbida, trastornos hemorrágicos, hipertensión portal, enfermedad pulmonar, cirugía abdominal previa, tercer trimestre del embarazo, empiema vesicular, colangitis aguda, perforación vesicular y fístulas colecisto-entéricas (Torres, Guzmán, Pallango, Chicaiza y Guangasi, 2022).

El objetivo de la intervención quirúrgica es favorecer la calidad de vida en el paciente. Cuando la colecistectomía se realiza mediante técnica abierta, la tasa de complicaciones asociadas es mayor comparada al laparoscópico (16% vs 9%). En relación a la incisión de mayor tamaño, el riesgo de infección de la herida y el nivel de dolor, implica el aumento de la estancia hospitalaria y de los insumos requeridos para su atención. Si bien, la realización de la

colecistectomía abierta en la actualidad es menos frecuente, esta vía de abordaje es la primera elección ante la necesidad de contar con un campo quirúrgico amplio para la exploración abdominal total y directa donde la anatomía poco clara complica el procedimiento quirúrgico (López, Paipilla, López y González, 2020).

El periodo perioperatorio se integra por tres etapas quirúrgicas: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio; en cada una se combina el conocimiento científico y la aplicación de la metodología del proceso enfermero con la guía de un modelo teórico de enfermería para garantizar la realización de cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de la persona. Las intervenciones de enfermería se realizan con la finalidad de mantener la integridad y seguridad del paciente, además de la participación en la técnica quirúrgica, se requieren procesos para la aceptación de los cambios en su estilo de vida lo cual lo torna vulnerable y con evidencia de necesidades. Por lo tanto, la enfermera requiere de contínua preparación académica y conocimiento experto en relación con el tipo de cirugía, procedimientos específicos, seguridad del paciente y calidad humana (Herce y García, 2021).

La Organización Mundial de la Salud [OMS], en el marco del Programa de Seguridad del Paciente, desarrolla lineamientos encaminados a disminuir los riesgos durante su atención en los servicios de salud. Estas guías contienen recomendaciones como la implementación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica. Esta herramienta divida en tres fases, correlaciona el momento quirúrgico que se desarrolla con actividades primordiales para aumentar la seguridad en la atención, detectar errores en la ejecución de las intervenciones y fomentar la comunicación, por lo cual, abarca todo el periodo perioperatorio (Do Prado y Galvao, 2019; Sillero y Zabalegui, 2019).

Dentro del periodo preoperatorio la enfermera valora al paciente para identificar sus necesidades y planear los cuidados a ejecutar, además de incluir la preparación física y emocional

mantiene como eje central a la educación. Es importante reconocer que para el paciente la cirugía constituye riesgos inminentes, por lo tanto, realizar encuentros preoperatorios con el facilita la comunicación, permite resolver dudas en relación con la experiencia quirúrgica y atenuar los miedos al dolor, a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y a la separación familiar (Salazar, 2022).

Durante el periodo transoperatorio las intervenciones que realiza el profesional quirúrgico incluyen desde la preparación del área con los recursos e insumos necesarios hasta la ejecución de la técnica quirúrgica, las actividades se centran en el paciente, por lo que es atendido como persona única e independiente; si bien, la realización del procedimiento quirúrgico favorece la expectativa y calidad de vida, el paciente lo percibe como un evento de riesgo con aumento de malestar e incapacidad por lo cual se percibe vulnerable. En esta fase la enfermera quirúrgica trabaja de manera coordinada con el equipo multidisciplinario para garantizar la seguridad del paciente durante todo el procedimiento (Salazar, 2022).

Los cuidados de enfermería en el periodo postoperatorio son dirigidos a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, la prevención de complicaciones, control del dolor, la recuperación de sus funciones normales y la reintegración a sus actividades. La vigilancia hasta la estabilización del paciente y el control del dolor contribuyen a la reducción de la estancia hospitalaria y de manera subsecuente a la disminución del riesgo de infección. El periodo posoperatorio se continúa aún en casa lo que favorece la participación directa del paciente en el cuidado de su salud (Higueras y Aznar, 2022).

El proceso quirúrgico expone a la persona a una situación de vulnerabilidad física y emocional, ante esta circunstancia los cuidados especializados de enfermería cobran una especial relevancia en la recuperación de la persona, prevención de complicaciones y en garantizar su seguridad. El proceso enfermero orienta el diseño e implementación de intervenciones de

enfermería desde la valoración hasta la evaluación de los resultados, la aplicación de este sistema metodológico a la práctica exige habilidades dirigidas a cubrir las necesidades de la persona o sistema familiar. Por lo tanto, el dominio de la metodología del proceso enfermero, permite aumentar la base teórica del conocimiento científico de enfermería, contribuye a la prestación de cuidados activos, innovadores y explícitos basados en las necesidades de salud de la persona, lo que implica en el enfermero especialista el desarrollo de habilidades del juicio clínico para lograr el resultado esperado (Escobar, Valenzuela y Díaz, 2021; Higueras y Aznar, 2022).

Marco De Referencia

En respuesta a las necesidades de los pacientes durante el periodo perioperatorio, es necesario integrar un método que guíe la planificación y ejecución de intervenciones especializadas para promover una cirugía segura. Para lograr este objetivo, es útil el proceso enfermero, herramienta sistemática y metodológica, que deriva del pensamiento crítico que favorece una pronta recuperación, influye en la prevención de complicaciones y contribuye a reducir la estancia hospitalaria (Lallana, 2021).

Vincular un modelo teórico con el método enfermero permite la integración adecuada de la metodología al proceso organizado en el plan de cuidados. El modelo de Virginia Henderson es una guía útil para valorar las necesidades básicas humanas del paciente en el periodo perioperatorio, desde su perspectiva se integran los componentes biológico, espiritual, psicológico y sociológico, como una guía para determinar dificultades o áreas de dependencia, que sustenten el diagnóstico de enfermería y las intervenciones dirigidas a resolver las 14 necesidades del paciente. Este modelo teórico tiene un orden específico en la recolección de información enfocado en las necesidades básicas de la persona, oxigenación, alimentación,

eliminación, movilidad - postura, sueño - descanso, vestirse, mantener la temperatura corporal, higiene corporal e integridad de la piel, evitar peligros ambientales, comunicarse, creencias - valores, ocupación, participar en actividades recreativas y aprender (Fernández, Torres y Ruiz, 2022; Rodríguez et al., 2022).

Si bien, la cirugía es la opción terapéutica resolutiva para mejorar la calidad de vida, el paciente la percibe como una serie de acontecimientos únicos y estresantes que generan necesidades, las cuales, de no ser atendidas deterioran y complican su estado de salud. De acuerdo con la revisión de la literatura el proceso perioperatorio del paciente comprende: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, en cada una de las etapas, la persona puede presentar alteración de alguna de las 14 necesidades básicas y en consecuencia vulnerabilidad clínica, por lo tanto, la prioridad es la resolución de estas necesidades por parte de la enfermera especialista mediante cuidados efectivos y personalizados que aseguren una atención de calidad (Herce y García, 2021).

La etapa preoperatoria comprende desde que el paciente elige operarse hasta su ingreso a la sala quirúrgica, en esta etapa la enfermera especialista realiza la valoración inicial e identifica necesidades en alimentación, eliminación, movimiento, sueño y descanso, así como evitar peligros. Los datos que se obtienen en la valoración, serán el sustento de las intervenciones de enfermería. Reportes de la literatura, fundamentan que la visita preoperatoria es una intervención efectiva para disminuir la ansiedad, dado que esta emoción negativa puede generar respuestas fisiológicas del organismo como la hipertensión arterial y taquicardia, factores que pueden influir de forma negativa en el desarrollo de la cirugía, requerir mayores dosis de anestesia o bien retardar el proceso de recuperación (Higueras y Aznar, 2020; Salazar,2022).

Las intervenciones sugeridas por algunos autores para disminuir la ansiedad, consisten en establecer una relación terapéutica entre el enfermero y el paciente, para aclarar sus dudas,

otorgar información suficiente y clara acerca del evento y entorno quirúrgico. Así mismo es necesario asegurar que el paciente cumpla con la preparación física como la higiene corporal, la preparación de la piel, el ayuno requerido, la vestimenta adecuada, así como la evaluación del estado de salud mediante la valoración de los signos vitales y exploración física. El aspecto espiritual también debe considerarse dado que es donde la mayoría de los pacientes encuentran esperanza y fortaleza durante el proceso quirúrgico lo que se asocia a mejores resultados (Gimeno et al., 2023; Redrado y García, 2021).

Por otro lado, la etapa transoperatoria, comprende desde que el paciente ingresa a la sala de cirugía hasta que se traslada a la sala de recuperación. En esta etapa el paciente puede presentar alteración de sus necesidades básicas como oxigenación, eliminación, movilización, temperatura corporal y peligros ambientales. La enfermera especialista es la responsable de liderar la atención en esta etapa, para promover una cirugía segura. Las intervenciones durante el transoperatorio por parte de la especialista serán ejecutadas en coordinación con la enfermera circulante, estarán centradas en vigilar y detectar oportunamente alteraciones en la oxigenación, monitorear los ingresos y egresos de líquidos, prevenir lesiones físicas por la colocación de dispositivos invasivos o equipo biomédico implementado y mantener la temperatura corporal. En esta etapa la enfermera especialista no solo centra su atención en la técnica quirúrgica, por lo que se destaca, que es ella la líder del team quirúrgico y en consecuencia la responsable de la seguridad del paciente (Gimeno et al., 2023; Higueras y Aznar 2020,)

El postoperatorio es el periodo subsecuente al procedimiento quirúrgico que culmina con la rehabilitación. El postoperatorio inmediato suele durar de dos a cuatro horas, tiene lugar en la unidad de recuperación desde que el paciente sale del quirófano hasta que estabiliza su estado fisiológico y se recupera de los efectos residuales de la anestesia. En este periodo el paciente puede presentar cambios significativos en las necesidades básicas como, oxigenación,

eliminación, movilidad y postura, mantener la temperatura corporal, higiene corporal e integridad de la piel y evitar peligros. Las intervenciones a realizar incluyen: la vigilancia de la función respiratoria, vigilancia del estado neurológico, la prevención de caídas, control estricto del equilibrio hidroelectrolítico, control del dolor, control de la temperatura; cuidados de la piel, herida y drenajes; la recuperación de la movilidad, así como la identificación y control de los efectos secundarios frecuentes cómo náuseas, vómito y distención abdominal (Lamas, 2021; Montañés et al.,2021; Salazar,2022).

El postoperatorio tardío es la fase dónde se da la resolución y curación. Tiene lugar ya sea en el área de hospitalización o en un área de cuidados especiales. Se espera que en este período queden resueltas alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas, además de los desequilibrios asociados a la cirugía y la curación, al igual que el manejo del dolor hasta llegar al egreso hospitalario que va acompañado de cuidados domiciliarios y en algunos casos, de rehabilitación. Esta fase cobra importancia, debido a que es el momento en el que se puede incidir con un plan de alta de enfermería que habrá de entregarse al paciente de forma verbal y escrita, ya que en esta fase de transición del cuidado del hospital al hogar hay una laguna de cuidado y supervisión. La prioridad es asegurarse de que la persona sea capacitada para desarrollar destrezas en procedimientos básicos para su salud. Las actividades necesarias orientan en las medidas higiénico –dietéticas, cuidados de su herida, uso de ropa adecuada, ingesta de medicamentos prescritos, identificación de complicaciones y actividad física gradual (Lallana,2021).

Conjuntar intervenciones de enfermería con el proceso de educación para la salud en el postoperatorio permite motivar al paciente a integrarse como colaborador y constructor de su salud. La participación de la enfermera en el plan de cuidados es muy importante, por lo que requiere de ser innovadora para cumplir las necesidades y favorecer la reinserción a su vida habitual (Lamas, 2021).

Con base al análisis de la literatura obtenida, se expone la importancia de la aplicación de un sistema metodológico para garantizar los cuidados perioperatorios en el paciente quirúrgico y la satisfacción de sus necesidades; al favorecer el cumplimiento del objetivo del proceso de atención se guían los cuidados de enfermería con calidad y eficacia al tiempo que se garantiza la seguridad del paciente. Varios autores coinciden en la importancia de la seguridad en los cuidados durante las tres etapas del proceso y tras observar el impacto e influencia ejercida en la interacción enfermera- paciente, podemos destacar a la participación de enfermería como factor de cambio en la recuperación de la salud e indispensable como proveedora ante las necesidades del paciente.

Objetivo General

Implementar un plan de cuidados de enfermería en el perioperatorio del paciente programado para colecistectomía.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades de cuidado del paciente programado para colecistectomía, mediante el marco de valoración de catorce necesidades de Virginia Henderson.
- Analizar los datos de la valoración para elaborar las inferencias diagnósticas.
- Diseñar e implementar un plan de cuidados de enfermería durante el perioperatorio del paciente programado para colecistectomía.

Capítulo II

Proceso de Enfermería

El proceso enfermero a realizar está enfocado en los cuidados perioperatorios del paciente programado para colecistectomía convencional. Se desarrolla en una unidad pública de segundo nivel de atención. El proceso enfermero se realiza de manera sistemática en base a sus cinco etapas estandarizadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, con la implementación de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, bajo la guía del modelo teórico de Virginia Henderson, mediante el cual se pretende explorar de manera focalizada las fuentes de necesidades de la persona con un enfoque deliberado para satisfacerlas.

I. Valoración Inicial.

La valoración inicial se realizó mediante la exploración física y la implementación del modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson para obtener datos primarios y secundarios que orienten a la identificación de áreas de necesidad.

Datos de Identificación

Femenino A.R.H., de 35 años, casada, escolaridad primaria, ocupación ama de casa, católica, residente de la colonia Solidaridad, Municipio de Soltepec, Puebla, diagnóstico médico de ingreso colelitiasis crónica.

Observación del Entorno

La paciente se localiza en el servicio de observación urgencias, barandales en alto, monitorización con pulsioximetría contínua. adecuada iluminación, sin embargo, la regulación de temperatura ambiental y la ventilación es inadecuada.

Datos Históricos

Antecedente de cólico biliar agudo en agosto de 2022 que amerita hospitalización de corta estancia para manejo del dolor, se establece el diagnóstico de colelitiasis vesicular; se establece manejo inicial a base de analgésicos y recomendaciones dietéticas. Refiere continuar con cuadros repetitivos de cólico biliar de intensidad variable.

Datos Actuales

Consciente, orientada en sus tres esferas: tiempo, espacio y persona; palidez de tegumentos, facies algicas, preocupada, ansiosa; diaforesis leve, mucosas orales semihidratadas; patrón respiratorio irregular; posición en decúbito lateral con flexión de miembros pélvicos, refiere dolor abdominal escala de EVA 7/10, localizado en hipocondrio derecho que irradia a epigastrio y área ipsilateral escapular. Antecedente a su ingreso de vómito bilioso y náuseas. Signos vitales actuales: Presión arterial 135/84 mmHg, frecuencia cardiaca 103 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 37.6 ° C, saturación de oxígeno 90%. Somatometría: Peso 73.500 Kg, Talla 1.58 mts, IMC 29.51. Programada para colecistectomía abierta a falta de equipo laparoscópico disponible.

II. Valoración cefalocaudal

Cabeza: Cráneo normocéfalo, adecuada implantación de cabello, pabellones auriculares normales, ojos simétricos, escleras enrojecidas, pupilas isocóricas normorreflexicas, narinas permeables, mucosas orales semihidratadas.

Cuello: Cilíndrico, tráquea central, sin ingurgitación yugular.

Tórax: Normal, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, periodos de hiperventilación; ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en frecuencia, de buen tono e intensidad.

Abdomen: Globoso a expensas del panículo adiposo, meteorismo, doloroso a la palpación media y profunda a nivel de hipocondrio derecho, peristalsis audible aumentada.

Extremidades: Simétricas, integras, eutróficas, adecuado llenado capilar distal.

Genitourinario: No valorado.

III. Resultados Auxiliares Diagnósticos

Tabla 1. Tratamiento farmacológico

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Horario
Omeprazol	40 mg	IV	Cada 24 hrs
Metoclopramida	10 mg	IV	Cada 8 hrs
Clonixinato de lisina	100 mg	IV	Cada 8 hrs
Paracetamol	1gr	IV	Cada 8 hrs
Ceftriaxona	1 gr	IV	Cada 12 hrs

Tabla 2. Terapia de infusión

Infusión	Volumen	Velocidad
Solución fisiológica al 0.9%	500 cc	En carga rápida
Solución Hartmann	1000cc	Para 12 hrs

Tabla 3. Hemograma

	Glucosa	86 mg/dl
	Urea	31.6 mg/dl
Química clínica	Nitrógeno ureico	14.7 mg/dl
	Creatinina	0.63 mg/dl *B
	Ácido úrico	4.7 mg/ dl
	Colesterol total	218 mg/dl
Pruebas de Función Hepática completa	Bilirrubina total	0.56 mg/dl
	Bilirrubina directa	0.09 mg/dl
	Bilirrubina indirecta	0.47 mg/dl
	Proteínas totales	7.47 UI/L
	Fosfatasa alcalina	249 UI/L

	Eritrocitos	5.21 10^3/ul *A
	Hemoglobina	12.80 g/dl
	Hematocrito	39.7 %
Biometría Hemática	Leucocitos	7.1 %
	Neutrófilos	62.50 %
	Linfocitos	29.80 %
	Plaquetas	245.00 10^3/ul
	Tiempo de protrombina	12.70 seg *A
Tiempos de	INR	1.2
coagulación	TTP	31.4 seg

Resultado fuera del rango

*A: alto

*B: bajo

Tabla 4. Estudio de imagen. Ultrasonido

Vesícula biliar de forma, tamaño y situación normales, medida 77 x 38 x 34 mm en sus dimensiones longitudinales, antero posterior y transversal respectivamente, paredes irregulares, hiperecoicas, engrosadas con 2.9 mm. De contenido imágenes hiperecogénicas que corresponden a cambios de posición de la paciente y proyectan sombra sónica posterior en relación con litos que miden 10mm aproximadamente, así

como nivel hipoecoico en relación a lodo. Colédoco de 5mm libre en todo su trayecto. Porta de 10mm.

Valoración Focalizada: Preoperatorio

Enfoque en las 14 Necesidades de Virginia Henderson (16/02/2023)

1. **Oxigenación.** Frecuencia respiratoria con ritmo irregular y disminuida en profundidad, evidencia de episodios de hiperventilación relacionados con episodios de dolor, palidez de tegumentos, llenado capilar distal 2 segundos.
2. **Comer y beber adecuadamente.** En ayuno por encontrarse en espera de procedimiento quirúrgico, mucosas orales semihidratadas.
3. **Eliminación.** Uresis espontánea, de características concentrada, evacuaciones de características normales.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** La paciente se encuentra en posición decúbito lateral derecho con flexión de miembros inferiores, refiere limitación para cambios posturales y deambulación derivado del cólico biliar, de acuerdo con la escala de EVA puntuación 7/10.
5. **Dormir y descansar.** Dificultad para el sueño y descanso. Incomodidad por permanecer en la camilla, evidencia de enrojecimiento leve de escleras.
6. **Ropa adecuada, vestirse y desvestirse.** Al momento utiliza camisón adulto institucional.
7. **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.** Febrícula mantenida, temperatura 37.6°, presenta diaforesis.
8. **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** Aspecto general aseado.

9. **Evitar los peligros ambientales.** Evidencia de nerviosismo, expresa miedo y ansiedad por la hospitalización, programación quirúrgica y por la separación de sus hijos pequeños; expresa angustia por el desarrollo del procedimiento relacionado con pérdidas familiares durante intervención quirúrgica y complicaciones personales experimentadas en una cirugía anterior, valoración de escala de Hamilton 13 puntos.
10. **Comunicarse con los demás expresando emociones.** Sin manifestaciones de necesidad.
11. **Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.** Identifica a su religión como ayuda y soporte importante en la recuperación de su salud.
12. **Ocupación para la autorrealización.** Sin manifestaciones de necesidad.
13. **Participar en actividades recreativas.** Sin manifestaciones de necesidad.
14. **Aprendizaje.** Desconoce generalidades sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar.

Registro de Diagnósticos de Enfermería: Preoperatorio

Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

Diagnóstico de Enfermería **1**: **Ansiedad** relacionado con situación desconocida, factores estresantes como separación familiar, pérdida de un familiar durante cirugía, programación quirúrgica y dolor, evidenciado por la expresión de angustia por los cambios en su vida, expresión de inseguridad, nerviosismo, alteración en el ritmo respiratorio, incremento de la frecuencia cardiaca, sequedad bucal, expresiones de preocupación y verbalización de ciclo de sueño- descanso alterado.

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería **2**: **Dolor agudo** relacionado con cólico biliar evidenciado por alteración de los parámetros fisiológicos, diaforesis, conducta expresiva, expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor, verbaliza la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor.

Planes de Cuidados de Enfermería: Preoperatorio

Plan de Cuidados de Enfermería 1

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2. Respuesta de afrontamiento. **Ansiedad** relacionada con situación desconocida, factores estresantes como separación familiar, pérdida de un familiar durante cirugía, programación quirúrgica y dolor evidenciada por expresión de angustia por los cambios en su vida, expresión de inseguridad, nerviosismo, alteración en el ritmo respiratorio, incremento de la frecuencia cardiaca, incremento de la sudoración, sequedad bucal, expresiones de preocupación y verbalización de ciclo de sueño- descanso alterado.
Intervenciones de Enfermería	Campo III. Conductual. Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervención NIC: **Disminución de la ansiedad.** Actividades: • Explicar de manera clara y sencilla los procedimientos a realizar, incluidas las posibles sensaciones que se ha de experimentar, las áreas hospitalarias a las que será trasladada, el personal que estará en contacto con ella y las actividades a desarrollar. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico y tratamiento. • Alentar a la manifestación de sentimientos, percepciones, miedos y preguntas. • Permanecer cerca de la paciente para promover la seguridad y disminuir el miedo. Campo. Conductual. Clase R. Ayuda para el afrontamiento. Intervención NIC: **Apoyo emocional**. • Identificar con la paciente las situaciones que desencadenan las emociones de angustia y ansiedad. • Responder de manera clara a dudas e inquietudes expresadas. • Proporcionar apoyo a la paciente mediante expresiones táctiles al tomar su mano y antebrazo. • Escuchar de manera activa y respetuosa sus expresiones de sentimientos y creencias.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">Campo. Fisiológico: complejo

Clase J. Cuidados perioperatorios.

Intervención NIC: Enseñanza prequirúrgica

• Evaluar la ansiedad del paciente respecto a la cirugía.
• Conocer sobre su experiencia quirúrgica previa, las complicaciones que experimentó.
• Identificar el grado de conocimiento sobre los procedimientos generales de la cirugía programada.
• Brindar tiempo a la paciente para que realice preguntas y comente sus inquietudes.
• Describir de manera clara y sencilla las rutinas preoperatorias según la etapa que corresponda.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Evaluación</td><td>Resultado Esperado</td><td>Indicadores</td><td>Escala de medición</td><td>Evaluación</td></tr>
<tr><td>Nivel de ansiedad</td><td>● Nerviosismo
● Ansiedad verbalizada
● Preocupación por eventos vitales
● Aumento de la frecuencia respiratoria
● Aumento de la velocidad del pulso</td><td>1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno</td><td>Puntuación Basal: 2

Puntuación Diana: 4

Puntuación Cambio: +2</td></tr>
</table>

Plan de Cuidados de Enfermería 2

Diagnóstico de Enfermería	Dominio12. Confort Clase 1. Confort físico **Dolor agudo** relacionado con cólico biliar evidenciado por alteración de los parámetros fisiológicos, diaforesis, conducta expresiva, expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor, verbaliza la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor.
Intervenciones de Enfermería	Campo I: Fisiológico básico. Clase E: Fomento de la comodidad física. Intervención NIC: **Manejo del dolor agudo.** Actividades: • Valorar el dolor e identificar la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Monitorizar el dolor utilizando la escala de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos. • Administrar analgésicos prescritos y observar el efecto farmacológico esperado. • Recomendar una respiración lenta y profunda para favorecer el control del dolor. • Realizar los registros correspondientes en el formato institucional. Campo II: Fisiológico complejo. Clase H: Control de fármacos. Intervención NIC: **Administración de la medicación**. Actividades: • Informar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos que pueda presentar antes de administrarla. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Registrar la administración de la medicación.

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
Evaluación	Control del dolor	● Reconoce los factores causales primarios ● Reconoce los síntomas asociados del dolor ● Describe el dolor ● Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana: 5 Puntuación Cambio: +3

Valoración Contínua: Transoperatorio

(17/02/2023)

Paciente ARH en sala de quirófano, femenino, 35 años de edad, diagnóstico colelitiasis crónica. Previa identificación del paciente y procedimiento correcto, se corroboran firmas de autorización en el consentimiento informado y solicitud de intervención quirúrgica, expediente clínico completo de acuerdo con los lineamientos institucionales. Situada en mesa quirúrgica en posición decúbito dorsal. A la exploración física: consciente, orientada, cooperadora, pálida, mucosas orales hidratadas, abdomen globoso por panículo adiposo, blando, doloroso a la palpación profunda a nivel de hipocondrio derecho. Cumple con ayuno requerido, se verifica acceso vascular periférico calibre 16 G permeable con infusión de solución cristaloide a goteo contínuo; vendaje de miembros pélvicos adecuado. Cirugía electiva, horario de programación quirúrgica 20:30 hrs, abordaje para colecistectomía con técnica quirúrgica convencional abierta, plan anestésico bloqueo epidural más sedación, ASA 1; se implementa lista de verificación de cirugía segura. Se realiza preparación de área quirúrgica, se corrobora la adecuada colocación de equipo biomédico a implementar. Signos vitales: presión arterial 140/70, frecuencia cardiaca 103 x', frecuencia respiratoria 22 x', temperatura 36.2°C, saturación de oxígeno 90%.

Valoración Focalizada: Transoperatorio

Enfoque en las 14 Necesidades de Virginia Henderson

1. **Oxigenación**. Presenta hipertensión sistólica, taquicardia, ligera palidez de tegumentos, llenado capilar distal 2 segundos. Recibe aporte de oxígeno suplementario mediante puntas nasales a 4 litros por minuto.
2. **Dormir y descansar**. Bajo efectos de bloqueo epidural más sedación.

3. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** En decúbito supino, inmóvil por procedimiento anestésico, miembros superiores extendidos sobre los descansabrazos laterales con sujeción gentil.
4. **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales**. Temperatura 36.2 °C. Ambiente con sensación térmica baja coadyuvada por la ventilación con flujo laminar, no se dispone de colchón térmico.
5. **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**. Piel y mucosas orales semihidratadas. Herida quirúrgica abierta en área subcostal derecha.
6. **Evitar los peligros ambientales**. Colocación de placa para electrocauterio en cara lateral externa de muslo izquierdo para evitar contacto con líquidos. Monitorización contínua no invasiva.

Durante esta fase se realiza el procedimiento quirúrgico el cual se desarrolla de la siguiente manera:

Tabla 5. Técnica de instrumentación quirúrgica de colecistectomía convencional

Concepto: Técnica que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar patológica.

Indicaciones: Colecistitis aguda y crónica alitiásica; litiasis vesicular.

Técnica de instrumentación quirúrgica de colecistectomía convencional.
1. Con el paciente bajo efectos de anestesia, posición decúbito supino con miembros superiores sujetos a descansabrazos en laterales correspondientes, se realiza antisepsia de la región abdominal. 2. Se coloca la lencería quirúrgica iniciando con sábana podálica, sábana cefálica, 4 campos sencillos, sábana hendida, una pinza Herina para fijar tubo de succión y electrocauterio; se colocan conos para lámparas y se ofrecen dos compresas para los laterales del campo quirúrgico.

3. El cirujano realiza incisión subcostal derecha con mango de bisturí no. 4 con hoja de bisturí no. 20

4. Prolonga la incisión al tejido graso subcutáneo cortando la línea de fusión aponeurótica de la vaina de los rectos y las fibras del musculo oblicuo mayor con electrobisturí, utiliza separadores de Farabeuf en los bordes.

5. Realiza hemostasia de los vasos de la capa de tejido areolar, corta y liga con pinzas Kelly curvas, tijeras Metzenbaum curvas, seda libre 2-0 o 3-0 y tijera mayo recta.

6. Corta el musculo recto y descubre el oblicuo menor y aponeurosis, extiende la incisión por la vaina posterior del recto, el musculo transverso abdominal y el peritoneo, para revisión de la cavidad intraperitoneal subyacente, utiliza pinzas para disección sin dientes y tijera Metzenbaum curva.

7. Coloca separador manual para visualizar vesícula biliar. Se proporciona separador de Harrington o Deaver. En este momento se cambia el instrumental básico por el de especialidad, pinzas largas, así como la punta normal del lápiz de electrobisturí se sustituye por una larga.

8. Toma el fondo de la vesícula biliar, la tracciona hacia abajo y posteriormente hacia arriba con pinzas de ángulo.

9. Emplea tres compresas húmedas: la primera la coloca sobre la superficie anterior del estómago; otra la introduce en el espacio hepatorrenal (de Morrison), y la última sobre el colon transverso y primera porción del duodeno, ejerciendo tracción en el epiplón gastrohepático para desecarlo.

10. Toma la vesícula biliar en la región de la ampolla de váter, manteniendo tracción superior, tensando el ligamento colecistoduodenal con pinzas de ángulo.

11. Corta la hoja anterior del epiplón gastrohepático para visualizar el conducto y la arteria císticos y órganos relacionados, se liga el cístico con seda libre 2-0 guiada por un extremo con pinza Mixter, se corta la ligadura con tijera mayo recta, la arteria cística se diseca con tijera Metzenbaum, se liga con seda 2-0 y se corta.

12. Mantiene la tracción de la vesícula hacia arriba incidiendo el peritoneo que lo reviste en yuxtaposición con la superficie inferior del hígado, se proporciona tijera y pinzas de disección sin dientes largas.

13. Comienza la disección de la vesícula biliar en su lecho, utiliza pinzas de ángulo, o bien, con ayuda de una torunda de gasa pequeña o disector romo (push) hasta su resección total. Se recibe la vesícula y se entrega a la enfermera circulante para que sea membretada y se envíe a patología.

14. Revisa y realiza hemostasia del lecho hepático con electrobisturí o puntos de transfixión de catgut crómico 2-0. Se proporciona solución tibia para lavar la cavidad. Se realiza conteo de gasas y compresas junto a la circulante y se comunica al cirujano que la cuenta esta completa.

15. Se coloca penrose, que sale por una contra abertura hacia la pared abdominal, se proporciona penrose en una pinza Kelly curva, húmedo; seda atraumática 2-0 en porta agujas Mayo Hegar para fijarlo.

16. Procede al cierre por planos: aponeurosis posterior y anterior porta agujas Mayo Hegar con Vicryl 1, musculo con catgut crómico 2-0, tejido celular subcutáneo vicryl 3-0 y piel con nylon 2-0, pinzas de disección sin dientes, en aponeurosis y piel pinza de disección con dientes y tijera Mayo.

17. Se limpia la herida quirúrgica con solución, se cubre con gasa sin trama y apósito transparente.

Tabla 6. Reporte de hallazgos

Vesícula biliar a tensión, dimensiones normales, paredes engrosadas, tejido subagudo, múltiples litos de gran tamaño en su interior, lodo biliar, cístico 6mm. Sangrado aproximado 350cc.

Registro de Diagnósticos de Enfermería: Transoperatorio

(17/02/2023)

Dominio11. Seguridad / Protección

Clase 2. Lesión física

Diagnóstico de Enfermería **3**: **Riesgo de sangrado** relacionado con el régimen terapéutico establecido (procedimiento quirúrgico convencional).

Dominio 11. Seguridad /Protección

Clase 2. Lesión física

Diagnóstico de Enfermería **4**: **Riesgo de lesión postural perioperatoria** relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivo – perceptivas debidas a anestesia, procedimiento quirúrgico de duración mayor a una hora, postura no anatómica de las extremidades superiores y obesidad.

Planes de Cuidados de Enfermería: Transoperatorio

Plan de Cuidados de Enfermería 3

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 11. Seguridad / Protección Clase 2. Lesión física **Riesgo de sangrado** relacionado con régimen terapéutico establecido (procedimiento quirúrgico convencional)
Intervenciones de Enfermería	Campo 4. seguridad Clase V. Control de riesgos Intervención NIC: **Monitorización de los signos vitales** Actividades: • Corroborar el adecuado funcionamiento del equipo biomédico a utilizar. • Inspeccionar la correcta colocación de la monitorización. • Vigilar de manera periódica en el monitor las mediciones de la presión arterial, frecuencia cardiaca, estado respiratorio y la pulsioximetría. • Mantener una comunicación efectiva y constante con la enfermera circulante que favorezca la identificación oportuna de alteraciones en el estado hemodinámico. Campo 2. Fisiológico complejo. Clase N. Control de la perfusión tisular Intervención NIC: **Prevención de hemorragias** • Revisar la historia clínica de la paciente para determinar factores de riesgo específicos. • Realizar la vigilancia continua en el sitio quirúrgico para la detección de hemorragia. • En colaboración con la enfermera circulante se garantiza el acceso intravenoso permeable y la continuidad de las infusiones intravenosas. • Vigilar la presencia de signos y síntomas de sangrado persistente (hipotensión y taquicardia) • Observar la monitorización de los signos vitales de manera frecuente.

Evaluación	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Severidad de la pérdida de sangre	● Pérdida sanguínea visible ● Aumento de la frecuencia cardiaca apical	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Puntuación Basal: 3 Puntuación Diana: 4 Puntuación Cambio: +1

Plan de Cuidados de Enfermería 4

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 11. Seguridad /protección Clase 2. Lesión física **Riesgo de lesión postural perioperatoria** relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivo – perceptivas debidas a anestesia, procedimiento quirúrgico de duración mayor a una hora, postura no anatómica de las extremidades superiores y obesidad.
Intervenciones de Enfermería	Campo 2. Fisiológico complejo Clase J. Cuidados perioperatorios Intervención NIC: **Precauciones quirúrgicas** Actividades: • Verificar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos utilizados. • Supervisar los accesorios específicos para posición quirúrgica requerida (soportes, estribos y sujeciones) • Participar en la verificación de la lista de cirugía segura con el equipo quirúrgico. • Vigilar la funcionalidad de los dispositivos implementados. • Corroborar la colocación de la almohadilla de toma a tierra en una parte de la piel seca, intacta, con mínima cantidad de vello y sobre una masa muscular grande. • Observar en colaboración con enfermera circulante la existencia de lesiones en la piel de la paciente después del uso del electrocauterio. • Realizar la eliminación efectiva de los agentes de preparación antiséptica para disminuir las lesiones químicas. Campo 2. Fisiológico complejo Clase L. Control de la piel/heridas Intervención NIC: **Vigilancia de la piel** Actividades: • Inspeccionar la piel para identificar zonas de decoloración o hematomas en los puntos de presión o en las alientes óseas.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">

- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Valorar el estado de la zona de incisión.
- Identificar zonas con mayor humedad en la piel.
- Promover la integridad de la piel evitando la fricción y humedad excesiva.

</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Evaluación</td><td>Resultado Esperado</td><td>Indicadores</td><td>Escala de medición</td><td>Evaluación</td></tr>
<tr><td>Conocimiento: seguridad personal</td><td>● Riesgos de seguridad específicos para la edad
● Conductas personales que aumentan el riesgo de las lesiones
● Condiciones de salud que aumentan el riesgo de lesiones</td><td>1. Ningún conocimiento
2. Conocimiento escaso
3. Conocimiento moderado
4. Conocimiento sustancial
5. Conocimiento extenso</td><td>Puntuación Basal: 2
Puntuación Diana: 4
Puntuación Cambio:
+2</td></tr>
</table>

Valoración Contínua: Postoperatorio Inmediato

(18/02/2023)

Paciente ARH, femenino, 35 años, en sala de recuperación quirúrgica, ubicada en camilla de traslado, unidad con equipamiento adecuado para monitorización y atención; barandales en alto como medida preventiva de caídas. Diagnóstico actual: PO de colecistectomía abierta. A la exploración física, somnolienta, pálida, semihidratada, hipotérmica, recibe oxígeno suplementario mediante puntas nasales, bajo efectos residuales de bloqueo epidural más sedación, responde a indicaciones y estímulos, escala de Glasgow 14/15, Aldrete 7/10. Abdomen globoso por panículo adiposo, blando, peristalsis audible, con herida cubierta a nivel de hipocondrio derecho, sangrado escaso, drenaje mediante penrose con gasto serohemático escaso. Vendaje de miembros pélvicos. Signos vitales: presión arterial 91/54, frecuencia cardiaca 104 x', frecuencia respiratoria 17 x', temperatura 35.7° C, saturación de oxígeno 94%.

Valoración Focalizada: Postoperatorio Inmediato

Enfoque en las 14 Necesidades de Virginia Henderson

1. **Oxigenación**. Recibe oxígeno suplementario mediante puntas nasales a 3 lx' el cual se retira de manera gradual, hipotensa, taquicardia, pálida, llenado capilar distal 3''.
2. **Comer y beber adecuadamente**. En ayuno hasta nueva orden. Mucosas orales semihidratadas; presenta náuseas y refiere sed intensa.
3. **Moverse y mantener posturas adecuadas**. En camilla de traslado, posición decúbito dorsal; bajo efectos residuales de sedación y bloqueo. Escala de Aldrete 7, aun sin movilidad en extremidades inferiores.

4. **Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales**. Presenta hipotermia leve, se observa piloerección y estremecimiento.
5. **Mantener la higiene corporal e integridad de la piel**. Abdomen con herida quirúrgica subcostal derecha, longitud aproximada 12 cm, cubierta con gasa simple y apósito transparente, evidencia de sangrado escaso, bordes costales con escaso residuo de solución antiséptica. Drenaje con gasto serohemático escaso.
6. **Evitar los peligros ambientales**. Colocación de barandales. Escala de Glasgow 14/15. Riesgo de caída 2. Drenaje colocado adecuadamente.

Tabla 7. Tratamiento farmacológico postoperatorio inmediato.

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Horario
Ketorolaco	30 mg	IV	Cada 8 hrs
Paracetamol	1 gr	IV	Cada 8 hrs
Ceftriaxona	1gr	IV	Cada 12 hrs
Metoclopramida	10 mg	IV	Cada 8 hrs

Tabla 8. Terapia de infusión postoperatorio inmediato.

Infusión	Volumen	Velocidad
Solución Hartmann	1000cc	Para 8 horas

Registro de Diagnósticos de Enfermería: Postoperatorio Inmediato

(18/02/2023)

Dominio 11. Seguridad /Protección

Clase 6. Termorregulación

Diagnóstico de Enfermería **5**: **Hipotermia** relacionado con transferencia de calor por convección, temperatura ambiental baja, fármacos anestésicos y procedimiento quirúrgico convencional, evidenciado por piel fría al tacto, llenado capilar lento, piloerección, estremecimiento y taquicardia.

Dominio 2. Nutrición

Clase 5. Hidratación

Diagnóstico de Enfermería **6**: **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos** relacionado con régimen terapéutico (cirugía convencional) y pérdida de líquidos a través de vías anormales.

Planes de Cuidados de Enfermería: Postoperatorio Inmediato

Plan de Cuidados de Enfermería 5

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 11. Seguridad /protección Clase 6. Termorregulación **Hipotermia** relacionada con transferencia de calor por convección, temperatura ambiental baja, fármacos anestésicos y procedimiento quirúrgico convencional evidenciada por piel fría al tacto, llenado capilar lento, piloerección, estremecimiento y taquicardia.
Intervenciones de Enfermería	Campo 2. Fisiológico complejo Clase J. Cuidados perioperatorios Intervención NIC: **Regulación de la temperatura: perioperatoria** Actividades: • Identificar el tipo de anestesia previsto para la paciente y su repercusión en la regulación de la temperatura corporal. • Identificar los factores ambientales que contribuyeron en la paciente para la pérdida de la temperatura corporal. • Implementar líquidos intravenosos tibios. • Vigilar los signos vitales. Campo 2. Fisiológico complejo Clase M. Termorregulación Intervención NIC: **Tratamiento de la hipotermia.** • Monitorizar la temperatura del paciente. • Vigilar el color y la temperatura de la piel. • Monitorizar los síntomas asociados a la hipotermia. • Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan aumentar la hipotermia. • Favorecer el calentamiento mediante dispositivo de calor y mantas extras.

Evaluación	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Termorregulación	• Presencia de piel de gallina • Tiritona con el frío • Comodidad térmica referida • Temperatura cutánea	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana: 4 Puntuación Cambio: +2

Plan de Cuidados de Enfermería 6

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 2. Nutrición. Clase 5. Hidratación. **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos** relacionado con régimen terapéutico (cirugía convencional) y pérdida de líquidos a través de vías anormales.
Intervenciones de Enfermería	Campo 4. seguridad Clase V. Control de riesgos Intervención NIC: **Monitorización de los signos vitales** Actividades: • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Mantener vigilancia a la pulsioximetría marcada. • Observar y registrar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. Campo 2. Fisiológico complejo. Clase N. Control de la perfusión tisular Intervención NIC: **Manejo de hipovolemia** • Cuantificar las pérdidas de líquidos anormales. • Evaluar el estado hemodinámico de la paciente. • Realizar el control de egresos e ingresos. • Mantener el acceso el acceso intravenoso permeable. • Administrar los líquidos intravenosos prescritos. • Vigilar la aparición de signos de deshidratación (retraso en el llenado capilar, pulso débil, sed intensa y oliguria)

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
Evaluación	Equilibrio hídrico	• Presión arterial • Velocidad del pulso radial • Hidratación cutánea	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana: 3 Puntuación Cambio:+1

Valoración Contínua: Postoperatorio Mediato

(19/02/2023)

Paciente ARH, femenino, 35 años, diagnóstico PO de colecistectomía abierta, ubicada en el servicio de hospitalización mujeres, unidad equipada con equipo necesario para atención. Consciente, orientada, ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, vía oral tolerada en poca cantidad. Adecuada mecánica ventilatoria, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, presencia de herida quirúrgica cubierta, bordes afrontados ligeramente hiperémicos, sin fenómenos exudativos, drenaje de penrose con gasto reportado 18 ml en 24 hrs de características seroso, peristalsis normoactiva, refiere canalizar gases, evacuación con características líquidas, deambulación asistida escasa. Signos vitales: presión arterial 98/61 mmHg, frecuencia cardiaca 94x', frecuencia respiratoria 18x', temperatura 36.5 °, saturación de oxígeno 92%.

Valoración Focalizada: Postoperatorio Mediato

Enfoque en las 14 Necesidades de Virginia Henderson

1. **Comer y beber adecuadamente**. Actualmente con dieta blanda progresiva, libre de grasas, tolerada adecuadamente.
2. **Eliminación**. Uresis espontánea normal, presenta evacuación de características liquidas, canaliza gases.
3. **Moverse y mantener posturas adecuadas**. Ubicada en su cama, posición semifowler, expresa dificultad para los cambios posturales independientes, deambulación escasa.

4. **Dormir y descansar.** Sin dificultad para conciliar el sueño.
5. **Ropa adecuada, vestirse y desvestirse**. Utiliza camisón adulto institucional.
6. **Mantener la higiene corporal e integridad de la piel**. Aspecto general aseado. Valoración de escala de Braden 17.
7. **Evitar los peligros ambientales**. Herida quirúrgica cubierta, bordes afrontados ligeramente hiperémicos, sin fenómenos exudativos, drenaje de penrose con gasto reportado. Expresa dolor leve EVA 4/10.
8. **Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.** Refiere confianza en la intervención de la religión que profesa para recuperar su salud.
9. **Aprendizaje.** Se muestra interesada en participar de manera activa en la resolución de sus necesidades, solicita información sobre los cuidados que debe realizar para su herida y drenaje, alimentación recomendada, así como actividades a realizar tras el alta hospitalaria para mejorar su estado de salud.

Registro de Diagnósticos de Enfermería: Postoperatorio Mediato

(19/02/2023)

Dominio 4. Actividad / Reposo

Clase 5. Autocuidado

Diagnóstico de Enfermería **7**: **Disposición para mejorar el autocuidado** evidenciado por expresar deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado y aumentar la independencia en su bienestar.

Dominio 11. Seguridad/Protección

Clase 1. Infección

Diagnóstico de Enfermería **8**: **Riesgo de infección de la herida quirúrgica** relacionado con sobrepeso, exposición a temperaturas bajas en la sala quirúrgica y duración prolongada del procedimiento quirúrgico.

Planes de Cuidados de Enfermería: Postoperatorio Mediato

Plan de Cuidados de Enfermería 7

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 4. Actividad/Reposo Clase 5. Autocuidado **Disposición para mejorar el autocuidado** evidenciada por expresar deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado y aumentar la independencia en su bienestar.
Intervenciones de Enfermería	Campo 3. Conductual Clase S. Educación de los pacientes Intervención NIC: **Enseñanza dieta prescrita** Actividades: • Evaluar el conocimiento actual de la paciente sobre las recomendaciones de la dieta prescrita. • Recomendar la ingesta de alimentos ricos en fibra y aumentar la ingesta de líquidos para disminuir el riesgo de estreñimiento. • Identificar su patrón alimenticio anterior, alimentos preferidos, hábitos alimenticios y como estos repercuten en su estado de salud. • Explicar el propósito de la dieta recomendada para su salud general. • Asesorar a la paciente acerca de los alimentos de debe evitar. • Orientar sobre el tiempo que debe seguir la dieta. Campo 3. Conductual Clase S. Educación de los pacientes Intervención NIC: **Ejercicio prescrito** Actividades: • Explicar a la paciente sobre el propósito y los beneficios de la actividad física y su realización de manera gradual. • Informar acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico. • Reforzar la importancia de la deambulación en el proceso de recuperación.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">

- Fomentar la notificación en caso de presentarse problemas como dolor o mareo.

Campo 1. Fisiológico: Básico

Clase B. Control de la Evacuación

Intervención NIC: **Ayuda con el autocuidado**

Actividades:

- Considerar la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Brindar en coordinación con sus familiares los objetos personales requeridos para su aseo y cuidado personal.
- Alentar a que realice de manera independiente las actividades higiene personal.
- Explicar tanto a la paciente como a su cuidador los cuidados necesarios para su herida quirúrgica.
- Explicar la importancia de la correcta ingesta de medicamentos, hacer énfasis en dosis y horario correspondiente, así como duración del tratamiento y el efecto terapéutico esperado.

</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Evaluación</td><td>Resultado Esperado</td><td>Indicadores</td><td>Escala de medición</td><td>Evaluación</td></tr>
<tr><td>Autocuidados: Actividades de la vida diaria.</td><td>● Come
● Higiene
● Ambulación</td><td>1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido</td><td>Puntuación Basal: 2
Puntuación Diana: 4
Puntuación Cambio: +2</td></tr>
</table>

Plan de Cuidados de Enfermería 8

Diagnóstico de Enfermería	Dominio 11. Seguridad /protección Clase 1. Infección **Riesgo de infección de la herida quirúrgica** relacionado con obesidad, exposición a temperaturas bajas en la sala quirúrgica y duración prolongada del procedimiento quirúrgico.
Intervenciones de Enfermería	Campo 2. Fisiológico: complejo Clase L. Control de la piel/heridas Intervención NIC: **Cuidados de las heridas** Actividades: • Monitorizar las características de la herida, color tamaño, olor incluyendo el drenaje. • Registrar la localización, tamaño y aspecto de la herida. • Capacitar a la paciente y familiar sobre el procedimiento del cuidado y curación de la herida. • Explicar a la paciente y familiar los signos y síntomas de infección. Campo 2. Fisiológico: complejo Clase L. Control de la piel/heridas Intervención NIC: **Cuidados del sitio de incisión** Actividades: • Explicar de manera sencilla y clara los procedimientos a la paciente. • Inspeccionar el sitio de incisión para identificar eritema, inflamación o signos de dehiscencia. • Observar las características del drenaje. • Evaluar el proceso de curación en la incisión y realizar limpieza con solución antiséptica. • Inspeccionar el área para identificar signos y síntomas de infección.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">• Explicar sobre los cuidados de la incisión durante y después el baño diario.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Evaluación</td><td>Resultado Esperado</td><td>Indicadores</td><td>Escala de medición</td><td>Evaluación</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Control del riesgo: proceso infeccioso</td><td rowspan="3">● Identifica los factores de riesgo de infección
● Reconoce los factores de riesgo personales de infección
● Identifica signos y síntomas de infección
● Desarrolla estrategias efectivas para el control de la infección</td><td rowspan="3">1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado</td><td>Puntuación Basal: 3</td></tr>
<tr><td>Puntuación Diana: 5</td></tr>
<tr><td>Puntuación Cambio: +2</td></tr>
</table>

Recomendaciones de Alta

Nombre de la Persona: ARH Edad: 35 años Fecha de ingreso: 16/02/2023

Servicio: cirugía

Diagnóstico médico: PO colecistectomía convencional

Intervenciones
• Recomendar la continuación de la dieta de 2 a 3 semanas, alimentos sin grasa, no productores de gases, no alimentos industrializados y no bebidas gasificadas; consumir alimentos ricos en fibra, de preferencia hervidos, a la plancha o al vapor y consumir abundantes líquidos. • Incrementar la actividad física de forma paulatina. Se recomienda iniciar con la deambulación y aumentar la distancia y tiempo a tolerancia. El uso de escaleras se recomienda después de los 7 días. Evitar cargar cosas pesadas y realizar esfuerzos abdominales dentro de las 3 a 6 semanas. La actividad sexual puede reanudarse después del mismo intervalo de tiempo. • Reforzar la adecuada ingesta de medicamentos, explicar la dosis y horario establecido, ajustarlos de preferencia al horario diurno para su comodidad, informar sobre el efecto terapéutico esperado y la importancia de respetar la prescripción médica. • Explicar la importancia de acudir a su cita de control subsecuente para vigilar su evolución y valoración de herida quirúrgica para retiro de puntos en 10 días. • Enseñar mediante una técnica demostrativa de manera clara y sencilla los cuidados que requiere su herida quirúrgica y drenaje. Orientar en la identificación oportuna de datos de alarma: ictericia en piel y conjuntivas, fiebre, alteraciones de la normalidad en orina y heces (coluria y acolia), náuseas y vómito, dolor abdominal, datos de infección de herida quirúrgica (aumento del dolor en la zona, edema, eritema, calor, salida de líquido seropurulento o hemopurulento u olor anormal), sangrado, dolor abdominal y dificultad respiratoria.

Valoración en Cuidados domiciliarios

(02/03/2023)

Paciente ARH, femenino, 35 años, diagnóstico PO de colecistectomía convencional, cursa el día 11 posterior a intervención quirúrgica, ubicada en su domicilio. A la exploración física consciente, orientada, adecuada coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, vía oral tolerada con restricciones dietéticas, refiere distención abdominal leve postprandial, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, herida quirúrgica cubierta, proceso de cicatrización normal , bordes afrontados sin datos de hiperemia, sin fenómenos exudativos, dolor mínimo a la palpación; realizo procedimiento de retiro de puntos sin incidentes, herida por retiro previo de drenaje limpia en proceso de cicatrización por segunda intensión; procesos de eliminación con orina de características normales, evacuaciones normales, deambulación independiente. Signos vitales: Presión arterial 1l8/70, frecuencia cardiaca 72x', frecuencia respiratoria 17x', temperatura 36.4°, saturación de oxígeno 95%.

Valoración Focalizada: Cuidados Domiciliarios

Enfoque en las 14 Necesidades de Virginia Henderson

1. **Alimentación.** Consumo de alimentos bajos en grasas. Ingesta de líquidos adecuado.
2. **Eliminación.** Uresis normal, evacuaciones con características normales, abdomen con distención leve, sin dificultad para canalizar gases.
3. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** Persiste limitación para realizar cambios de posición y agacharse. Actividad física progresiva a tolerancia.

4. **Ropa adecuada, vestirse y desvestirse.** Utiliza ropa limpia, cómoda y holgada, en su mayoría tejidos a base de algodón.
5. **Mantener la higiene corporal.** Aspecto general aseado.
6. **Evitar los peligros ambientales.** Herida quirúrgica cubierta, limpia, bordes afrontados, no hiperémicos, sin salida de materiales exudativos, ligero dolor a la palpación. Herida de salida de drenaje en proceso de cierre por segunda intensión sin evidencia de complicaciones
7. **Aprendizaje.** Solicita recomendaciones sobre alimentos que desea incluir en su dieta, expresa inquietudes respecto a su evolución y las actividades que pretende realizar para colaborar en la economía familiar.

Registro de Diagnóstico de Enfermería: Cuidados Domiciliarios

(02/03/2023)

Dominio 4. Actividad/ reposo

Clase 5. Autocuidado

Diagnóstico de Enfermería **10**: **Disposición para mejorar la autogestión de la salud** evidenciado por expresiones de mejorar la inclusión del régimen del tratamiento en la vida diaria y la satisfacción con su calidad de vida.

Plan de Cuidados de Enfermería: Cuidados Domiciliarios

Plan de Cuidados de Enfermería 10	
Diagnóstico de Enfermería	Dominio 4. Actividad /reposo Clase 5. autocuidado **Disposición para mejorar la autogestión de la salud** evidenciado por expresiones de mejorar la inclusión del régimen del tratamiento en la vida diaria y la satisfacción con su calidad de vida.
Intervenciones de Enfermería	Campo 3. Conductual Clase O. Potenciación de la comunicación Intervención NIC: **Visitas domiciliarias de apoyo** Actividades: • Establecer el propósito de la visita • Determinar el horario. • Centrarse completamente en la interacción suprimiendo los prejuicios, suposiciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Escuchar el mensaje y sentimientos no expresados, además del contenido de la conversación. • Analizar la conducta, sentimientos y cognición de la paciente sobre la situación actual. • Ayudar a la paciente a identificar sus necesidades, a establecer posibles soluciones y a desarrollar un plan para llevarlas a cabo. • Vigilar el progreso hasta la resolución de las necesidades identificadas. Campo 3. Conductual Clase R. Ayuda para el afrontamiento Intervención NIC: **Potenciación de las aptitudes para la vida diaria** Actividades: • Mantener una buena relación con empatía y cordialidad. • Determinar las necesidades de reforzar el aprendizaje de las habilidades necesarias para el cuidado de su salud. • Instruir sobre la dieta, nutrición y preparación de alimentos de ser necesario. • Enseñar a la paciente como manejar los síntomas que experimenta.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">• Ayudar a la paciente a satisfacer sus necesidades de manera efectiva.
• Instruir sobre el diseño de estrategias para mejorar su salud.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Evaluación</td><td>Resultado Esperado</td><td>Indicadores</td><td>Escala de medición</td><td>Evaluación</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Nivel de autocuidado</td><td rowspan="3">● Se baña
● Se viste
● Se alimenta
● Mantiene higiene personal
● Realiza tareas domésticas</td><td rowspan="3">1.Gravemente comprometido
2.Sustancialmente comprometido
3.Moderadamente comprometido
4.Levemente comprometido
5. No comprometido</td><td>Puntuación Basal: 3</td></tr>
<tr><td>Puntuación Diana: 4</td></tr>
<tr><td>Puntuación Cambio: +1</td></tr>
</table>

Capítulo III

Resultados

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico para la resolución definitiva de la patología por litiasis biliar; al representar una de las cirugías más frecuentes en las instituciones de salud, el profesional de enfermería se enfrenta a desafíos propios de la individualidad en las necesidades del paciente quirúrgico; en respuesta, implementa la metodología del proceso enfermero para garantizar los cuidados necesarios. El proceso enfermero desarrollado durante el periodo preoperatorio discrepa con lo propuesto por Giménez y colaboradores donde priorizan el manejo del dolor y el control del riesgo de infección; mediante la valoración focalizada que se realiza en la primera etapa se identifica la relevancia del manejo de la ansiedad, el aspecto emocional que conlleva, repercutió en las condiciones fisiológicas de la paciente, permitió incluso disminuir la percepción del dolor referido por la paciente, aumentar la seguridad y a favorecer el desarrollo de los procedimientos.

En el periodo transoperatorio se identificó un área de oportunidad y crecimiento para el profesional quirúrgico al constatar que la participación de enfermería no solo se limita a su participación asistencial en la técnica quirúrgica; en comparativa con los procesos enfermeros de Giménez y colaboradores, así como lo expuesto por Herce y García, se concuerda en la importancia de la prevención de riesgos; en el proceso realizado se identificó el riesgo de sangrado al realizarse el procedimiento convencional y la importancia de la prevención de las posibles lesiones posturales derivadas de la cirugía. Si bien el profesional de enfermería se encuentra dentro del campo quirúrgico, realiza las funciones del control de riesgos en coordinación con la enfermera circulante; vigilar y mantener la seguridad durante el desarrollo del procedimiento representan la prioridad que permite garantizar la estabilidad fisiológica del paciente y la prevención en la aparición de lesiones secundarias a la atención.

En relación al periodo postoperatorio Montañez y colaboradores realizan inferencias diagnósticas guiadas al manejo del dolor, el deterioro de la integridad tisular y la movilidad física; sin embargo, derivado de las valoraciones focalizadas realizadas se discrepa al identificar como prioritaria a la hipotermia, así como la importancia del control y reposición de los líquidos perdidos durante el procedimiento para garantizar la estabilidad fisiológica. Se resalta como influyen las intervenciones correctivas y de vigilancia en la evolución favorable de la paciente y en la disminución del tiempo de recuperación, lo que reduce la estancia intrahospitalaria y favorece la resolución de sus necesidades y la reintegración a sus actividades normales.

En el trascurso del proceso enfermero desarrollado se identificó a la necesidad de evitar peligros como recurrente y prioritaria, se observó directamente relacionada a la ejecución de los procedimientos, seguida de la utilización del equipo biomédico y a la estancia hospitalaria. En este rubro, el desarrollo de las intervenciones de enfermería permitió garantizar la seguridad y la calidad de los procedimientos, coadyuvaron en la disminución de riesgos y complicaciones lo que favoreció a la adecuada evolución de la paciente, lo anterior pudo constatarse posterior al alta hospitalaria mediante visitas domiciliarias donde se brindó la continuidad del cuidado. En los cuidados domiciliarios la satisfacción de las necesidades de alimentación, eliminación, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, de aprendizaje y de moverse se destacaron como relevantes en la recuperación y bienestar físico de la paciente, se pudo constatar en el seguimiento que se realizó, la ausencia de complicaciones como la infección del sitio quirúrgico, la reintegración paulatina a sus actividades cotidianas tanto familiares como individuales y el cambio en su estilo de vida al adoptar conductas para continuar con el cuidado de su salud e implementar hábitos saludables en beneficio de su persona y familia.

Conclusión

El especialista quirúrgico tiene una participación esencial dentro de la atención del paciente en el periodo perioperatorio y única como parte integrante del equipo multidisciplinario al ser el profesional encargado de la atención directa y continua hacia el paciente. En el aspecto metodológico se infiere que, al realizar sus funciones de manera directa con la persona, se visualiza como la aplicación del proceso enfermero facilita y garantiza la ejecución de los cuidados basados en el método científico, favorece la satisfacción de las necesidades detectadas de manera oportuna, contribuye a la recuperación óptima del paciente y le permite reintegrase a sus actividades cotidianas lo que impacta tanto en el aspecto personal como familiar y económico. Al mismo tiempo, en base al aspecto práctico, se observó la importancia que tiene la comunicación, la empatía y el respeto en la interacción enfermera- paciente, esta fortalece la actitud receptiva de los cuidados y fomenta la participación efectiva de la persona en el desarrollo de la atención, lo que se traduce en el logro de los objetivos establecidos y permite validar la guía de los cuidados para el paciente sometido a cirugía y establecer un registro que sirva como precedente a la mejora contínua en la profesionalización de los cuidados.

Referencias

Bueno, A. C., Bescós, U. J., Calvo, A. I., Palomar, M. S., Martínez, A. J., y Cisneros, M. B. (2022). Plan de cuidados de enfermería en pacientes diagnosticados con cólico biliar no complicado intervenido por colecistectomía. *Revista Sanitaria de Investigación*, *3*(8).

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-diagnosticado-con-colico-biliar-no-complicado-intervenida-por-colecistectomia/

Butcher, H. K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Do Prado, T. M., y Galvao, C. (2019). Proceso de Implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica: Revisión Integrativa. *Revista Latino- Americana de Enfermagem, 27*(3104).

https://www.scielo.br/j/rlae/a/jcvSxc9YSXqCZ9TFbqVTWvt/?format=pdf&lang=es

Escobar, C. B., Valenzuela, B. DA., y Díaz, G. YS. (2021). Aplicación del proceso enfermero en un hospital de segundo nivel de atención en Sonora México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 29*(3). http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/219/125

Giménez, F.A., Bruna, M.M., Latorre, I. A., Ramón, B.M., Navarro, G.M., y Melero, Z.T. (2020). Proceso de atención de enfermería: colecistectomía, caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación, 1*(3).

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/1951-2/

Heather, H., Kamitsuru, S., y Takáo, L. C. (2021). *Diagnósticos Enfermeros (2021 – 2023) Definiciones y Clasificación.*

Herce, P. E., y García, C.C. (2021). Plan de cuidados de enfermería a un paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica. Caso clínico. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com,16*(8).

https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-intervenido-de-colecistectomia-laparoscopica-caso-clinico/

Higueras, S. B., y Aznar, S. P. (2020). Funciones de enfermería en el perioperatorio. Una revisión bibliográfica. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 3*(8). https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/

Lallana, G. I. (2021). Cuidados de enfermería tras colecistectomía. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 4*(11).

https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-colecistectomia/

Lamas, I. L. (2021). Cuidados al paciente quirúrgico en etapa postoperatoria. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 4*(12).

https://revistamedica.com/cuidados-etapa-postoperatoria-inmediata/

López, E. G., Paipilla, M. O., López, G. S., y González, R. R. (2020). Factores de riesgo relacionados con la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en una unidad de cirugía mayor ambulatoria en un periodo de 5 años. *Revista Cirujano General, 42*(3).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S14050099202000030019 1&script=sci_abstrct

Montañez, L. A., Bara, M. J., García, V. M., Domingo, R. C., Olivar, F. T., y Méndez, A. A. (2021). Plan de cuidados de Enfermería en paciente intervenido de colecistectomía. *Revista Sanitaria de Investigación, 2*(12).

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-intervenido-de-colecistectomia-laparoscopica/

Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Pérez, C. J., Díaz, E. A., Lara, M. L., y Barrios, C. D. (2018). Retraso en el diagnóstico de biliperitoneo después de una colecistectomía abierta. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 61*(6).

https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n6/2448-4865-facmed-61-06-31.pdf

Redrado, G. J., y García, M. F. (2021). Abordaje de la ansiedad preoperatoria. *Revista Sanitaria de Investigación, 2*(1).

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-de-la-ansiedad-preoperatoria/#:~:text=La%20detecci%C3%B3n%20preoperatoria%20del%20nivel,atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20con%20mayor%20productividad.

Rodríguez, L. A., Enríquez, G. C., García, E. M., Pérez, D. D., Hernández, G. M., y Rojas, S. E. (2022). Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística. *Revista Ocronos, 5*(8).

https://revistamedica.com/virginia-henderson-cuidado-paliativo/

Salazar, M. A. (2022). Cuidado de enfermería durante el preoperatorio dentro del contexto quirúrgico. *Thematic Review. Investigación y Educación en Enfermería, 40*(2).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120530720220002000002&script=sci_abstrac&tlng=es

Salom, A., Miranda, A., Pais, C., Murias, F., Giliberti, B., Abiuso, L., Mastrogiovanni, N., y Valiñas, R. (2022). Incidencia de litiasis vesicular asintomática en pacientes con complicaciones biliares. *Revista Cirugía del Uruguay, 6*(1).

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12812022000101202&script=sci_arttext#:~:text=Resultados%3A,la%20pancreatitis%20aguda%20(10%25)

Sillero, S. A., y Zabalegui, A. (2019). Seguridad y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermeros en el perioperatorio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*(3142).

https://www.scielo.br/j/rlae/a/VzrTFfpvV6TCKjhvj99HnLz/?format=pdf&lang=es

Tavera, L. RY., Hernández, P. CE., y Mireya, A. O. (2021). Papel de la enfermería en pacientes postoperados y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos. *Revista Pedagógica de la Universidad de Cienfuegos Conrado*, *17*(83).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990-86442021000600327&script=sci_arttext&tlng=en

Torres, X., Guzmán, S., Pallango, B., Chicaiza, A., y Guangasi, J. (2022). Percepción de los cuidados de enfermería del paciente adulto postoperado en colecistectomía. *Revista Multidisciplinar Ciencia Latina, 6*(1).

https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1844/2641#:~:text=La%20calidad%20del%20cuidado%20de,manera%20fue%20regular%20(46.3%25).

Apéndices

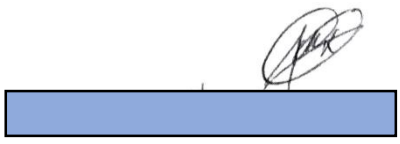
Anexo A. Consentimiento informado

Puebla, Puebla a 16 de febrero de 2023.

Consentimiento informado.

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado con respecto al propósito que conlleva mi participación en el estudio "Cuidados perioperatorios del paciente programado para colecistectomía", el cual es llevado a cabo por la Licenciada en Enfermería y Obstetrícia María Del Rocío Zamora Rosario, estudiante de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, de la especialidad en Enfermería con opción terminal Médico Quirúrgica, número de matrícula 222650116.

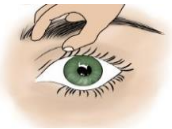
Se me informó sobre el objetivo del estudio, procedimiento y duración del mismo, resolviendo cada una de mis dudas. Entiendo que mi participación es de manera voluntaria, sin ninguna remuneración económica para alguna de las partes, al consistir en un estudio sin fines de lucro y solo académicos la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de educación e investigación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante el estudio y se me ha comentado que tengo el derecho de participar hasta el momento en que yo lo decida.



Nombre y Firma del participante

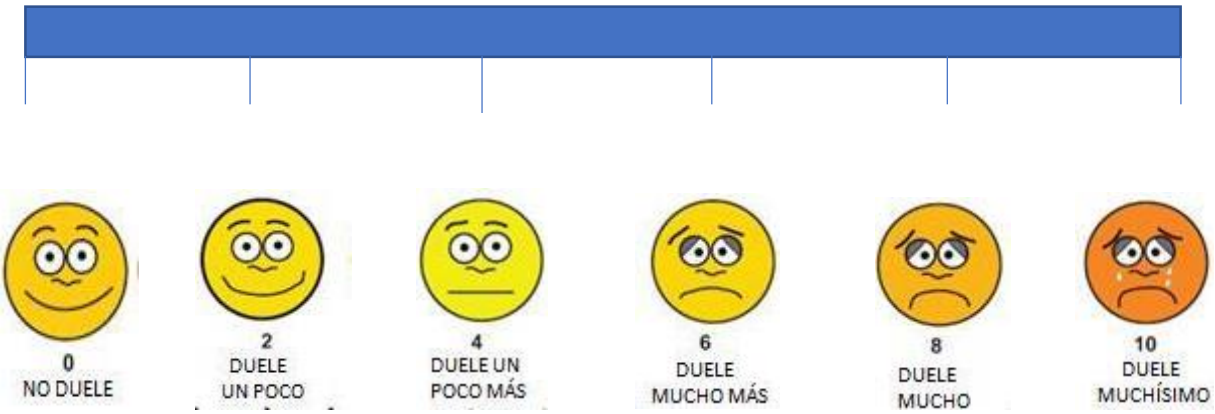
Nombre y Firma del testigo

Anexo B. Escala de Glasgow

	Respuesta	Ocular			
		4 Espontánea	**3** Orden verbal	**2** Dolor 	**1** No responde
	Respuesta	Verbal			
	5 Orientado y conversando	**4** Desorientado y hablando	**3** Palabras inapropiadas	**2** Sonidos incomprensibles	**1** Ninguna respuesta
	Respuesta	Motora			
6 Obedece orden verbal	**5** Localiza el Dolor	**4** Retirada y Flexión	**3** Flexión anormal	**2** Extensión	**1** Ninguna respuesta

15- Vigilia; 11 – 14 Letargo; 7 – 10 Estupor; 5 – 6 Coma superficial; 1 – 4 coma profundo

Anexo C. Escala de Valoración Analógica



Anexo D. Escala de Braden

Percepción sensorial	**1** Completamente limitada	**2** Muy limitada	**3** Ligeramente limitada	**4** Sin limitaciones
Exposición a la humedad	**1** Constante humedad	**2** A menudo humedad	**3** Ocasionalmente humedad	**4** Raramente humedad
Actividad	**1** Encamado/a	**2** En silla	**3** Deambula ocasionalmente	**4** Deambula frecuentemente
Movilidad	**1** Completamente inmóvil	**2** Muy limitada	**3** Ligeramente limitada	**4** Sin limitaciones
Nutrición	**1** Muy pobre	**2** Probablemente inadecuada	**3** Adecuada	**4** Excelente
Roce y peligro de lesiones	**1** Requiere moderada y máxima asistencia	**2** Problema potencial	**3** No existe problema aparente	

Clasificación del riesgo: Alto riesgo: < 12

Riesgo moderado: 13 – 14

Riesgo bajo: > 15

Anexo E. Escala de Aldrete

Actividad	**2**	Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud
	1	Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o a solicitud
	0	Incapaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud
Respiración	**2**	Capaz de respirar profundamente y toser libremente
	1	Disnea o limitación de la respiración
	0	Apnea
Circulación	**2**	T A +_ 20% del nivel preanestésico
	1	T A +_ (20 – 49)% del nivel preanestésico
	0	T A +_ 50% del nivel preanestésico
Consciencia	**2**	Completamente despierto
	1	Despierta al llamado
	0	No responde
Saturación	**2**	Capaz de mantener la saturación de O2>92% respirando al medio ambiente
	1	Necesita inhalar O2 para mantener saturación > 90%
	0	Saturación de O2 <90% aun con O2 suplementario

Anexo F. Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)

1.Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprensión, anticipación temerosa, irritabilidad	0 1 2 3 4
2.Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse.	0 1 2 3 4
3.Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	0 1 2 3 4
4.Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, temores nocturnos.	0 1 2 3 4
5.Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria	0 1 2 3 4
6.Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0 1 2 3 4
7.Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0 1 2 3 4
8.Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0 1 2 3 4
9.Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, sensación de desmayo, extrasístoles.	0 1 2 3 4
10.Sistema respiratorio	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0 1 2 3 4
11.Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náuseas, vómito, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	0 1 2 3 4
12.Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil	0 1 2 3 4
13.Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, traspiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0 1 2 3 4
14.Comportamiento agitado durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos	0 1 2 3 4
	Total	

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastorno de ansiedad, la calificación es de 0 a 56 puntos y debe interpretarse cualitativamente.

Puntuación > o = a 15 corresponden a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento)

6 a 14 corresponde a ansiedad leve

0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno