

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



**IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
POST OPERATORIO INMEDIATO, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN
TAXONOMÍA NANDA, NIC-NOC 2018-2020 EN SALA DE RECUPERACIÓN,
CLÍNICA SAN JOSÉ 2019.**

POSTULANTE: Lic. Evelina Aruquipa Coloma

TUTOR: Dr. Esp. Enrique Huaricallo Huallpa

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA MÉDICO – QUIRÚRGICO.**

La Paz – Bolivia

2020

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios, a la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina, por brindarme la oportunidad de concretar el estudio en la especialidad de Enfermería médico Quirúrgico.

A mis docentes y colegas de enfermería quienes compartieron sus experiencias en los años de la especialización.

Al tutor, por su orientación y guía en la tutoría del trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio para la implantación de una guía de atención de enfermería en pacientes post operados de cirugía laparoscópica con el fin de contribuir en una mejora para el cuidado del paciente y de esta manera lograr su pronta recuperación este estudio, se realiza con el objetivo de implementar guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, en sala de recuperación, Clínica San José 2019. estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo, transversal, descriptivo, con un universo que constituye la totalidad del personal de enfermería, que trabaja en el área; y además con la revisión de H.CI. de 48 pacientes, al análisis realizado según las encuestas y la tabla de observación, se tiene como resultado: 100% Indica que NO existe en la institución, una guía de atención de enfermería, con TAXONOMÍA NANDA NOC,NIC 79% con Cirugía laparoscópica Vesícula Biliar, 75% No aplica ninguna escala de valoración ni registros, 46% de cirugía en mayor a 2 horas, 38% de los pacientes intervenidos a cirugía son entre 51 a 81 años, 19% presentaron dolor en el sitio operatorio, 17% presentaron Náuseas y Vómitos, Hipotermia. Conclusión, que el personal profesional de enfermería indica que no cuenta con una guía de atención de enfermería que incluya con la Taxonomía NANDA NOC, NIC y que se tiene mayor cirugías de vesícula biliar que requieren cuidados de enfermería, por lo que, tampoco se aplica alguna escala de valoración ni hoja de recuperación, cirugía dura más de 2 horas estos pacientes son mayores de edad entre 51 a 81, por lo que requieren mayor cuidado de enfermería, presentan complicación como dolor en el sitio operatorio, náuseas, vómitos e hipotermia etc. Es por ello que se debe tener muy en cuenta la aplicación de guías de atención de enfermería para mejorar la atención y que la estancia del paciente sea corta.

Palabras claves: Implementación, guía de atención, enfermería, recuperación, cirugía laparoscopia, pacientes, post operatorio inmediato NANDA NOC, NIC. Programa. MICROSOFT WORD OFFICE, EPPINFO, EXCEL 2013. iii

ABSTRACT

A study was carried out for the implantation of a guide to nursing care in post-operated patients of laparoscopic surgery in order to contribute to an improvement for patient care and in this way to achieve a speedy recovery this study is performed with the objective to implement nursing care guide in immediate post operative patient, laparoscopic surgery according to NANDA taxonomy, in recovery room, Clínica San José 2019. qualitative, quantitative, retrospective cross-sectional, descriptive study, with a universe that constitutes the entire staff of nursing, who works in the area; and also with the review of H.CI. of 48 patients, the analysis carried out according to the surveys and the observation table, results in: 100% Indicates that there is NO nursing care guide in the institution, with NANDA NOC TAXONOMY, IAS 79% with Vesicle laparoscopic surgery Biliary, 75% Does not apply any assessment scale or records, 46% of surgery in more than 2 hours, 38% of patients undergoing surgery are between 51 and 81 years, 19% presented pain in the operative site, 17% presented Nausea and Vomiting, Hypothermia. Conclusion, that the professional nursing staff indicates that they do not have a nursing care guide that includes the NANDA NOC Taxonomy, NIC and that they have more gallbladder surgeries that require nursing care, so it does not apply either some assessment scale or recovery sheet, surgery lasts more than 2 hours these patients are of age between 51 to 81, so they require more nursing care, have complications such as pain in the operative site, nausea, vomiting and hypothermia etc. . That is why the application of nursing care guides should be taken into account to improve care and that the patient's stay be short.

Keywords: Implementation, care guide, nursing, recovery, laparoscopic surgery, patients, immediate post-operative TAXONOMY. Program. MICROSOFT WORD OFFICE, EPPINFO, EXCEL 2013.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO II	
III.- MARCO TEÓRICO	5
3.1.- ANTECEDENTES.....	5
3.2.- MARCO TEÓRICO	8
3.3.- MARCO REFERENCIAL	8
3.4.- MARCO CONCEPTUAL.....	9
3.4.1.- DEFINICIÓN GUÍA ATENCIÓN:	9
3.4.2.- OBJETIVOS DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	10
3.4.3.- FASES DEL PERÍODO PERIOPERATORIO	10
3.4.4.- CLASIFICACIÓN DEL PERIODO POSTOPERATORIO	11
3.4.5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.....	11
3.4.6.- POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PACIENTE POSTOPERATORIO.....	14
3.4.7.- POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PACIENTE DE POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	15
3.4.8.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.....	16
3.4.9.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
3.4.10.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	18
3.4.11.- DOMINIOS FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	18
3.4.12.- NANDA.....	20
3.4.13.- NOC CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA	24
3.4.14.- NIC CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	25
3.4.15.- UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.....	26
3.4.16.- CRITERIOS DE INGRESO Y DE ALTA	27
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29

V.- OBJETIVOS	30
5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	30
5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
CAPITULO III	
VI.- DISEÑO METODOLÓGICO	31
6.1.- TIPO DE ESTUDIO	31
6.2.- ÁREA DE ESTUDIO	31
6.3.- UNIVERSO Y MUESTRA	31
6.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....	32
6.5.- VARIABLES.....	32
6.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
VII.- CONSIDERACIÓN ÉTICAS	38
CAPITULO IV	
VIII.- RESULTADOS.	39
IX.- CONCLUSIONES:.....	55
X.- RECOMENDACIONES.....	56
CAPITULO V	
XI.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	57
XII.- ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

1. TABLA N.º 1: EDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA	39
2. TABLA N.º 2: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ	40
3. TABLA N.º 3: GRADO ACADÉMICO ALCANZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	41
4. TABLA N.º 4: ÁREA EXCLUSIVA DE SALA DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	42
5. TABLA N.º 5: MATERIAL E INSUMO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	43
6. TABLA N.º 6: COMPLICACIÓN DE PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	44
7. TABLA N.º 7: TIPO DE COMPLICACIÓN QUE PRESENTO EL PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	45
8. TABLA N.º 8: TIEMPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ANTES DE PASAR A SALA DE RECUPERACIÓN EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	47
9. TABLA N.º 9: EDAD DEL PACIENTE QUE SON INTERVENIDOS DE CIRUGÍA QUE POSTERIOR SALE A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ.	48
10. TABLA N.º 10: PACIENTES CON PATOLOGÍA DE BASE QUE ESTÁN EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	49
11. TABLA N.º 11: TIPOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA QUE SE REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA CLÍNICA QUE POSTERIOR PASA A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	50
12. TABLA N.º 12: ESCALAS DE VALORACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ	51
13. TABLA N.º 13: ORIENTACIÓN EN LA INSTITUCIÓN, RESPECTÓ A GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ	52
14. TABLA N.º 14: EXISTE EN LA INSTITUCIÓN, UNA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CON TAXONOMÍA NANDA NOC, NIC RESPECTÓ A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTE POST OPERADO, CLÍNICA SAN JOSÉ	53
15. TABLA N.º 15: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO, MEJORARA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS PACIENTES	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. GRÁFICO N.º 1: EDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA	39
2. GRÁFICO N.º 2: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	40
3. GRÁFICO N.º 3: GRADO ACADÉMICO ALCANZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	41
4. GRÁFICO N.º 4: ÁREA EXCLUSIVA DE SALA DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	42
5. GRÁFICO N.º 5: MATERIAL E INSUMO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	43
6. GRÁFICO N.º 6: COMPLICACIÓN DE PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	44
7. GRÁFICO N.º 7: TIPO DE COMPLICACIÓN QUE PRESENTO EL PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	45
8. GRÁFICO N.º 8: TIEMPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ANTES DE PASAR A SALA DE RECUPERACIÓN EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	47
9. GRÁFICO N.º 9: EDAD DEL PACIENTE QUE SON INTERVENIDOS DE CIRUGÍA QUE POSTERIOR SALE A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	48
10. GRÁFICO N.º 10: PACIENTES CON PATOLOGÍA DE BASE QUE ESTÁN EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ	49
11. GRÁFICO N.º 11: TIPOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA QUE SE REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA CLÍNICA QUE POSTERIOR PASA A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ	50
12. GRÁFICO N.º 12: ESCALAS DE VALORACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ	51
13. GRÁFICO N.º 13: ORIENTACIÓN EN LA INSTITUCIÓN, RESPECTÓ A GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ.....	52
14. GRÁFICO N.º 14: EXISTE EN LA INSTITUCIÓN, UNA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CON TAXONOMÍA NANDA NOC, NIC RESPECTÓ A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTE POST OPERADO, CLÍNICA SAN JOSÉ.....	53

15. GRÁFICO N.º 15: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO, MEJORARA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS PACIENTES.....	54
--	----

I.- INTRODUCCIÓN

El creciente y rápido avance de la tecnología quirúrgica en las últimas décadas ha permitido la introducción de la cirugía laparoscópica, una revolución quirúrgica muy significativa en la medicina moderna. La cirugía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que cada vez es más utilizada; la decisión quirúrgica está apoyada en una serie de consideraciones, como: es menos invasiva, de pronta recuperación, permanencia hospitalaria menor que las cirugías convencionales.

En la cirugía mínimamente invasiva, se realiza la insuflación de la cavidad abdominal con el gas CO₂ (neumoperitoneo), para obtener un campo quirúrgico, que conlleva a una serie de cambios fisiológicos de distintos aparatos y sistemas; en su conjunto. Es fundamental el control de las consecuencias del neumoperitoneo que se producen, de una cirugía laparoscópica, evitar o minimizar los efectos en el paciente.

El cuidado durante el periodo posoperatorio inmediato está dirigido a restablecer el equilibrio fisiológico normal. Buscando optimizar, los signos vitales hacia valores normales, previniendo posibles complicaciones que pongan en riesgo su supervivencia del paciente después de la intervención quirúrgica.

Los cuidados y la atención de enfermería es un método sistemático utilizado en el ejercicio del profesional de enfermería, con las intervenciones necesarias en el paciente y obtener resultados. Se plasma en un plan de cuidados en el que se evalúan las respuestas humanas, pero no tan sólo desde un punto de vista sintomatológico sino observando al individuo como un todo, un ser único con necesidades fisiológicas.

El acto quirúrgico conlleva sus riesgos y situaciones no esperadas como consecuencias de la invasión de un organismo a procedimientos que además de

curar pueden llegar a lesionar al paciente. En la etapa de postquirúrgico inmediato la valoración de enfermería debe ser exhaustiva. Entre la vigilancia de constantes vitales, control drenaje, perfusión tisular efectiva, valoración del patrón respiratorio, Obstrucción de vía aérea, hipoxemia, dolor en el hombro, hipertensión o hipotensión arterial, taquicardia y bradicardia, retención urinaria, hipotermia, dolor agudo por la intervención quirúrgica , náuseas y vómitos, etc., son desde leves hasta complejas, y por lo tanto expuesto a riesgos como lesiones y complicaciones que pueden retardar su recuperación y rehabilitación posterior.

La implementación de guía atención de enfermería, elaborada para proporcionar información necesaria, para ser aplicada en el cuidado, cuidados de enfermería que se proporciona a los pacientes las cuales se encuentran en proceso de recuperación después de haber sido intervenido de cirugía laparoscópica.

Esta guía de atención de enfermería es una herramienta útil, que guiará el accionar de enfermería, por lo que motivará a todo el personal que trabaja en sala de recuperación a aplicar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente con el propósito de garantizar la calidad y humanización de atención, con el fin de dar respuesta a la necesidad de salud y lograr la satisfacción del paciente.

II.- JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados secundarios en la atención en salud, representan una causa de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.

En el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud, por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad (7).

Según la sociedad Boliviana de Cirugía 2015. La cirugía de vesícula y de las vías biliares constituye una de las áreas más interesantes en la cirugía del aparato digestivo. Sin embargo, a pesar del indudable avance tecnológico, las complicaciones biliares siguen presentes en un porcentaje no despreciable, que obliga en muchos casos a reintervenciones complejas con una importante morbilidad y mortalidad (10).

Por lo cual es de suma importancia los cuidados postoperatorios inmediatos por el personal de enfermería en la Unidad de Recuperación para asistir pacientes que han sido intervenidos de una cirugía, entre ellas la cirugía laparoscópica, la cual por su estado postquirúrgico puede presentar alteraciones con compromiso vital, metabólico y funcional, de uno o más órganos que deben ser de vigilancia

estricta, soporte vital, tratamiento y rehabilitación, aplicando alta tecnología y personal especializado.

Durante la permanencia del paciente en la Unidad de recuperación post anestésica (URPA), se realizará una valoración inicial, las cuales ayuden a prevenir complicación post operatoria. Po lo que con la investigación se busca contribuir a la profesión de enfermería de manera científica que favorezca a los pacientes como al personal de enfermería desde un punto de vista ético legal. Con la elaboración de una guía de atención para el personal de enfermería según la taxonomía NANDA NOC, NIC en el post operatorio inmediato de cirugía laparoscópica, se contribuye en una aplicación de medidas de prevención de posibles complicaciones.

III.- MARCO TEÓRICO

3.1.- ANTECEDENTES

Delvis Castañón Pompal, Yaíma Dubergel Fabier, María del Pilar Gibert Lamadrid, realizaron un estudio titulado: Prácticas de enfermería en los diferentes escenarios de la cirugía de mínimo acceso. La Cirugía de Mínimo Acceso (CMA) Se define como el “abordaje del área afectada, la cual será objeto de tratamiento quirúrgico mediante el menor trauma posible a la biología del paciente”. La CMA sin duda ha revolucionado la técnica quirúrgica, que conlleva a modalidades terapéuticas cada vez más complejas, precisando un alto componente tecnológico, que produzca una menor agresión al paciente. (15)

Desde la creación de este equipo multidisciplinario, se integra el personal de enfermería, el cual tiene funciones dentro del quirófano, el área de endoscopia y el área de cuidado a los pacientes. De forma general, las acciones de enfermería están encaminadas a lograr un óptimo estado de salud del paciente, la familia y la comunidad, asegurando una atención oportuna, integral, personalizado, humanizado, continua y eficiente que sustente en el cuidado y satisfacción de las necesidades físicas y psicológicas con una actitud ético y humanista ante el uso de las tecnologías. (15)

El profesional de Enfermería, es parte del equipo multidisciplinario que trabaja dentro de las diferentes áreas donde se desarrolla CMA, se ha convertido en un actor principal y decisivo para el éxito en cada etapa de los distintos procedimientos que se desarrollan, y que tengan la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y perfeccionarlos. (15)

F. Delgado Gomis, F. Blanes Masson, S. Gómez Abril, J. Richart Aznar y R. Trullenque Juan, realizaron un estudio titulado: Complicaciones de la cirugía laparoscópica. La aceptación por los cirujanos, de forma universal, de la laparoscopia, para realizar procedimientos quirúrgicos utilizados como

tratamiento de las diferentes enfermedades, hace que las clásicas publicaciones en las que se enumera complicaciones derivadas de la técnica laparoscopia. El artículo se divide en dos grandes apartados, el primero dedicado a las complicaciones derivadas de la técnica laparoscópica y segundo describen las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en cada una de las técnicas específicas utilizada para el tratamiento de diferentes enfermedades. (22)

No solo el cirujano es responsable del acto quirúrgico, la responsabilidad es compartida con equipo de salud que estos intervienen en la intervención quirúrgica y en la recuperación y en la recuperación post anestésica. La complicación post quirúrgica, puede suceder a pesar de tener todas las precauciones y prevenciones que se tomen, por lo que, es muy importante y necesario profundizar, prevenir las molestias y complicaciones en los pacientes post quirúrgicos inmediatos. (22)

Lizeth Rosselly Fernández Cauti, realizó un estudio titulado: Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el hospital de vitarte en el periodo 2014-2017. Los factores asociados a las complicaciones post COLELAP (colecistectomía laparoscópica), ha sido un importante problema de salud pública a nivel mundial y se hace cada vez más visible. El 85% de las colecistectomías es por vía laparoscópica, las complicaciones en la población fueron de 1.98 a 33.1 % y la mortalidad, de 0 a 20%. Las complicaciones de mayor incidencia, fueron la infección de herida operatoria, fiebre, dolor y vómitos estas complicaciones se encuentran a asociados a factores como la edad, el sexo y el IMC. (19)

Demostrar que los factores de edad, sexo e IMC, están relacionados a las mayores complicaciones post colecistectomía laparoscópica. Del total de pacientes 61 (44.9%) son del sexo femenino y 75 (55.1%) son del sexo

masculino, 84 (61,8%) tienen un IMC >30 y 52(38,2%) tiene < 30. Además, 108(79,4%) son > de 60 años y 28 (20,6%) de 18-60 años. El estudio de la población se caracterizó por ser predominantemente del sexo femenino, mayores de 60 años y con un IMC >30 donde se presentaron complicaciones como infección de herida operatoria y fiebre. (19)

Margarita Isabel Morocho Cherez. Realizó un estudio titulado: “Proceso de atención de enfermería, en el paciente post quirúrgico inmediato en la sala de recuperación del hospital general macas, marzo a agosto del 2014”. Facilitar a las enfermeras una guía basada en el proceso de atención de enfermería para paciente postquirúrgico inmediato. En esta investigación se define que el personal de enfermería debe capacitarse a profundidad en el tema proceso de Atención de Enfermería (PAE), además, la atención a los pacientes en el área postquirúrgico debe ser más personal y eficiente. (24)

Estableciendo las determinantes que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería, para satisfacer las necesidades básicas del paciente, dando respuesta a procesos adecuados en el manejo del paciente post quirúrgico y ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados. (24)

Dra. Rosa Galarza. Manuel Díaz con el tema: “Aplicación de la escala de White y Song para evaluación de la recuperación post anestesia en la unidad de cuidado de Eugenio Espejo de la ciudad de Quito”; con ese trabajo de investigación, se concluye que la aplicación de dichas escalas aplicadas en los pacientes post anestésico, nos permite observar la recuperación óptima del paciente. (27)

La Dra. Ingrid, Tennant, realizó esta investigación: sobre complicaciones pos operatoria relacionadas con anestesia en pacientes para cirugías electivas

ginecológicas. Las complicaciones postoperatorias menores pueden aumentar la incomodidad y la insatisfacción del paciente, y retardar la recuperación anestésica, de 505 pacientes que se sometió a la anestesia general, el (80%), de un total de 419, es decir que el (83%) pacientes, relataron por lo menos una complicación postoperatoria, las complicaciones más frecuentes fueron, dolor de garganta un 44%, náusea 30%, vómito 24%, hipertermia 20%; por lo que se debe dar atención especial para reducir las complicaciones posquirúrgicas. (24)

El Dr. Fernando, M., realizó una investigación sobre complicaciones postquirúrgicas relacionadas a factores de riesgo. El objetivo fue determinar los factores pronósticos (factores de riesgo) de mortalidad en pacientes con complicaciones postoperatorias. Los siguientes riesgos se pueden presentar dependiendo del estado de salud del paciente tenemos los riesgos dependientes a la edad, obesidad, mal nutrición, riesgo quirúrgico dependiente de la cirugía, riesgo de anestesia, riesgo en el acto quirúrgico. (22)

3.2.- MARCO TEÓRICO

3.3.- MARCO REFERENCIAL

El estudio se realiza en una institución privada “CLÍNICA SAN JOSÉ” donde realizan sus actividades autónomamente. La Clínica da una atención de 24hrs. Tanto, emergencias con el personal en diferentes servicios.

La Clínica está situada en la Ciudad de La Paz, Calle Justo German Varela Zona la Portada. Como una clínica de 2do nivel cuenta con los servicios de:

- Medicina Interna
- Traumatología
- Ginecoobstetricia
- Cirugía general
- Otorrinolaringología

Además de contar con las especialidades, cuenta con los servicios de Sala de internación, sala de imagenología, entre ellas ecografía, Rx.

Y lo más importante para el estudio, cuenta con un ambiente quirúrgico y sala de recuperación, donde trabajan licenciadas en diferentes turnos, y médicos en diferentes turnos. La sala de recuperación cuenta con 3 camas de internación, donde ingresan pacientes post operados inmediatos, por lo que se realizará el estudio e investigación en esta institución.

El presente estudio se realizará tomando en cuenta a los pacientes intervenidos de cirugía laparoscópica y a todo el personal de enfermería que trabaja en la institución de sala de recuperación de los diferentes turnos.

3.4.- MARCO CONCEPTUAL

3.4.1.- DEFINICIÓN GUÍA ATENCIÓN:

Guía Clínica o de atención en servicio de salud son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. El método principal son las “Revisiones Sistemáticas de la Literatura”. (10).

También es un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos. Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención (11).

Cada Área de Salud, Clínica u Hospital, debe designar un grupo coordinador local, el cual recibe capacitación sobre los contenidos de las guías o protocolos elaborados para que pueda presentar al personal de su unidad. Se llevará a cabo

una actividad con los grupos coordinadores para el conocimiento, manejo, seguimiento y evaluación de las Guías (12).

3.4.2.- OBJETIVOS DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Orientar en el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Sistematizar y simplificar el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos (12).

3.4.3.- FASES DEL PERÍODO PERIOPERATORIO

a) Preoperatorio

Comienza cuando se toma la decisión de intervenir quirúrgicamente, y termina cuando el paciente entra al quirófano. Es la etapa del proceso quirúrgico comprendida desde que se decide la intervención hasta que el paciente entra en quirófano (17).

b) Intraoperatorio

Comienza cuando el paciente entra al quirófano y termina cuando ingresa al área post anestésica o de recuperación. La principal función de la enfermera es preservar la seguridad del paciente (18).

c) Postoperatorio

Comienza cuando el paciente ingresa en la unidad de postoperatorio o recuperación, y termina cuando se ha recuperado completamente de la cirugía.

3.4.4.- CLASIFICACIÓN DEL PERIODO POSTOPERATORIO

a) Período postoperatorio inmediato: Transcurre desde la recuperación anestésica hasta las 24 horas después del acto quirúrgico. Durante el periodo postoperatorio, los cuidados de enfermería se dirigen a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor, prevenir complicaciones.

Este período es crítico, siendo necesario observar atentamente al paciente y brindarle apoyo físico y psicológico hasta que desaparezca la mayor parte del efecto anestésico y se establezca la situación general del paciente (17).

b) Período postoperatorio mediano: Transcurre luego de las 24 horas hasta las 48 a 72 horas; otros autores lo consideran el tiempo de hospitalización del paciente. La valoración cuidadosa ayuda al paciente a recuperar el funcionamiento normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posible enseñando los cuidados personales necesarios.

c) Período postoperatorio tardío: Transcurre luego de las 48-72 horas o tras el alta del paciente, hasta su recuperación, siendo esta completa en unos casos o con secuelas como la discapacidad permanente.

3.4.5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

La enfermera de postoperatorio se enfrenta al cuidado de un paciente recién intervenido quirúrgicamente, que se está recuperando de una anestesia. La valoración de este tipo de pacientes requiere centrarse en cuatro necesidades básicas: respirar normalmente, evitar peligros, hidratación y eliminación, y termorregulación. Por tanto, la vigilancia se centra en (22):

- La oxigenación y ventilación
- La circulación del paciente
- El nivel de conciencia
- El sistema nefro urinario

- La termorregulación

Para ellos se desarrollan las siguientes actividades:

- Control de signos vitales horario o cada 10- 15 minutos en las primeras 2 horas
- Informe la situación en la que le llega el paciente
- Conectar el monitor para control cardiológico y respiratorio
- Conectar el aparato de pulsioximetría
- Colocar el tensiómetro
- Abrigo del paciente
- Observar estado de conciencia
- Manejo del dolor
- Observación de apósitos y drenajes
- Administración de medicamentos
- Vía venosa
- Manejo de vía aérea
- Monitorizar las entradas y salidas de líquidos control de drenajes, diuresis, pérdidas insensibles.
- Valoración de la coloración de piel y mucosas
- Realizar la valoración neurológica del paciente (25).

1. Protocolo de cirugía: Tiempo de la cirugía.

2. Nivel de conciencia: Comprobando si hay reflejo parpebral y si el paciente está alerta y orientado.

3. Mantenimiento de la vía respiratoria permeable: El objetivo más importante del área de recuperación postanestésica en el postoperatorio inmediato es mantener la vía aérea permeable. Y así prevenir la hipoxemia. Se debe valorar la frecuencia y profundidad de las respiraciones, la saturación de oxígeno y los ruidos respiratorios. Los pacientes que estuvieron bajo anestesia prolongada casi siempre están inconscientes, con todos sus músculos relajados. Esta relajación incluye los músculos faríngeos. Cuando el paciente está acostado de espaldas, la

mandíbula y la lengua caen hacia atrás y obstruyen la vía aérea, a esto se conoce como obstrucción hipo faríngea.

4. Mantenimiento de la estabilidad cardiovascular: Se valora el estado mental del paciente, sus signos vitales, temperatura, humedad de la piel, volumen urinario. Si posee una vía central también la medición de la presión venosa central.

Las principales complicaciones cardiovasculares son la hipotensión, shock, hemorragias, hipertensión y arritmias.

5. Alivio del dolor y ansiedad: La enfermera postquirúrgica vigila el estado fisiológico del paciente, controla el dolor y brinda apoyo psicológico en un esfuerzo por aliviar los temores y preocupaciones del paciente.

6. Control de náusea y vómito: La enfermera debe intervenir ante el primer aviso de náuseas y vomito. Se debe girar al paciente de costado para favorecer el drenaje de la boca y prevenir la aspiración del vomito que puede causar asfixia y muerte.

7. Regulación de la temperatura: El paciente ha sido expuesto durante el acto quirúrgico a una baja de su temperatura corporal, debido al ambiente frío del pabellón y además a los fluidos suministrados, durante la cirugía.

8. Determinación de la disposición para la salida de la unidad de recuperación postanestésica: Un paciente permanece en esta área hasta que se recupere por completo del efecto anestésico. Los indicadores de recuperación incluyen presión sanguínea estable, función respiratoria adecuada y saturación de oxígeno apropiada.

9. Recepción del paciente en sala de recuperación: Se incluye la preparación de la unidad del paciente con tomas de oxígeno listas, pañuelos desechables, además de realizar la valoración que incluye vigilancia de los signos vitales, revisión por sistemas en cuanto llega a la sala como en tomas subsecuentes¹⁸.

10. Cuidado de la herida quirúrgica: Los objetivos del tratamiento son perturbar la herida lo menos posible para permitir la cicatrización y prevenir la invasión

bacteriana. Los factores del paciente, como la comodidad, la función de mantener y ser dado información adecuada son también una prioridad.

El sitio de la incisión quirúrgica que cicatrizan por primera intención debe estar limpios. Los bordes de la piel se vuelven yuxtapuestos, permitiendo que se forme un coágulo en el sitio de la incisión proporcionando una barrera contra la invasión bacteriana (19).

11. Equipos especiales: También habrá que valorar el correcto funcionamiento de los: catéter vesical, vía venosa, sonda naso gástrica, etc.

3.4.6.- POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PACIENTE POSTOPERATORIO

Lo normal es que todo transcurra con éxito, pero aparece algunas complicaciones como, por ejemplo:

- Reacción a la anestesia
- Infección de la herida quirúrgica
- Obstrucción de la vía aérea
- Hipoxemia
- Atelectasia
- Broncoespasmo
- Hipertensión o hipotensión arterial
- Taquicardia y bradicardia
- Edema agudo de pulmón
- Trombosis venosa profunda
- Embolismo pulmonar
- Cefaleas
- Psicosis postoperatoria
- Despertar lento
- Oliguria
- Poliuria
- Retención urinaria
- Incontinencia urinaria

- Sed
- Hipotermia y temblores
- Dolor
- Náuseas y vómitos (14).

3.4.7.- POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PACIENTE DE POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Lo normal es que todo transcurra con éxito, pero pueden aparecer algunas complicaciones como, por ejemplo:

- Reacción a la anestesia
- Infección de la herida quirúrgica
- Obstrucción de la vía aérea
- Hipoxemia
- Atelectasia
- Dolor a nivel del Hombro
- Broncoespasmo
- Hipertensión o hipotensión arterial
- Taquicardia y bradicardia
- Edema agudo de pulmón
- Trombosis venosa profunda
- Embolismo pulmonar
- Cefaleas
- Psicosis postoperatoria
- Despertar lento
- Oliguria
- Poliuria
- Retención urinaria
- Incontinencia urinaria
- Sed
- Hipotermia y temblores

- Dolor
- Náuseas y vómitos.
- Traumatismo
- Embolismos gaseosos
- Enfisema subcutáneo
- Neumotórax
- Colapso Cardiovascular
- Arritmias (16).

3.4.8.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

DEFINICIÓN

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía. Anteriormente, esta técnica se usaba por lo general para cirugía ginecológica y de vesícula biliar. Durante los últimos 10 años, el uso de esta técnica se ha ampliado e incluye la cirugía intestinal. En la cirugía tradicional “abierta”, el cirujano usa una sola incisión para entrar al abdomen. La cirugía laparoscópica usa varias incisiones de 0.5 a 1 cm. Cada incisión se denomina “puerto”. En cada puerto se inserta un instrumento tubular conocido como trocar. Durante el procedimiento, a través de los trocares se pasan instrumentos especializados y una cámara especial llamada laparoscopio. Al iniciar el procedimiento, el abdomen se infla con el gas llamado dióxido de carbono para proporcionar al cirujano un espacio de trabajo y visibilidad. El laparoscopio transmite imágenes de la cavidad abdominal a los monitores de video de alta resolución del quirófano. Durante la operación, el cirujano observa las imágenes detalladas del abdomen en el monitor. El sistema permite que el cirujano realice las mismas operaciones que la cirugía tradicional, pero con incisiones más pequeñas. Siendo la extirpación de la vesícula una de las operaciones que se practica con mayor frecuencia, parecía que la técnica quirúrgica había alcanzado un estándar muy difícil de superar. Sin embargo, es en este contexto que aparece la Cirugía Laparoscópica ocasionando una verdadera revolución (17).

Ventajas:

- Provee una mejor visualización de toda la cavidad abdominal con magnificación de las imágenes.
- Posibilidad de realizar el procedimiento diagnóstico y realizar el tratamiento en una sola sesión reduciendo costos.
- Menores traumatismos tisulares y reducción de la formación de adherencias y cicatrices.
- Bajas tasas de complicaciones en relación a las cirugías abiertas.

Contraindicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica
- Íleo paralítico o mecánico
- Coagulopatías no corregidas
- Peritonitis generalizada
- Enfermedad cardiopulmonar severa
- Infección de la pared abdominal
- Procedimientos abdominales múltiples previos
- Embarazo (3er trimestre) (19).

3.4.9.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**DEFINICIÓN**

El proceso científico según Phauneuf. Es un instrumento lógico y sistemático de investigación, análisis, interpretación, planificación y evaluación de los cuidados de enfermería, con el fin de lograr un trabajo lógico y sistemático.

El P.A.E. es un instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre la enfermera, el paciente y la familia para identificar los problemas de salud y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud (5).

3.4.10.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo
- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente su familia y los demás profesionales de salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trae con individuos, grupos o comunidades (8).

3.4.11.- DOMINIOS FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

La valoración en la enfermería es una parte vital pues esta es la primera etapa del proceso de esta disciplina le proporcione al paciente. La valoración enfermera se hace con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, para ello se han empleado el modelo por patrones funcionales de salud según Marjory Gordon.

Los patrones funcionales de salud describen una serie de 13 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones” (M.Gordon) (5).

Dominio I: Correspondiente a la percepción y manejo de salud: Hace referencia a cómo percibe el individuo su salud y bienestar, además evalúa las prácticas preventivas que realiza el paciente, es decir este patrón analiza básicamente la percepción de salud del paciente y las prácticas que pueden prevenir enfermedades (como aseo personal, el no consumo de tabaco, alcoholismo drogadicción etc.).

Dominio II: Nutrición y Metabolismo: Evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de (el paciente) este patrón explora a través de preguntas y la observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos del paciente.

Dominio III: Eliminación: Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel, al igual que todos los aspectos que tienen que ver con ella; es decir que también describe rutinas personales y características de las excreciones.

Dominio IV: Actividad Ejercicio: Valora el estado cardiovascular frecuencia cardiaca o presión arterial anormal en respuesta a la actividad, cambios ECG que refleja isquemia o arritmia, etc. Valorar el estado respiratorio. Valorar antecedentes de la enfermedad respiratoria, ambiente ecológico laboral, tabaquismo disnea o molestias al esfuerzo, tos nocturna asociada y regurgitaciones, expectoraciones, indicación verbal de fatiga, etc., valoración de la movilidad ya actividad cotidiana. Debilidad generalizada, cansancio estilo (sedentarismo activo) actividades de la vida diaria que realiza.

Dominio V Cognitivo Perceptual: Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Dominio VI Autopercepción: Este patrón se refiere a las capacidades sensorio perceptuales y cognitivas del paciente es decir que se refiere a que las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas sean adecuadas comprobando si existe alguna prótesis aditiva o si el paciente requiere lentes de algún tipo en el caso de los demás sentidos se evalúa la sensibilidad a el frío, el calor y a los olores. Este ítem estudia determina si existe dolor al igual que comprueba las capacidades cognitivas relativas a la memoria y el lenguaje.

Dominio VII: Rol Relaciones: En este patrón se valoran las relaciones de la persona a cuidar con el resto de personas que le rodean, también se valora el papel que ocupan en la sociedad y las actividades que realizan; además evalúa

el rol que desempeña el paciente dentro de su núcleo familiar buscando analizar las obligaciones que este debe asumir dentro de su familia.

Dominio VIII: Sexualidad Reproducción: Se valora en las mujeres la edad de inicio de la menstruación, períodos regulares, métodos anticonceptivos, embarazos, gestaciones, abortos, pérdidas de la libido, menopausia, antecedentes de cánceres de mama. En los hombres se valoran los métodos anticonceptivos, antecedentes de torsión testicular, problemas prostáticos, de impotencia, además este ítem busca valorar los patrones de satisfacción con la sexualidad y lo relacionado a esto.

Dominio IX: Adaptación Tolerancia: Forma de hacer frente a los acontecimientos procesos vitales.

Dominio X: 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.

Dominio XI: Seguridad Protección: Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Dominio XII: Confort: Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Dominio XIII: Crecimiento y desarrollo: Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad (6).

3.4.12.- NANDA

Era un grupo de enfermería que constituyo de la siguiente manera, en el año 1973 en reuniones semestrales intentar determinar una etiqueta diagnostica que les permitiera trabajar a todas por igual, con el mismo vocabulario, al final de las reuniones se publicaron las actas de ese modo, el resto de enfermeras en Norteamérica y de otras partes del mundo, podían conocer cuáles eran esas etiquetas diagnosticas que ellas habían determinado para trabajar, en 1982 se

constituyó, ya como NANDA, entonces de ese modo las enfermeras pueden trabajar. Nos va a permitir tener una forma sistematizada de brindar los cuidados enfermeros las etapas del proceso de atención en enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería. Individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencia de la salud siguiendo los pasos de (6):

- a) Valoración
- b) Diagnostico
- c) Planificación
- d) Ejecución
- e) Evaluación

a) Valoración

Recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores en la cual se divide en cuatro fases directamente relacionadas a:

- Recogida de datos
- Validación de datos
- Organización de datos registro de valoración

Proceso organizado, sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad, que utiliza:

- a) Entrevista clínica
- b) Observación
- c) Exploración física

Fuentes primarias: Paciente, historia clínica, familia

Fuentes secundarias: Bibliografía, artículos, otras referencias.

La recogida de datos debe realizarse teniendo en cuenta un punto de vista holístico.

- Datos objetivos: La enfermera ve observa, mide.
- Datos subjetivos: La persona, familia o amigos refiere.

- Datos históricos: Antecedentes.
- Datos actuales: Datos sobre el problema de salud actual (6).

b) Diagnóstico

“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable”.

Actuaciones que se deben valorar ante un diagnóstico de enfermería o problema interdependiente:

- Diagnóstico enfermero real

Está formado por tres componentes de formato (P.E.S), problema, etiología, signos y sintomatología.

- Reducir o eliminar factores contribuyentes
- Promover mayor nivel de bienestar
- Controlar del estado de salud

El diagnóstico de riesgo está formado por el problema y por la etiología, en este caso denomina factor de riesgo. A no haberse producida todavía la alteración del estado de salud no existe signos ni síntomas.

- Reducir o eliminar los factores de riesgo
- Prevenir que se produzca el problema
- Controlar el inicio de problemas

c) Planificación

Se buscan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud. La planificación es la etapa en la cual se determina qué cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior.

Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro (7).

d) Ejecución

Llevar a la práctica el plan. Esto supone las siguientes actividades: seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde el enfermo a sus acciones, llevar a cabo las acciones prefijadas durante la planificación, registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

Ejecución de (actividades o intervenciones)

Las actividades o intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y fomentar, conservar y restaurar la salud (OMS) (6).

Características intervenciones:

Consecuentes. - Han de estar relacionadas, tienen que ser compatibles con el tratamiento o las acciones terapéuticas.

Seguras. - No han de realizarse con riesgo para el paciente ni la enfermera.

Individualizadas. - Es individualizado porque cada diagnóstico se ajusta a un paciente por tanto el diagnóstico es totalmente individualizado

Realista. - Hay que contar con los recursos de la enfermera, del paciente y de la institución tipo de intervenciones realizar valoraciones para identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes.

e) Evaluación

La enfermera y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados, y si es necesaria alguna modificación. Cuando todas las enfermeras utilizan el proceso de enfermería aumenta la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo. El uso del proceso de enfermería y de los planes de cuidados permite mejorar la continuidad de éstos. El enfermo puede participar en el desarrollo de su propio plan de cuidados y en la toma de decisiones relativas a su cuidado de salud. En la medida

en que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas favorece el cuidado integral al enfermo.

3.4.13.- NOC CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

En 1991 se formó en la Universidad Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionará con los cuidados de enfermería. (Center for Nursing Classification and Clinical effectiveness)

Ese trabajo de investigación dio lugar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación estandarizada y exhaustiva de los de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y por primera vez en 1997 (2).

La clasificación NOC se ha traducido a 10 idiomas.

Que es un resultado

Es estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a uno o más intervenciones de enfermería.

Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos resultados.

Las NOC facilita datos para:

- Aclarar el conocimiento enfermero
- Avanzar en el desarrollo teórico
- Determinar la efectividad del cuidado enfermero
- Mostrar las contribuciones de la enfermería hacia los pacientes, familias y comunidades.

La NOC se desarrolló para medir los cambios a corto plazo después de una intervención o episodios de cuidados, y los cambios a corto plazo durante el curso de la enfermedad o dolencia (3).

3.4.14.- NIC CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos destinados tanto como a los pacientes como a las familias y comunidad, e iniciados por la enfermera u otro profesional sanitario (Bulenchek, Butcher y Dochterman, 2008)

La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de las intervenciones de enfermería comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación liderado por Joanne McCloskey, actualmente Joanne Dochterman, y Gloria Bulechek de la Univ. Iowa.

El equipo desarrollo la NIC, una clasificación estandarizada y exhaustiva de intervenciones de enfermería fue publicada por primera vez en 1992 (3).

La quinta edición de la NOC se ha publicado al mismo tiempo que la sexta edición de la NIC, la NIC al igual que la NOC se encuentra en la Center for Nursig Classification and clinical Effectivenes en el University of Iowa, College of Nursing Fue traducida a nueve idiomas.

La NIC, es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Útil para la planificación de los cuidados.

Puede utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, UCIs, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (ginecología UTI, geriatría, pediatría, etc.)

Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p.ej., manejo de la hiperglucemia), la prevención de las mismas (p.ej. Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p.ej. Fomento del ejercicio).

Las actividades pueden modificarse para que reflejen mejor las necesidades de una situación concreta del paciente (4).

Las enfermeras utilizan el criterio clínico con los pacientes, para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida.

La elección de una intervención para un paciente concreto debe tomarse en cuenta 6 factores:

- Resultados deseados del paciente
- Características del diagnóstico de enfermería
- Base de investigación de la intervención
- Factibilidad de la ejecución
- Aceptación del paciente
- Capacidad del profesional

Códigos y clases

La taxonomía NIC se codificó por varias razones:

1. Para facilitar su uso informático
2. Facilitar una manipulación sencilla de los datos
3. Para aumentar la articulación con otros sistemas codificados
4. Permitir su uso en las retribuciones

3.4.15- UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

La unidad de recuperación postanestésica es una sala de cuidados especiales especializados destinada a controlar en forma continua al paciente recién operado. Con ese fin deberá cumplir con las condiciones inherentes a una unidad operativa de alto riesgo, respeto a normas y racionalización de todas las conductas diagnósticas y terapéuticas impuestas por sus autoridades. La importancia de esa unidad, su funcionamiento, su equipamiento y el registro asistencial seriado a través de una ficha posanestésica para control, seguimiento

y estadística de la evolución del posoperatorio. Es necesario contar con las siguientes condiciones básicas (23).

Planta física	Ubicación Dimensiones Iluminación Climatización	
Equipamiento		
Recursos humanos	Personal médico Coordinador Anestesiólogo Equipo quirúrgico Consultores	Personal de enfermería Jefa de enfermería Enfermeros
Criterios de ingreso y de alta	Sistema de puntaje de Aldrete modificado Puntaje simplificado de D.J.Steward	
Consideraciones médico-legales		

Esquemas para la sala de recuperación postanestésia

3.4.16.- CRITERIOS DE INGRESO Y DE ALTA

Existen escalas de puntuación para determinar el grado de recuperación anestésica del paciente operado. Estas escalas deben ser utilizadas en forma complementaria por el anestesiólogo actuante, que será quien decida si su paciente quedará en la URPA o será derivado directamente desde el quirófano a terapia intermedia, a terapia intensiva o a la unidad coronaria (2).

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesional de enfermería que labora en la unidad de recuperación post anestésica (URPA), donde se observa brindar cuidados de enfermería, esto con el fin de mantener la vía aérea expedita, optimizar la oxigenación y ventilación, maximizar el apoyo circulatorio y control de sangrado, monitorear la función neurológica, control de la diuresis, actividades en las cuales se observa debilidades en cuanto al cuidado del paciente postoperado inmediato de cirugía laparoscópica sin un uso específico. Ya que tampoco se observa alguna guía de atención de enfermería en base a NANDA la cual este instrumento nos ayuda como instrumento de atención. Como tampoco se observa escalas de valoración y registró enfermero como corresponde por lo que da a deducir que se podría presentar complicaciones postoperatorias el paciente postoperado. (2)

Estudios demuestran que, las complicaciones posoperatorias incrementan la estancia hospitalaria. Por una serie de factores como el tipo de cirugía laparoscópica, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones preoperatorias e intraoperatorias previas existentes, así como del cuidado que enfermería brinda durante el periodo posoperatorio inmediato. (2)

Por lo que todo paciente post operado necesita cuidados mínimos que consisten de forma principal en el control hemodinámico, monitorización de nivel de sedación y analgesia, vigilancia respiratoria, valoración del sangrado y control de fluido terapia. Según observación que se realizó el personal de enfermería aparentemente no planifica la atención proporcionada en base a una guía de atención específica para el área y que solo se basan en sus conocimientos. Razón por la cual nace la idea de realizar esta investigación y el análisis de los cuidados de enfermería en el periodo postquirúrgico inmediato.

A raíz de todo lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la necesidad de implementar una guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según Taxonomía NANDA, NIC, NOC 2018-2020 en sala de recuperación, Clínica San José 2019?

V.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

Implementar Guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, NIC, NOC 2018 - 2020 en sala de recuperación, Clínica San José 2019.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Identificar datos sociodemográficos del personal profesional de enfermería de la Clínica San José.

2.- Describir las complicaciones que se presentan en pacientes post operatorio inmediato de cirugía laparoscópica, en la sala de recuperación de la Clínica San José.

3.- Identificar los cuidados e intervenciones que realiza el personal de enfermería en el paciente post operatorio inmediato de cirugía laparoscópica, en la sala de recuperación de la Clínica San José.

4.- Elaborar guía de atención de enfermería, según la Taxonomía NANDA NOC, NIC, (2018 – 2020) y hoja de valoración post anestésica en pacientes post operatorio inmediato, en la sala de recuperación, Clínica San José.

VI.- DISEÑO METODOLÓGICO

6.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio metodológico cualitativo, cuantitativo, retrospectivo transversal, descriptivo, aplicando una encuesta realizada con ítem de preguntas cerradas respecto. Implementación guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, en sala de recuperación, Clínica San José 2019.

- **Cuantitativo:** Es una forma estructurada de recopilar y analizar datos. Son valores numéricos discretos que toman valores enteros.
- **Retrospectivo:** Se toma datos de H.CI. de anteriores meses.
- **Transversal:** Porque se recolectan datos en un momento y tiempo para así poder describir y analizar los datos obtenidos a través de la encuesta y la relación entre variables en un momento dado de la gestión 2019.
- **Descriptivo:** Trata de describir el estudio lo más detallado posible, para posteriormente encontrar datos significativos, que permite identificar las formas y actitudes de los individuos que se encuentran en el universo de investigación.

6.2.- ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en Sala de Recuperación de la “CLÍNICA SAN JOSÉ” 2019.

6.3.- UNIVERSO Y MUESTRA

- El Universo, está constituida por la totalidad del personal profesional de Enfermería que trabaja en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) de la clínica San José. En un total de 8 Licenciadas de enfermería de los diferentes dos turnos, quienes serán encuestadas.
- Revisión de Historia Clínica de los pacientes que fueron atendidos en sala de Recuperación de las cuales son 48 pacientes.

MUESTRA

No probabilístico por conveniencia, debido a que se trabajará con toda la población.

6.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Todas las licenciadas profesionales de enfermería que trabaja en la institución en el servicio de (URPA) de la Clínica en los dos diferentes turnos.
- Personal profesional de enfermería que viene de apoyo a (URPA)
- Historias clínicas completas

Criterios de exclusión:

- Personal medico
- Personal auxiliar
- Personal de enfermería que no quieran ser pacientes de la encuesta
- Historias Clínicas Incompletas

6.5.- VARIABLES

1.- Variables Dependientes

- Guía de atención de enfermería

2.- Variables Independientes

- Edad
- Años de experiencia laboral
- Grado Académico alcanzado
- Área de sala de recuperación
- Materiales e insumos
- Complicación de recuperación del paciente.
- Tiempo de intervención quirúrgica
- Edad del paciente
- Patología Enfermedad de base

- Tipos de cirugía
- Escalas de valoración
- Orientación de la institución
- Taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Implementación de guía de atención

6.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	-Cuantitativa -Continua -Variable Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	a) 25 a 30 años b) 31 a 35 años c) 36 a 40 años d) 40 a mas	Porcentaje
Años de experiencia laboral	Cuantitativa Continua Independiente	Referencia al conjunto de conocimientos y aptitudes que un ha adquirido en un transcurso profesional	a) Menor 1 año b) 2 a 5 años c) 6 a 10 años d) 10 a mas	Porcentaje
Grado académico Alcanzado	Cualitativa Ordinal Independiente	Consiste en el reconocimiento de la formación profesional que una persona posee tras realizar los estudios, exámenes y pruebas pertinentes.	a) Licenciatura en Enfermería b) Especialista Médico Quirúrgico c) Magister Terapia Intensiva d) Doctorado	Porcentaje
Área de sala de recuperación	Cualitativa Nominal Independiente	La URPA término de una anestesia general, anestesia regional o sedación profunda y el momento en que el paciente se encuentra en condiciones de ser	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Porcentaje

		trasladado al servicio clínico.		
Materiales e insumos	Cualitativa Nominal Independiente	Permite nombrar a un bien que se emplea en la producción de otros bienes.	a) Insumos médicos b) Equipo para control de S.V. c) Material de e) Todos	Porcentaje
Complicación de recuperación del pcte.	Cualitativa Nominal Independiente	Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.	a) Dolor intenso en el sitio operatorio b) Dolor de hombro c) Náuseas y vómitos d) Distensión abdominal e) Cambios de temperatura (Hipotermia) f) Sangrado en sitio operatorio g) Despertar lento	Porcentaje
Tiempo de intervención quirúrgica	Cualitativa Ordinal Independiente	describir los procedimientos (llamados procedimientos quirúrgicos) que implican realizar incisiones o suturar tejidos para tratar enfermedades, lesiones o deformidades	a) 1 hora b) 1a 2 horas c) Mayor a 2 horas d) No sabe con exactitud	Porcentaje

Edad del paciente	Cuantitativa Continua Variable Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	a)20 a 30 años b)31 a 40años c)41 a 50 años d)51 a 81 años f)81 a mas	Porcentaje
Patología Enfermedad de base	Cualitativa Nominal Independiente	Cambios en la estructura celular o tejido y la función causada por el proceso de la enfermedad.	a) Obesidad, Desnutrición b) Enfermedad Cardiovascular, Respiratorio c) Enfermedad Renal, hepática d) Diabetes Mellitus f) Ninguno	Porcentaje
Tipos de cirugía	Cualitativa Nominal Independiente	Rama de la medicina que se dedica a curar las enfermedades por medio de operaciones. Existen diversas ramas de la cirugía.	a) Cirugía laparoscópica Vesícula biliar, b) Cirugía laparoscópica Apéndice, c) Cirugía laparoscópica Ovario	Porcentaje
Escalas de valoración	Cualitativa Ordinal Independiente	Conjunto de características, aspectos o cualidades que deben ser juzgadas de acuerdo a una escala	a) Escala de EVA y Glasgow c) E. Witte y Song Escala de Aldrete d) Escala de Bromage f) Ninguno	Porcentaje
Orientación de la institución	Cualitativa Nominal Independiente	Proceso de asesoramiento ; que parte	a) Siempre b) Algunas veces	

		hacia las visiones del futuro, tanto profesional, académico y personal a lo largo de nuestra vida.	c) Nunca d) No sabe Con exactitud	Porcentaje
Taxonomía NANDA, NOC, NIC.	Cualitativa Nominal Independiente	Sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Porcentaje
Implementación de guía de atención	Cualitativa Nominal Independiente	Doctrina de comportamiento o encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuye el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.	a) Demasiado b) Poco c) Regular d) Ninguno	Porcentaje

Fuente: Estudio Clínica San José, 2019

VII.- CONSIDERACIÓN ÉTICAS

Las consideraciones éticas para la realización del presente trabajo de investigación, se realiza solicitud a través de cartas dirigidas a autoridades de la institución informando sobre el estudio que se pretende realizar y tener la autorización correspondiente de las autoridades máximas de la Clínica.

Esto con el fin de poder acceder a la revisión de Historias Clínicas de los pacientes y realizar una encuesta al personal profesional de enfermería, este instrumento fue validado por licenciadas expertas y conocedoras del tema, se realiza el consentimiento informado para realizar la encuesta a las colegas del servicio de sala de recuperación.

El Presente trabajo se realizó respetando los principios bioéticos, teniendo en cuenta que toda la información proporcionada es de carácter confidencial, solo tuvo acceso el personal investigador, el presente trabajo no tiene intención de hacer daño a nadie.

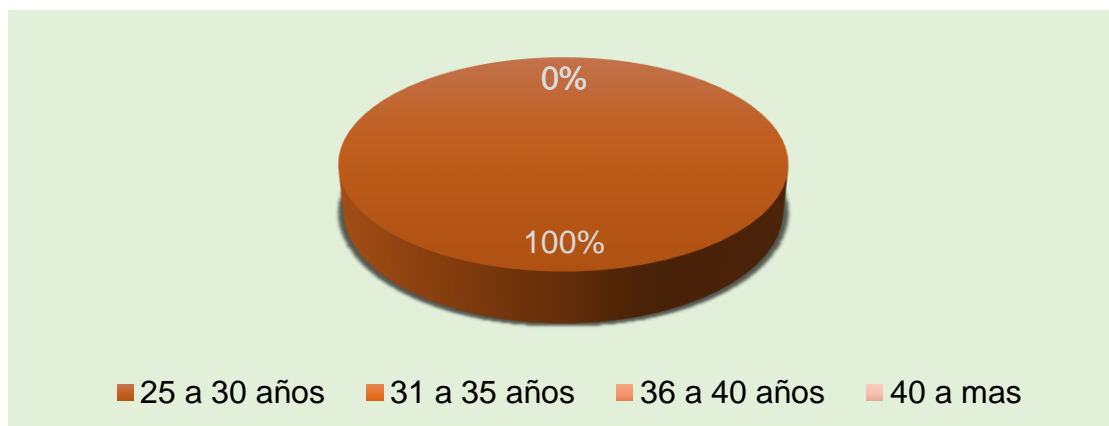
VIII.- RESULTADOS.

TABLA N.º 1: EDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25 a 30 años	8	100%
31 a 35 años	0	0%
36 a 40 años	0	0%
40 a mas	0	0%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 1



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el Gráfico se observa que el 100% son de edades entre 25 a 30 años, edad de 31 a 35 años, 36 a 40 años y por último en una edad mayor a 40 también sería 0%.

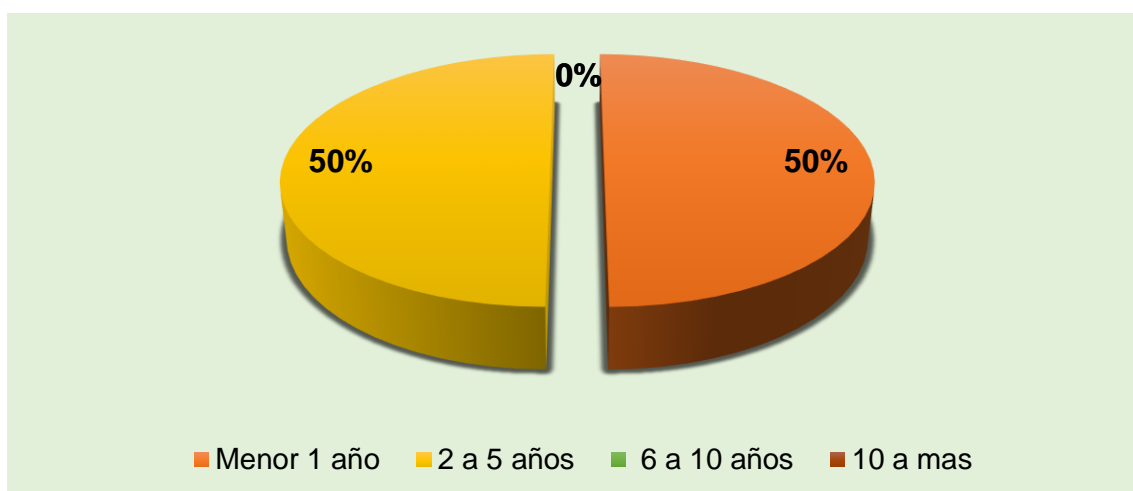
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, el 100 % del personal profesional de enfermería encuestada, indica que son entre 25 a 30 años edad que vendría a ser personal joven que trabaja en el servicio que muy posiblemente no cuenta con más amplios conocimientos sobre el cuidado post quirúrgico.

TABLA N.º 2: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ

Año de experiencia laboral	Frecuencia	Porcentaje
Menor 1 año	4	50%
2 a 5 años	4	50%
6 a 10 años	0	0
10 a mas	0	0
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 2



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa el 50% con experiencia laboral menor a 1 año y de 2 a 5 años con 50% de experiencia laboral entre 6 a 10 años 0% y más de 10 años con experiencia laboral 0%.

ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, 50% del personal profesional de enfermería tienen una experiencia laboral entre menor a 1 año, seguida de experiencia laboral entre 2 a 5 años con 50%. Por lo tanto, la mayor parte que trabaja en la sala de recuperación tiene un menor tiempo de trabajo en esta área, en lo cual lleva a deducir que tendrían que ser orientados en cuanto a cuidados de enfermería en pacientes post operados.

TABLA N.º 3: GRADO ACADÉMICO ALCANZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ

Grado académico alcanzado	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura en Enfermería	8	100%
Especialista en Médico Quirúrgico	0	0%
Magister	0	0%
Doctorado	0	0%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 3



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa un 100% son licenciadas en Enfermería y un 0% cuenta con una especialidad en Médico Quirúrgico también se observa 0% la Maestría en Médico Quirúrgico 0% Doctorado.

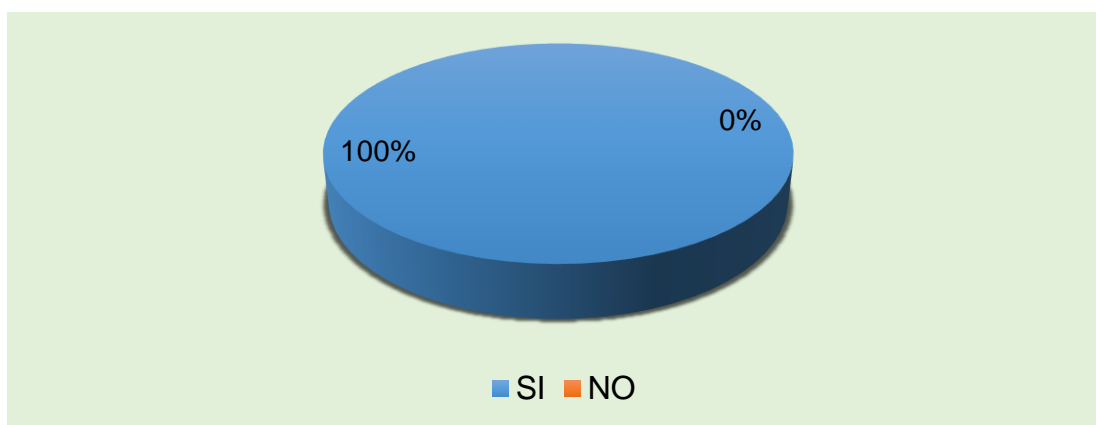
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, un 100% del personal profesional encuestado indica solo haber llegado hasta la licenciatura, por lo que se cree reforzar los conocimientos respecto a los cuidados de enfermería ya que cuando se realiza un curso superior se tiene más guías entre la experiencia y conocimientos actualizados.

TABLA N.º 4: ÁREA EXCLUSIVA DE SALA DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ

ÁREA DE SALA DE RECUPERACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	100%
NO	0	0%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa que 100% indica contar con área de sala de recuperación y con la opción NO un 0%.

ANÁLISIS. – Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, un 100% del personal profesional encuestado indica contar con área exclusiva de sala de recuperación en la institución para brindar el cuidado de enfermería en el sitio apropiado.

TABLA N.º 5: MATERIAL E INSUMO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ

INSUMO EN SALA DE RECUPERACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Insumo medico	0	0%
Equipo para control de Signos vitales	1	12%
Material de escritorio	0	0%
Todos	7	88%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 5



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 88% con las respuestas todas y un 12% Equipo para control de Signos vitales demás opciones con un 0%.

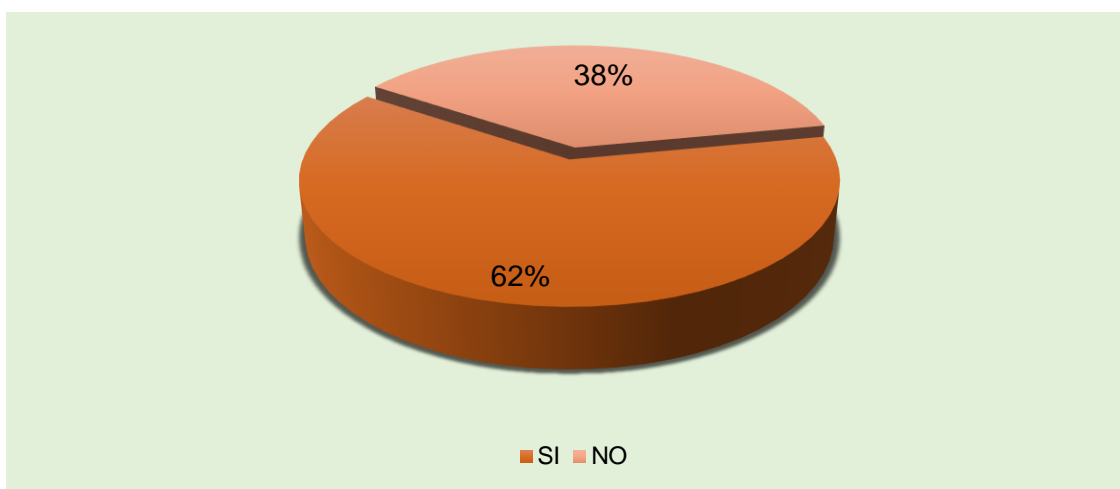
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, un 88% del personal encuetado indica que cuenta con todo el Insumo médico, equipo para control de signos vitales, material de escritorio para brindar los cuidados de enfermería.

TABLA N.º 6: COMPLICACIÓN DE PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

PACIENTE QUE SE COMPLICO SU RECUPERACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	62%
NO	3	38%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 62% paciente presentó complicación durante su recuperación 38% indican que no se presentó complicación durante el postoperatorio inmediato.

ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, un 62% indicaron que durante su estancia en la sala de recuperación el paciente presentó complicación en su proceso de recuperación donde llama la atención este porcentaje.

TABLA N.º 7: TIPO DE COMPLICACIÓN QUE PRESENTO EL PACIENTE DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

COMPLICACIÓN EN EL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
Dolor en el sitio operatorio	9	19%
Dolor de hombros	7	15%
Náuseas y Vómitos	8	17%
Distención Abdominal	5	10%
C. de Tª (Hipotermia)	8	17%
Sangrado del Sitio Operatorio	5	10%
Despertar lento	6	12%
Total	48	100%

FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 7



FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 19% Dolor en el sitio operatorio, 17% Náuseas y Vómitos, 17% Cambios de Temperatura (Hipotermia) 15% Dolor de hombros 12% Despertar lento 10% Sangrado del Sitio Operatorio 10% Distensión Abdominal.

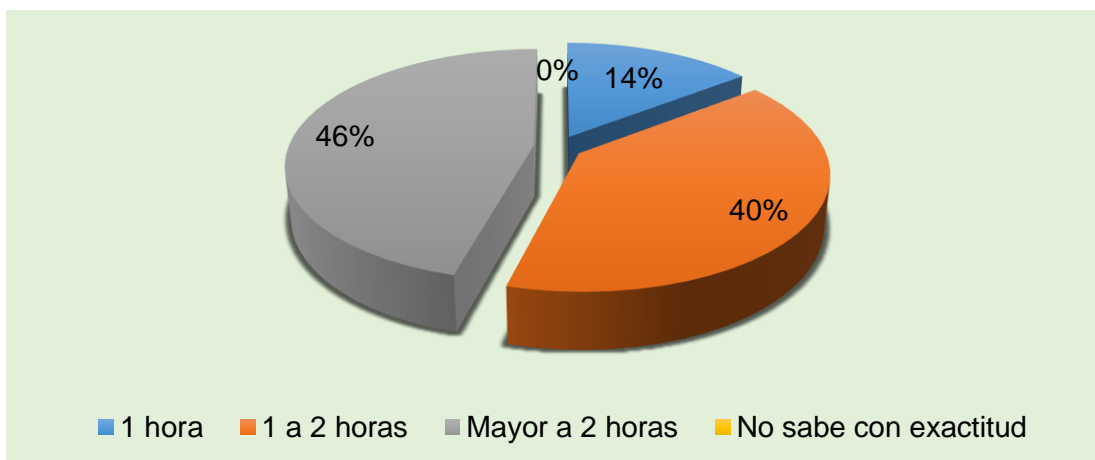
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, 19% presenta Dolor en el sitio operatorio que es un dato de gran relevancia para que se pueda trabajar en ello y realizar el plan de cuidados, seguida de 17% Náuseas y Vómitos, Cambios de Temperatura (Hipotermia) importante tener en cuenta estos puntos en sala de recuperación, donde requiere de más cuidados en cuanto al sangrado del lecho operatorio y despertar lento es más de la parte medica pero es de suma importancia tener cuidados enfermeros para prevenir un agravamiento de complicaciones.

TABLA N.º 8: TIEMPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ANTES DE PASAR A SALA DE RECUPERACIÓN EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

Tiempo de cirugía	Frecuencia	Porcentaje
1 hora	7	14%
1 a 2 horas	19	40%
Mayor a 2 horas	22	46%
No se sabe con exactitud	0	0%
Total	48	100%

FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 8



FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 46% Mayor a 2 horas 40% 1 a 2 horas 14% en 1 hora se realiza la intervención quirúrgica.

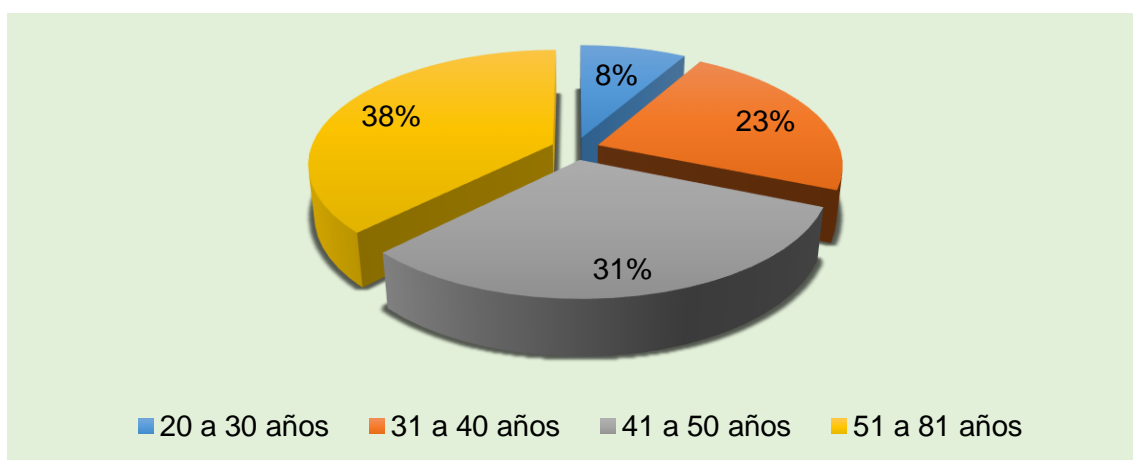
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, un 46% de los pacientes es intervenido de cirugía en mayor a 2 horas donde teniendo este resultado y según la teoría a mayor tiempo quirúrgico habría complicación en su post operatorio inmediato y requerir de mayor cuidado por enfermería para su pronta recuperación del paciente y con un 40% dura la intervención quirúrgica de 1 a 2 horas y en 14% en 1 hora.

TABLA N.º 9: EDAD DEL PACIENTE QUE SON INTERVENIDOS DE CIRUGÍA QUE POSTERIOR SALE A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

Edades de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	4	8%
31 a 40 años	11	23%
41 a 50 años	15	31%
51 a 81 años	18	38%
Total	48	100%

FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N. 09



FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 38% corresponde a edad de 51 a 81 años de los pacientes, 41 a 50 años con 31%, 31 a 40 años 23% y de 20 a 30 años 8% de los pacientes.

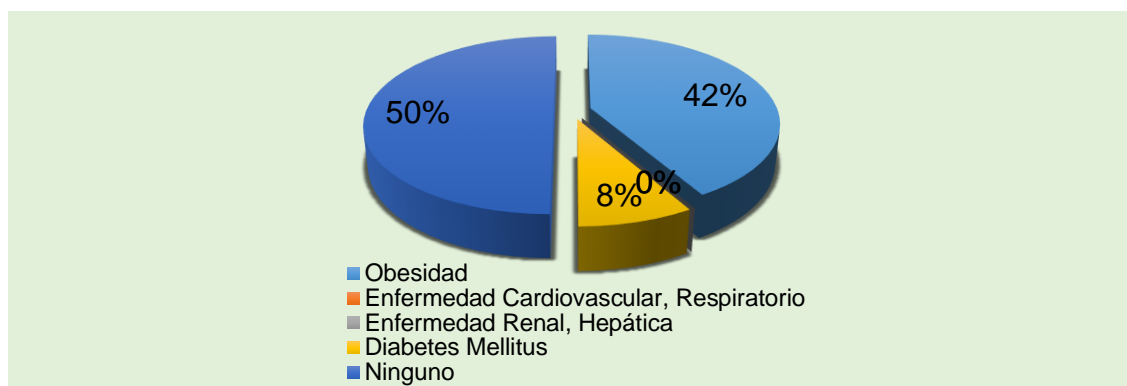
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que un 38% de los pacientes son intervenidos de cirugía entre 51 a 81 años de los pacientes, donde también cabe indicar y según la teoría investigada a mayor edad que presente el paciente mayor es el riesgo de sufrir alguna complicación y por ende el cuidado de enfermería es mucho más estricto para brindar un cuidado oportuno y veraz.

TABLA N.º 10: PACIENTES CON PATOLOGÍA DE BASE QUE ESTÁN EN LA URPA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ

PATOLOGÍA O ENFERMEDAD DE BASE	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	20	50%
Enfermedad Cardiovascular, Respiratorio	0	0%
Enfermedad Renal, Hepática	0	0%
Diabetes Mellitus	4	8%
Ninguno	24	42%
Total	48	100%

FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N. º10



FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 50% con Obesidad 42% Ninguna patología, 0% Enfermedad Renal, Hepática 8% Diabetes Mellitus seguida de 0% de enfermedad cardiovascular, respiratorio.

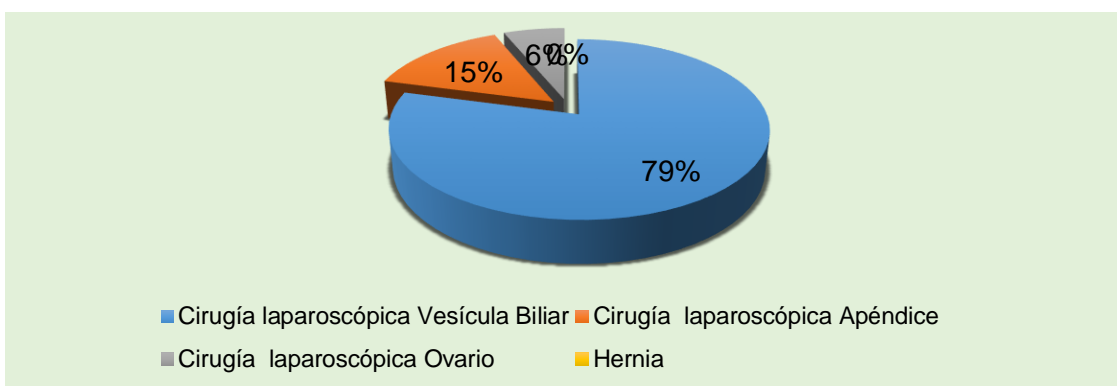
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que un 50% son pacientes que presentan Obesidad donde esto cabe señal y según la bibliografía revisada también repercute en proceso de recuperación ya por la masa corporal no se absorbe los medicamentos ni el CO2 teniendo una demora, 42% indica que no presentó ninguna patología de base.

TABLA N.º 11: TIPOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA QUE SE REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA CLÍNICA QUE POSTERIOR PASA A URPA EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía laparoscópica Vesícula Biliar	38	79%
Cirugía laparoscópica Apéndice	7	15%
Cirugía laparoscópica Ovario	3	6%
Hernia	0	0%
Total	48	100%

FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 11



FUENTE: Historias Clínicas, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 79% Cirugía laparoscópica Vesícula Biliar, 15% Cirugía laparoscópica Apéndice, 6% Cirugía laparoscópica Ovario y con un 0% Hernia.

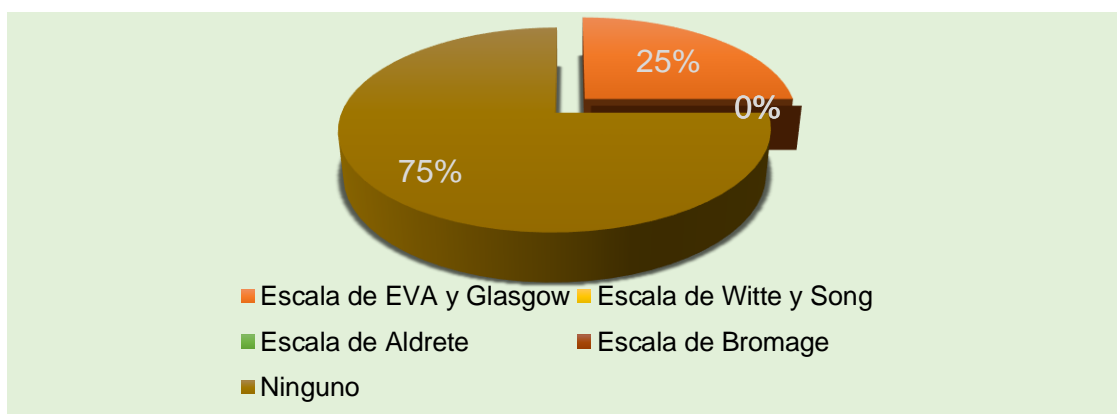
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que un 79% se realizan Cirugía laparoscópica Vesícula Biliar, seguida con un 15% Cirugía laparoscópica Apéndice. Observando este resultado indica que las intervenciones quirúrgicas que se realiza son de vesícula biliar teniendo en cuenta la bibliografía donde nos indica que problemas de Vesícula se da por diferentes motivos ya sea por el consumo alimentos rico en grasa entre otros. Es por ello que también que el personal de enfermería debe también brindar orientación en cuanto a la alimentación esto con los planes de cuidado.

TABLA N.º 12: ESCALAS DE VALORACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ

ESCALA DE VALORACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Escala de EVA y Glasgow	2	25%
Escala de Witte y Song	0	0%
Escala de Aldrete	0	0%
Escala de Bromage	0	0%
Ninguno	6	75%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 12



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 75% dan una respuesta de Ninguno, 25% Escala de EVA y Glasgow y con 0% Escala de Witte y Song Escala de Aldrete, Escala de Bromage.

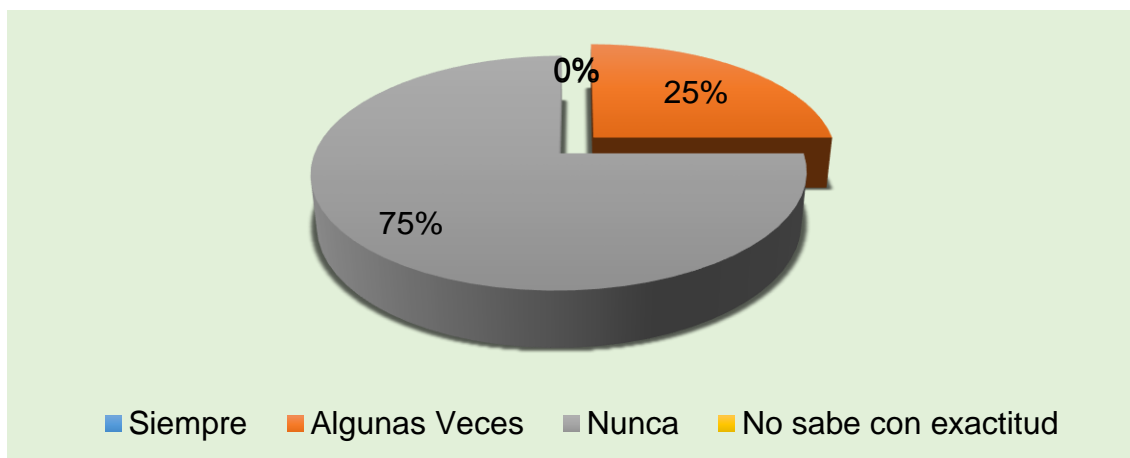
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que el 75% personal profesional de enfermería No aplica ninguna escala de valoración a su paciente post operado donde llama la atención este resultado, y en un 25% indican que solo aplican la escala de EVA y Glasgow. Al tener este dato indica que se maneja según punto de vista de cada licenciada es por ello que es importante implementar una guía incluyendo las escalas de valoración para cuidar a los pacientes a un solo ritmo.

TABLA N.º 13: ORIENTACIÓN EN LA INSTITUCIÓN, RESPECTO A GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA URPA CLÍNICA SAN JOSÉ

ORIENTACIÓN EN LA INSTITUCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Algunas Veces	2	25%
Nunca	6	75%
No sabe con exactitud	0	0%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 13



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 75% Nunca y con 25% Algunas Veces y con un 0% Siempre

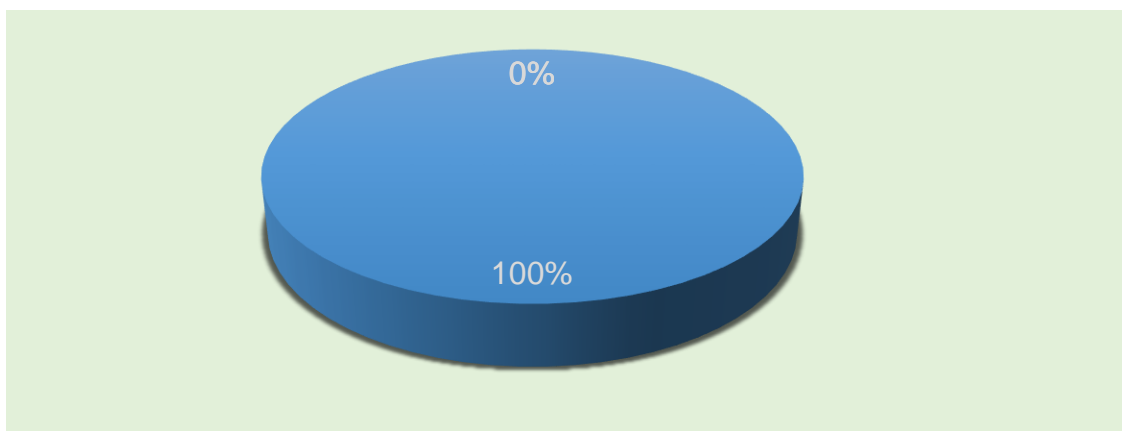
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que el 75% personal profesional de enfermería, indica que nunca se le proporciona orientación respecto a los cuidados que se debe tener con el paciente en su post operatorio inmediato cabe la posibilidad de que por ello se realizan los cuidados según punto de vista de cada profesional.

TABLA N.º 14: EXISTE EN LA INSTITUCIÓN, UNA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CON TAXONOMÍA NANDA NOC, NIC RESPECTÓ A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTE POST OPERADO, EN LA CLÍNICA SAN JOSÉ

TAXONOMÍA NANDA NOC NIC	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	8	100%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 100% con la respuesta NO. Y un 0% con la respuesta SI.

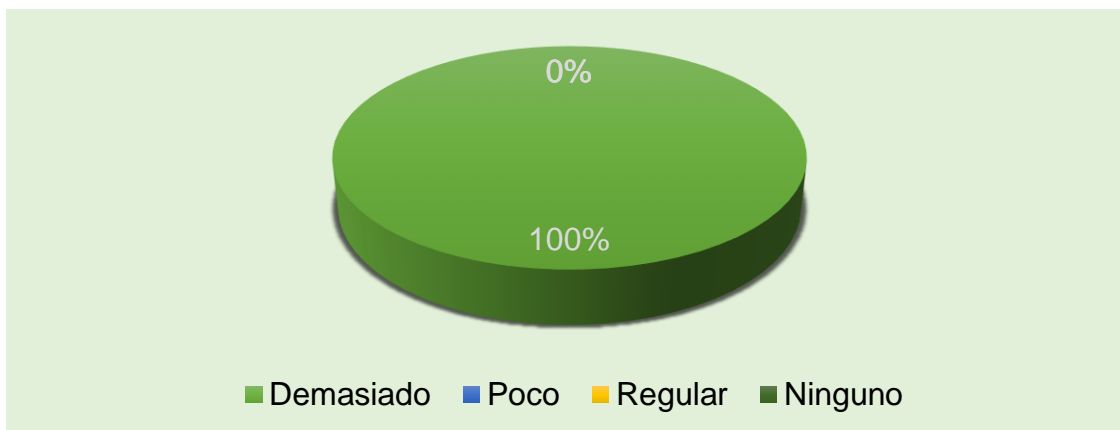
ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que el 100% personal profesional de enfermería, indica que NO existe en la institución, una guía de atención de enfermería, con TAXONOMÍA NANDA NOC, NIC. Por ello la implementación de una guía de atención con estos detalles de NANDA contribuiría bastante a la atención de enfermería y también estar actualizados con Diagnósticos de Enfermería con NANDA 2018- 2020.

TABLA N.º 15: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO, MEJORARA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS PACIENTES

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Frecuencia	Porcentaje
Demasiado	8	100%
Poco	0	0%
Regular	0	0%
Ninguno	0	0%
Total	8	100%

FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

GRÁFICO N.º 15



FUENTE: Encuesta, Clínica San José, La Paz 2019

INTERPRETACIÓN. - En el gráfico se observa en un 100% con la respuesta demasiado y un 0% poco, regular, ninguno.

ANÁLISIS. - Teniendo en cuenta el 100% como base de datos, se obtuvo como resultado que el 100% personal profesional de enfermería, indica sería demasiado útil una guía de atención de enfermería, en el post operatorio inmediato, donde contribuye a mejorar la calidad de atención en los pacientes para su pronta recuperación y evitar que presente alguna complicación.

IX.- CONCLUSIONES:

- Una vez culminado el trabajo de investigación se concluye que:
- La atención en enfermería en base a los resultados obtenidos indica que se realizan los procedimientos enfermeros según conocimiento de cada personal de salud y no así en base a una guía de atención de enfermería.
- Personal profesional de enfermería encuestada, en mayor porcentaje son personal joven de 25 a 30 años. Y que tienen una experiencia laboral menor a 1 año, por lo tanto, y que trabaja en la sala de recuperación tiene un menor tiempo de trabajo en esta área. Por lo que es de suma importancia reforzar los conocimientos respecto a los cuidados de enfermería.
- Durante su estancia en la sala de recuperación el paciente presento complicación en su proceso de recuperación, entre dolor intenso en el sitio operatorio, Náuseas y Vómitos, Cambios de Temperatura (Hipotermia), sangrado del lecho operatorio es de suma importancia tener cuidados enfermeros para prevenir un agravamiento de complicación.
- Se cuenta con área exclusiva de sala de recuperación en la institución para brindar el cuidado de enfermería y que cuenta con todo el insumo médico, equipo para control de Signos vitales, Material de escritorio, pero que no cuentan con guía de atención de enfermería en la sala de recuperación de la Clínica.
- El Personal profesional de enfermería, indica que nunca se le proporciono orientación ni una guía con TAXONOMÍA NANDA NOC, NIC 2018 - 2020 respecto a los cuidados que se debe tener con el paciente post operatorio inmediato de cirugía laparoscópica es por ello que realizan los cuidados de enfermería según punto de vista de cada profesional.

X.- RECOMENDACIONES

- Trabajar enfocado a las necesidades básicas del paciente, en los aspectos que ayuden al cuidado y recuperación del paciente, cuidando las exigencias fisiológicas y psicológicas para garantizar su proceso de recuperación.
- Coordinar con responsable de la institución para poder mejorar los cuidados enfermeros tanto en insumos como la aplicación de la guía de atención en cada paciente.
- Trabajar con la guía ya que permitirá fortalecer los conocimientos adquiridos, además se podrá mejorar la atención a los pacientes post quirúrgicos.
- Fomentar a la investigación, actualización de guías establecidos en cuidados de pacientes post operados de cirugía laparoscópica y cirugía general.
- Tener una enfermera jefa de la unidad de recuperación para tener un mejor seguimiento de los pacientes y un mejor control de los cuidados enfermeros.

XI.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- López, J.M. Amir Enfermería. Madrid: Marbán 2013.
- 2.- Blanc, B.F.L. Aplicación de lenguajes normalizados NANDA NOC NIC. Madrid: DAE 2012.
- 3.- Dirksen, L.H., Enfermería Médico Quirúrgica. Madrid: Elsevier Mosby 2010.
- 4.- Armendaris A.M. Ortega, B. Teorías de Enfermería y su Relación con el Proceso de Atención en Enfermería. Aventuras del Pensamiento 2007.
- 5.- Bulechek G., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona España. 2009.
- 6.- Deborah Wertman De Meester, T. Virginia Henderson- Definición 2009.
- 7.- Perry, P.P. Fundamentos teóricos de la práctica de enfermería 2008.
- 9.- Moorhead Sue, J.M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid. España: El sevier .mosby 2009.
- 10.- Moorhead S., Jhonson M., Meridean L., Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2018- 2020 medición de resultado 6ta. Edición.
- 12.-. Bulechek M G., Howard K. Clasificación de Resultados de Enfermería (NIC) 2018- 2020, 7 ma edición.
- 13.- Castañón P.D. Madrid G. Prácticas de enfermería en los diferentes escenarios de la cirugía de mínimo acceso. Revista habanera de ciencias médicas 2017; 16(2): 229-239.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1209>
- 14.- Delgado F., Blanes F. Masson S. Gómez A., Aznar R. y Trullenque J. Complicaciones de la cirugía laparoscópica, página web:
<http://www.elsevier.es>
- 15.- Haro B., Zamora A., Almonte H. Control de nausea y vómito postoperatorio México 2016; 28(3): 38-46.
dr_almonteh@hotmail.com

- 16.- Viñoles J. y P. Argente. Criterios de alta en cirugía ambulatoria 2013; 18 (3): 125-132. www.asecma.org.
- 17.- Ruiz S., López V. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico 2016, 19(6):14-20.
sergiorael@gmail.com
- 18.- Quinde P. Dolor postoperatorio: Factores de riesgo y abordaje vol. 34 (1), marzo 2017. Página web.
paolaquinco@gmail.com
- 19.- Mesa G., García M., Muñoz D. Plan de cuidados estandarizado en cirugía bariátrica 2006 febrero nº 20.
diazbarby1@supercable.es
- 20.-Castillo B. Plan de cuidados en quirófano: Cirugía general Mayo Madrid, España. (3): 50-88. 2013
bcastillomartin@yahoo.es
- 21.- Registros y protocolos. Lavado Núñez, M^a Elena, y otros. 57, Sevilla: s.n., 2004, Hygia de Enfermería, págs. 10-14
- 22.- Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón. Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia. Zaragoza: s.n., 2009.
- 23.-Grupo de trabajo de Enfermería basada en la evidencia de Aragón.Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia.
- 24.- Peiró L. Factores Asociados a Complicaciones, Reingresos y otros Episodios Adversos en Cirugía Biliar. Cir. Esp. 2001; 69: 560-569.
- 25.- Tesis presentada por licenciada. Erika Gertrudis Hidalgo Zamorano
"Calidad de Registros Hoja de Enfermería, Unidad Cuidados Post Anestésicos, Caja Bancaria Estatal de Salud 1er Semestre 2010". La paz – Bolivia 2013.
- 26.- Tesis presentado por licenciada Miriam Armijos Vacasela "Factores que Influyen en el Manejo del Post Operatorio Inmediato y su Relación con las Complicaciones Físicas y Psicológicas en los Pacientes Intervenido en el Centro

Quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra de la Ciudad de Tena en el Período de Mayo a septiembre del 2013” Ambato – Ecuador 2014.

27.- Tesis presentado por Doctora Yasmin Marianella Valdizón Bol “Estudio de la Implementación de la Escala de Aldrete en Pacientes Post anestesia en el Hospital Regional de Cobán, A.V., Durante Julio a diciembre 2014”. San Juan Chamelco, Alta Verapaz, septiembre de 2015 Campus "San Pedro Claver, S. J." de la Verapaz.

28.- Hernandez S.P. Método cualitativo para estudiar a los usuarios de la información Centro Universitario de Investigaciones 2008. Bibliotecológicas http://creativecommons.org/licenses/by-ncsa/3.0/deed.es_MX

29.- Behar R. D. Introducción a la Metodología de la Investigación Editorial Shalom 2008.

30.- Metodología de la investigación, Respecto a la primera edición por interamericana de México, s.a. de c.v. 2013.

31.- Monje A.C. Metodología de la investigación Cuantitativa Cualitativa Guía didáctica. Universidad Sub colombiana 2011.

32.- Paredes M.W. Técnica de estudio e investigación segunda edición Universidad Peruana enero 2012.

XII.-

ANEXOS

**GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL
CUIDADO DE PACIENTES POST OPERATORIO
INMEDIATO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN
TAXONOMIA NANDA, NIC-NOC,2018-2020**

ELABORADO POR: Lic. Evelina Aruquipa Coloma



**SERVICIO DE CIRUGÍA
CLÍNICA DE EMERGENCIAS SAN JOSÉ
LA PAZ- BOLIVIA GESTIÓN 2020.**

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- OBJETIVOS.....	3
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	3
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
IV.- DEFINICIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	4
V.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	5
VI.- EQUIPO Y/O MATERIAL.....	5
VII.- EJECUTANTE	6
IX.- PROCEDIMIENTO.....	6
X.- PROCESO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO AL PACIENTE	7
10.1.- Planes de cuidados	7
10.2.- Pasos para elaborar plan de cuidados.....	7
11.- Valoración.....	8
12.- Construcción del diagnostico.....	8
12.1.- Determinación de los problemas.....	9
13.- Selección de intervenciones.....	9
13.1.- Selección de resultados.....	9
13.2.- Modelo de patrones funcionales.....	10
14.- Introducción a la taxonomía NANDA – I.....	12
15.- Diagnósticos enfermeros.....	13
15.1.- Tipos de diagnóstico.....	13
15.2.- Componentes de un diagnostico focalizado en el problema (real).....	14
15.3.- Componentes de un diagnostico potencial o de riesgo.....	14
16.- Planificación.....	14

16.1.- Vínculos de NOC y NIC a la NANDA – I.....	14
16.2.- Tipos de planificación.....	15
16.3.- Etapas.....	15
16.4.- Establecimiento de prioridades.....	15
17.- Intervención.....	15
18.- NOC Clasificación de resultados de enfermería.....	15
19.- NIC Clasificación de intervenciones de enfermería.....	16
20.- Reevaluación continúa.....	18

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA**

1.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA OXIGENACIÓN Y VENTILACIÓN.....	19
2.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE LA CIRCULACIÓN	21
3.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE NIVEL DE CONCIENCIA.....	23
4.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE SISTEMA NEFROURINARIO.....	24
5.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE TERMORREGULACIÓN.....	25

I.- INTRODUCCIÓN

La presente guía de atención de enfermería pretende abordar el trabajo del profesional de enfermería con el plan de cuidados integrales que recibe el enfermo, describiendo su identidad profesional, participación activa y preparación académica.

Se puso gran interés para que esta guía de atención de enfermería sea de referencia teórica y práctica para los profesionales que inician sus trabajos en la sala de U.R.P.A. en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Cada paciente que ingresa a sala de recuperación intervenido de una cirugía laparoscópica, tiene el derecho de ser atendido por una enfermera especializada en atención de paciente en proceso de recuperación. La práctica de enfermería requiere utilización de diversos procedimientos en la prevención y tratamiento de las situaciones que amenazan la vida del paciente.

Este documento puede ser objeto de cambios por los constantes avances de la tecnología y la ciencia, que hace necesaria la actualización continua, para brindar una atención de calidad al paciente en proceso de recuperación ante una intervención quirúrgica.

II.- JUSTIFICACIÓN

La aplicación de cuidados de enfermería en el paciente post quirúrgicos requiere de conocimientos, habilidades intelectuales y actitudes que permitan su aplicación sistemática orientada a fines específicos, para lo cual es esencial identificar las necesidades de los pacientes en postquirúrgico inmediato.

La Presente guía de atención de enfermería se lo realizo de acuerdo a los nuevos conocimientos bibliográficos, el mismo que serán incorporados en el trabajo para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, y así tener conocimiento de prevención de factores que conllevan a complicaciones posquirúrgicas de esta forma los pacientes se recuperaran más pronto.

De esta manera, se busca mejorar la atención de enfermería de una manera eficaz y brindando una atención individualizada, con calidad y calidez, constituyendo una herramienta importante para el personal de enfermería, debido al contenido de información que posee dicha guía.

III.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Aplicar una guía de atención de enfermería para prevenir complicaciones en los pacientes post operado de cirugía laparoscópica que ingresan a la unidad de recuperación post anestesia (URPA).

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería mediante la aplicación de una guía de atención de enfermería
- Orientar al personal de enfermería sobre el manejo de esta nueva guía de atención de enfermería
- Cumplir con los pasos establecidos de la guía de atención de enfermería para que haya la continuidad en los cuidados del paciente.

PROPÓSITO

Mejorar la atención de enfermería, mediante la aplicación y manejo de esta nueva guía en el post operatorio inmediato, la misma que permita disminuir complicaciones en los pacientes y de esta manera lograr su pronta recuperación.

TITULO

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES POST OPERATORIO INMEDIATO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN TAXONOMIA NANDA, NIC-NOC,2018-2020

Autor: Lic. Evelina Aruquipa Coloma

IV.- DEFINICIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: El cuidado post operatorio inmediato, se realiza en la sala de recuperación que es un servicio donde permanecen los pacientes post quirúrgicos de 2 a 3 horas hasta la recuperación de constancia y estabilidad de signos vitales luego pasan a su servicio y unidad correspondiente o terapia intensiva dependiendo de la valoración médica.

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía donde posterior a la cirugía se deben tener todos los cuidados de enfermería ya que no por el hecho de ser de mínimo acceso esta extensa de sufrir el paciente alguna complicación post operatoria.

- a) Colecistectomía Laparoscópica.** - Remoción de la vesícula biliar usando pequeñas incisiones abdominales y un laparoscopio, un instrumento con forma de tubo fino que tiene una luz y lente para ver el adentro de la cavidad abdominal.
- b) Exeresis de quiste de ovario Laparoscópica.** - Es la remoción o extirpación de colección quística, usando pequeñas incisiones abdominales.
- c) Apendicetomía por vía laparoscópica.** - La apendicetomía, extracción del apéndice vermicular que se encuentra en el ciego (región del intestino) y que este inflamado o infectado. La apendicetomía se lleva acabo para prevenir que el apéndice inflamado se perfora y provoque una peritonitis.

V.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

En la cirugía laparoscópica se realiza la insuflación de la cavidad abdominal con el gas CO₂ (neumoperitoneo), lo cual conlleva a una serie de cambios fisiológicos y complicaciones.

La cirugía laparoscópica tiene muchas ventajas, pero aun siendo una técnica de mínima invasión, no está exenta de presentar complicación. El grado de complejidad de cada procedimiento quirúrgico influye significativamente en la tasa de complicaciones.

VI.- EQUIPO Y/O MATERIAL

- Cama con barandales y ropa de cama lo suficiente
- Sistema para oxigenoterapia
- Tensiómetro, fonendoscopio, Oxímetro, Monitor multiparámetros
- Sistema para aspiración
- Medicación específica
- Bandeja con toruero, tijera, alcohol en gel etc.
- Cubetas
- Papel higiénico
- Guantes descartables
- Tela adhesiva
- Baja lengua
- Trípode o soporte
- Frasco (para conexión a drenaje sujetadores)
- Reloj con segundero
- Expediente clínico

VII.- EJECUTANTE

- Licenciada en enfermería

VIII.- PERSONAL DE APOYO

- Auxiliar de enfermería
- Camillero o manual
- Anestesiólogo

IX.- PROCEDIMIENTO

La enfermera de postoperatorio se enfrenta al cuidado de un paciente recién intervenido de cirugía laparoscópica, la cual está en proceso de recuperación, por tanto, tiene abolidos parcialmente sus reflejos, está recuperando el normal funcionamiento de todos sus sistemas corporales. La valoración de este tipo de pacientes requiere centrarse en cuatro necesidades básicas:

- La oxigenación y ventilación
- La circulación del paciente
- El nivel de conciencia
- El Sistema Nefrourinario
- La termorregulación

Por tanto, la vigilancia en estos pacientes que han sido intervenidos de cirugía laparoscópica se centra en los cuidados de enfermería en estas principales complicaciones que presentan en el post operatorio inmediato:

- 1) Dolor del sitio operatorio
- 2) Dolor del hombro
- 3) Náuseas y vómitos
- 4) Distensión Abdominal
- 5) Cambios de Temperatura: Hipotermia
- 6) Sangrado del lecho operatorio

7) Despertar Lento (Reacción a la anestesia)

Para ello se desarrollan las siguientes actividades en base al Proceso de Atención de Enfermería NANDA NOC NIC (2018 -2020).

X.- PROCESO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO AL PACIENTE

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad.

Es una herramienta de trabajo, que permite a Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

10.1.- Planes de cuidados

- Valoración integral.
- Como consecuencia de la valoración: Dx Enfermero NANDA.
- Selección de Resultados Esperados e Indicadores. Clasificación NOC
- Escala que nos permita una puntuación. Likert
- Determinación de las Intervenciones y actividades. Clasificación NIC

10.2.- Pasos para elaborar plan de cuidados

- Determinación del problema
- Construcción del diagnóstico enfermero
- Selección de resultados
- Selección de intervenciones

11.- Valoración

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas y así poder realizar intervenciones de enfermería encaminadas a solucionar los problemas, en este contexto la utilización del PAE y las taxonomías aplicando registros de enfermería.

Es un proceso continuo, sistemático y dinámico por medio del cual los enfermeros, a través de la interacción con el paciente, su familia otros profesionales de la salud, reúne y organiza datos acerca del paciente.

Requiere el análisis crítico, lógico y racional para llegar a una conclusión diagnóstica.

Tipos de datos

- General
- Subjetivo
- Objetivo
- Actuales
- Históricos

Métodos para observación de datos:

- Observación
- Examen Físico
- Entrevista

12.- Construcción del diagnóstico

- Formato PES
- P: Problema Etiqueta Dx
- E: Etiología Factor relacionado (R/C)
- S: Signos y síntomas (M/P)

12.1.- Determinación de los problemas

- a) Problemas reales:** Todo lo que presenta el paciente sin involucrar el diagnóstico médico.
- b) Problemas potenciales:** Todo lo que puede pesar en el futuro no involucra el diagnóstico médico.
- c) Agrupación de problemas:** Se agrupa según prioridad y necesidad de atención.

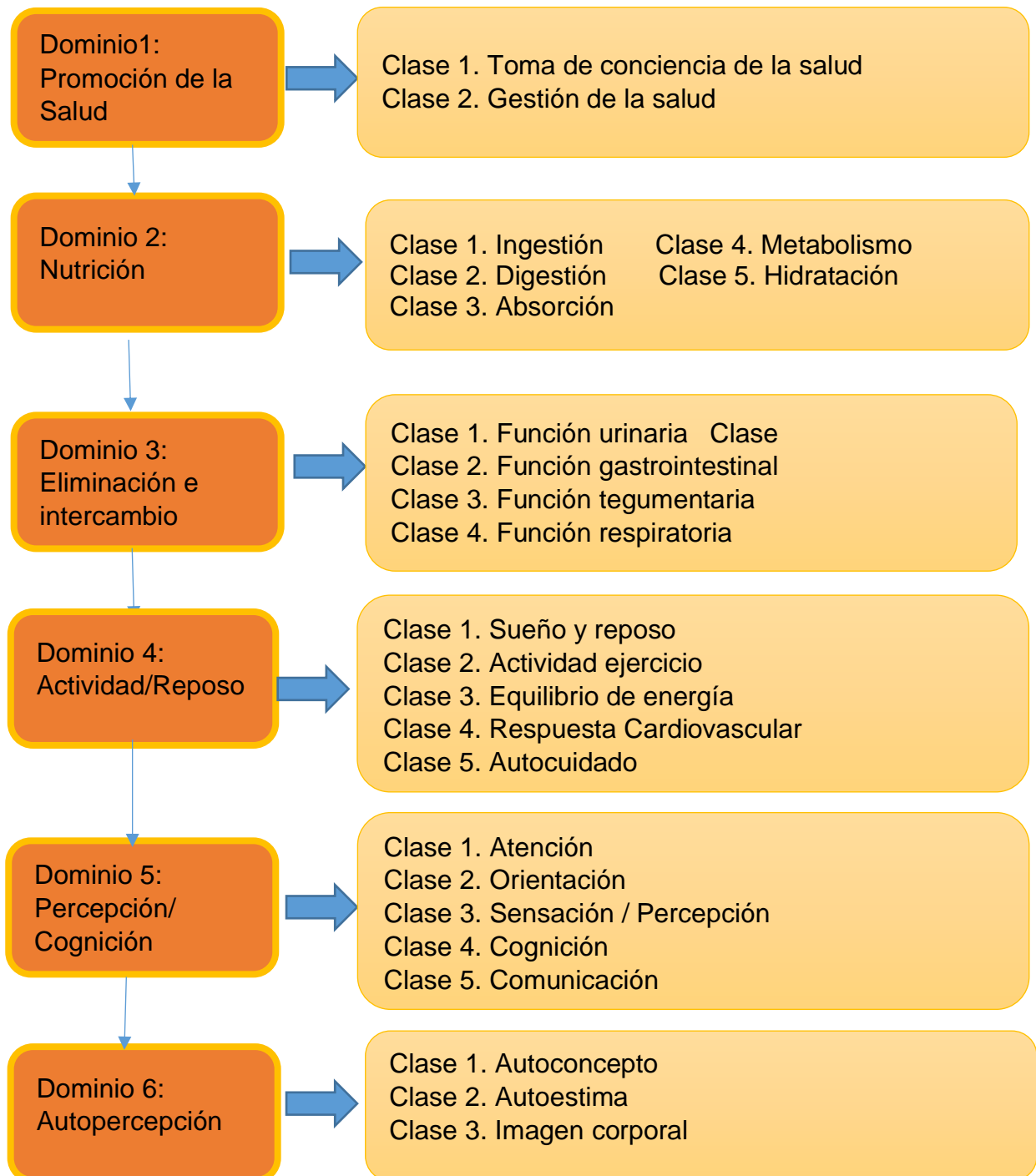
13.- Selección de intervenciones

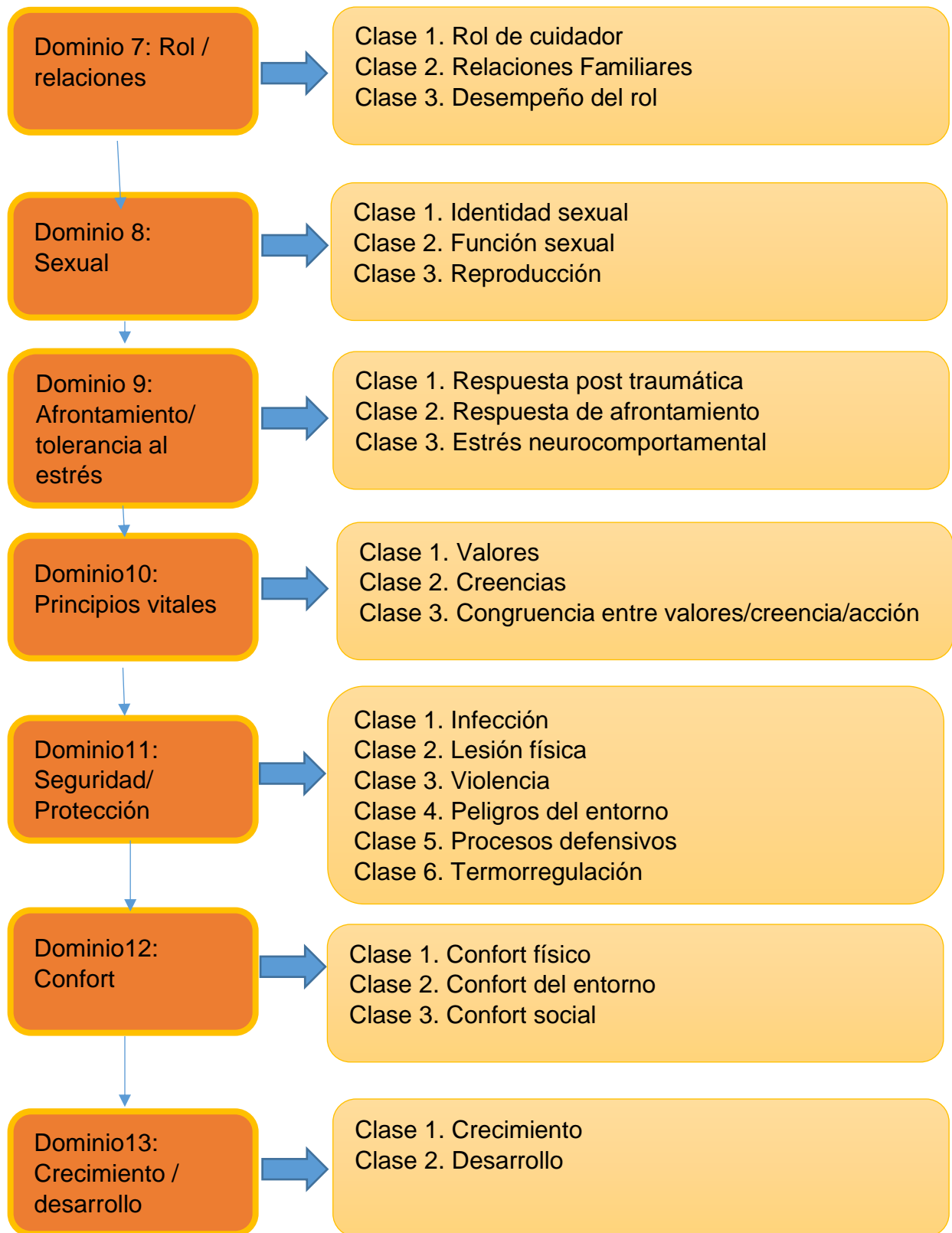
- Las características del diagnóstico enfermero
- La base de investigación asociada con la intervención
- La viabilidad de la implantación de la intervención
- La aceptación de la intervención por parte del paciente
- La capacidad de la enfermera

13.1.- Selección de resultados

- Por relación NOC NANDA.
- Por taxonomías.
- Por especialidad
- Por patrones funcionales

13.2.- Modelo de patrones funcionales



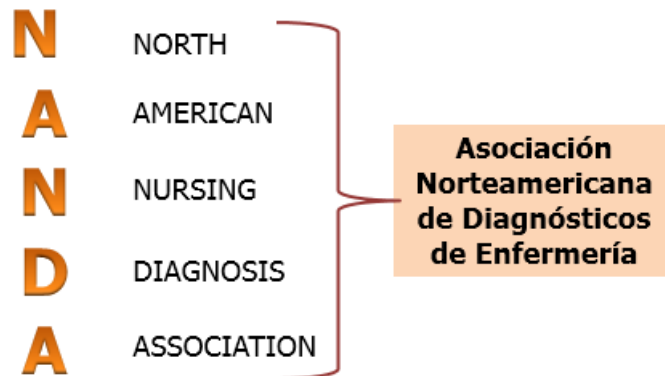


14.- Introducción a la taxonomía NANDA - I

La taxonomía es una manera de clasificar u ordenar cosas (fenómenos, ideas, conceptos) Viene del griego taxis, significa orden, y nomos que significa ley.

Las categorías taxonómicas es un esquema de clasificación jerárquica de grupos principales, subgrupos e ítems.

En Enfermería, es común utilizar como referencia la llamada taxonomía NANDA, que categoriza el diagnóstico en Enfermería. Establece 13 dominios que permiten clasificar los diagnósticos en este ámbito.



La NANDA es una asociación de enfermeras cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería, fue fundada 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En el 2002, NANDA se convierte en NANDA-I (internacional).

La NANDA es una organización dirigida por un presidente y un comité de directores, todos ellos electos.

El comité para el desarrollo de los diagnósticos (DDC) revisa los diagnósticos nuevos y mejorados que son enviados por los miembros de la organización y el comité de taxonomía añade esos diagnósticos y a la estructura taxonómica.

La terminología NANDA se ha traducido a 15 idiomas y se utiliza en 32 países, publica un libro cada 3 años, patrocina la International Journal of de Nursing Terminologies and classifications.

DOMINIO. - Es una esfera de conocimiento, estudio o interés, se conoce también como competencia.

15.- Diagnósticos enfermeros

“Juicio clínico en relación con la respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad para esa respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad”

La taxonomía II, presenta 3 niveles: 13 Dominios, 47 clases y 235 diagnósticos enfermeros actuales.

Utiliza códigos de 32-bits (códigos de 5 dígitos)

Esta estructura proporciona estabilidad o crecimiento y desarrollo de la estructura taxonómica evitando la necesidad de cambiar los códigos cuando se añaden nuevos diagnósticos modificaciones o revisiones. Se asignan nuevos códigos a los diagnósticos nuevos aprobados, los códigos retirados nunca se reutilizan.

Nosotros trabajamos con respuestas humanas, no con la enfermedad

15.1.- Tipos de diagnostico

- **Diagnostico enfermero focalizado en el problema (Reales)**

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada, de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

- **Diagnostico enfermero de riesgo (Potenciales)**

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad, para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

- **Diagnostico enfermero de promoción de salud (Bienestar)**

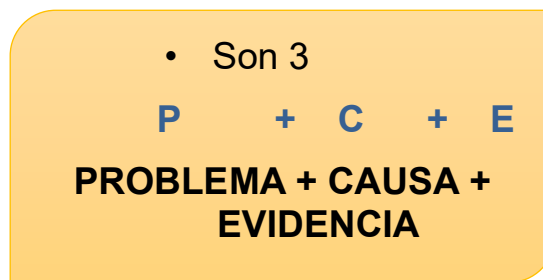
Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano.

- **Diagnostico enfermero Sindrónicos**

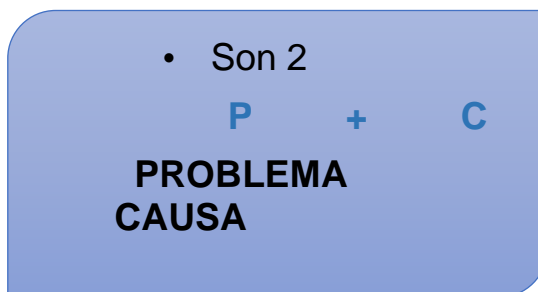
Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de la forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Cada diagnostico posee una etiqueta y una definición clara

15.2.- Componentes de un diagnostico focalizado en el problema (real)



15.3.- Componentes de un diagnostico potencial o de riesgo



16.- Planificación

16.1.- Vínculos de NOC y NIC a la NANDA - I

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades del cuidado.

El Diagnostico Enfermero se usa para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones.

16.2.- Tipos de planificación

- Planificación Inicial
- Planificación Continua
- Planificación de alta

16.3.- Etapas

- Establecimiento de prioridades
- Elaboración de Resultados NOC
- Elaboración de Intervenciones de Enfermería NIC
- Documentación de un plan de cuidados

16.4.- Establecimiento de prioridades

- Prioridad Alta
- Prioridad Mediana
- Prioridad Baja

17.- Intervención

- **Intervenciones independientes:** Realizadas en forma tácita por el Enfermero.
- **Intervenciones interdependientes:** Realizadas por Enfermeros en coordinación con otros profesionales.

18.- NOC Clasificación de resultados de enfermería

En 1991 se formó en la Universidad Iowa en equipo de investigación dirigido por Marion Johnson Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionará con los cuidados de enfermería. (Center for Nursing Classification and Clinical effectiveness)

Ese trabajo de investigación dio lugar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación estandarizada y exhaustiva de los de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y por primera vez en 1997.

La clasificación NOC se ha traducido a 10 idiomas.

Que es un resultado

Es estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a uno o más intervenciones de enfermería.

Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos resultados.

Las NOC facilita datos para:

- Aclarar el conocimiento enfermero
- Avanzar en el desarrollo teórico
- Determinar la efectividad del cuidado enfermero
- Mostrar las contribuciones de la enfermería hacia los pacientes, familias y comunidades.

La NOC se desarrolló para medir los cambios a corto plazo después de una intervención o episodios de cuidados, y los cambios a corto plazo durante el curso de la enfermedad o dolencia.

19.- NIC Clasificación de intervenciones de enfermería

Cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos destinados tanto como a los pacientes como a las familias y comunidad, e iniciados por la enfermera u otro profesional sanitario (Bulenchek, Butcher y Dochterman, 2008)

La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de las intervenciones de enfermería comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación liderado por Joanne McCloskey, actualmente Joanne Dochterman, y Gloria Bulechek de la Univ. Iowa.

El equipo desarrollo la NIC, una clasificación estandarizada y exhaustiva de intervenciones de enfermería fue publicada por primera vez en 1992.

La quinta edición de la NOC se ha publicado al mismo tiempo que la sexta edición de la NIC, la NIC al igual que la NOC se encuentra en la Center for Nursig Classification and clinical Effectivenes en el University of Iowa, College of Nursing Fue traducida a nueve idiomas.

La NIC, es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

Útil para la planificación de los cuidados.

Puede utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, UCIs, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (ginecología UTI, geriatría, pediatría, etc.)

La NIC, describe las competencias de enfermería, sin embargo, algunas intervenciones son utilizadas por otros profesionales.

Incluyen tanto el ámbito fisiológico (p.ej. Manejo acido base) como el psicosocial (p.ej. disminución de la ansiedad)

Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p.ej., manejo de la hiperglucemia), la prevención de las mismas (p.ej. Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p.ej. Fomento del ejercicio)

Las actividades pueden modificarse para que reflejen mejor las necesidades de una situación concreta del paciente.

Las enfermeras utilizan el criterio clínico con los pacientes, para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida.

La elección de una intervención para un paciente concreto debe tomarse en cuenta 6 factores:

- Resultados deseados del paciente
- Características del diagnóstico de enfermería
- Base de investigación de la intervención
- Factibilidad de la ejecución

- Aceptación del paciente
- Capacidad del profesional

Códigos y clases

La taxonomía NIC se codificó por varias razones:

5. Para facilitar su uso informático
6. Facilitar una manipulación sencilla de los datos
7. Para aumentar la articulación con otros sistemas codificados
8. Permitir su uso en las retribuciones

VENTAJAS:

- Orienta la priorización de problemas
- Facilita y garantiza la continuidad en la atención
- Demuestra el rol del profesional de enfermería, importante cuando se realiza auditorias.

20.- Reevaluación continúa

La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería ya que las conclusiones que se obtienen determinan si la intervención de enfermería debe concluirse, revisarse o cambiarse.

UN diagnóstico enfermero proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene la responsabilidad.

- Determinar eficacia
- Detectar fallas
- Hacer modificación

Quando trabajamos con el PAE podemos percibir la esencia de la enfermería, la ciencia del cuidado, la capacitación mejor de la enfermera para hacer una buena intervención y mejores resultados.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

1.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA OXIGENACIÓN Y VENTILACIÓN

CONTROL RESPIRATORIO: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Actividades:

3160 Aspiración de vías aéreas: Extracción de secreción de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en las vías aéreas oral, nasofaríngeas.

- Realizar lavado de manos
- Usar precaución universal
- Usar equipo de protección personal
- Determinar la necesidad de la aspiración oral
- Auscultar sonidos respiratorios antes de aspirar
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente

3390 Ayuda a la ventilación: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

- Mantener una vía aérea permeable
- Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea cabecera a 30 grados
- Ayudar en cambios de posición con cuidado
- Monitorizar los efectos de cambio de posición en la oxigenación
- Fomentar una respiración lenta y profunda
- Auscultar los ruidos respiratorios
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria

- Iniciar y mantener oxígeno suplementario, según prescripción médica
- Administración de medicación adecuada contra el dolor para evitar hipoventilación

3140 Manejo de la vía aérea: Asegurar la permeabilidad de vía aérea

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla
- Administrar aire u oxígeno humidificados

3350 Monitorización respiratoria: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad, y esfuerzo de la respiración
- Evaluar el movimiento torácico observando la simetría utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se produce respiración ruidosa como estridor y ronquidos.
- Monitorizar los parámetros respiratorios: Bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de kussmaul, respiración de cheyne-stoke.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente
- Aplicar sensor de oxígeno continuo no invasivo, con sistema de alarma apropiado en pacientes con factores de riesgo (Ejemplo en pacientes obesos, apnea obstructiva, antecedente de problema respiratorio que requiera oxigenoterapia, extremos de edad).
- Observar la ubicación de la tráquea
- Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea
- Observar los cambios de saturación de oxígeno
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Colocar al paciente de cubito lateral, para evitar la aspiración

3320 Oxigenoterapia: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

- Eliminar las secreciones bucales, nasal según corresponda
- Mantener permeabilidad de vía aérea.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno
- Asegurar la recolocación de la máscara, cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo
- Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.

2.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE LA CIRCULACIÓN

Actividades:

4162 Manejo de hipertensión: Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más altos de lo normal.

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo, incluyendo el uso de medicamentos
- Identificar posibles causas de la hipertensión
- Evaluar los factores de riesgo asociado y contribuyente (por ejemplo, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico ser mayor de 60 años, estilo de vida sedentario, antecedente familiar de hipertensión)
- Medir la presión arterial 120/80 mm/hg normal 129/80 mm/hg hipertensión estadio 1 de 139/80 mm/hg a 89 hipertensión en estadio 2 igual o mayor 140/90 mm/hg.
- Proporcionar una atención de enfermería acorde al tipo de hipertensión obtenida
- Aconsejar a los pacientes prehipertensos que busquen la terapia farmacológica adecuada
- Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (Por ejemplo, dolor de cabeza severo mareos, náuseas)

o vómitos, palidez sudoración, nerviosismo, inquietud, trastorno visual (paro cardíaco).

- Controlar signos vitales como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura para identificar precozmente las complicaciones.

4175 Manejo de hipotensión: Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más bajo de lo normal.

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo de hipotensión, incluyendo el uso de medicamentos
- Identificar las posibles causas de hipotensión (por ejemplo, diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, edad superior a 50 años, fumador obesidad, micción nocturna).
- Realizar un electrocardiograma si procede
- Evitar medición de P/A para el despistaje cuando hay factores contribuyentes presentes (por ejemplo, ingestión reciente de medicamento que pudiesen influir, respuestas alérgicas pérdida de sangre, deshidratación).
- Medir la presión arterial para determinar la presencia de hipotensión (definida como menor de 90 mm/hg sistólico y/o menor a 60 mm/hg diastólico en la población en general)
- Evaluar signos vitales

4120 Manejo de líquidos: Controlar los ingeridos y eliminados

- Realizar registro de entrada y salida
- Realizar sondaje vesical si precisa
- Vigilar estado de hidratación (Mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial)
- Controlar los resultados de laboratorio
- Administrar terapia IV según prescripción

- Administrar líquidos IV temperatura ambiente
- Preparar al paciente para la administración de hemoderivados según corresponda

4070 Precauciones circulatorias

- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre
- Evitar infecciones de las heridas
- Control adecuado de glucemia

3.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE NIVEL DE CONCIENCIA

Actividades:

2870 Cuidados post anestesia: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional.

- Determinar la vía aérea y la adecuación circulatoria
- Administración de oxígeno según corresponda
- Comprobar la oxigenación
- Animar al paciente a que tosa y respire profundo
- Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo según corresponda
- Controlar la temperatura
- Vigilar diuresis
- Proporcionar medias farmacológicas o no farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario
- Administración de antieméticos según prescripción
- Ponerse en contacto con anestesista, cuando proceda
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora
- Vigilar estado neurológico

- Observar el nivel de consciencia
- Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales, según corresponda
- Administración de medicación IV según indicación medica
- Comprobar la zona de intervención, según corresponda
- Ajustar la cama, según corresponda
- Proporcionar intimidad según corresponda
- Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta

4.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE SISTEMA NEFROURINARIO

Actividades:

0590 Manejo de la eliminación urinaria: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptima

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia consistencia, olor, volumen y color, según corresponda
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria
- Identificar los factores que contribuyen a episodios de incontinencia
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda
- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario
- Restringir los líquidos si corresponde

5.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE TERMORREGULACIÓN

Actividades:

3900 Regulación de la temperatura: Mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda
- Controlar la P/A el pulso, y la respiración según corresponda
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente
- Administrar mediación adecuada para evitar o controlar los escalofríos
- Administrar medicamentó antipirético si está indicado

3800 Tratamiento de la hipotermia: Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central es anormal baja debido a circunstancias no inducidos.

- Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada
- Apartar al paciente del ambiente frio
- Retirar ropa fría y húmeda del paciente
- Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostaticos
- Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular
- Aplicar recalentamiento pasivo (ejemplo mantas, cubrir la cabeza y calentar la ropa)
- Evitar el recalentamiento externo activo en pacientes con hipotermia grave

- Monitorizar las complicaciones asociadas con el recalentamiento extracorpóreo (ejemplo síndrome de dificultad respiratorio aguda insuficiencia renal aguda y neumonía)
- Monitorizar los síntomas asociados con la hipotermia leve (ejemplo taquipnea, disartria, escalofríos, hipertensión arterial y diuresis), la hipotermia moderada (ejemplo, arritmias auriculares, hipotensión, apatía, coagulopatía) hipotermia grave (ejemplo, oliguria, ausencia de reflejos neurológicos edema pulmonar y anomalía acidobásicas)
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel
- Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (ejemplo, edades extremas, medicamentos, desnutrición, y diabetes).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

1) DOLOR DEL SITIO OPERATORIO

Principio Científico

El dolor postoperatorio o postquirúrgico, es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se produce por manipulaciones propias del acto quirúrgico y la liberación de sustancias algógenas o productoras del dolor. Las sustancias algógenas son aquellas que se liberan a la sangre cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido.

2) DOLOR DEL HOMBRO

Principio Científico

Irritación de los diafragmas por el CO₂, de rápida insuflación en la cavidad abdominal; por ello se aconseja no utilizar flujos en la instauración del neumoperitoneo superiores a 1 o 1,5 litros por minuto, y a ser posible no superar los 13 mmHg de presión.

Posterior a la cirugía el CO₂ tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; este, por metámeras, provocará un dolor a nivel de los hombros y la espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor es fácilmente combatible con analgésicos y desaparece en 48 h. mientras se absorbe el CO₂.

3) NÁUSEAS Y VÓMITOS

Principio Científico

La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales, luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia.

4) DISTENCIÓN ABDOMINAL DERIVADA DEL NEUMOPERITONEO

Principio científico

La insuflación del CO₂ en la cavidad abdominal, mesenterio, epiplón o retroperitoneo, producen enfisema y distensión abdominal que no tiene mayor repercusión y que desaparece en corto tiempo por la alta difusibilidad del CO₂.

5) CAMBIOS DE TEMPERATURA: HIPOTERMIA

Principio Científico

La hipotermia es una complicación que se produce con frecuencia en el posoperatorio de la cirugía laparoscópica. Además de la disminución de producción de calor del organismo bajo anestesia general, las bajas temperaturas de los quirófanos y la administración de soluciones endovenosas a esas bajas temperaturas, la administración de CO₂ en la cavidad abdominal potencia la disminución, aún mayor, de la temperatura corporal por efecto directo del gas. Se plantea que cada 50 L de CO₂, que pasan por la cavidad abdominal la temperatura corporal desciende 0,3°. Por esta razón el monitoreo de la temperatura es recomendado en los procedimientos laparoscópicos de larga duración.

6) SANGRADO DEL LECHO OPERATORIO

Principio Científico

Las dos causas más frecuentes de hemorragia en el transcurso de una cirugía laparoscópica, son las lesiones de vasos y sangrado del lecho vesicular (Colecistectomía).

Es una situación crítica o de urgencia que llegan a un Shoc hipovolémico, en la que se pierde volumen alto de sangre de manera rápida, provocándose hipovolemia inmediata, con alteraciones hemodinámicas correspondientes.

Proporcionar los conocimientos necesarios para detener o disminuir la hemorragia, así como recuperar la volemia.

7) DESPERTAR LENTO (REACCIÓN A LA ANESTESIA)

Principio científico

Durante la anestesia, en cirugía laparoscópica se desarrollan una serie de cambios fisiológicos, que dependerán de la insuflación de CO₂ dentro de la cavidad abdominal, produciéndose alteraciones hemodinámicas, respiratorias, metabólicas y en otros sistemas los cuales debemos tener en cuenta para su manejo y conocer sus probables complicaciones.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON DOLOR EN SITIO OPERATORIO**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 12

Clase: 1 Confort físico

Código NANDA: 00132

Diagnóstico: Dolor agudo R/C La intervención quirúrgica M/P Me duele mucho

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio IV Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud Código 1605	Control del dolor	Dominio: 1 Fisiológico básico Clase: E Fomento de la comodidad física Código 1400	Manejo del dolor
	INDICADORES 160502 Reconoce el comienzo del dolor 160501 Reconoce factores causales 160510 Utiliza un diario para apuntar síntomas del dolor 160503 Utiliza medidas preventivas 160504 Utiliza medidas de alivio del dolor no analgesia 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada		Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad, o gravedad. - Asegurarse de que le paciente reciba los cuidados analgésicos. - Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. -Controlar factores ambientales - Fomentar periodos de descanso sueño adecuado - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito
		Dominio: 2 Fisiológico complejo Clase: H Control farmacológico	Administración de analgésico Actividades: Determinar la ubicación, característica, calidad y

		Código: 2210	<p>gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. - Comprobar el historial de alergias a medicamentos. - Elegir el analgésico o combinación de analgésico adecuado cuando se prescriba más de uno. - Determinar la selección del analgésico adecuado de acuerdo según tipo de intensidad del dolor. - Firmar el registro de narcótico y otros medicamentos - Control de Signos vitales antes y después de administrar los analgésicos narcóticos, con la primera dosis se observa signos inusuales. - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de valles de la analgesia, especialmente con dolor intenso. - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración.
--	--	---------------------	--

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON DOLOR EN HOMBRO**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 12

Clase: 1 Confort físico

Código NANDA: 00132

Diagnóstico: Dolor agudo R/C Irritación del diafragma por el CO2 M/P Me duele la espalda

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio II Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Código 0802	Signos vitales	Dominio: 2 Fisiológico complejo Clase: K Control respiratorio Código 3320	Oxigenoterapia Actividades: -Eliminar las secreción bucal, nasal según corresponda -Mantener permeabilidad de vía aérea. -Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado -Vigilar el flujo de litro de oxígeno -Asegurar la recolocación de la máscara, cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo -Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.
	INDICADORES		
	080201 Temperatura corporal. 080202 Frecuencia del pulso apical 080208 Frecuencia Cardíaca 080204 Frecuencia respiratoria 080210 Ritmo respiratorio 080205 Presión arterial sistólica 080206 Presión arterial diastólica 080211 Profundidad de la inspiración		

		<p>Fisiológico básico</p> <p>Clase: E Fomento comodidad física</p> <p>Código: 6482</p>	<p>Actividades: Tener encuentra la evitación del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atender las llamadas al timbre, que debe estar al alcance del paciente. -Crear un ambiente tranquilo y de apoyo -Ajustar la temperatura ambiental para comodidad. -Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas apoyo de las articulaciones durante el movimiento).
--	--	--	--

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON NAUSEAS Y VÓMITOS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 12

Clase: 1 Confort físico

Código NANDA: 00134

Diagnóstico: Náuseas R/C Distensión gástrica, trastornos bioquímicos de enzimas E/P sensación nauseosa, aumento de la salivación, expresa tener sabor agrio en la boca

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio IV Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud Código 1618	Control de náuseas y vómitos INDICADORES	Dominio: 1 Fisiológico básico Clase: E Fomento de la comodidad física Código 1450	Manejo de las Nauseas Actividades: Reducir o eliminar los factores que desencadenan o aumentan las náuseas -Administrar antieméticos eficaces previa indicación médica. -Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas -Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad -Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes. -Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas.
	161801 Reconoce el inicio de nauseas 161802 Describe factores causales 161803 Reconoce estímulos precipitantes 161805 Utiliza medidas de prevención 161808 Utiliza mediación antiemética según las recomendaciones 161811 Informar de síntomas no controlados al profesional de asistencia sanitaria		

			-Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga, desconocimiento).
		Dominio: 1 Fisiológico básico	Manejo del vomito
		Clase: E Fomento comodidad física	Actividades: -Si presenta vomito realizar los siguientes cuidados -Valorar las características del vómito
		Código: 1570	-Medir o estimar el volumen de la emesis Identificar los factores que puedan causar o contribuir al vómito -Administrar antieméticos eficaces previa indicación médica -Colocar al paciente en posición semi fowler a 30 grados para prevenir la aspiración -Mantener la vía aérea oral libre -Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON DISTENSIÓN ABDOMINAL**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal

Código NANDA: 00196

Diagnóstico: Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C Régimen terapéutico E/P Abdomen distendido

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio ii Salud fisiológica Clase: K Digestión Nutrición Código 1015	Función gastrointestinal INDICADORES	Dominio: 1 Fisiológico básico Clase: B Control de la eliminación Código 0430	Control intestinal
	101508 Ruidos abdominales 101513 Dolor abdominal 101514 Distensión abdominal 101515 Hipersensibilidad abdominal 101517 Reflujo gástrico 101517 Aumento de peristaltismo visible		Actividades: Monitorizar los sonidos intestinales - Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos. - Informar si hay disminución de sonido intestinal. - Evaluar el perfil de la mediación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
		Dominio: 1 Fisiológico básico Clase: D Apoyo Nutricional Código: 1080	Sonda nasogástrica Actividades: Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda -Explicar al paciente y familia la razón del uso de la sonda -Insertar la sonda según protocolo -Comprobar la correcta colocación de la sonda

			<ul style="list-style-type: none">-Conectar la sonda para la aspiración según corresponda-Irrigar la sonda según corresponda-Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del contenido-Extraer la sonda cuando este indicado
--	--	--	---

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON CAMBIO DE TEMPERATURA HIPOTERMIA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

Dominio: 11

Clase: 6 Termorregulación

Código NANDA: 00006

Diagnóstico: Hipotermia R/C Escalofrío E/P Temperatura menor de los valores normales

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio II Salud fisiológica Clase: I Regulación Metabólica Código 0800	Termo regulación	Dominio: 2 Fisiológico Complejo Clase: J Cuidados perioperatorios Código 3902	Regulación de la temperatura Actividades: Retire del frío al paciente y procure un ambiente cálido. -Si es necesario aumente la temperatura ambiental -Verificar y mantener la ropa de cama limpia y seca, al igual que pañales, vendajes o apósitos -Valorar síntomas y signos asociados a la hipotermia como: fatiga, apatía, confusión, decaimiento, piel fría, sensación de frío o escalofrío. -Aplicar medios físicos externos: •Manta o manta eléctrica si la hubiera. -Cubrir las extremidades con manoplas, calcetines, vendajes con algodón.
	INDICADORES		
	080009 Presencia de gallina cuando hace frío 080013 Frecuencia respiratoria 0080004 Dolor muscular 080007 Cambios de coloración cutánea		

			<p>-Medir la temperatura cada 30 minutos, hasta la retirada del sistema</p> <p>-Administre la medicación prescrita, que puede incluir líquidos por vía endovenosa templados a una temperatura de 37 a 40 grados.</p> <p>-Administrar oxígeno.</p>
		<p>Dominio IV Seguridad</p>	<p>Monitorización Signos vitales</p>
		<p>Clase: V Control de riesgo</p>	<p>Actividades: Controlar continuamente FC, FR, P/A, T^a, cada 15 minutos, luego cada 30, hasta estabilizar.</p>
		<p>Código 6680</p>	<p>-Controlar Temperatura ya sea axilar o rectal</p>

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON SANGRADO DEL LECHO OPERATORIO
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

Dominio: 2

Clase: 4

Código NANDA: 00025

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido R/C Traumatismo
Presencia de herida operatoria con drenaje

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio II Salud fisiológica	Equilibrio Hídrico	Dominio: 2 Fisiológico Complejo	Manejo de líquidos/Electrolitos
	INDICADORES		
Clase: G Líquidos y electrolitos	060101 Presión Arterial	Clase: N Control de la perfusión tisular	Actividades: Realizar un registro preciso de entradas y salidas -Vigilar el estado de hidratación -Monitorizar el estado hemodinámico -Monitorizar los signos vitales -Administrar terapia intravenosa según prescripción médica -Administrarla reposición prescrita de líquidos -Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indique una sobre carga de líquidos o deshidratación. -Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación -Laboratorio de control de los niveles de líquidos y electrolitos.
Código 0601	060105 Pulso periférico		
	060107 Entrada y salida diarias equilibradas		
	060116 Hidratación cutánea		
	060123 Calambres musculares		

		<p>Dominio: 1 Fisiológico básico</p> <p>Clase: F Facilitación del autocuidado</p> <p>Código 1870</p>	<p>Cuidados del drenaje</p> <p>Actividades: Mantener una higiene correcta de las manos antes durante y después de la inserción o manipulación del drenaje.</p> <p>-Mantener la permeabilidad del drenaje, según tipo de drenaje y las indicaciones del fabricante.</p> <p>-Mantener recipiente de drenaje al nivel adecuado</p> <p>-Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo.</p> <p>-Asegurar la correcta colocación del tubo.</p>
--	--	---	---

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL EN
PACIENTE CON DESPERTAR LENTO (REACCIÓN A LA ANESTESIA)
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

Dominio: 4

Clase: 1 Sueño/Reposo

Código NANDA: 00095

Diagnóstico: Insomnio R/C Agentes farmacológicos E/P Despertar lento del paciente post operatorio inmediato de cirugía

Resultado de Enfermería (NOC)		Intervención de Enfermería (NIC)	
Dominio II Salud fisiológica Clase: AA Respuesta terapéutica Código 2305	Recuperación quirúrgica: Post operatorio inmediato	Dominio: 2 Fisiológico Complejo Clase: J Cuidados peri operatorios Código 2870	Cuidados post anestesia (cirugía) Actividades: Determinar la vía aérea y la adecuación circulatoria -Administración de oxígeno según corresponda -Comprobar la oxigenación -Animar al paciente a que tosa y respire profundo -Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo según corresponda -Controlar la temperatura -Vigilar diuresis -Proporcionar medias farmacológicas o no farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario -Administración de antieméticos según prescripción
	INDICADORES 230501 Vías aéreas permeables 230504 Presión del pulso 230505 Temperatura corporal 230506 Frecuencia cardiaca apical 230510 Frecuencia respiratoria 230512 Saturación de oxígeno 230513 Nivel de conciencia 230515 Diuresis 230521 Sangrado 230530 Hiperglucemia		

			<ul style="list-style-type: none"> -Ponerse en contacto con anestesista, cuando proceda -Controlar el retorno de la función sensorial y motora -Vigilar estado neurológico -Observar el nivel de consciencia -Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales, según corresponda -Administración de medicación IV según indicación medica -Comprobar la zona de intervención, según corresponda -Ajustar la cama, según corresponda -Proporcionar intimidad según corresponda -Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta
		Dominio IV Seguridad	Monitorización Signos vitales
		Clase: V Control de riesgo	Actividades: Controlar continuamente FC, FR, P/A, T ^a , cada 15 minutos, luego cada 30, hasta estabilizar.
		Código 6680	

REGISTRO ENFERMERO SALA DE RECUPERACIÓN CLÍNICA SAN JOSÉ

PACIENTE:..... EDAD:..... SEXO:.....
 FECHA y HORA DE INGRESO:.....
 SIGNOS VITALES: P/A..... F/C..... F/R..... T.....
 DX. POSTOPERATORIO:

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS NANDA	PLANIFICACIÓN OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN NOC	TIQ UEA	TIQUE A
Conductas expresivas Agitación () Diaforesis () Irritabilidad () Llanto () Cambios: R () . P. () P/A.	00132	Dolor agudo R/C R/C La intervención quirúrgica M/P Me duele mucho	Código 1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor Evaluar el dolor según escala EVA	Cód. 1605 Control del dolor.	
				2210 Administración de analgésicos	Cód.2306 Respuesta a la medicación	
Sensación nauseosa () Aumento de la salivación () Expresa tener sabor agrio en la boca ()	00134	Náuseas R/C Distensión gástrica, trastornos bioquímicos de enzimas E/P Gestos de querer vomitar	Código 1618 Control de náuseas y vómitos	1450 Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas.	Cód.00568 Mejoría de Nauseas	
				Administrar antieméticos eficaces previa indicación médica.	Cód. 00567 Respuesta ante el medicamentó	
Abdomen distendido () Fatiga () Ruido abdominal ausente () Hipersensibilidad () Reflujo gástrico ()	00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C Régimen terapéutico E/P Abdomen distendido	Código 1015 Función gastrointestinal	0430 Control intestinal Monitorizar los sonidos intestinales	Codigo:001234 Ruidos peristálticos Presentes	
				1080 Sonda nasogástrica Insertar la sonda según protocolo		

					Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del contenido			
Escalofrió () Temblor () Taquipnea () Cambio de color cutáneo ()	00006	Hipotermia R/C Escalofrió E/P Temperatura menor de los valores normales	Código 0800 Termo regulación	3902	Aplicar medios físicos externos: Aumente la temperatura ambiental	Código: 6475 Termorregulación a valores normales		
				6680	Controlar continuamente FC, FR, P/A, T ^a ,.....			
Hipotensión () Taquicardia () Diaforesis () Calambres ()	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido R/C Traumatismo Presencia de herida operatoria con drenaje	Código 0601 Equilibrio Hídrico	2080	Manejo de líquidos/Electrolitos	Codigo:2334 Mantenimiento de líquidos intra celular extra celular		
				1870	Cuidados del drenaje Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo.			
Despertar lento () Insomnio () Desorientación ()	00095	Insomnio R/C Agentes farmacológicos E/P Despertar lento del paciente post operatorio inmediato de cirugía	Código 2305 Recuperación quirúrgica: Post operatorio inmediato	2870	Cuidados post anestesia (cirugía)	Código: 6347 Mantenimiento hemodinámico		
				6680	Monitorización Signos vitales			

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

FIRMA Y SELLO

VALORACIÓN POSTANESTESICA DE ENFERMERÍA



Nombre:				Edad:				Hora de Ingreso:				Hora de Egreso:			
Diagnostico Postoperatorio:								Procedimiento:							
Tiempo postoperatorio				15 30 45				15 30 45				15 30 45			
Presión Arterial															
Presión Arterial Media(PAM)															
Frecuencia Cardiaca															
Frecuencia Respiratoria															
Temperatura															
Saturación de Oxigeno															
Llenado Capilar															
Piel y mucosas Normal (N) Seca (C) Húmeda (H)															
ALDRETE (10/10) Normal															
BROMAGE (4/4) Normal															
RAMSAY (-2) Normal															
GLASGOW (15/15) Normal															
Líquidos Administrados															
	TOTAL														
	Líquidos Eliminados	Diuresis													
		Catarsis													
		S.N.G.													
Vomito															
Drenaje (1)															
Drenaje (2)															
Perd. Insensible															
TOTAL															
Drogas															
Medidas Generales	Posición														
	Oxigeno por:														
	Vendaje en M/I														
	Examen de Lab.														
Otro estudio															
NOTAS:											Licenciada a Cargo				
.....															
.....															

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Perea C. Plan de Cuidados en el Post operatorio Inmediato 2003, 78:31-37,
- 2.- Rodrigo M. Los Diagnósticos Enfermeros: Revisión Crítica y Guía Práctica 2002 masson.
- 3.- Closkey M., Bulecheck G., Johnson M, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelación Nanda, Noc y Nic. 2002 Harcourt.
- 4.-Florez A., Bravo R., Galban L. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería octubre 2010 Volumen 7: 1-7
- 5.- Palmero Hernández, N; Rodríguez Guaza, M.L; Valderrama, M. Protocolos de cuidados de Enfermería Quirúrgica en Cirugía Laparoscópica Urológica 2005Septiembre núm. 95.
- 6.- Cortez G., Castillo F. Guía Para Elaborar Nanda, Nic, Noc. Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades. Mayo 2012, 6ta edición,
7. - Heather Herdman T., Shigemi K., Nanda. 2014.
www.nanda.org.
- 8.- Moorhead S., Jhonson M., Meridean L., Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2015- 2017 medición de resultado 6ta. Edición.
- 9.-. Bulechek M G., Howard K. Clasificación de Resultados de Enfermería (NIC) 2014, 6ta edición.
- 10.- Brunner Y Suddarth. Manual de Diagnósticos de Enfermería Médico Quirúrgico .2016, 13 a edición.
- 11.- Moorhead S., Jhonson M., Meridean L., Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2018- 2020 medición de resultado 6ta. Edición.
- 12.-. Bulechek M G., Howard K. Clasificación de Resultados de Enfermería (NIC) 2018- 2020, 7 ta edición.

1.- CRONOGRAMA DE GANTT

MESES SEMANAS	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica																				
Planteamiento de tema de investigación																				
Recolección de referencias bibliográficas																				
Identificación de objetivos																				
Revisión de Justificación y detalles de marco teórico																				
Elaboración de fuente de verificación																				
Presentación de perfil																				
Recolección de datos																				
Tabulación de datos																				

2.- CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

La Paz 18 de febrero de 2019

Señor:

Dr. José B. Callisaya Q.

DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE EMERGENCIAS SAN JOSÉ

Presente:

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR CARGO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO

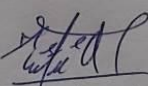
De mi mayor consideración:

Mediante la presente, reciba Ud. Mis más cordiales y respetuosos saludos y desearle éxito en la función que desempeña.

Me dirijo a su persona para solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para realizar trabajo de investigación el cual titula: "IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN TAXONOMÍA NANDA, NIC-NOC 2018-2020 EN SALA DE RECUPERACIÓN", esta investigación favorecerá a la institución como al servicio de sala de recuperación.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su gentil atención me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.


Lic. Evelina Aruquipa Coloma
CURSANTE DE POSTGRADO
CI. 7026557 L.P.



3.- CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA PARTE ADMINISTRATIVA DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

La Paz 18 de febrero de 2019

Señor:

Sra. Martha Quisbert Q.

ENCARGADA ADMINISTRATIVA DE CLÍNICA DE EMERGENCIAS SAN JOSÉ

Presente:

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR CARGO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, reciba Ud. Mis más cordiales y respetuosos saludos y deseándole éxito en la función que desempeña.

Me dirijo a su persona para solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para realizar trabajo de investigación el cual titula: "IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN TAXONOMÍA NANDA, NIC-NOC 2018-2020 EN SALA DE RECUPERACIÓN", esta investigación favorecerá a la institución como al servicio de sala de recuperación.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su gentil atención me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.

Lic. Evelina Aruquipa Coloma
CURSANTE DE POSTGRADO
CI. 7026557 L.P.



4.- CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA LICENCIADA JEFA DE ENFERMERAS DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ

La Paz 15 de marzo de 2019

Señora:

Lic. Claudia Inés Cuevas Coyo

JEFA DE ENFERMERAS DE LA CLÍNICA DE EMERGENCIAS SAN JOSÉ

Presente:

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR CARGO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO

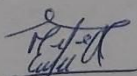
De mi mayor consideración:

Mediante la presente, reciba Ud. Mis más cordiales y respetuosos saludos y deseándole éxito en la función que desempeña.

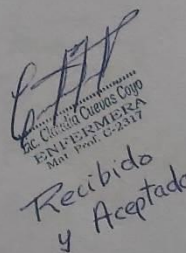
Me dirijo a su persona para solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para realizar trabajo de investigación el cual titula: **"IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN TAXONOMÍA NANDA, NIC-NOC 2018-2020 EN SALA DE RECUPERACIÓN"**, esta investigación favorecerá a la institución como al servicio de sala de recuperación.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su gentil atención me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



Lic. Evelina Aruquipa Coloma
CURSANTE DE POSTGRADO
CI. 7026557 L.P.



Lic. Claudia Inés Cuevas Coyo
ENFERMERA
Mar Post. 0-2311
Recibido
y Aceptado

5.- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN TAXONOMÍA NANDA, NIC-NOC 2018-2020 EN SALA DE RECUPERACIÓN, CLÍNICA SAN JOSÉ 2019.

Estimada colega:

Me encuentro realizando un trabajo de investigación en la Clínica San José, cuyo objetivo es: Implementar guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, NIC, NOC 2018 - 2020 en sala de recuperación.

Por lo tanto, pido su colaboración para el llenado de la encuesta de acuerdo con las instrucciones que se le indicará. La motivación, es de hacer notar que tiene propósitos de mejorar la calidad de atención, su participación ayudará con informaciones para la investigación correspondiente.

El estudio es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

.....

Firma de la encuestada

Estoy de acuerdo con la encuesta

.....

Firma del encuestador

La Paz- Bolivia 2019

6.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA

El presente trabajo tiene como objetivo: Implementar guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, NIC, NOC 2018 - 2020 en sala de recuperación, Clínica San José 2019.

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, marque con una (X) y subraye la respuesta que considere correcta.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad:

- a) 25 a 30 años
- b) 31 a 35 años
- c) 36 a 40 años
- d) 40 a más

2.- ¿Años de experiencia laboral en sala de recuperación?

- a) Menor 1 año
- b) 2 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) 10 a más

3.- ¿Grado Académico alcanzado?

- a) Licenciatura en Enfermería
- b) Especialista en Médico Quirúrgico
- c) Magister Médico Quirúrgico

d) Doctorado

II.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.- ¿Existe un área física exclusiva para la recuperación post anestésica del paciente?

SI

NO

5.- ¿Con que tipo de materiales e insumos cuenta en la sala de recuperación post anestesia para la atención de enfermería?

- a) Insumos médicos
- b) Equipo para control de Signos Vitales
- c) Material de escritorio
- d) Todos

6.- ¿Tuvo paciente que se complicó su recuperación durante el post operatorio inmediato de cirugía?

SI

NO

7.- ¿Qué tipo de complicación presento el paciente durante el post operatorio inmediato de cirugía?

- a) Dolor intenso en el sitio operatorio
- b) Dolor de hombros
- c) Náuseas y vómitos
- d) Distensión abdominal
- e) Cambios de temperatura (Hipotermia)
- f) Sangrado del sitio operatorio
- g) Despertar lento

8.- ¿Qué tiempo están los pacientes intervenidos en quirófano antes de pasar a sala de recuperación?

- a) 1 hora
- b) 1a 2 horas
- c) Mayor a 2 horas
- d) No sabe con exactitud

9.- ¿Los pacientes que son intervenidos de cirugía entre que edades se encuentra?

- a) 20 a 30 años
- b) 31 a 40años
- c) 41 a 50 años
- d) 51 a 81 años
- e) 81 a mas

10.- ¿Los pacientes intervenidos de cirugía presentan patología o enfermedad de base cómo?:

- a) Obesidad
- b) Enfermedad Cardiovascular, Respiratorio
- c) Enfermedad Renal, hepática
- d) Diabetes Mellitus
- e) Ninguno

11.- ¿Qué tipos de cirugías se realizan con mayor frecuencia en la Clínica San José?

- a) Cirugía laparoscópica Vesícula biliar, Apéndice, Ovario
- b) Cirugías laparoscópica Apéndice
- c) Cirugía laparoscópica Ovario
- d) Hernia

12.- ¿Trabaja con alguna escala de valoración para la atención de su paciente post operado mencione con cuál?

- a) Escala de EVA y Glasgow

- b) Escala de Witte y Song
- c) Escala de Aldrete
- d) Escala de Bromage
- e) Ninguno

13.- ¿Ha recibido orientación, respecto a proceso enfermero para los cuidados de enfermería en pacientes post operados?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca
- d) No sabe Con exactitud

14.- ¿Existe una guía de atención de enfermería, con la Taxonomía NANDA, NOC, NIC en la Clínica San José?

SI

NO

15.- ¿Cree usted que la implementación de una guía de atención de enfermería en el post operatorio inmediato mejorara la calidad de atención en los pacientes?

- a) Demasiado
- b) Poco
- c) Regular
- d) Ninguno

Gracias por su colaboración

**7.- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo..... C. I.....
De profesión..... Y ejerciendo actualmente como
.....en la
Institución.....

Hago constatar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Encuesta” diseñada por la investigadora Lic. Evelina Aruquipa Coloma con C.I. 7026557 L.P. Universidad Mayor de San Andrés - Postgrado Especialidad en Enfermería Médico Quirúrgico

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem (preguntas) dimensión(respuestas)			
Amplitud de contenidos			
Redacción de los ítems			
Ortografía			
Presentación			

En La Paz, a los..... días del mes de.....de 2019

.....
Firma y sello del Validador

8.- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR EXPERTAS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo LIC. ESCOLASTICA CALLARI CHOQUE C.I. 6139999 L.P.

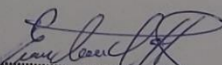
De profesión MSc LIC. EN ENFERMERIA Y ejerciendo actualmente como ENFERMERA DE SALA DE RECUPERACION en la Institución INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA BOLIVIANO JAPONÉS

Hago constatar que he revisado, con fines de validación el instrumento diseñada por la investigadora Lic. Evelina Aruquipa Coloma con C.I. 7026557 L.P. Universidad Mayor de San Andrés - Posgrado Especialidad Enfermería Médico Quirúrgico.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia de ítem y dimensión		✓	
Amplitud de contenidos			✓
Redacción de los ítems			✓
Ortografía		✓	
Presentación		✓	

En La Paz, a los 20 días del mes de MARZO de 2019


 M.Sc. Lic. Escolastica Callari Choque
 ENFERMERA MÉDICO QUIRÚRGICA
 Mat. Prof.: C-538 / Mat. C.D.E.L.P.: 01-2789
 Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés

Firma y sello del Validador

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

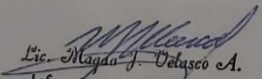
Yo Lic. Magda L. Velasco A. C.I. 24377534.P.
 De profesión licenciada Y ejerciendo actualmente como
Jefe de Ep. INT. en
 la Institución Instituto Nacional de TORAX

Hago constatar que he revisado, con fines de validación el instrumento "Encuesta" diseñada por la investigadora Lic. Evelina Aruquipa Coloma con C.I. 7026557 L.P. Universidad Mayor de San Andrés - Posgrado Especialidad Enfermería Médico Quirúrgico.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem (preguntas) dimensión(respuestas)		✓	
Amplitud de contenidos		✓	
Redacción de los ítems			✓
Ortografía		✓	
Presentación		✓	

En La Paz, a los 22 días del mes de Marzo de 2019


 Lic. Magda L. Velasco A.
 Jefe de Ep. Enfermería
 INSTITUTO NACIONAL DE TORAX

Firma y sello del Validador

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN


Yo Julia Limachi Tambo C. I. 6725323 L.P.
 De profesión Lic. en Enfermería Y ejerciendo actualmente como
Asesora en Enfermería en
 la Institución Caja Nacional de Salud

Hago constatar que he revisado, con fines de validación el instrumento "Encuesta" diseñada por la investigadora Lic. Evelina Aruquipa Coloma con C.I. 7026557 L.P. Universidad Mayor de San Andrés - Posgrado Especialidad Enfermería Médico Quirúrgico.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem (preguntas) dimensión(respuestas)		✓	
Amplitud de contenidos		✓	
Redacción de los ítems			✓
Ortografía		✓	
Presentación			✓

En La Paz, a los 24 días del mes de Marzo de 2019


Lic. Julia Limachi T.
 ESP. EN TERAPIA INTENSIVA
 MAT. PRQE. L-831

Firma y sello del Validador