

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería a paciente en el perioperatorio inmediato por apendicetomía laparoscópica en el centro quirúrgico de una clínica privada de Lima, 2020

**Por:**

Iris Rosmery Rodríguez Regalado

**Asesor:**

Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Lima, 10 de Setiembre de 2020

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NIRA HERMINIA CUTIPA GONZALES, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico: *“Proceso de atención de enfermería a paciente en el perioperatorio inmediato por apendicetomía laparoscópica en el centro quirúrgico de una clínica privada de Lima, 2020”*, constituye la memoria que presenta la licenciada IRIS ROSMERY RODRÍGUEZ REGALADO para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Centro Quirúrgico, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los diez días del mes de setiembre de 2020.



---

Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Proceso de atención de enfermería a paciente en el perioperatorio inmediato por  
apendicetomía laparoscópica en el centro quirúrgico de una clínica privada de Lima, 2020

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de segunda especialidad profesional de enfermería  
en Centro Quirúrgico

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Katherine Mescua Fasanado

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Aesor

Lima, 10 de setiembre de 2020

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: valoración .....	10
Datos generales .....	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios: .....	12
Exámenes auxiliares. ....	12
Tratamiento médico.....	13
Capitulo II: diagnóstico, planificación y ejecución .....	15
Diagnóstico enfermero .....	15
Planificación.....	17
Priorización. ....	17
Plan de cuidados.....	19
Capitulo III: Marco teórico .....	24
Dolor .....	24
Riesgo de aspiración .....	26
CP. Infección.....	28

Riesgo de sangrado .....	32
Riesgo de hipotermia perioperatoria .....	34
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones.....	36
Evaluación por días de atención:.....	36
Primer diagnóstico.....	36
Segundo diagnóstico. ....	36
Tercer diagnóstico .....	36
Cuarto diagnóstico.....	37
Quinto diagnóstico. ....	37
Conclusiones	37
Bibliografía .....	38
Apéndices.....	42

## Índice de tablas

Tabla 1 Examen de glóbulos blancos.....	12
Tabla 2 Dolor agudo relacionado agentes lesivos físicos, secundario e intervención quirúrgica evidenciado por expresión facial de dolor. ....	19
Tabla 3 Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia a entubación oral .....	20
Tabla 4 CP: Infección .....	21
Tabla 5 Riesgo de sangrado relacionado a traumatismo secundario a cirugía quirúrgica en cavidad abdominal. ....	22
Tabla 6 Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado a temperatura ambiental baja secundario a procedimiento quirúrgico.....	23

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	43
Apéndice B: Consentimiento informado .....	47
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	48

## **Símbolos usados**

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

IMC.: Índice de Masa Corporal

EVA.: Escala Visual Análoga

T°: Temperatura

NPO.: Nada por Vía Oral

EV: Endovenoso

H. Op.: Herida operatoria

FC: Frecuencia Cardiaca

FR: Frecuencia Respiratoria

PA: Presión Arterial

OMS: Organización Mundial de la Salud

UCA: Unidad de Cuidados Anestésicos

TET: Tubo Endotraqueal

ACP: Ambos Campos Pulmonares

SOP: Sala de operaciones

H.: Horas

Min.: Minutos

CP: Complicación potencial

## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería (PAE) corresponde a un paciente pediátrico, cuyo diagnóstico médico fue **apendicitis aguda**, al que se atendió durante 1 hora con 45 minutos a partir de su ingreso al área de Centro Quirúrgico. Se aplicó la Guía de valoración de Marjory Gordon, lo que permitió identificar 08 diagnósticos de enfermería en el intraoperatorio, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos, siendo los siguientes: primero, dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos, secundario a intervención quirúrgica, evidenciado por expresión facial de dolor; segundo, riesgo de aspiración relacionado a tos inefectiva por disminución del nivel de conciencia e intubación oral Cp. Tercero, infección; cuarto, riesgo de sangrado relacionado a traumatismo secundario a cirugía quirúrgica en cavidad abdominal; quinto y último, riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado a temperatura ambiental baja secundario a procedimiento quirúrgico.

Los objetivos generales fueron planteados de la siguiente manera: El paciente presentará disminución de dolor; Así mismo, disminuirá el riesgo de aspiración durante el intraoperatorio; también, presentará disminución de la vulnerabilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos durante el intraoperatorio; el paciente presentará medidas preventivas para el riesgo de sangrado durante la cirugía y por último, presentará temperatura adecuada dentro de valores normales de 36°C a 37°C durante el peri-operatorio inmediato. De los objetivos propuestos todos se lograron alcanzar. Podemos concluir que el proceso de atención de enfermería aplicado a este paciente, permitió ofrecer cuidados de calidad aplicando el método científico.

**Palabras clave:** dolor agudo, cuidados de enfermería, proceso de atención de enfermería.

## Capítulo I: Valoración

### Datos generales

Nombre: S. H. L.E.

Edad: 15 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente menor de sexo masculino de 15 años de edad, procedente de emergencia en camilla, acompañado de sus padres, personal de enfermería y personal técnico; refiere que hace 12 horas aproximadamente presenta dolor abdominal difuso que luego se irradia hacia la fosa ilíaca derecha, asociada a hiporexia por lo que es programado para una apendicitis laparoscópica.

Días de hospitalización: 1 hora con 45 minutos.

Días de atención de enfermería: 1 hora con 45 minutos.

### Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: percepción - control de la salud.

Paciente pediátrico con Dx. médico: apendicitis aguda, Dx. operatorio: apendicetomía laparoscópica, niega antecedentes de cirugías anteriores, niega alergias a medicamentos.

Patrón II: nutricional metabólico.

Paciente pediátrico de sexo masculino, mucosa oral intacta semihidratada, nauseoso, nada por vía oral (NPO); presenta piel tibia al tacto, abdomen blando doloroso a la palpación; muestra 3 puertos laparoscópicos en abdomen limpios y secos cubiertos con gasa y Tegaderm, con vía periférica en miembro superior izquierdo (dorso de mano), insyte N°18 perfundiendo NaCl 9%, con temperatura de 36.5 °C, hemoglobina de 13 g/dl, leucocitos 12.88/microlito de sangre; el paciente pesa 65 Kg, talla 1.67cm, IMC 23.3, placa de electrocauterio con corte y coagulación monopolar y bipolar (coagulación) durante el tiempo operatorio 1 hora 30 minutos.

Patrón III: Eliminación.

Por ser una cirugía rápida no se hizo uso de sondaje, paciente no miccionó ni defecó durante la cirugía.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria:

El paciente ya se encuentra con anestesia en sala de operaciones, se evidencia el uso de tubo endotraqueal # 7.5 para aporte ventilatorio, su posición es decúbito dorsal, tórax simétrico, frecuencia respiratoria 16 x min, Sat. O<sub>2</sub>: 100%; a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares (ACP).

Patrón circulatorio

FC 70 x min, PA: 100/60mmhg, con una presión arterial media (PAM) 73, vía periférica en MSI en dorso de mano con insyte N°18, llenado capilar <2”.

Grado de dependencia

Grado de dependencia III; totalmente dependiente.

Patrón V: Descanso – sueño.

Paciente bajo anestesia general.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Se observa al paciente antes de la anestesia general despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con Glasgow 15; apertura ocular: espontánea pupilas isocóricas; respuesta verbal: orientado; respuesta motora: obedece órdenes por voz, con fascias de dolor.

Posteriormente el paciente está bajo anestesia general.

Al concluir la cirugía el paciente es extubado, se observa facies de dolor y refiere verbalmente dolor en el punto umbilical en la Escala Visual Analógica (EVA) de 6/10pts.

Patrón VII: autopercepción – autoconcepto

Al despertar de la anestesia pregunta “¿Ya termino? ¿Cómo salió todo?”

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Paciente comunicativo al ingreso a sala de operaciones, luego está bajo anestesia general, dormido, sedado; cuando despierta responde al llamado; es un adolescente estudiante que cuenta con el apoyo de ambos padres.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Genitales acordes a su edad en buen estado de higiene.

Patrón X: adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

Paciente se muestra más tranquilo y acepta indicaciones.

Patrón XI: valores y creencias.

En la historia clínica se evidencia que profesa religión católica.

### **Datos de valoración complementarios:**

#### **Exámenes auxiliares**

Tabla 1

#### *Examen de glóbulos blancos*

Compuesto	Valor encontrado
Glóbulos blancos	12.88

Fuente: historia clínica

Interpretación: glóbulos blancos: 12.88, estos datos indican leucocitosis y esto es una consecuencia de algún proceso inflamatorio (apendicitis aguda).

**Tratamiento médico****Indicaciones en el Pre-Operatorio**

- Nada por vía oral (NPO) por 8 Horas
- Cl Na9%. 1000cc
- Ketoprofeno 100mg endovenoso (EV) c/8 h
- Ranitidina 50mg (EV) c/8 h
- Ceftriaxona 2g EV c/24 h

**Indicaciones en el intraoperatorio**

- Fentanilo 1

00mg EV Stat

- Midazolam 1mg EV Stat
- Propofol 100mg EV Stat
- Esmeron 30mg EV Stat
- Tramadol 20mg EV Stat
- Dexametazona 8mg EV Stat
- Metoclopramida 10mg EV Stat
- Cloruro de sodio 9% 1000cc EV a 45gts x min

**Indicaciones en el postoperatorio**

- Dextrosa 5% 1000cc EV 45gts x min
- Hipersodio (1)
- Dimenhidrinato 1 ampolla
- Ketoprofeno 100mg EV c/8 h

—Ranitidina 50mg EV c/8 h

—Ceftriaxona 1gr EV C/12 h

## Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución

### Diagnóstico enfermero

#### Primer diagnóstico

- Características definatorias: expresión verbal de dolor en una escala de 6/10 puntos.
- Etiqueta diagnóstica: dolor agudo
- Factor relacionado: agentes lesivos físicos, secundario a procedimiento quirúrgico.
- Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos, secundario a intervención quirúrgica, evidenciado por expresión facial de dolor.

#### Segundo diagnóstico

- Características definatorias: no tiene
- Etiqueta diagnóstica: riesgo de aspiración.
- Factor de riesgo: tos inefectiva por disminución del nivel de conciencia

Enunciado diagnóstico:

- Riesgo de aspiración relacionado disminución del nivel de conciencia e intubación oral.

#### Tercer diagnóstico

Definición: Penetración y desarrollo de microbios patógenos en un ser vivo, que invaden el organismo por vía sanguínea o que permanecen localizados, vertiendo sus toxinas en la sangre.

- Etiología: peritonitis
- Signos y síntomas: leucocitosis

- Enunciado: CP. infección

#### **Cuarto diagnóstico**

- Características definitorias: no contiene.
- Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.
- Factor riesgo: traumatismo por cirugía quirúrgica en cavidad abdominal

Enunciado de enfermería:

- Riesgo de sangrado relacionado a traumatismo secundario a cirugía quirúrgica en cavidad abdominal.

#### **Quinto diagnóstico**

- Características definitorias: no tiene
- Etiqueta diagnóstica: riesgo de hipotermia perioperatoria.
- Factor de riesgo: temperatura ambiental baja, secundario a procedimiento quirúrgico, administración de anestésicos: Fentanilo, Midazolam, Propofol, Esmeron.

Enunciado diagnóstico:

- Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado a temperatura ambiental baja, secundario a procedimiento quirúrgico.

#### **Sexto diagnóstico**

- Características definitorias: lesión tisular operatoria.
- Etiqueta diagnóstica: deterioro de la integridad tisular.
- Factor relacionado: procedimiento quirúrgico.

Enunciado de enfermería:

Deterioro de la integridad tisular relacionado a procedimiento quirúrgico, evidenciado por lesión tisular operatoria (3 puertos laparoscópicos).

### **Séptimo diagnóstico**

- Características definitorias: informe verbal de ansiedad.
- Etiqueta diagnóstica: ansiedad.
- Factor relacionado: amenaza para el estado actual secundario a desconocimiento del procedimiento quirúrgico.

Enunciado diagnóstico:

Ansiedad relacionada a amenaza para el estado actual secundario a desconocimiento del procedimiento quirúrgico.

### **Octavo diagnóstico**

- Características definitorias: no tiene.
- Etiqueta diagnóstica: riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral.
- Factor: intubación para anestesia general.

Enunciado diagnóstico:

- Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado a intubación para anestesia general.

## **Planificación**

### **Priorización**

1. Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos, secundario a intervención quirúrgico, evidenciado por expresión facial de dolor.
2. Riesgo de aspiración relacionado a tos inefectiva por disminución del nivel de conciencia e intubación oral.

3. Cp. Infección.
4. Riesgo de sangrado relacionado a traumatismo secundario a cirugía quirúrgica en cavidad abdominal.
5. Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado a temperatura ambiental baja secundario a procedimiento quirúrgico.
6. Deterioro de la integridad tisular relacionado a procedimiento quirúrgico evidenciado por lesión tisular operatoria (3 puertos laparoscópicos).
7. Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado a intubación por anestesia general.
8. Ansiedad relacionada a amenaza para el estado actual secundario a desconocimiento del procedimiento quirúrgico.

## Plan de cuidados

Tabla 2

*Dolor agudo relacionado agentes lesivos físicos, secundario e intervención quirúrgica evidenciado por expresión facial de dolor.*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 19/09/17		
		M	T	N
Objetivo general:	1. Se controlará funciones vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.			23:30h
El paciente presentará disminución de dolor	2. Se realizará una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor en el posoperatorio inmediato.			→
Resultados:				→
El paciente manifestará disminución del dolor calificándolo de 1-2 en la escala EVA.	3. Se evaluará el dolor a través de la escala EVA (1-10).			→
	4. Se explorará con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.			→
Se evidenciará facie de tranquilidad.	5. Se enseñará el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, posición antálgica)			01:00h
	6. Se administrará analgésicos bajo prescripción médica Ketoprofeno 100mg EV.			01:05h

Tabla 3

*Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia a entubación oral*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 19/09/17		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente disminuirá riesgo de aspiración, durante el intraoperatorio.	1. El paciente se mantendrá en posición decúbito dorsal por la cirugía.			→
	2. El monitoreo será constantemente las funciones vitales.			→
	3. Se verificará que el paciente este en NPO al recepcionar al paciente.			23:20h
	4. Deberá verificarse que el paciente no tenga dentadura postiza.			23:20h
	5. Se mantendrá el equipo de aspiración, disponible.			→ →
	6. Deberá contarse con una sonda de aspiración preparada.			→ →
	7. Se contará con una sonda nasogástrica de diámetro adecuado, si es necesario realizar vaciado gástrico			→
	8. Se verificará la posición del tubo endotraqueal durante la cirugía.			→
	9. Se hará el monitoreo y mantendrá el dispositivo traqueal inflado, cuidados del cuff.			→

Tabla 4

*CP: Infección*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 19/09/17		
		M	T	N
Objetivo Revertir infección	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se controlará funciones vitales</li> <li>2. Se verificará la administración de profilaxis antibiótica, según ordenes médicas. Ceftriaxona 2g EV</li> <li>3. Se cumplirá con el protocolo de bioseguridad y el uso de barreras.</li> <li>4. Se realizará el lavado de manos clínico antes del ingreso al SOP, después de contacto con el paciente y su entorno, después del riesgo de exposición a líquidos corporales y antes de realizar una tarea aséptica.</li> <li>5. Se mantendrá las normas de asepsia quirúrgica durante todo el proceso operatorio.</li> <li>6. Se lavará la zona operatoria.</li> <li>7. Se realizará el lavado quirúrgico de las manos.</li> <li>8. Se realizará una lista de verificación de cirugía segura.</li> <li>9. Se utilizará la técnica aséptica en el cuidado de la herida quirúrgica. Uso de barreras protectoras como gasas para evitar el contacto con agentes infecciosos.</li> <li>10. Se portará en el área de recuperación la continuidad de antibiótico de Ceftriaxona 2g EV según indicación médica.</li> </ol>			<p>→</p> <p>23:20h</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>23:35h</p> <p>23:20h</p> <p>23:40h</p> <p>01:00h</p> <p>01:15h</p>

Tabla 5

*Riesgo de sangrado relacionado a traumatismo secundario a cirugía quirúrgica en cavidad abdominal.*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 19/09/17		
		M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá riesgo de sangrado	1. Se controlará funciones vitales (monitoreo hemodinámico mediante monitor de máquina de anestesia) cada 15 minutos de presión arterial y frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura si hay alguna alteración.			→
	2. Se verificará y/o tramitar paquete globular con pruebas cruzadas para tener en reserva.			02:45 h
	3. Se valorará exámenes de laboratorio (hemoglobina y hematocrito) si están dentro de valores normales.			02:45 h
	4. Se canalizará dos vías periféricas de calibre N°18, la primera para solución continua de suero fisiológico y administración de medicamentos y la otra exclusivamente para infundir paquete globular si se llega a requerir.			02:45 h
	5. Se realizará el check list con todo el personal (cirujanos, anesthesiólogo y enfermeros) antes de iniciar la cirugía.			23:30 h
	6. Se valorará presencia de sangrado, observar las gasas que se coloca en la herida operatoria, si están secas o con presencia de sangre.			23:40h
				→

Tabla 6

*Riesgo de hipotermia perioperatoria relacionado a temperatura ambiental baja secundario a procedimiento quirúrgico.*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 19/09/17		
		M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá riesgo de hipotermia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se controlará funciones vitales.</li> <li>2. Se ha de manejar la temperatura ambiental de la sala de operaciones, según la necesidad del paciente.</li> <li>3. Se colocará al paciente cobertores calientes en miembros superiores, miembros inferiores.</li> <li>4. Se utilizará manta térmica.</li> <li>5. Se utilizará campos quirúrgicos impermeables con buena adhesión que tenga un buen control de líquidos para evitar mojar al paciente y provocar hipotermia.</li> </ol>			→
				→
				→
				→
				→

### Capítulo III: Marco teórico

#### Dolor

Anahuari (2017) manifiesta que el dolor agudo es una sensación que experimenta una persona por un problema de salud, decimos aguda ya que es por tiempo limitado, con inicio lento, progresivo y final previsible; signos y síntomas que experimento el paciente en estudio.

Asimismo, Carvalho (2017) menciona que los dolores quirúrgicos son producidos por las manipulaciones propias del acto quirúrgico al liberarse de nuestro cuerpo sustancias alógenas que son las que producen dolor, al haber traumatismo se emite una señal hacia el sistema nervioso central por la médula espinal causando repercusiones a nivel cardiovascular, gastrointestinal, sistema nervioso como fue el caso de la paciente y esto se agudiza por ser una intervención quirúrgica de emergencia.

En el paciente en estudio, el factor está relacionado al procedimiento quirúrgico, evidenciado por 3 puertos laparoscópicos (apendicetomía laparoscópica), lesión del tejido dérmico que causa daño en las células, activando o sensibilizando los receptores del dolor; cambiando los parámetros fisiológicos (cardiovasculares, respiratorios y otros); las primeras horas de post operada es más intenso, por ello se debe prestar atención para identificar los riesgos relacionados con el dolor: como gemidos, llanto, expresión facial sutil, movimiento del cuerpo, etc. Ya que si es persistente o no es mitigado provocará alteraciones fisiopatológicas nocivas en diversos órganos y sistemas del paciente, modificando sus funciones vitales. (Potter y Perry 2002). Como se alteró en la paciente en estudio, enfocándose el dolor en el puerto del punto umbilical.

El alivio del dolor es un derecho humano y todo profesional de salud tiene un compromiso en el cumplimiento de los principios éticos como la autonomía sobre su plan

terapéutico, la beneficencia que enfoca las conductas antiéticas frente al paciente con dolor; la no maleficencia que trata de los dilemas del riesgo y beneficio de los analgésicos y aplicación de procedimientos dolorosos innecesarios y por último el principio de la justicia el cual guía la práctica asistencial, distribución igualitaria en el acceso al tratamiento del dolor (Carvalho ,2017). Considerando que el dolor en todas sus formas, tipos etc., es desagradable y a veces insoportable para el paciente la enfermera utilizará plan de cuidados priorizando las intervenciones para calmar el dolor.

En el caso del paciente en estudio se encontró que en el pos operatorio inmediato una “expresión facial de dolor, EVA: 6/10 puntos en punto umbilical.” relacionado con intervención quirúrgica. Es importante alcanzar la pronta recuperación y reducción del sufrimiento del dolor, por ello es imprescindible conocer la subjetividad del paciente y comprender los multifactores de la experiencia dolorosa (Carvalho 2017). Frente a este problema identificado la enfermera interviene de esta manera:

Ella controla las funciones vitales, realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor en el pos operatorio inmediato. Según, Potter y Perry (2012) cuando hay dolor estos valores se alteran, sumado a otros signos y síntomas como facie de dolor, movimientos del cuerpo, etc.; podemos evaluar mejor a la paciente.

Se evalúa el dolor con la escala visual analógica EVA. Tras una operación lo más inmediato es medir el dolor a través de escala visual o verbal establecidos. Charett (2012) refiere que la escala EVA es un instrumento que evalúa el dolor a través de una escala de 1-10cm. y nos facilita la identificación e intensidad del grado de dolor que el paciente percibe y lo describe: es una línea horizontal de 10 cm. (regla milimetrada) en el cual en un borde se encuentra expresión

extrema del dolor (lado derecho) y en el lado izquierdo se encuentra la ausencia o menor intensidad. En el paciente se evalúa y manifiesta EVA de 06 puntos.

Otra de las intervenciones no farmacológicas es ayudar a la paciente a moverse a determinada: posición antálgica que es considerada la postura que adopta el paciente espontáneamente y muchas veces inconscientemente para aliviar tensión muscular, disminuir presión en la zona y evitar el dolor que está presente (Paz, 2016). Esta posición es una buena alternativa para calmar el dolor: el paciente adoptó la postura decúbito dorsal en posición semi fowler.

Se administró analgésico prescrito Ketoprofeno 100 mg EV. lento y diluido. Según Minsa (2014), este medicamento tiene propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas debido a su gran liposolubilidad al atravesar la barrera hemato encefálica disminuyendo así el dolor. El paciente en estudio empezó a sentir disminución de dolor a los 10 min. de la administración (Vademécum 2016).

### **Riesgo de aspiración**

Según la NANDA International, el diagnóstico de enfermería riesgo de aspiración es definido como “riesgo de entrada de secreciones gastrointestinales, secreciones orofaríngeas, sólidos o fluidos en las vías traqueo bronquiales (Nanda 2018 – 2020).

Los tubos endotraqueales (TET) son dispositivos cuyo objetivo es asegurar la permeabilidad de las vías aéreas; su utilización en este caso es mantener la ventilación en una vía aérea permeable durante el proceso quirúrgico, la presencia de un tubo endotraqueal (TET) aumenta la producción de secreciones, impidiendo que el paciente haga el mecanismo normal de limpieza de las vías aéreas superiores al toser (Busico y Plotnikow, 2013).

El objetivo del monitoreo del cuff es prevenir la injuria de la mucosa traqueal y evitar la aspiración de secreciones. (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2015).

La aspiración endotraqueal es un procedimiento cuyo objetivo es mantener las vías aéreas permeables para que den pasaje, removiendo, de forma mecánica, secreciones pulmonares acumuladas, especialmente en pacientes con vía aérea artificial. (Favretto, 2012).

El paciente en estudio está en ayunas, La necesidad de realizar ayuno antes de un procedimiento quirúrgico es conocida desde la introducción de la anestesia general. Ante las frecuentes muertes intraoperatorias asociadas con la aspiración del contenido gástrico secundarias a la anestesia general. A partir de entonces se ha promovido un ayuno completo de líquidos y sólidos de 8, 12 horas y más previos al procedimiento quirúrgico anestésico, tratando de evitar la presencia de alimentos en el estómago y de esta manera disminuir el riesgo de broncoaspiración (Carrillo, Espinoza, Soto, 2015).

Se entiende por broncoaspiración como una complicación intraoperatoria que se presenta con frecuencia cuando se realizan técnicas anestésicas en las que no está implícita la protección de la vía aérea, como sucede en la anestesia regional o anestesia general endovenosa (Bautista, 2013).

Torrent (2013) afirma que las manifestaciones clínicas producidas por la aspiración pulmonar de contenido gástrico son tos, cianosis, hipoxemia, taquipnea, tiraje intercostal, sibilantes, estertores, crepitantes, acidosis respiratoria-mixta, edema pulmonar y shock.

A pesar que el síndrome de broncoaspiración por contenido gástrico se manifiesta principalmente por dificultad respiratoria y signos de hipoxemia como la cianosis; no ocurre lo mismo en el paciente sometido a anestesia general, en quien el cuadro puede estar enmascarado y ser simplemente sospechado por un aumento de la resistencia a la ventilación o a través de la

monitoria, entre la cual tiene gran sensibilidad la oximetría de pulso, ya que una desaturación arterial de oxígeno en forma súbita debe hacer pensar al anestesiólogo en esta posibilidad (Echeverri, Posada, Sierra, Cardona, & Elkin, 2001).

Las intervenciones realizadas son descritas de esta manera: el paciente en estudio, por el tipo de cirugía y evaluación previa del anestesiólogo de turno, tiene indicado anestesia general. Dándose así el uso de fármacos, anestésicos y uso de tubo endotraqueal, estando así frente una situación de vulnerabilidad para la penetración de secreciones gastrointestinales. Las actividades realizadas fueron las siguientes: tener equipo de aspiración disponible. El mantener prendido el equipo de aspiración al intubar el paciente y tener la sonda de aspiración preparada fomenta la organización del ambiente, asimismo, contar con sonda nasogástrica de diámetro adecuado; si es necesario realizar el vaciado gástrico y por ende vigilar constantes vitales. El diámetro adecuado removerá las secreciones efectivamente (Potter & Perry, 2009).

El monitoreo constante de funciones vitales se refiere a registros de los estándares básicos que tienen como objetivo medir y vigilar la oxigenación, la ventilación, la función cardiovascular, la temperatura, el nivel de relajación muscular y el estado de consciencia del paciente, sometido a un procedimiento anestésico quirúrgico (Álvarez, Ochoa, Velazco, Gutiérrez, Monares, 2013); resaltando la importancia se realizó durante toda la cirugía, hasta el momento que el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Posanestésicos.

### **CP. Infección**

Se define como penetración y desarrollo de microbios patógenos en un ser vivo, que invaden el organismo por vía sanguínea o que permanecen localizados, vertiendo sus toxinas en la sangre. (OMS 2020)

Según Quintanilla (2011). La unidad de sala de operaciones es el área en el cual se presenta una mayor prevalencia debido al perfil del paciente, debido al procedimiento invasivo a los que se ven sometidos quienes ingresan para una cirugía, por lo tanto, una mala técnica aséptica llevará microorganismos patógenos que causen infección en la zona de incisión y luego una infección generalizada. Es por eso que se hace necesario la aplicación de medidas de bioseguridad extremas para evitar infecciones sobre agregadas al paciente. En el estudio realizado se evidencia la presencia de dispositivos invasivos, puertos laparoscópicos para colocar los trocares e ingresar con pinzas laparoscópicas, que, si no se asumen las medidas correctivas de bioseguridad, se infectará nuestro paciente y porque no mencionar la curación correcta de la herida operatoria y como mantenerla con barreras protectoras para no tener contacto con los microorganismos.

La infección ha sido reconocida por muchos años como el riesgo mayor de cualquier cirugía. La intervención quirúrgica supone necesariamente una alteración en las barreras naturales del organismo empezando por la piel donde se hace la incisión. La Sociedad de Infección Quirúrgica afirma que los factores a considerar en la evaluación del riesgo de infección en el sitio quirúrgico incluyen: características de la lesión, localización anatómica, técnica quirúrgica, y factores del paciente (Fernández, Zenén, Ochoa, Pineda, Romero, 2016).

Existen factores endógenos y exógenos que favorecen la presencia de infección del sitio quirúrgico. Entre los factores exógenos encontramos: factores de infraestructura, recursos materiales desechables o no, medidas organizativas de control y supervisión de la disciplina en el quirófano, la profesionalidad y técnica meticulosa al actuar, inadecuada climatización (humedad-calor), uso de aire no filtrado en sala de operaciones, prolongada estadía preoperatoria (intra hospitalaria), no baño corporal total del paciente antes de ir a sala de operaciones. Entre los

factores endógenos encontramos: técnica quirúrgica limpia, depurada y hemostática, experiencia y habilidad del cirujano, hipotermia, incorrecta preparación de la piel u otros órganos a actuar, cuerpos extraños (suturas, mallas, prótesis), excesivos procedimientos invasivos de monitoreo, tiempo quirúrgico prolongado, pérdida sanguínea con hemodilución (Ganán, 2015).

El paciente en estudio ha presentado 3 puertos laparoscópicos uno a nivel umbilical y en los cuadrantes izquierdo inferior y derecho superior del abdomen, conociendo ya los riesgos que conlleva las heridas operatorias. Se realizaron las siguientes intervenciones: se cumplió con el protocolo de bioseguridad y el uso de barreras, realizar el lavado de manos clínico antes del ingreso a SOP, después de contacto con el paciente y su entorno, después del riesgo de exposición a líquidos corporales y antes de realizar una tarea aséptica. El lavado de manos, además de ser la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada, tiene como propósito en el pre he intraoperatoria de reducir la flora residente del personal y también remover las bacterias transitorias para evitar la transferencia de microorganismos del personal hacia el paciente, y entre uno y otro paciente; se requiere de sustancias germicidas para reducir el número de bacterias cutáneas residentes, cuyos agentes efectivos incluyen la yodopovidona y la clorhexidina (Tobo, 2013).

Mantener las normas de asepsia quirúrgica durante todo el proceso operatorio, lavado de la zona operatoria, lavado quirúrgico de las manos. Mantener las normas de asepsia quirúrgica durante todo el proceso operatorio tienen la finalidad de disminuir el riesgo de transmisión y propagación de microorganismos patógenos oportunistas de cualquier fuente hospitalaria durante la atención brindada a los pacientes (Orellana, Changa, & Sullcapuma, 2013).

Realizar lista de verificación de cirugía segura. El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los

equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. La lista de verificación establece una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente. Esta herramienta ha sido implementada en todo el mundo y fomenta el diálogo dentro de equipos multidisciplinarios y el uso rutinario de verificación de seguridad para minimizar el daño a nuestros pacientes. Dentro de esta verificación se confirma la esterilidad (con resultados de los indicadores) y el instrumental completo de la caja de instrumental, confirmando el enfermero/a instrumentista verbalmente por lo que este momento ofrece la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental (OMS, 2019).

Utilizar técnica aséptica en el cuidado de la herida quirúrgica usar barreras protectoras como gasas para evitar el contacto con agentes infecciosos. La correcta inspección de las características de la herida operatoria permite a la enfermera reconocer precozmente la existencia de riesgos de desarrollo de infección del sitio quirúrgico en pacientes sometidos a las cirugías generales; así, se podría adoptar medidas preventivas con el objetivo de reducir las tasas de infección (Carvalho, Campos, Franco, Rocha & Ercole, 2017).

Administración de Ceftriaxona 2g EV, según indicación médica la ceftriaxona, como todos los antibióticos betalactámicos es bactericida, inhibe la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina" que se localizan en dicha pared (Vademécum 2020). Por el procedimiento realizado por la patología del paciente le administró Ceftriaxona 2 gramos y seguirá con indicaciones de antibiótico según carta de órdenes de posoperatorio inmediato.

Asimismo, El paciente presenta una vía periférica en el miembro superior izquierdo, el cual también es un riesgo para la inserción de microorganismos durante la mala manipulación de los procedimientos, debido a que se encuentra directamente en el torrente sanguíneo. Por consiguiente, se debe mantener el catéter del paciente permeable y aséptico, reducir el riesgo de flebitis en el paciente portador de vía venosa periférica, es muy importante (Quispe, 2018).

### **Riesgo de sangrado**

Según la NANDA, se define como la vulnerabilidad a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud (Nanda, 2018 – 2020).

Se refiere a la pérdida de sangre que puede ser dentro o fuera del cuerpo, en este caso sería dentro por el mismo procedimiento que se está realizando (cavidad abdominal) y la sangre que se filtra sería de los vasos o algún órgano cercano a la zona de trabajo (Heller, 2019).

Entre los factores de riesgo para sangrado en una cirugía laparoscópica pueden incluirse: infección severa y/o un absceso, un apéndice perforado, obesidad, historia de cirugía abdominal anterior que produjo tejido cicatrizal denso, imposibilidad de visualizar los órganos (Sages, 2019).

Una de las intervenciones a realizar es el control de funciones vitales cada 15 minutos mediante monitor de máquina de anestesia, según Pérez y Merino (2014) reflejan el estado fisiológico del cuerpo, una alteración es un indicador para estar alerta a complicaciones la terapia transfusional ha permitido disminuir la mortalidad y prolongar la mejora de la calidad de vida, siendo empleado recurrentemente en los casos con hemorragia activa que presentan una pérdida sostenida de más 25% del volumen sanguíneo total, con riesgo de sufrir choque hemorrágico. El acto de transfundir es un procedimiento médico terapéutico que busca corregir la deficiencia de un componente específico de la sangre, que tiene como función el transporte de oxígeno, así

como también el de hemostasia, es por ello que se contará con paquete globular para la cirugía. (Paredes, 2008).

También, se establece canalizar dos vías periféricas de calibre N° 18, una para solución continua de suero fisiológico y administración de medicamentos y la otra exclusivamente para infundir paquete globular, si se llega a requerir. Administrar fluidos para reanimación inicial de volumen, ya que equilibran con rapidez en el espacio extravascular y las investigaciones demuestran que permanece en la circulación después de 02 horas, razón por la cual según Gallardo y Salguero (2014) debe infundirse volumen de cristaloides alrededor de 03 veces la pérdida sanguínea estimada.

Por otro lado, Peña (2014) menciona que, para hacer frente de manera rápida y eficaz a la crisis hemorrágica de un paciente durante su proceso de transoperatorio, no solo será suficiente la cooperación entre el anestesiólogo y el cirujano, sino que también, se vinculará el quirófano, con los servicios de banco de sangre quienes tendrán pleno conocimiento de los pacientes en proceso operatorio; así como del sistema de suministro de sangre, su almacenamiento y transporte. Por ello, que todas estas acciones son especificadas en la realización del check list dirigido por el enfermero circulante para el equipo médico de cirujanos y anestesiólogo dentro de la sala de operaciones, previniendo la necesidad de paquetes globulares durante el proceso transoperatorio, valorando los exámenes de laboratorio en busca de alteraciones en la hemoglobina y hematocrito; toda esta valoración se hace hasta el último momento verificando como están la gasa y Tegaderm que cubre la herida operatoria.

### **Riesgo de hipotermia perioperatoria**

Se define como, vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36°C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud (Nanda 2018 - 2020).

Según Rincón, Sessler & Valero (2004), al menos un 50% de los pacientes quirúrgicos presentan algún grado de hipotermia, y un 44% corresponde a hipotermia intraoperatoria. La anestesia y la cirugía causan un significativo impacto sobre el balance térmico corporal. El deterioro de la termorregulación a nivel central (producido por la anestesia) y la pérdida de calor durante la cirugía, exposición a un ambiente con bajas temperaturas en la sala de operaciones, administración de fluidos, determinan hipotermia en un gran porcentaje de pacientes durante la cirugía y luego de ella. El confort térmico se afecta sensiblemente aun con grados leves de hipotermia. Los pacientes señalan, frecuentemente, la sensación de frío intenso como el aspecto más desagradable de su hospitalización e inclusive algunos lo catalogan como una experiencia más desagradable que el propio dolor posoperatorio.

Clásicamente el temblor posoperatorio (que se presenta en el 40% de los pacientes operados) se atribuyó a factores como el dolor, liberación de reflejos espinales, disminución de la actividad simpática, liberación de pirógenos, alcalosis respiratoria y, con mayor frecuencia, simplemente una respuesta a la hipotermia intraoperatoria (Baptista, Rando, & Zunini, 2010).

La hipotermia se puede evitar mediante una adecuada calefacción del paciente antes, durante y después de la cirugía. El uso de manta térmica con el paciente sería fácilmente aplicable, ya que no sería un cambio de gran exigencia dentro de los cuidados al paciente quirúrgico por parte del profesional Enfermería, por el contrario, sería una medida eficaz para

disminuir la hipotermia transoperatoria no intencionada, y un llamado al compromiso para mejorar la calidad de cuidados durante el proceso quirúrgico (William, Karina, Graciela, 2018).

El paciente en estudio, desde el momento que ingreso a sala de operaciones, refirió tener frío, por el mismo hecho del aire acondicionado que se encontraba prendido, se procedió a cubrir al paciente con cobertores calientes en miembros superiores y miembros inferiores, evitando que el paciente pierda calor por el mismo ambiente frío, al momento de vestir al paciente se utilizó campos quirúrgicos impermeables para evitar mojar al paciente y de esa manera también pierda calor, minimizando la hipotermia transoperatoria.

Además, una de las intervenciones es realizar el monitoreo continuo de las funciones vitales cada 15 minutos mediante monitor de máquina de anestesia, sobre todo la temperatura corporal ya que todos estos signos vitales según Pérez y Merino (2014) reflejan el estado fisiológico del cuerpo.

## **Capítulo IV: Evaluación y conclusiones**

Se atendió 1 hora con 45 minutos al paciente S.H.L.E. en el área de centro quirúrgico del 29/01/18 al 29/01/18. Ingresando en el turno noche y saliendo la misma noche al área de unidad de recuperación posanestésica.

En el tiempo que permaneció en el área de centro quirúrgico se identificaron 08 diagnósticos de enfermería priorizándose 05.

### **Evaluación por días de atención:**

#### **Primer diagnóstico.**

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: El paciente manifestó disminución de dolor, evidenciando facie de alivio y refiere EVA 1-2pts, con la administración de analgésico prescrito y técnicas no terapéutica como la posición antálgica.

#### **Segundo diagnóstico.**

Riesgo de aspiración

Objetivo alcanzado: el paciente libre de aspiración, sus vías aéreas están libres de secreciones o jugo gástrico.

#### **Tercer diagnóstico.**

CP: infección

Objetivo alcanzado: el paciente manifestó estar libre de complicaciones por infección, se le administró tratamiento antibiótico, se cumplió con todas las normas y protocolos de bioseguridad durante la cirugía y se manejó de una manera correcta herida operatoria (3 puertos laparoscópicos).

**Cuarto diagnóstico.**

Riesgo de sangrado

Objetivo alcanzado: el paciente disminuyó el riesgo de sangrado, se evidenció con los apósitos limpios y secos.

**Quinto diagnóstico.**

Riesgo de hipotermia

Objetivo alcanzado: el paciente presenta valores normales de temperatura corporal durante la cirugía.

Se logró satisfacer las respuestas humanas del paciente con el uso del proceso de atención de enfermería.

Se consiguió crear un plan de cuidados centrado en las respuestas del paciente, tratando al paciente como un todo.

Se logró alcanzar el 100% de los objetivos propuestos.

.

### **Bibliografía-**

Alcalá, Venezuela-Cumana 2013. revisado el 10 de setiembre de 2017. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=427739463006>

Almazán, M. Et al (2008). Infección del sitio operatorio en cirugía abdominal no traumática.

Cirugía y Cirujanos, 127-131.

Álvarez G, Ochoa G, Velazco J, Gutiérrez C, Monares E, Artículo de monitorización y anestesia

Vol. 36. Supl. I Abril-Junio 2013, pp S95-S100. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131r.pdf>

Anahuari, A. (2017) Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente post operado

de cirugías abdominal, lima, Perú.

Baptista, W., Rando, K., & Zunini, G. (2010). Hipotermia perioperatoria. Anestesia Analgesia

Reanimación, 24-38

Brasileiro, T. Et al (2017). Efeitos da prece nos parâmetros vitais de pacientes com insuficiência

renal crônica: ensaio clínico randomizado. Revista de Escila de Enfermagem da USP, 51.

Bautista J. (2013). Artículo de revista cubana de anestesiología y reanimación. Recuperado de:

<file:///C:/Users/ROSMERY/Downloads/450-1376-2-PB.pdf>

Busico M, Vega L, Plotnikow G, Tiribelli N, Artículo de Tubos endotraqueales. Recuperado de:

<http://ckpc-cnc.sati.org.ar/files/RevisionTubosEndotraquealesMedicinaIntensiva2013.pdf>

Carvalho, R., Campos, C., Franco, L., Rocha, A., & Ercole, F. (2017). Incidencia y factores de

riesgo para infección de sitio quirúrgico en cirugías generales. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Carrillo R, Espinoza I, Soto U. Artículo de revisión Vol. 38. No. I Enero- Marzo 2015 pp 27 -34.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151d.pdf>

- Echeverri, C. Et al (2001). Uso de máscara laríngea en el trasplante renal. *Revista Colombiana de Anestesiología*, XXIX.
- Fernández O, Rodríguez Z, Ochoa G, Pineda J, Romero L. (2016) Factores de riesgo relacionados con las infecciones posoperatorias. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200002)
- Ganán, M. (2015). Prevalencia de infección del sitio operatorio y factores asociados, en cirugía general del Hospital San Vicente de Paúl – Pasaje. Ecuador.
- Guillen, J. (2014) Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución postoperatoria. Universidad de Granada. Recuperado de  
<https://hera.ugr.es/tesisugr/23077037.pdf>
- Heller, J (2019) Sangrado. Recuperado de:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000045.htm>
- Henríquez, M. (2006). Infecciones intrahospitalarias: conceptos actuales de prevención y control. *Rev. Chil. Urol*, 71(2), 95-101.
- López, N. Et al (2005). Mayor ambulatory surgery: ten years of experience. *Rev Médica Electrón*, 27(6), 20-5.
- Manual de Enfermería. (2007). Manual de la enfermería. Barcelona: Océano: Centrum.
- Nanda Internacional. (2017) Diagnóstico de enfermería. Definición y clasificación”, Barcelona Elsevier.
- OMS (2019). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2019. Recuperado de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1)

Medineplus (2016) disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682765-es.html>

Orellana, M., Changa, R., & Sulcapuma, B. (2013). Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a paciente hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. *Rev. Enferm Heredia*

Peña, C. Carrillo, R. (2014) Manejo de la hemorragia aguda en el transoperatorio, revista mexicana de anestesiología. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas142f.pdf>

Pinilla, R. Pardo, G. (1998). Antibioticoterapia perioperatoria. *Revista Cubana de Cirugía*, 37(2), 126-130.

Potter, P. et al (2012) Tratamiento del dolor. EE UU de América. Recuperado de:

<https://ruc.educ.es/dspace/bitstrecrn/hcndle/2183/15282>.

Potter, P. Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7ma ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Rio de Janeiro.

Rincón, D., Sessler, D., & Valero, F. (2004). Complicaciones de la hipotermia transoperatoria. *Rev Col Anest*, 185-193.

Quispe (2018) Prácticas de bioseguridad aplicadas en la canalización de vía venosa periférica por los internos de enfermería de una universidad nacional 2017, Recuperado de:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7687/Quispe\\_le.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7687/Quispe_le.pdf?sequence=1)

Salazar, M. (2003) Guías para la transfusión de sangre y sus componentes. *Revista panamericana de salud pública-Venezuela*. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8392/15737.pdf?sequence=1>

Tobo, N. (2013). La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. *Avances de Enfermería*, 31(1), 159-169.

Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002013000100015&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100015&lng=en&tlng=es)

Torrent, L. (2013). Anestesiología y Reanimación. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 361-364

Vademecum (2016) disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-ketoprofeno-m01ae03>

Vives J, Aguilar J. La sangre (2006) características generales, métodos de extracción sanguínea y empleo de anticoagulantes. En: *Manual de técnicas de laboratorio en hematología*. 3ra edición. Barcelona: Elsevier-Masson

William B, Karina R, Graciela Zunini. Revisión no sistemática, Hipotermia [Internet].

Revisado 15 junio 2018] Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12732010000200004](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732010000200004)

Zelaya, A. Et al (2009). Frecuencia de factores de riesgo y etiología de infecciones postquirúrgicas en cirugía dermatológica. *Hospital General de México*, 72(3), 136-141

## **Apéndices**

## Apéndice A: Guía de valoración

### VALORACIÓN DE ENFERMERIA AL INGRESO

Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado – UPG Ciencias de la Salud

#### DATOS GENERALES

**Nombre del usuario:** Sánchez Hidalgo Luis Enrique

**Fecha de nacimiento:** 29 noviembre 2018

**Edad:** 15 años

**Fecha de ingreso al servicio:** 29/ 01/2018      **Hora:** 02:45am

**Procedencia:** Admisión ( )    Emergencias (X)    Ambulatorio ( )    Hospitalizado ( )    Otros:.....

**Forma de Llegada a sala:**    ambulatorio ( )    silla de ruedas ( )    camilla( X )

**Peso:** 65Kg    **Talla:** 1.67m    **P/A:** 100/60mmHg    **FC:** 78 x'    **FR:** 16 x'    **SaTO2:** 98%    **T°:** 37°C

**Fuente de Información:** Paciente ( )    Familiares/amigos ( )    HCL( )    Otros:

**Diagnostico preoperatorio:** Apendicitis Aguda

**Operación realizada:** Apendicectomía Laparoscópica.

**Tipo de Anestesia:** local ( )    sedación ( )    local con sedación ( )

General: inhalatorio ( )    balanceada ( X )    endovenoso ( )

**Tiempo operatorio:** 1hr 10min

**Cumple con consentimiento informado:** anestesiología (x)    cirugía (x)

**Fecha de Valoración:** 29/01/2018

**Tipo de seguro:** SIS ( )    EsSalud ( )    Privado(x)    Sin ningún seguro ( )    otros:.....

#### VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

**PATRÓN PERCEPCIONES-CONTROL  
DE LA SALUD**

**Antecedentes de enfermedades quirúrgicas:**

HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Ulcera ( ) TBC ( )

Asma ( )

Otros: ninguno

**Internaciones quirúrgicas:** no(x) sí ( ) fecha ( )**Alergias y otras reacciones:****Fármacos:** niega**Alimentos:** niega**Signos y síntomas:** el paciente refiere que hace 12 horas aproximadamente presenta dolor abdominal difuso que luego va hacia la fosa iliaca derecha, asociada a hiporexia por lo que acude a consulta por emergencia.**Factores de Riesgo:****Consumo de tabaco:** niega**Consumo de alcohol:** niega**Consumo de drogas:** niega**Tratamiento habitual:** Niega**Estado de higiene:** Bueno (x) Regular ( ) Mala ( )**Resultados de exámenes adicionales:****Hemoglobina:** 13mg/dl**Plaquetas:** 219**INR:** 1.11**Grupo y Factor:** O+**Hepatitis B:** negativo**VDRL:** no reactivo**VIH:** no reactivo**Profilaxis preoperatoria:****Analgesia:** Ketoprofeno 100mg EV**Antibióticos:** Cefacrol 2g EV**Otros:** Ranitidina 50mg EV**Tratamiento Intraoperatorio:****Analgesia:** Profenid 100mg EV**Antieméticos:** Metoclopramida 10mg EV**Protector gástrico:** Ranitidina 50mg EV**Corticoide:** Dexametasona 8mg EV**Otros:** Fentanilo 100mg, Midazolam 1mg, Propofol mg, Esmeron 30mg**Tratamiento Posoperatorio:**

Dextrosa 5% + Hipersodio 1 amp + Dimenhidrinato 1amp (I, II, III) 45 gts x min.

**Analgesia:** Ketoprofeno 100mg EV C/8hrs**Antibióticos:** Ceftriaxona 2g EV C/24hrs**Protector gástrico:** Ranitidina 50mg EV C/8hrs**¿Qué sabe usted sobre su enfermedad/estad actual?**

No entiendo porque me duele mi barriga tan fuerte que siento que ya no podre más con el dolor.

**¿Qué le explicó el médico con relación a su operación?**

Que me harán dormir para que me operen que no sentiré nada y que todo estará bien.

**PATRÓN DE RELACIONES – ROL  
(ASPECTO SOCIAL)**

**Ocupación:** estudiante**Estado Civil:** soltero/a(x) casado/a ( )

Conviviente ( ) divorciado/a( )

**¿Con quién vive?**

solo ( ) con su familia (x) otros ( )

Fuente de apoyo: familia (x) amigos ( ) otros ( )

**PATRÓN DE VALORES –  
CREENCIAS**

**Religión:** católica**Restricciones religiosas:** niega**Solicita visita de capellán:** no**Comentarios adicionales:** no

**PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN –  
AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA  
SITUACIÓN Y AL ESTRÉS**

**Estado emocional:**

tranquilo ( ) ansiedad(x) negativo ( )

temeroso(x) irritable ( ) indiferente ( )

**Preocupaciones principales/comentarios:**

Tengo miedo de no despertar.

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

**Horas de sueño:** 8hrs**Problemas para dormir:** sí ( ) no(x)

Especificar: ---

**¿Usa algún medicamento para dormir:** No(x) Si ( )

¿Qué medicamento toma? ---

**PATRÓN PERCEPTIVO  
COGNITIVO**

despierto(x) somnoliento ( ) soporoso ( )

inconsciente ( )

Orientado: tiempo(x) espacio(x) persona(x)

Presencia de anomalías en:

**Audición:** buena**Visión:** buena

Habla/lengua: si, castellano.

Otros: ---

Dolor/molestias: sí(x) no ( )

**Descripción:** dolor abdominal difuso que luego va hacia la fosa iliaca derecha, asociada a hiporexia por lo que acude a consulta por emergencia.

Escala de Glasgow		
Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontanea	5 Orientado, mantiene una conversación	6 obedece ordenes
3 A la voz	4 Confuso	5 localiza dolor
2 Al Dolor	3 Palabras inapropiadas	4 solo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

**Puntaje Total:** 15 pts.

**Pupilas:** Isocóricas (x) Anisocóricas ( )  
Reactivas (x) No reactivas ( )

#### PATRÓN ACCTIVIDAD – EJERCICIO

#### ACTIVIDAD RESPIRATORIA

**RESPIRACIÓN:** superficial ( ) profunda (x)  
**Disnea:** En reposo ( ) Al ejercicio ( )  
**Se cansa con facilidad:** Si ( ) No (x)  
**Ruidos respiratorios:** Si ( ) No (x)  
**Reflejo de la tos:** disminuido ( ) aumentado ( )  
**Secreciones:** no (x) sí ( )  
 Características: ---  
 O2: No (x) sí ( ) Modo:..... FIO2: 21%  
 TET( ) traqueostomía( ) VM( ) Sato2( )

#### ACTIVIDAD CIRCULATORIA

**Pulso:** regular(x) irregular ( )  
**Pulso periférico:** normal(x) disminuido ( ) ausente ( )  
**Edema:** no(x) sí( )  
 Locación:.....  
**Necesidad de vendaje de MMII:** Si ( ) No( )  
 +(0-0.65cm) ++(0.65-1.25cm) +++(1.25-2.50cm)  
 Riego periférico:  
 MII tibia( ) fría( ) caliente( )  
 MID tibia( ) fría( ) caliente( )  
 MSI tibia( ) fría( ) caliente( )  
 MSD tibia( ) fría( ) caliente( )

Presencia de la líneas invacivas:

Cateter periférico: NA

Cateter central: NA

#### EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1=independiente 3=dependiente

2= parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambulaci3n	X		
Ir al ba3o/ba3arse	X		
Tomar alimentos	X		
Vestirse	X		

**Aparatos de ayuda:** ninguno(x) muletas ( )

Bast3n ( ) andador ( ) s. ruedas ( )

Otros: ---

**Movilidad de miembros:** conservada(x) flacidez ( )

Contracturas ( ) parálisis ( )

**Fuerza muscular:** conservada(x) disminuida ( )

**Comentarios adicionales:** ---

#### PATR3N NUTRICIONAL - METAB3LICO

**Piel-** Coloraci3n:

normal (x) p3lida ( ) cian3tica ( ) icterica ( )

**Hidrataci3n:** seca ( ) Turgente (x)

**Integridad:** intacta(x) lesiones ( )

Especificar: ---

**Cavidad bucal.** - dentadura:

Completa (x) ausente ( ) incompleta ( )

Pr3tesis ( )

**Mucosa oral:** intacta (x) lesiones ( )

**Hidrataci3n:** sí ( ) no (x)

**Cambio de peso durante los 3ltimos d3as:** sí ( ) no(x)

Especificar: ---

**Apetito:** normal ( ) anorexia(x) bulimia ( )

**Dificultad para deglutir:** sí ( ) no(x) nauseas (x)pirosis ( )  
 v3mitos ( ) cantidad:.....

SNG: no (x) sí ( ) alimentaci3n ( ) drenaje ( )

**Abdomen:** normal ( ) distendido (x) doloroso (x)

**Ruidos hidroa3reos:** aumentados (x) normales ( )

disminuidos ( ) ausentes ( )

**Drenajes:** no (x) sí ( )

Especificar: ---

**Horas de ayuno preoperatorio:** 08 hrs

**Comentarios adicionales:**

#### PATR3N ELIMINACION

**H3bitos Intestinales.**

Nº de deposiciones/d3a: 1 C/ d3a.

Normal (x) estreñimiento ( ) diarrea ( ) incontinencia ( )

Hábitos vesicales: 6 veces c/día

Frecuente

Oliguria: ---

**Anuria:** ---

**Otros:** ---

**Sistema de ayuda:** NA

Sondaje ( ) colector ( ) pañal ( )

**Fecha de colocación:** NA

**Necesidad de enema preoperatorio:** Si ( ) No (x)

**volúmenes durante el proceso quirúrgico:**

**Ingresos intravenosos:** 1200ml

**Egresos vesicales:** 0cc

Comentarios adicionales: paciente que ingresan por Cx.

Larascópicas no se coloca sonda vesical.

<p><b>PATRÓN</b> <b>SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN</b></p>
---

Secreciones anormales en genitales: no (x) sí ( )

Especifique: NA

Otros malestares: NA

Comentarios adicionales:

**Observaciones e incidencias durante el proceso quirúrgico:** ninguna.

**Tratamiento médico actual:**

NPO por 8hrs. Luego iniciar con tolerancia oral y seguir progresivamente.

Dextrosa 5%. + Hipersodio 1 amp + Dimenhidrinato 1amp (I, II, III) 45 gts x +min.

**Analgesia:** Ketoprofeno 100mg EV C/8hrs

**Antibióticos:** Ceftriaxona 2g EV C/24hrs

**Protector gástrico:** Ranitidina 50mg EV C/8hrs

**Nombre del Enfermero/a:**

Iris Rosmery Rodríguez Regalado

**CEP:** 75772

**Fecha:** 29/01/2018

## **Apéndice B: Consentimiento informado**

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### **Consentimiento Informado**

#### **Propósito y procedimientos**

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería”, el objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Zulmy Bruno Maldonado.

Bajo la asesoría de la Mg. Gloria Cortez Cuaresma La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizaran solo para fines del estudio.

#### **Riesgos del estudio**

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### **Beneficios del estudio**

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### **Participación voluntaria**

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo, se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: Luis Enrique Sánchez Hidalgo

DNI: 29 de enero 2018.

---

Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

