



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**

**CARRERA DE ENFERMERÍA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA  
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL “ALFREDO  
NOBOA MONTENEGRO”. FEBRERO - JUNIO 2022.**

**AUTORAS  
CAIZA CAISALITIN JESSICA SOFÍA  
SISA ARÉVALO FLOR JANETH**

**TUTORA  
LIC. GLADYS MAGDALENA NARANJO CHAVEZ**

**GUARANDA ECUADOR  
2022**

## DEDICATORIA

El presente trabajo le dedico principalmente a Dios por haberme dado la vida, acompañarme a lo largo de mi carrera, por ser la luz en mi camino y por darme la sabiduría e inteligencia necesaria en todo momento, y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de culminar unos de mis objetivos propuestos.

A mi querido hijo Thiago Matías Muguicha Sisa por ser mi fuente de motivación e inspiración día a día, mi amado esposo Diego Muguicha por ser el pilar más importante en mi vida y por demostrarme siempre su cariño, comprensión y apoyo incondicional a pesar de muchas adversidades y poner toda su confianza en mí. A mi madre querida que siempre ha estado conmigo apoyándome en las buenas y malas. Y a toda mi familia que durante este largo proceso académico estuvieron a mi lado apoyándome con sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y lograron que este sueño se haga realidad.

“Pon en las manos del Señor todas tus obras, y tus proyectos se cumplirán” (Proverbios 16; 3).

**Flor Janeth Sisa Arévalo**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por ser quien siempre me ha sostenido y que me ha enseñado e iluminado el camino permitiéndome llegar hasta este anhelado momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por su sacrificio, apoyo incondicional, por ser mis ejemplos, por alentarme a seguir adelante, inspirándome alcanzar mis objetivos y luchar por ellos sin importar los obstáculos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

Y sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí, a mis abuelitos y tíos, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

**Caiza Caisalitin Jessica Sofia**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecemos a Dios de todo corazón por habernos bendecido día a día, por guiarnos a lo largo de nuestras vidas, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos buenos y malos durante nuestra formación académica.

También agradecer a nuestras familias por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, consejos, valores y principios que nos han inculcado para así poder terminar una etapa más en nuestras vidas.

Además, agradecemos a la prestigiosa Universidad Estatal de Bolívar, en especial a la carrera de Enfermería. Gracias por abrirnos las puertas y permitirnos seguir durante todo este proceso académico, y formarnos como buenos profesionales con principios éticos.

A la vez agradecemos infinitamente a cada uno de nuestros docentes y en especial a nuestra Tutora Licenciada Gladys Naranjo quien nos ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, con la enseñanza de sus valiosos conocimientos, así como también habernos brindado toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de nuestro trabajo de investigación ya que gracias a su apoyo hemos logrado concluir con éxitos nuestra tesis.

**Flor Sisa & Jessica Caiza**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

### CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Guaranda 25 de Agosto del 2022

La suscrito Lda. Gladys Magdalena Naranjo Chávez, Msc. directora del proyecto de investigación como modalidad de titulación.

### CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado con el tema **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO - JUNIO 2022"**. Realizado por los estudiantes: **Caiza Caisalitin Jessica Sofia** con C.I: 0503770661 y **Sisa Arevalo Flor Janeth** con C.I: 0250009123, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



.....  
Lda. Gladys Magdalena Naranjo Chávez Msc

**DIRECTORA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN**

## AUTORIA



Nosotros; **CAIZA CAISALITIN JESSICA SOFIA** con Cedula de ciudadanía: **0503770661** y **SISA AREVALO FLOR JANETH** con Cedula de ciudadanía: **0250009123** egresadas Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo juramento declaramos en forma libre y voluntaria que el presente proyecto de investigación, con el tema: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO – JUNIO 2022”**; ha sido ejecutado por nosotros con la orientación de nuestra tutora la **LIC. GLADYS MAGDALENA NARANJO CHÀVEZ** docente de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, siendo este de nuestra autoría; dejamos constancia que los resultados obtenidos dentro de esta investigación las hemos realizado basándonos en antecedentes bibliográficos e infografía actualizada que nos ayudó para redactar y ejecutar nuestro proyecto de investigación.

Caiza Caisalitin Jessica Sofia

C.I: 0503770661

Sisa Arevalo Flor Janeth

C.I:0250009123

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR .....	IV
ÍNDICE .....	VI
TEMA .....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. EL PROBLEMA .....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.3. Objetivos .....	8
1.4. Justificación.....	9
1.5. Limitaciones .....	10
CAPÍTULO II .....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes investigativos .....	11
2.1.1. Antecedentes nacionales .....	12
2.1.2. Antecedentes locales.....	13
2.2. Bases teóricas .....	14

2.2.1.	Cuidados de enfermería.....	14
2.2.2.	Proceso de atención de enfermería (PAE) .....	14
2.2.3.	Etapas del proceso de atención de enfermería .....	16
2.2.4.	Taxonomías NANDA, NIC y NOC .....	17
2.2.5.	Técnicas para la valoración de enfermería.....	21
2.2.6.	Modelo de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon .....	22
2.2.7.	Colecistectomía.....	28
2.2.8.	Vesícula biliar .....	28
2.2.9.	Epidemiología .....	29
2.2.10.	Colelitiasis.....	31
2.2.11.	Fisiopatología de la colecistitis .....	31
2.2.12.	Manifestaciones de colecistitis aguda .....	33
2.2.13.	Diagnóstico de la colecistitis.....	34
2.2.14.	Tratamiento para la colecistitis .....	36
2.2.15.	Reseña histórica de la Colecistectomía .....	38
2.2.16.	Principales complicaciones de la colecistectomía.....	40
2.2.17.	Complicaciones postoperatorias de la colecistectomía .....	42
2.2.18.	Molestias en el Post Operatorio mediato .....	43
2.2.19.	Cuidados de enfermería a pacientes colecistectomizados.....	44
2.2.20.	Cuidados mediatos de enfermería .....	47

2.2.21. Valoración del dolor.....	49
2.2.22. Componentes del cuidado de enfermería a pacientes colecistectomizados.....	50
2.2.23. Reseña Histórica Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”	51
2.3. Definición de términos .....	53
2.4. Sistemas de variables.....	56
2.5. Operacionalización de la variable .....	57
CAPÍTULO III.....	64
3. MARCO METODOLÓGICO .....	64
3.1. Nivel de investigación .....	64
3.2. Diseño.....	64
3.3. Población y muestra .....	65
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	66
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	66
3.6. Análisis de resultados .....	68
CAPÍTULO IV.....	114
4. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS.....	114
CAPÍTULO V .....	117
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	117
5.1. Conclusiones .....	117



5.2. Recomendaciones .....	118
CAPÍTULO VI.....	119
6. MARCO ADMINISTRATIVO .....	119
6.1. Recursos .....	119
6.2. Detalle del Presupuesto .....	120
6.3. Cronograma.....	121
BIBLIOGRAFÍA .....	122
ANEXOS .....	139

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> Datos generales de los pacientes .....	68
<b>Tabla 2</b> Patrón 1: Percepción/manejo de la salud .....	70
<b>Tabla 3</b> Patrón 2: Nutricional / Metabólico.....	72
<b>Tabla 4</b> Patrón 3 Eliminación.....	74
<b>Tabla 5</b> Patrón 4: Actividad/ ejercicio.....	76
<b>Tabla 6</b> Patrón 5: Sueño-descanso .....	78
<b>Tabla 7</b> Patrón 6: Cognoscitivo y perceptivo .....	80
<b>Tabla 8</b> Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto .....	81
<b>Tabla 9</b> Patrón 8: Roles y relaciones .....	82
<b>Tabla 10</b> Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés.....	83
<b>Tabla 11</b> Patrón 11: Valores y creencias .....	84
<b>Tabla 9</b> Resultados obtenidos y etiquetas diagnósticas.....	85

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> Colecistitis Crónica .....	32
<b>Figura 2</b> Manifestaciones de colecistitis aguda.....	33
<b>Figura 3</b> Diagnóstico de colecistitis .....	36
<b>Figura 4</b> Molestias postoperatorias .....	44
<b>Figura 5</b> Ubicación espacial del Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” .....	53

**TEMA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL “ALFREDO  
NOBOA MONTENEGRO”. FEBRERO - JUNIO 2022.

## RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería a pacientes Colecistectomizados en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” (HGANM) febrero-junio en el año 2022, para ello se aplicó como metodología un enfoque cuantitativo del tipo explicativo, considerando una muestra poblacional de 20 pacientes colecistectomizados, los cuales fueron valorados empleando una guía de valoración adaptada según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Como resultado de la investigación se obtuvo que los pacientes en el postoperatorio mediato presentaron en un 100% riesgo periférico presentes, 85% a veces signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso, 80% a veces necesidad de ayuda para realizar las actividades de higiene, para trasladarse y para vestirse, en menor porcentaje, 50% presentó problemas para la conciliación del sueño 40% a veces y 10% siempre, también se identificaron aspectos tales como dolor y ansiedad en el 30% de los pacientes. Como conclusión se obtuvo que a partir de los hallazgos se diseñaron 8 PAES para cuidados mediatos de pacientes colecistectomizados, empleando la taxonomía NANDA, NIC y NOC según las etiquetas: Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección del sitio quirúrgico, Déficit de autocuidado uso del inodoro, Disminución de la tolerancia a la actividad, Déficit de autocuidado Vestido, Insomnio, Dolor agudo y Ansiedad, los cuales fueron socializados con los profesionales de enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

**Palabras clave** Cirugía, Colecistectomía, Marjory Gordon, Proceso de Atención de Enfermería

**ABSTRACT**

The present research was carried out with the objective of developing a Nursing Care Process for cholecystectomized patients at the General Hospital "Alfredo Noboa Montenegro" (HGANM) February-June 2022, for which a quantitative approach of the explanatory type was applied as a methodology, considering a population sample of 20 cholecystectomized patients, who were evaluated using an evaluation guide adapted according to the functional patterns of Marjory Gordon. As a result of the research it was obtained that the patients in the mediate postoperative period presented 100% peripheral risk, 85% sometimes signs of infection in the operative wound such as: pain, erythema, serous fluid leakage, 80% sometimes need help to carry out hygiene activities, to move and to get dressed, in a lower percentage, 50% presented problems for the conciliation of sleep 40% sometimes and 10% always, aspects such as pain and anxiety were also identified in 30% of the patients. In conclusion, based on the findings, 8 EAPs were designed for the intermediate care of cholecystectomized patients, using the NANDA, NIC and NOC taxonomy according to the labels: Decay of skin integrity, Risk of infection of the surgical site, Deficit of self-care when going to the bathroom, Decreased tolerance to activity, Deficit of self-care Dressing, Insomnia, Acute pain and Anxiety, which were socialized with the nursing professionals of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital.

Key words: Surgery, Cholecystectomy, Marjory Gordon, Nursing Care Process.

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es el tratamiento quirúrgico seleccionado para dar solución a patologías relacionadas con la litiasis biliar. Este tipo de intervenciones resulta una de las más aplicadas a nivel mundial, y es empleada como solución ante esta dolencia desde hasta 1500 años a.c.

A nivel patológico la litiasis biliar se caracteriza por la formulación de cálculos biliares que obstruyen el paso de la bilis por el conducto cístico y generando una inflamación aguda, manifestándose por cólicos biliares, náuseas o vómitos, que puede ser diagnosticada tras la palpación por debajo del borde costal derecho, lo que produce un dolor intenso cuando el paciente realiza una inspiración profunda al presionarse la vesícula inflamada con la mano (Giménez & et al., 2020).

Al ser una de las intervenciones quirúrgicas de mayor frecuencia, es de importancia considerar las condiciones de los pacientes, sus principales necesidades de cuidado, y por medio de la estandarización de los cuidados generar Procesos de Atención de Enfermería que ayude a mejorar la calidad de los servicios prestados a estos pacientes.

En tal sentido, con el presente estudio, se valora a pacientes colecistectomizados que actualmente son atendidos en el servicio de cirugía en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”, específicamente durante los cuidados postoperatorios mediatos. con el propósito de generar un aporte a la institución por medio del diseño de Procesos de Atención de Enfermería empleando los lenguajes estandarizados de enfermería NANDA, NIC y NOC.

Para la consecución de los objetivos previstos por esta investigación, fue necesaria la elaboración de una serie de capítulos que de forma secuencial ayudaron

al abordaje de la problemática, desarrollo del estudio de campo, aplicación de los conocimientos y elaboración del informe final. A continuación, se describen dichos capítulos.

Capítulo I: Abarca el planteamiento de problema, formulación de problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación.

Capítulos II: Está constituido por las bases teóricas del tema investigado, antecedentes de la investigación, sistematización y operacionalización de la variable con su respectiva operacionalización.

Capítulo III: Está estructurado por el marco metodológico estableciendo aspectos investigativos como la población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos como de las técnicas de procesamiento y análisis de la información obtenido en el estudio.

Capítulo IV: Está conformada por los resultados que se han obtenido según los objetivos planteados en la investigación.

Capítulo V: Se generan las conclusiones y recomendaciones, con base a los principales hallazgos del proyecto de investigación.



## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

El cuidado enfermero es la base de la profesión de enfermería y comprende una serie de aspectos de carácter técnico, como la aplicación de conocimientos, y de carácter humanístico y emocional que se relacionan con acciones para brindar apoyo a los pacientes, familias o comunidades objeto de su cuidado. El Proceso de Atención de Enfermería es una metodología científica basada en la aplicación de la evidencia científica en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los cuidados de enfermería, acorde a las necesidades individualizadas de cada paciente.

Según Álvarez, et al., (2021) explican que el Proceso de Atención de Enfermería es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un proceso sistematizado y organizado propio de la profesión de enfermería y se basa en el cuidado que es ofrecido a pacientes, familias o comunidad con el propósito de mejorar la salud y promover la calidad de vida.

Estos tipos de procesos planificados pueden influir positivamente en los resultados obtenidos en los cuidados enfermeros ofrecidos, por lo que es de importancia su aplicación en aquellas áreas donde la salud de los pacientes se encuentra en situación crítica o vulnerable, tal como en el caso de los pacientes que se encuentran en la recuperación postoperatoria.

En el caso de la presente investigación resulta de interés conocer cuáles son las acciones de cuidado aplicados a pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente por una colecistectomía. La colecistectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas a nivel global y es la solución para la

enfermedad de cálculos en la vesícula biliar, según lo explica Chama-Naranjo, et al., (2021) esta intervención a pesar de ser segura, sin embargo, puede desarrollar ciertas complicaciones tales como una lesión de la vía biliar, disminución de la calidad de vida del paciente, entre otros.

Según estadísticas internacionales se estiman que solo en Norteamérica se realizan cerca de 700.00 cirugías por año, siendo una cirugía considerada de riesgo medio a bajo. A nivel nacional se estima que en el Ecuador se realizan cerca de 2.500 intervenciones anualmente por colecistectomía abiertas o por laparoscopia, y de estas cerca de un 7.2% presentan complicaciones durante la intervención o a nivel posoperatorio, relacionadas con infecciones bacterianas y lesiones biliares-hepáticas (Paredes, 2019).

En un estudio realizado por Cisneros (2021) explica que, en **el Ecuador**, la colecistitis aguda resulta una de las principales causas de morbilidad, con cerca de 22.55% de incidencia anual. En el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda acorde a las estadísticas se tratan en promedio 24 pacientes por colecistectomía mensualmente, por lo que se puede considerar una intervención quirúrgica recurrente en el área de cirugía, que en lo referente a los cuidados enfermeros la inexistencia de un protocolo de cuidado adecuado y sistemático debilita los procesos a seguir.

Con el desarrollo de la investigación se valorara y diagnostica desde la perspectiva de enfermería las necesidades de cuidado de los pacientes con colecistectomía que son atendidos en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, aplicando el modelo de Marjory Gordon y a partir de esta valoración generar los planes de cuidado de enfermería según el lenguaje estandarizado enfermero

NANDA, NIC y NOC, en base a las necesidades para el cuidado en el post operatorio mediato, siendo socializados a los profesionales de enfermería del área de Cirugía con el fin de mejorar la calidad de atención ante este tipo de intervenciones tan recurrente.

## **1.2. Formulación del problema**

¿El Proceso de Atención de Enfermería mejora la atención a pacientes Colecistectomizados en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” febrero-junio en el año 2022?

### **1.3. Objetivos**

#### **General**

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería a pacientes Colecistectomizados en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” que fortalezca el cuidado integral del paciente periodo febrero-junio en el año 2022.

#### **Específicos**

- Realizar una valoración a los pacientes colecistectomizados en el post operatorio mediato con el modelo de Marjory Gordon.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería para la atención de Colecistectomizados empleando la taxonomía NANDA NIC NOC de acuerdo con el modelo de Marjory Gordon.
- Socializar el plan de atención de enfermería para la atención de pacientes Colecistectomizados basado en el modelo de Marjory Gordon.

#### **1.4. Justificación**

La colecistectomía abierta o laparoscópica al ser una intervención quirúrgica invasiva con un nivel de riesgo entre medio a bajo necesita de cuidados de enfermería postoperatorios para mantener ese perfil de riesgo, evitando potenciales complicaciones de adquirir una infección bacteriana o sufrir algún tipo de lesión biliar-hepática durante la intervención o en el postoperatorio siendo de importancia el seguimiento y monitorización de cada paciente durante el postoperatorio mediato, vigilando la recuperación y evolución por medio del reconocimiento de signos y síntomas. En tal sentido, resulta conveniente para el personal de enfermería que labora en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” contar con un Proceso de Atención de Enfermería para pacientes Colecistectomizados que sea fácil de comprender y de aplicar durante el postoperatorio mediato.

La socialización e implementación de un Proceso de Atención de Enfermería para pacientes Colecistectomizados en esta Institución de Salud contribuirá a mejorar la calidad de vida del paciente y evitará a futuro que se presente otras complicaciones producto de la intervención quirúrgica realizada. Es por ello que resulta de importancia abordar desde la planificación de los cuidados de enfermería, la atención de las principales necesidades basados en el modelo de Marjory Gordon que presentan los pacientes posterior a su intervención quirúrgica de colecistectomía.

La presente investigación aportará información actualizada basada en las necesidades de los pacientes con un valor teórico que podrá beneficiar a todo el personal de enfermería que labora en el área de cirugía en el cuidado

postoperatorio mediato, pudiendo ser utilizada en otras instituciones de salud, siendo los mayores beneficiarios los pacientes al disminuir los riesgos después de una intervención quirúrgica.

### **1.5. Limitaciones**

Durante la ejecución del trabajo de investigación se identificaron las siguientes limitantes;

- Debido a la extensión y diversos cuidados prestados en las diferentes etapas de cuidados en el área quirúrgica, se delimita la investigación a los cuidados mediatos a pacientes colecistectomizados.
- Población del estudio variante, al ser una intervención quirúrgica que en ocasiones es programada y en ocasiones no, lo que generó que la recolección de datos tardara más tiempo de lo estipulado.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes investigativos

Luego de revisar información procedente de artículos científicos y tesis, se encontró publicaciones de investigadores que guardan relación con información significativa y útil para el tema propuesto. Entre éstos tenemos:

En Perú, Huarcaya (2018), en su investigación titulada “Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía laparoscópica más destechamiento de quistes hepáticos de la Unidad de Recuperación Postanestésica de un hospital de Lima, 2018”, con el objetivo de “aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico médico, Post Operada Inmediato Colecistectomía”. Desarrollo un estudio de caso de tipo descriptivo analítico y empleando como técnicas de recolección de datos la entrevista y observación de una paciente de 65 años. Se empleó una valoración según el modelo de Marjory Gordon, estableciendo que “Las acciones de enfermería son priorizadas en cuanto se identificaron los problemas durante la observación, valoración general y exhausta del paciente post operado.

Este trabajo permitió reconocer la técnica de valoración de enfermería según el modelo de cuidado de Marjory Gordon en el paciente colecistectomizado, además se identifica los principales diagnósticos de enfermería durante el postoperatorio como dolor agudo, hipotermia con efectos post anestésicos, deterioro de la integridad tisular, riesgo de infección y riesgo de hemorragia.



### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

En Ambato, provincia de Tungurahua, Paredes (2019) desarrolló su trabajo sobre un “Plan de cuidados de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica atendidos en el servicio de recuperación de la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito, 2019”, con el objetivo de elaborar un plan de cuidados de enfermería para unificar criterios de atención en enfermería que mejore la calidad de atención en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Para tal fin desarrolló una investigación descriptiva, exploratoria, explicativa, empleando como método la observación y donde participaron 50 pacientes recién operados de colecistectomía en la Unidad Metropolitana de Salud Norte de Quito. Determinando luego de la aplicación de las técnicas e instrumentos de análisis de datos que, el 50% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 43 y 64 años; el 80% fue intervenido por colelitiasis; el 20% presentó complicación intraoperatoria; el 76% no había recibido información postoperatoria; el 100% recibió control de signos vitales y oxigenoterapia; el 80% consideró como bueno la atención de enfermería. Con base a los resultados la investigadora diseñó un plan de cuidados para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería dirigido a pacientes en el postoperatorio de colecistectomía laparoscópica.

Esta investigación permitió reconocer que los profesionales de enfermería no reconocían el funcionamiento del Proceso de Atención de Enfermería a pacientes colecistectomizados, sin embargo, lo aplicaban. Aspecto de importancia, puesto que ayuda a identificar que hay un precedente de que este tipo de herramientas a pesar de su utilidad no suele ser conocida a cabalidad por los profesionales de enfermería.

En el cantón Santa Elena, provincia Guayas, Baquerizo (2021) en su proyecto de investigación “Cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años del Hospital Básico IESS Ancón. Santa Elena”, tuvo como objetivo de evaluar los cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía, aplicó un estudio no experimental de tipo descriptivo, aplicando a 25 pacientes una ficha de observación y a 17 enfermeros una lista de cotejo para cuidados de enfermería. Determinado que el 94,12% de los enfermeros controlan los signos vitales; 100% vigila la herida; 76,47% cambia el apósito cuando se requiere; de los pacientes el 56% se siente muy satisfecho con el control del dolor; 76% considera que el enfermero se concentra en él cuando lo atiende. Concluyendo que: “El continuo cuidado que brinda el personal de salud hacia los pacientes permite evaluar de manera gradual la evolución de cada uno de ellos”. se logró identificar que, de manera subsecuente, en los pacientes colecistectomizados existe mayor importancia en la vigilancia constante del dolor, cuidados de la herida, y cambios de apósitos, aspecto que generan confort en los pacientes.

### **2.1.2. Antecedentes locales.**

En el cantón de Guaranda, Cisneros (2021) desarrolló su investigación titulada “Proceso de atención de enfermería en paciente de 34 años con colecistitis aguda”, con el objetivo de aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente de 34 años de edad con colecistitis aguda, ingresado de emergencia por dolor abdominal agudo y nauseas en el Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”. Para ello determinó las características clínicas y antecedentes del paciente, y en función del diagnóstico diseño un plan de cuidados para el paciente de acuerdo a

las taxonomías NANDA, NIC y NOC concluyendo que la colecistitis aguda es una de las enfermedades abdominales con alta morbilidad y alta mortalidad, debido a que los pacientes deben recibir tratamiento inmediato por parte de los profesionales de la salud, con una atención oportuna y eficaz.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Cuidados de enfermería**

Los cuidados de enfermería representan un esfuerzo que va más allá de lo personal como profesional de la medicina, al considerar al paciente como un ser humano que necesita protección y ayuda para recuperar la salud. El cuidado que caracteriza a la profesión de enfermería debe ser una práctica vivida en el momento, donde se establezca un proceso de comunicación intencional y presencial persona-persona (Amiquero & Cuadros, 2018).

### **2.2.2. Proceso de atención de enfermería (PAE)**

Como se ha concebido desde sus inicios la enfermería es una profesión que se centra en el cuidado de la salud del paciente, de la familia y de la comunidad, como lo señaló Leininger al referirse a la enfermería “El cuidado es la esencia y lo que caracteriza a la enfermería. Es una necesidad humana para el total desarrollo, mantenimiento de salud y supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo” (Amiquero & Cuadros, 2018).

El PAE es una herramienta para los profesionales de enfermería, que permite determinar las intervenciones de enfermería adecuadas para cada paciente de una forma sistematizada y organizada, desde una visión holística e integral, este proceso se basa en un lenguaje estandarizado (Guashpa & Bueno, 2019).

Para desarrollar esta actividad de cuidado de una forma organizada y de calidad, los profesionales de enfermería cuentan con el PAE, que es un modelo que ayuda a los profesionales de enfermería a comprender aspectos que no pueden ver a simple vista al establecer relaciones entre los distintos elementos metaparadigmáticos implicados en el proceso como lo son las personas, el entorno, la salud y los profesionales de enfermería, está conformado por cinco etapas que están interrelacionadas de una forma lógica.

- Valoración: se centra en recaudar la información del paciente a partir de datos que este suministre o un familiar confiable, seguido de los valores reflejados en los signos vitales y examen físico.
- Diagnóstico: en función de la información recaudada y de sus conocimientos el profesional de enfermería emite un juicio crítico donde identifica el problema de salud de acuerdo con los patrones y señales detectados.
- Planificación: una vez determinado el problema de salud, el profesional de enfermería fija los objetivos que se desean alcanzar estructuran un plan de intervenciones dando prioridad a las mayores necesidades en busca de los resultados esperados.
- Ejecución: el profesional de enfermería pone en práctica las intervenciones planificadas, llevando un control de estas para respetar lo planificado.
- Evaluación: una vez cumplidas todas las intervenciones planificadas, la profesión de enfermería hace una evaluación de los resultados para verificar si fueron los esperados y el paciente mejoró su estado de salud (Barzola & Macías, 2018).

### 2.2.3. Etapas del proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería está constituido por una serie de fases secuenciales necesarias para establecer un diagnóstico, planificar los cuidados, ejecutarlos y evaluarlos. A continuación, se describen las etapas del proceso.

#### **Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
Valoración	Consiste en la recopilación organizada de los datos de las personas, familia y entorno. Son la base para la toma de decisiones y actuaciones necesarias.
Diagnóstico de enfermería	Es el criterio o conclusión que se genera como resultado de la valoración de enfermería
Planificación	En esta fase se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
Ejecución	Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
Evaluación	Donde se consideran las respuestas de los individuos, la familia y la comunidad, frente a las intervenciones realizadas

Fuente; (Naranjo-Hernández & Sánchez-Carmenare, 2018)

## 2.2.4. Taxonomías NANDA, NIC y NOC

### NANDA (North American Nursing Diagnosis)

El lenguaje enfermero NANDA inicia en Norte América como un conjunto de diagnósticos desarrollados por enfermeras, los cuales han ido perfeccionándose a lo largo de los años llegando a ser empleados por cerca de cuarenta países. En la actualidad la taxonomía NANDA es el instrumento mayormente utilizado, el cual presenta de forma organizada cada diagnóstico, los factores relacionados y factores de riesgo.

La Taxonomía NANDA facilita la clasificación por áreas de interés, conteniendo en la actualidad con trece dominios presentados a continuación;

#### Dominios y clases de la taxonomía NANDA

Dominio	Clases
1. Promoción de la salud	Clase 1 Toma de conciencia de la salud
	Clase 2 Gestión de la salud
2. Nutrición	Clase 1 Ingestión
	Clase 2 Digestión
	Clase 3 Absorción
	Clase 4 Metabolismo
	Clase 5 Hidratación
3. Eliminación	Clase 1 Función urinaria
	Clase 2 Función gastrointestinal
	Clase 3 Función tegumentaria
	Clase 4 Función respiratoria
4. Actividad/reposo	Clase 1 Reposo / sueño
	Clase 2 Actividad / ejercicio

		Clase 3 Equilibrio de la energía
		Clase 4 Respuestas cardiovascular / pulmonar
		Clase 5 Autocuidado
5.	Percepción/cognición	Clase 1 Atención
		Clase 2 Orientación
		Clase 3 Sensación – percepción
		Clase 4 Cognición
		Clase 5 Comunicación
6.	Autopercepción	Clase 1 Autoconcepto
		Clase 2 Autoestima
		Clase 3 Imagen corporal
7.	Rol/relaciones	Clase 1 Roles de cuidador
		Clase 2 Relaciones familiares
		Clase 3 Desempeño del rol
8.	Sexualidad	Clase 1 Identidad sexual
		Clase 2 Función sexual
		Clase 3 Reproducción
9.	Afrontamiento/tolerancia al estrés	Clase 1 Respuesta postraumática
		Clase 2 Respuestas de afrontamiento
		Clase 3 Estrés neurocompartimental
10.	Principios Vitales	Clase 1 Valores
		Clase 2 Creencias
		Clase 3 Congruencia de las acciones con los valores / creencias
11.	Seguridad/protección	Clase 1 Infección

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

Fuente: (NANDA International Inc, 2021)

### **NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)**

La Clasificación de Intervención de Enfermería contempla una serie de intervenciones de enfermería de forma práctica y generalizada o especializada las cuales fueron generadas a partir de la investigación científica. Las intervenciones de enfermería contemplan distintas áreas descritas a continuación;

#### **Taxonomía de las intervenciones de enfermería**

<b>Dominios</b>	<b>Clases</b>
1 Fisiológico básico	Control de actividad y ejercicio
	Control de la evacuación
	Control de la inmovilidad
	Apoyo nutricional
	Fomento de la comodidad física
	Facilitación del autocuidado



2 Fisiológico complejo	Control de electrolitos y ácido básico
	Control de fármacos
	Control neurológico
	Cuidados perioperatorios
	Control respiratorio
	Control de la piel/heridas
	Termorregulación
	Control de la perfusión
3 Conductual	Terapia conductual
	Terapia cognitiva
	Potenciación de la comunicación
	Ayuda para el afrontamiento
	Educación de los pacientes
	Fomento de la comodidad psicológica
4 Seguridad	Control en casos de crisis
	Control de riesgos
5 Familia	Cuidados de nuevo bebé
	Cuidados de crianza de un nuevo bebé
	Cuidados durante la vida
6 Sistemas sanitarios	Modificación del sistema sanitario
	Gestión del sistema sanitario
	Control de la información
	Fomento de la salud de la comunidad

---

7 Comunidad cuidados que apoyan la Control de riesgos de la comunidad  
de la comunidad

---

Fuente: (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018)

### **NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)**

La clasificación de los resultados de enfermería es el compendio de años de investigación científica que recoge los resultados de las intervenciones de enfermería, donde se valoran los efectos del PAE. En dichos resultados se muestra una diana para valorar las intervenciones y los resultados esperados.

#### **2.2.5. Técnicas para la valoración de enfermería**

El proceso de atención de enfermería está centrado en cuatro elementos fundamentales que son necesarios considerar en el momento de realizar una valoración, estos son: el entorno del paciente, las características de la persona, los síntomas y signos de la enfermedad y la interacción de la persona con el entorno.

A continuación, se enuncian las principales técnicas empleadas por los profesionales de enfermería cuando realizan la valoración de enfermería;

<b>Técnicas para la valoración de enfermería</b>	
<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
De la cabeza a los pies	Este procedimiento inicia desde la cabeza y prosigue sistemáticamente a lo largo del cuerpo hasta las extremidades inferiores, se valoran los siguientes aspectos; aspectos generales, signos vitales, cabeza, cara, ojos, oídos, nariz, boca, cuello, tórax, pulmones, corazón, abdomen, riñones, aparato genital, recto y extremidades.

---

Por sistemas principales	Esta valoración considera los sistemas principales corporales; el neurológico, musculoesquelético, cardiovascular, gastrointestinal, renal, reproductor, tegumentario
Según los diagnósticos enfermeros NANDA	Dominio 1: promoción de la salud, dominio 2: nutrición, dominio 3: eliminación e intercambio, dominio 4: actividad y reposo, dominio 5: percepción/cognición, dominio 6: autopercepción, dominio 7: rol/relaciones, dominio 8: sexualidad, dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés, dominio 10: principios vitales, dominio 11: seguridad y protección, dominio 12: confort, dominio 13: crecimiento/desarrollo
Según modelos de enfermería	14 necesidades de Virginia Henderson 11 patrones funcionales de Marjory Gordon Necesidades Humanas de Maslow

Fuente: NANDA (2021)

### **2.2.6. Modelo de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon**

Posterior al análisis de los diferentes modelos aplicados para la atención de enfermería en el desarrollo del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica para la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, considerando que los patrones representan la configuración del funcionamiento humano, haciendo la salvedad que si uno o varios de estos están alterados pueden

afectar el funcionamiento de los demás, por lo que el profesional de enfermería no debe atender de forma aislada cada patrón al momento de realizar el diagnóstico.

El modelo de valoración de Gordon se va conformando a partir del momento que el profesional de enfermería establece contacto con el paciente, observa la historia clínica y realiza el examen físico, permitiendo que, con los datos recolectados de cada uno de los patrones observables y no observables, no queden aspectos sin valorar, para así tener un diagnóstico confiable. Estos patrones funcionales son descritos a continuación;

#### **Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon**

<b>Patrón</b>	<b>Aspectos valorados</b>	<b>Alteraciones</b>
Percepción/ manejo de la salud	Conocimiento de la enfermedad –	– Se considera sano o enfermo – Desconoce su enfermedad – Tiene
	Adherencia al tratamiento – Alergias –	un inadecuado cuidado de su salud – Bebe, fuma o consume drogas –
Consumo de alcohol, drogas y/o tabaco – Antecedentes de enfermedades – Vacunas – Intervenciones quirúrgicas		No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos y medidas terapéuticas – No está vacunado –
		Descuida su higiene personal – Ha sufrido accidentes caseros o laborales
Nutrición/meta bólico	– Numero de comidas diarias – Apetito – Índice de masa corporal	– Ayuno, disminución o exceso de ingesta alimentos o líquidos – Hipo o hiperglicemia – Ictericia – Edema

	– Líquidos ingeridos – Gustos y preferencias – Cambios de peso – Disponibilidad de recursos para la alimentación – Hidratación – Dentición – Temperatura	– Nutrición por sonda – Nutrición parenteral – Índice de masa corporal fuera de rangos – Pérdida o ganancia de peso – Malestar asociado con alimentos – Problemas de cicatrización, Resequedad, lesiones cutáneas – Falta de recursos para la alimentación – Pirosis, regurgitación, halitosis, anorexia – Prótesis – Urticaria – Palidez – Híper o hipotermia – Reacción anafiláctica
Eliminación	Normalidad» en apariencia, consistencia y cantidad	Sangrado – Uso de laxantes – Vómito – Melena – Ostomías – Uso de dispositivos (sondas) – Diarrea – Diaforesis – Expectoración – Hemoptisis – Estreñimiento – Incontinencia fecal o urinaria – Disuria – Poliuria – Retención urinaria – Drenajes – Hematuria
Actividad/ ejercicio	Signos vitales – Movilidad – Fuerza	Disnea – Cianosis – Tos – Uso de oxígeno – Hipoxia – Híper o

	muscular – Actividades de la vida diaria (higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) – Tipo, cantidad y calidad del ejercicio – Actividades de tiempo libre	hipotensión arterial – Taqui o bradicardia – Edema – Cansancio excesivo – Hipotonía – Inmovilizaciones – Parálisis – Paresias – Parestesias – Deficiencias motoras – Problemas de equilibrio o coordinación – Sedentarismo – Úlceras
Sueño/descanso	– Energía posterior al sueño – Horas de sueño – Descanso – Sueño y descanso durante la noche	Necesidad de medicamentos para dormir durante la noche – Dificultad para dormir – Inversión del ciclo circadiano – Somnolencia diurna – Desconcierto o cansancio relacionado con la falta de descanso – Disminución de la capacidad de funcionamiento – Conducta irritable en relación con la falta de descanso – Insomnio
Cognitivo/perceptual	Visión, audición, gusto, tacto y olfato en parámetros normales Habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de	Alteración de los sentidos – Dolor – Náuseas – Uso de prótesis – Inconsciente – Desorientado – Deficiencias en cualquiera de los sentidos – Confusión – Dificultades de comprensión por idioma o por

	decisiones) dentro de la «normalidad»	analfabetismo – Problemas de memoria, concentración, expresión o comprensión de ideas – Fobias – Miedos
Autopercepción/ autoconocimiento	– Percepción de uno mismo – Actitudes acerca de uno mismo – Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas – Imagen corporal – Identidad – Sentido general de valía – Postura corporal – Contacto visual, de voz y conversación	Dificultad en la percepción de la imagen corporal – Conductas disfuncionales – Trastornos de la imagen corporal. – Impotencia – Postura y contacto visual de timidez – Manifestación verbal de no sentirse querido. – Cambios del estado de ánimo (emotividad, voluntad...) – Deterioro de la valía.
Rol/ relaciones	– Cuenta con trabajo – Estudia – Pertenece a un grupo social – Con quién vive – Estructura familiar – Rol en la familia – Soporte familiar – Amigos	Procesos familiares disfuncionales – Conflicto del rol que desempeña – No cuenta con soporte familiar, amigos, grupo social, trabajo o escuela – Aislamiento social, comunicación, violencia.

Sexualidad/ reproducción	Menarquía – Ciclo menstrual. Menopausia – Métodos anticonceptivos – Embarazos	Alteraciones de la menarquía y lo relacionado con el ciclo menstrual – Embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos – Esterilidad e infertilidad – Problemas relacionados con la reproducción – Problemas o cambios en las relaciones sexuales
Adaptación/ tolerancia al estrés	– Efectividad de la forma en la que se ha adaptado a situaciones estresantes – Qué le ayuda cuando está tenso	Se encuentra tenso, estresado, irritable, enojado, agresivo – Presenta crisis importantes – Consume medicamentos, drogas o alcohol cuando está tenso – Minimiza los síntomas – Intolerancia a la familia.
Valores/ creencias	Pertenece a alguna religión – En qué cree – Con qué valores cuenta – Expectativas relacionadas con su salud	– Tiene conflictos espirituales – No actúa de acuerdo a sus valores – Sus valores o creencias no permiten apegarse a las normas institucionales o de tratamiento y cuidado – Rehúsa el tratamiento y/o cuidados – Se siente desahuciado – Existe conflicto con sus creencias –



---

Tiene problemas para realizar sus prácticas religiosas

---

Fuente: (Arroyo-Lucas, 2018)

### **2.2.7. Colectomía**

Antes de profundizar en la colectomía como procedimiento quirúrgico es necesario aclarar que lleva a realizar una colectomía la cual es la intervención médica invasiva que es realizada para extirpar la vesícula biliar como consecuencia de una colecistitis aguda, que puede ser realizada mediante laparoscopia o por cirugía convencional.

Según lo define Cardozo, et al., (2021) la colectomía es un procedimiento quirúrgico practicado frecuentemente, que se ejecuta en pacientes con inflamación vesicular o colecistitis aguda. La primera colectomía fue practicada en el año 1882 por el Dr. Langenbuch, quien la realizó por medio de una incisión en el cuadrante superior derecho, siendo una práctica que se mantuvo 105 años, hasta que por el desarrollo tecnológico se logró incorporar la técnica laparoscópica para la extirpación de la vesícula litiásica.

### **2.2.8. Vesícula biliar**

La vesícula biliar es un órgano de forma de pera de aproximadamente 9 cm de largo por 3 cm de ancho, que se encuentra ubicado dentro de la cavidad abdominal en el hipocondrio derecho (en cara visceral del hígado), teniendo una capacidad de almacenamiento de más o menos 40 ml, cuya función es concentrar la bilis al absorber sodio y agua, además de reservar la bilis que produce el hígado, que es liberada al duodeno por medio de conducto cístico y del colédoco, facilita la digestión de alimentos que contienen grasa.

Según Castro y Zárate;

La vesícula biliar es un órgano en forma de saco ovalado. Mide entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, con la capacidad de contener hasta 300 ml cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida. La función de la vesícula biliar es almacenar y concentrar bilis la que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno. La teoría más aceptada en la génesis de esta patología es el exceso de colesterol biliar. (Castro & Zarate, 2020)

La vesícula recibe la bilis del hígado por el conducto hepático y el cístico, la cual está estructurada en el interior del cuerpo por una serie de pliegues de tejido elástico y en sus paredes están formadas por una túnica serosa, mucosa y muscular (Parrales, Medina, & Zuñiga, 2018).

La vesícula biliar puede sufrir de una distensión, o engrosamiento de sus paredes, por exudación o presencia de líquido pericolecístico, “en la mayoría de los casos está asociada con la colelitiasis, pero existen otros factores que pueden contribuir a su patogénesis, como isquemia de pared, disminución de la motilidad, daño químico directo, infección, y anormalidades de tejido conectivo” (Morales-Maza & et al., 2021).

### **2.2.9. Epidemiología**

La litiasis biliar es una patología bastante frecuente en las consultas médicas entre la población occidental y menos frecuente en la oriental debido al tipo de alimentación. La litiasis consiste básicamente en la formación de cálculos biliares, están compuestos por el colesterol excretado por el hígado y por sales de calcio se

forman cuando el nivel excretado es superior al de la bilis o cuando existe exceso de bilirrubina presente en la bilis, estos diminutos cristales se precipitan sobre la superficie de la mucosa vesicular inflamada hasta formar los cálculos biliares (Tovar, 2018).

La litiasis biliar en Norteamérica tiene mayor prevalencia en la población femenina que en la masculina, pero en las etnias mexicanas la incidencia es mayor en la población masculina en un 26,7% y en la población femenina en un 8,9%, mientras que en la población no hispana blanca masculina es de 8,6% y en la femenina 16,6%, y en las personas entre 20 y 74 años de edad, siendo la tasa más alta a los 40 años; basándose en las estadísticas se ha establecido una relación de 3 mujeres por cada hombre con litiasis biliar (Castro G. , 2020).

Otro estudio menciona que la colecistitis aguda tiene una incidencia de cerca del 20% en España, del 20.1% en Cuba, y de 7.68% en Perú, con una tasa de mortalidad de pacientes masculinos de 10,7%, mucho más alta que en pacientes femeninos con un 5.4%, asociándose principalmente a pacientes entre los 40 y 50 años (Menacho, 2020). En el caso de Ecuador, un estudio realizado en Cuenca por Quizhpi (2019) determinó que, en el Hospital José Carraco Arteaga, la prevalencia de la colecistectomía laparoscópica difícil era de 8,7%.

Según información suministrada por el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, en lo correspondiente al período enero-abril del presente año se atendieron 93 casos de cirugía laparoscópica de colecistitis y 19 casos de cirugía abierta, para un total de 112 casos.

### **2.2.10. Colelitiasis**

La colelitiasis se produce por la presencia de cálculos biliares en el conducto cístico reteniendo la bilis, generando la acumulación de bilis en la vesícula. Estos cálculos biliares pueden ser de dos tipos el de colesterol y el pigmento; los primeros que presentan un nivel de concentración mayor al 50% de colesterol monohidratado y los de pigmento están compuestos principalmente de bilirrubinato de calcio y tiene menos de 20% de colesterol (Longo & Fauci, 2013).

Según lo explica Goldman y Schafer (Goldman & Schafer, 2020) , la colelitiasis es una enfermedad muy frecuente en el aparato digestivo, existiendo diversos factores ambientales, así como predisposición genética a la formación de cálculos biliares, siendo uno de los principales factores de riesgo la obesidad, debido a la secreción de ácidos biliares y lectina, creando una sobresaturación biliar.

### **2.2.11. Fisiopatología de la colecistitis**

La colecistitis se puede presentarse en los pacientes de acuerdo con las siguientes manifestaciones clínicas que la catalogan como:

Colecistitis Aguda: es una patología que se caracteriza por presentar “un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, que clínicamente se presenta con dolor abdominal y defensa en hipocondrio derecho, acompañado de hipertermia y leucocitosis. La cual puede presentarse como:

- Aguda Litiásica es causada por la obstrucción del conducto cístico debido a la presencia de un cálculo impactado.
- Alitiásica que puede ser de etiología multifactorial y con mayor incidencia en las complicaciones (Huaman, 2019).

Colecistitis Crónica: es una patología asociada al más del 90% de los casos de colelitiasis, este diagnóstico histopatológico se caracteriza por presentar una inflamación prolongada, debido a la “vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química, manifestándose como edema y engrosamiento. Si la obstrucción es parcial y de corta duración, sólo se experimentará cólico biliar” (Baquerizo, 2021).

**Figura 1** Colecistitis Crónica



Fuente: (Stevens & Lowe, 2020, pág. 267)

La colecistitis crónica se debe según Alan Stevens y James Lowe (2020) al; engrosamiento muscular y fibrosis sin alteraciones inflamatorias, sería más apropiado considerar esos casos como colecistopatía obstructiva. Otros casos se acompañan de inflamación crónica y pueden considerarse como colecistitis crónicas verdaderas. La aparición de la enfermedad se ha relacionado con anomalías de la contractilidad vesicular (estimulada en presencia de cálculos), con lesión química directa de la mucosa por la bilis, y con los efectos de episodios repetidos de colecistitis aguda.

La manifestación clínica de colecistitis crónica se puede presentar como vesícula escleroatrofiada, vesícula de porcelana o como hidrops vesicular. La colecistitis crónica puede progresar a una colecistitis aguda o a una enfermedad

vesicular, al permanecer por mucho tiempo como asintomática y de forma silenciosa en sus inicios, por lo que existe la posibilidad de generar otras complicaciones (Longo & Fauci, 2013).

### 2.2.12. Manifestaciones de colecistitis aguda

Una de las principales manifestaciones clínicas de la colecistitis es el dolor abdominal o cólico biliar localizado en el hipocondrio derecho en un 70% e irradiado en un 30% de los casos; este cólico biliar se repite en forma progresiva y se va haciéndose más persistente y fuerte producto de la obstrucción del conducto cístico por una piedra o cálculo biliar, síntoma que presenta generalmente luego de las comidas con un alto contenido de grasa.

Otros síntomas asociados a esta patología es la sensibilidad en toda el área del cuadrante superior del abdomen con inflamación acompañado de náuseas junto a episodios de arcadas, reflujo gástrico, eructos y flatulencias, además en ciertos casos escalofrío y malestar general (Viana, 2018).

**Figura 2** Manifestaciones de colecistitis aguda

Dolor	Síntomas Asociados	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición brusca</li> <li>• Cólico biliar</li> <li>• Constante y fuerte</li> <li>• Se irradia a la espalda</li> <li>• Dura de 12 a 18h</li> <li>• Se agudiza con el movimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Fiebre mayor a 39°C</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Inestabilidad hemodinámica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perforación de la vesícula</li> <li>• Peritonitis</li> <li>• Formación de fístula</li> <li>• Ileo biliar</li> </ul>

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** (Baquerizo, 2021)

### **2.2.13. Diagnóstico de la colecistitis**

El proceso de diagnóstico se inicia con la historia clínica del paciente y la realización de un examen físico, no existe una prueba de laboratorio específica que indique la presencia de una colecistitis, con un examen de laboratorio de leucocitos donde se evidencie desviación izquierda y neutrofilia, con transaminasas, GGT y fosfatasa alcalina con una leve elevación, son valores indicativos que el medico analiza, junto con la respuesta que da el paciente al interrogarlo mientras se realiza la exploración física mediante la maniobra de signo positivo de Murfhy, realizando la palpación aplicando presión en el abdomen en el hipocondrio derecho y por observación de la caída de perfusión vesicular. Además de estos primeros procedimientos el medico puede recurrir a realizar cualquiera de los siguientes exámenes:

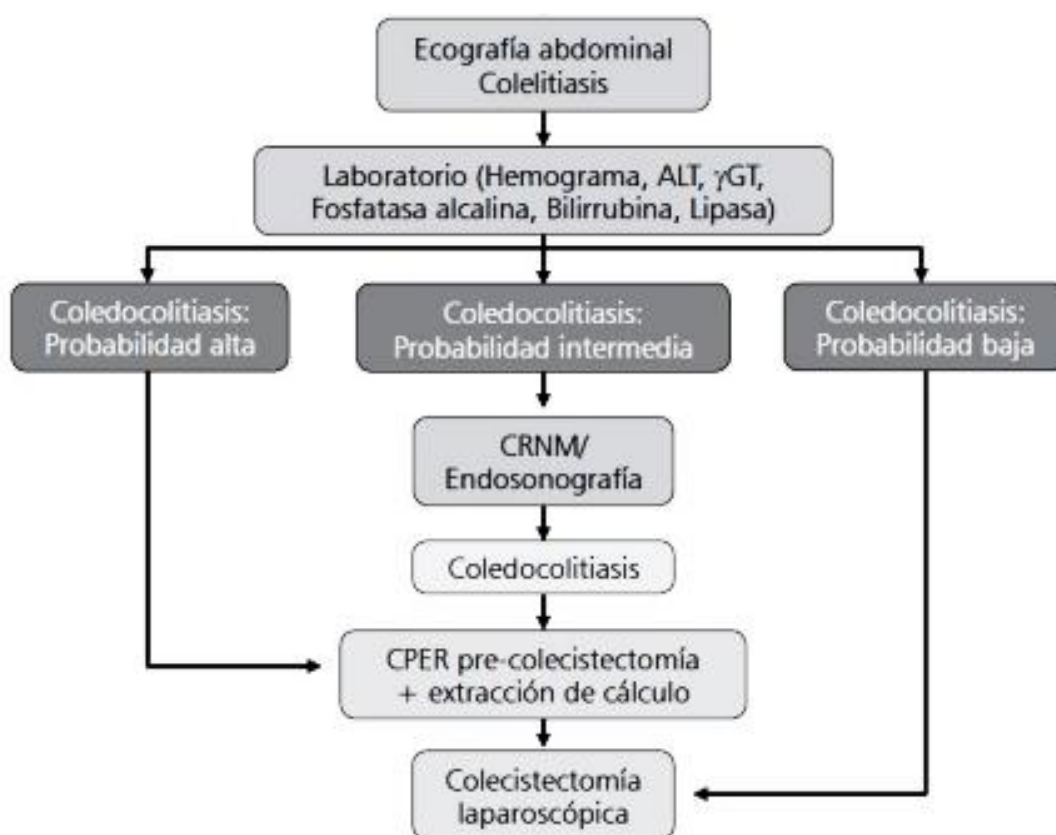
- Radiografía abdominal: en la que puede ser captada la vesícula cuando presente en sus paredes calcio, aunque es muy limitado este procedimiento ya que aproximadamente el 20% de los casos presentan calcificaciones macroscópicas.
- Ecografía abdominal: puede resultar precisa en el 95% de los casos, permite identificar además posibles complicaciones debidas a paredes engrosadas, procesos inflamatorios, cantidad y tamaño de los cálculos.
- Colecistografía oral: puede ser precisa en casi un 99% de los casos, al fundamentarse en la exposición de contrastes de colorantes halogenados que son segregados en la bilis y son concentrados en la vesícula (Amiquero & Cuadros, 2018).

- Colangio Pancreato Resonancia: es un método no invasivo, recomendado para pacientes de alto riesgo que no sufran de claustrofobia, que “permite visualizar la vía biliar con muy alta sensibilidad y especificidad”. (Hospital de Emergencia "J.C. Ulloa", 2021).
- Tomografía axial computarizada (TAC): es un procedimiento que surge en 1972 con el Dr. Godfrey Hounsfield siendo utilizado para visualizar la vesícula y los conductos biliares, haciendo segmentación por planos en imágenes computarizadas que son reconstruidas en el ordenador indicando diferentes densidades y valores de acuerdo a la escala de números de Hounsfield que es asignado a cada elemento volumétrico (Andrade, 2020).
- Gammagrafía biliar: es un procedimiento invasivo empleado para detectar problemas en el hígado y en la vesícula biliar mediante la aplicación vía intravenosa de radionúclido que es una sustancia radiactiva que es detectada por una cámara gamma cuando circula por las vías biliares, por la vesícula, hígado e intestino, generando imágenes que son estructuradas en una computadora (Lindenmeyer, 2021).
- Colangiopancreatografía endoscópica: es un método invasivo que permite realizar una valoración de la vía biliar, mediante la visualización de las porciones intra y extrahepáticas, permitiendo observar la dilatación del árbol biliar teniendo, con una sensibilidad entre 96 a 100% en la detección de litiasis en la vía biliar (Sánchez & Gómez, 2019).



- Ultrasonido abdominal: es una prueba no invasiva, que representa menos riesgo para el paciente cuando se realiza pues no necesita ingerir sustancias de contrastes, además permite realizar un diagnóstico mientras se hace una revisión del tracto digestivo, siendo un procedimiento más útil para visualizar los cálculos proximales (EsSalud, 2018).

**Figura 3** Diagnóstico de colecistitis



Fuente: (Cid, 2019)

#### 2.2.14. Tratamiento para la colecistitis

Dependiendo del grado de severidad de la colecistitis y nivel de complicación serán los tratamientos para aplicar, pero a todos los pacientes se les indica realizar un régimen alimenticios bajo en grasas para que la vesícula descanse.

- Cuando la colecistitis es leve con cálculos entre 0,5 mm a 1mm, con sintomatología leve a moderada, con posibilidad de expulsión del cálculo por el funcionamiento de la vesícula, se recomienda inicialmente tratamientos no invasivos, suministrando con medicamentos con ácidos biliares orales para la disgregación del cálculo biliar, con estatinas para la inhibición de la síntesis hepática, además se recomienda un reposo intestinal no ingiriendo alimentos grasos, ingiriendo sólo alimentos suaves y líquidos, suministrando analgésicos para el dolor y antibióticos si el caso lo requiere, dependiendo de los parámetros clínicos del paciente relacionados con la alteración de la temperatura hipertermia, pruebas de laboratorio y síntomas se puede iniciar el tratamiento invasivo.
- Cuando la colecistitis es aguda se recurre a tratamientos invasivos con procedimientos quirúrgicos para extirpar la vesícula, pudiéndose realizar una colecistectomía laparoscópica, como procedimiento menos invasivo y de menor tiempo de recuperación la cual contribuye a evitar una posible perforación de la vesícula o el empiema vesicular o también se puede recurrir a la colecistectomía convencional que es una cirugía abierta más invasiva con mayor tiempo de recuperación (Rodríguez, 2018).

Existen otros tratamientos menos invasivos que son aplicados a pacientes con un alto nivel de riesgo si es sometido a una cirugía de extirpación de la vesícula, entre estos procedimientos se encuentran:

- Colecistectomía percutánea: es un procedimiento invasivo realizado por un médico especialista, que introduce un tubo para extraer la bilis infectada o atascada a través de la piel guiado por ultrasonido.

- Colangiografía transhepática percutánea: en este procedimiento al paciente se le inyecta un material de contraste con una aguja guiada por imágenes dirigida a los conductos biliares, que permite localizar los cálculos que están bloqueando la salida de la bilis y de ser necesario colocan un sten para facilitar la salida y disminuir la inflamación.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: es un procedimiento realizado por un gastroenterólogo, que consiste en inyectar un líquido de contraste en introducir por la boca un tubo flexible o fibra laser, conduciéndolo por el estómago e intestino delgado hasta llegar al conducto biliar donde limpia el conducto biliar y destruye los pequeños cálculos o incluso extraerlos utilizando una canasta ( Radiological Society of North America, 2022).

La utilización de este procedimiento puede causar según lo publicado por Barberan & et.al (2021) en el Journal of American Health complicaciones posteriores de acuerdo con diferentes estudios realizados que indican que en un 1,2% de los casos puede causar una pancreatitis aguda, en un 2% hemorragia post esfinterotomía y en 1% perforación, por lo que recomiendan guardar reposo en las siguientes 24 horas siguientes.

#### **2.2.15. Reseña histórica de la Colectomía**

Tal como se ha mencionado anteriormente la colectomía es un procedimiento quirúrgico para la extirpación de la vesícula mediante un procedimiento abierto o por laparoscopia. Este procedimiento fue realizado por primera vez en 1882 en Berlin por Carl Langenbuch mediante una incisión abierta en forma de T, que ya había practicado en cadáveres y animales, siendo mejorada por Todor Kocher, pasando con la llegada de nuevas tecnologías a realizarse de una

forma menos invasiva realizada empleando la técnica de laparoscópica, siendo desarrollada practicando inicialmente en cerdos en 1978 por Frimberger, siendo aplicada en humanos en 1985 en Alemania por Eric Mühe, en 1987 se realiza en Francia la primera colecistectomía con una cámara de video por Philippe Mouret y en 1991 se realiza en Ecuador la primera colecistectomía laparoscópica en el Hospital Hermanos Ameijeiras (Armas, 2019) .

### Comparación entre Colecistectomía convencional y laparoscópica

	Colecistectomía convencional	Colecistectomía laparoscópica
<b>Tipo de anestesia</b>	General	General
<b>Incisión</b>	Subcostal derecho al borde de las costillas, haciendo una gran abertura.	Se hacen 4 incisiones o puertos en la variante americana, uno de 11 a 12 mm para el óptico; otro en el hipocondrio izquierdo para la línea de trabajo; otro en el epigastrio (región superior de abdomen) y uno de 5mm en el medio clavicular.
<b>Procedimiento</b>	Se mueve el hígado para llegar hasta la vesícula, secciona la arteria hepática con dos ligaduras o por hemostasia para separar el lado izquierdo de la vesícula y luego el conducto cístico derecho, se procede a extirpar la	Se introduce el primer trocar por el ombligo para ver y explorar la zona; el segundo trocar se introduce por lado derecho se introduce una pinza del dren de CO <sub>2</sub> para inflar el abdomen, con lo tercero a la izquierda y el cuarto a la derecha se procede a traccionar hacia abajo la bolsa

	vesícula. Se sutura la herida.	de Hartmann y separar el conducto cístico, luego se realiza la disección del pedículo y se cauterizan el conducto cístico y la arteria y se extrae la vesícula.
<b>Beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite examinar el área abdominal.</li> <li>• Menor riesgo por complicaciones en pacientes con cáncer de vesícula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor tiempo de recuperación</li> <li>• Menor daño estético</li> <li>• Menor dolor postoperatorio</li> <li>• Menos invasiva</li> </ul>
<b>Contraindicación</b>	Pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones cardio respiratorias.</li> <li>• Cardiopatías.</li> <li>• Hipertensión portal</li> <li>• Hipertensión craneal</li> <li>• Glaucoma de ángulo cerrado</li> <li>• Cirrosis</li> </ul>	Pacientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazadas</li> <li>• Con sospecha de cáncer de vesícula.</li> <li>• Con alteraciones hemodinámicas</li> <li>• Con problemas respiratorios graves.</li> <li>• Con cirrosis hepática</li> </ul>

Fuente: (Rodríguez, 2018)

### 2.2.16. Principales complicaciones de la colecistectomía

Según Ramos (2020) entre las complicaciones que se pueden presentar en el transoperatorio se encuentran;

Complicaciones de grado I y II

- Infección en el área operatoria.
- Arritmia cardíaca.
- Hipertensión arterial.

- Hipotensión arterial.
- Insuficiencia respiratoria.

#### Complicaciones de grado III

- Perforación de la vesícula biliar: pueden generar un aumento de riesgo de desarrollar infección sino son retirados a tiempo y limpiando adecuadamente el área.
- Sangrado intrabdominal: debido a un problema de cicatrización al cauterizar.
- Acceso en la pared abdominal.
- Infección de la herida.

#### Complicaciones de grado IV:

- Perforación intestinal: los intestinos son los órganos que sufren con mayor frecuencia una perforación, causando una fuga de la materia que contienen causando un cuadro de peritonitis.
- Lesión de los vasos epigástricos: a pesar de tener poca incidencia en el desarrollo de hemorragia intraoperatoria, puede ser corregida
- Lesiones en las vías biliares: son causadas durante el proceso quirúrgico al confundir el conducto biliar y el conducto cístico, ocasionando alguna morbilidad e incluso en menor proporción la muerte del paciente.
- Lesión hepática: puede ocurrir al introducir en el abdomen los troncales, causando hemorragia intrabdominal y complicación que depende de la lesión ocasionada.

- Falla renal
- Falla cardíaca.

### **2.2.17. Complicaciones postoperatorias de la colecistectomía**

#### Complicaciones Inmediatas

Se producen en las primeras 72 horas posteriores a la colecistectomía en paciente puede presentar las siguientes complicaciones:

- Coleperitoneo: se caracteriza por un dolor fuerte en el abdomen causado por la existencia de bilis en el peritoneo de la cavidad abdominal.
- Hemorragia interna: por haber sufrido durante la intervención un daño en la pared abdominal, en los vasos epigástricos o en las ramas suprahepáticas.
- Pancreatitis aguda: debido a la obstrucción por un cálculo de menos de 5 mm que no permite la salida del jugo pancreático.

#### Complicaciones mediatas:

- Lesión en los conductos biliares: que puede ser causada por quemaduras con el electrocauterio, confusión de los conductos.
- Presencia de un cálculo residual en las vías biliares.
- Papilitis: se caracteriza por la presencia de dolor, fiebre e ictericia debido a un colédoco dilatado y requiere ser resuelto con urgencia.
- Infección de la herida: al observar contenido purulento en la herida, edema, fiebre y dolor.
- Hemoperitoneo: se caracteriza por la presencia de sangre en el peritoneo, por haber dejado un espacio sin cauterizar, requiriendo una nueva intervención quirúrgica (Castro G. , 2020).

### **2.2.18. Molestias en el Post Operatorio mediato**

El paciente luego de ser sometido a una intervención quirúrgica presenta generalmente una serie de molestias, entre las cuales se encuentran las siguientes:

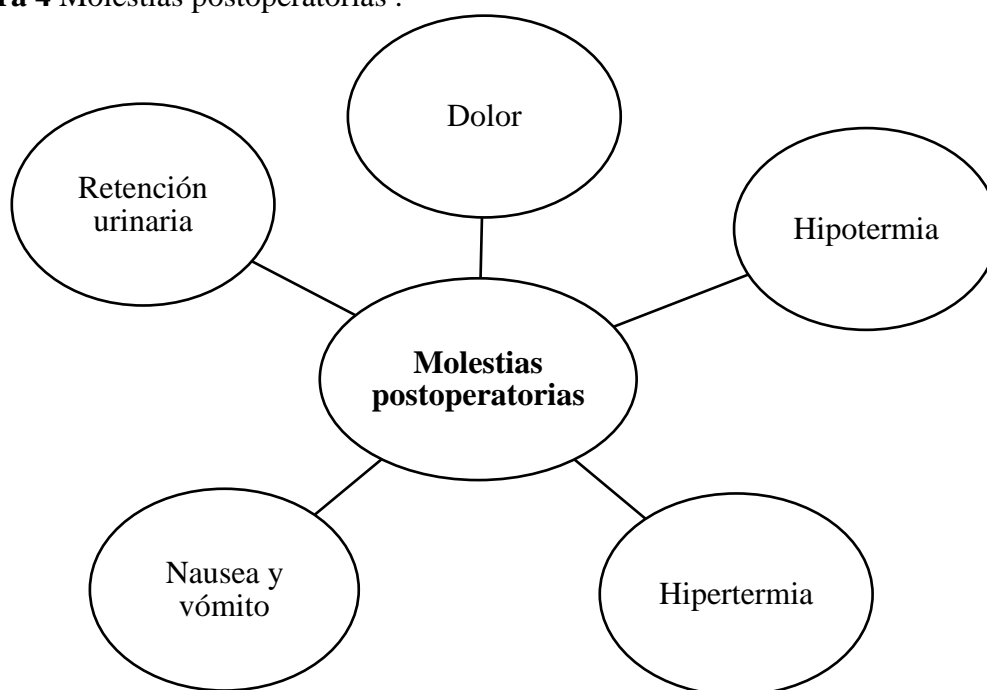
- **Dolor:** es una sensación asociada al sufrimiento del paciente ocasionado por la intervención quirúrgica donde los tejidos fueron afectados durante el procedimiento de extirpación de la vesícula y la anestesia, este dolor postoperatorio generalmente dura máximo 48 horas siguientes al procedimiento.
- **Hipotermia:** es una molestia relacionada con la baja de la temperatura corporal por debajo de 35°C en las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, el personal de enfermería debe realizar procedimientos para calentar al paciente antes que comience a presentar temblores que podrían afectar la cicatrización de las heridas causadas por la intervención quirúrgica.
- **Hipertermia:** es una molestia que está relacionada con la elevación de la temperatura corporal por encima de los 38°C en las primeras horas posteriores a la intervención siendo necesario controlar la temperatura del paciente cada cuatro horas, considerándose un síntoma de alarma ante una posible infección.
- **Retención urinaria:** esta molestia puede ser una complicación si el paciente no elimina la orina entre las 8 a 10 horas subsiguientes a la intervención quirúrgica. El personal de enfermería debe palpar la zona de la vejiga para observar si el paciente presenta distensión vesical o



dolor y realizar masajes para estimularlo, en el caso que no logre el vaciado se debería colocar una sonda al paciente.

- Náuseas y vómitos: es una molestia que se presenta por la sensación de vacío en el estómago, que puede ser ocasionado por efecto de la anestesia, por distensión abdominal, dolor, miedo ingerir alimentos. El personal de enfermería debe realizar maniobras para controlar estas molestias, colocando al paciente de lado, realizar limpieza bucal, ingesta de alimentos suaves, entre otras (Valentin, 2020).

**Figura 4** Molestias postoperatorias .



Fuente: (Valentin, 2020)

### **2.2.19. Cuidados de enfermería a pacientes colecistectomizados**

Al terminar todos los procedimientos en el quirófano inmediatamente el paciente pasa a una sala de recuperación acompañado por el equipo de anestesiólogos, donde es recibido por un profesional de enfermería que debe cumplir los siguientes pasos:

- Identificar al paciente y el procedimiento quirúrgico realizado.
- Comprobar el estado general del paciente y los antecedentes de enfermedades preexistente.
- Realizar una valoración del paciente, comprobando los signos vitales, la función respiratoria, la función hemodinámica y el nivel de conciencia cada media hora.
- Inspeccionar la diuresis cada media hora.
- Verificar la técnica de anestesia empleada, fármacos y líquidos administrados durante la cirugía.
- Localizar los apósitos y catéteres.
- Proteger el área de la herida (Valentin, 2020).

El período del postoperatorio mediato de una colecistectomía empieza a contabilizar desde el momento que el paciente ingresa al área de hospitalización, por lo que para la recuperación sea eficiente en las siguientes horas y no sienta molestias, el personal de enfermería debe minimizar eventos adversos, realizando los siguientes procedimientos:

- Mantiene la herida higienizada retirando los apósitos diariamente, son de tela o gasa observando que estén limpios y sin manchas de sangre, luego lavar con agua limpia y jabón toda la herida, secar y volver a cubrir la herida.
- Los apósitos de cinta adhesiva se pueden limpiar Inter diarios, pues no adsorben humedad.
- Mantener hidratado al paciente las primeras horas antes de recibir los primeros alimentos líquidos.

- Suministrar el primer día una dieta líquida las primeras horas, absorbiendo por sorbos.
- Siguiendo pasadas las primeras 24 horas con alimentos tipo puré, sopas bajas en grasa, indicando al paciente que sean ingeridos de forma lenta para observar que sean tolerados, continuando progresivamente con alimentos más sólidos.
- Observar si el paciente siente dolor intenso producto de las molestias en los músculos del abdomen, para suministrarle analgésicos.
- Mantener reposo las primeras horas y realizar pocos movimientos para favorecer el proceso de cicatrización.
- Pasados las primeras ocho horas realizar pequeñas caminatas, evitando permanecer mucho tiempo acostado o sentado (Parrales, Medina, & Zunñiga, 2018)

De igual forma el personal de enfermería debe considerar los aspectos emocionales del paciente, brindando:

- Apoyo social estableciendo un canal de comunicación con el paciente para que pueda expresar sus necesidades con confianza e incorporando a la familia para que adquiera la información necesaria para brindar los cuidados en el hogar.
- Apoyo psicológico para que el paciente se sienta tranquilo y con un nivel bajo de ansiedad.
- Apoyo espiritual para crear un ambiente de serenidad y esperanza (Amiquero & Cuadros, 2018).

### **2.2.20. Cuidados mediatos de enfermería**

Los cuidados mediatos son aquellos que son aplicados a pacientes posterior a la intervención quirúrgica inmediatamente después de los cuidados inmediatos, cuando el paciente es ingresado al área de hospitalización y termina cuando este es dado de alta, durante estos cuidados es necesario tener en cuenta tres aspectos principales, el cuidado de la herida quirúrgica, verificación de los drenajes y la realización de la curación (Pereiro & Bayas, 2019). Además de ello, los profesionales de enfermería brindan apoyo emocional y el monitoreo de los signos vitales. A continuación, se enlistan algunos de los principales cuidados prestados;

- La toma y registro de signos vitales
- Establecer un programa de cambios posturales adaptado a las condiciones del paciente para la prevención de úlceras por presión.
- Tener especial cuidado durante el aseo para no mojar los apósitos que cubren la herida quirúrgica.
- Estimular al paciente para que realice ejercicios respiratorios, de expectoración, haga movilizaciones e intente deambular lo antes posible (si no existe contraindicación).
- Observar y comprobar que los apósitos de las heridas quirúrgicas estén siempre limpios, secos y bien fijados (Pereiro & Bayas, 2019).

Según lo explica Zambria (2017), los cuidados mediatos pueden tardar entre las 24 a 48 horas luego de la intervención quirúrgica, y dentro de los parámetros que deben ser vigilados como posibles síntomas de una complicación se encuentran; la temperatura, el control de la diuresis, el balance

hidroelectrolítico y la valoración de los ruidos hidroaéreos. Para ello se deben tener las siguientes consideraciones;

- Se debe verificar el restablecimiento del tránsito intestinal antes de iniciar la alimentación oral.
- Realizar de forma continua la valoración de la temperatura del paciente, siendo una elevación de esta un posible signo de cuadros infecciosos.
- Observar la herida operatoria.
- Ayudar al paciente con la micción y evacuación cuando sea necesario. Además de valorar de forma continua que el paciente no presenta micción no controlada o humedad en la piel.
- Valorar de forma integral al paciente a fin de reconocer alteraciones reales o potenciales, considerando problemas fisiológicos, psicológicos, efecto de la anestesia, comportamiento de las vías respiratorias y del sistema cardiovascular.
- Asegurarse de que el paciente se encuentre tranquilo, en confort y seguro, vigilando en los primeros momentos aspectos psicosociales y la somnolencia del paciente.
- Ayudar al paciente en la movilización, fomentando la deambulación temprana, facilitando la digestión y la recuperación de la función intestinal.
- Monitorear el dolor presentado por el paciente (Zanabria, 2017).

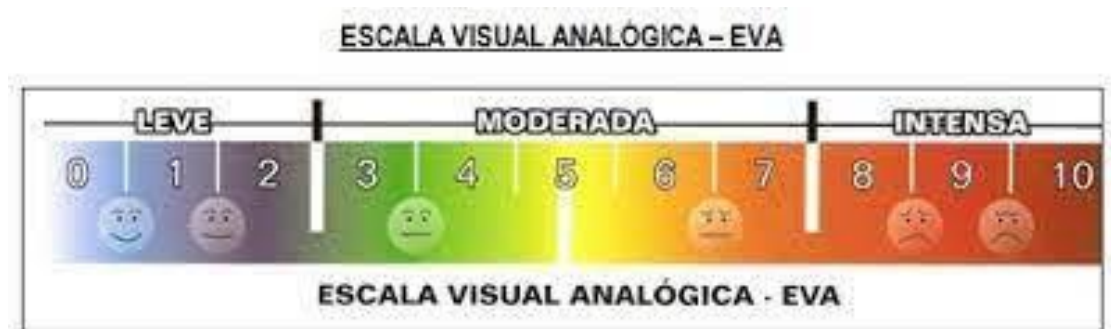
### 2.2.21. Valoración del dolor

Para la valoración del dolor existen diversas escalas que pueden facilitar el reconocimiento de la sensación de confort de los pacientes independientemente de su facilidad para comunicarse. Dentro de algunas de las Escalas más utilizadas se encuentran;

#### Escala analógica visual (EVA)

Esta escala ayuda a valorar la intensidad del dolor del paciente, empleando una línea horizontal de 10 centímetros, donde en sus extremos se encuentran expresiones extremas del síntoma, colocándose en el lado izquierdo la menor o nula intensidad y en el lado derecho la de mayor intensidad (Vicente, et al., 2018).

**Figura 5** Escala visual analógica

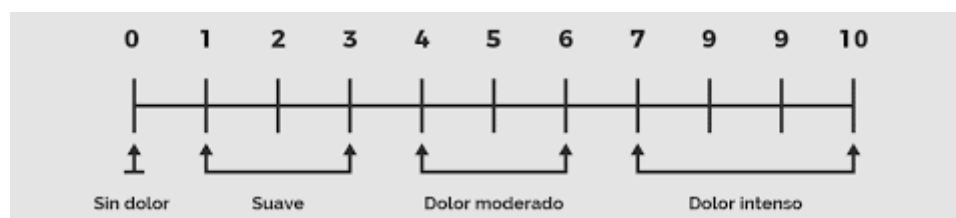


**Fuente:** (Vicente, et al., 2018).

#### Escala numérica (EN)

Esta escala permite valorar del 1 al 10 el nivel de dolor del paciente, donde 10 representa el mayor nivel de dolor y 1 la no existencia de dolor (Vicente, et al., 2018).

**Figura 6** *Escala numérica*



**Fuente:** (Vicente, et al., 2018)

### **Escala categórica**

Es aquella utilizada para cuantificar los síntomas cuando otras escalas no pueden funcionar, para ello la escala establece diferentes criterios para facilitar la identificación por parte del paciente;

- 0 (Nada)
- 4(Poco)
- 6 (Bastante)
- 10 (Mucho) (Vicente, 2018).

#### **2.2.22. Componentes del cuidado de enfermería a pacientes colecistectomizados**

El cuidado de enfermería debe contar con los siguientes componentes para que el paciente colecistectomizados se sienta satisfecho.

- **Conocimiento:** el profesional de enfermería debe partir de identificar al paciente colecistectomizado como persona, sus capacidades y limitaciones; sus necesidades físicas y emocionales, además de conocerse a sí mismo en cuanto a sus capacidades y conocimientos profesionales.
- **Paciencia:** es considerado uno de los componentes más importante al momento de brindar cuidados al paciente colecistectomizado, teniendo

tolerancia y condescendencia, puestos que estos pacientes requieren de una mayor dedicación y tiempo en su proceso de recuperación.

- Sinceridad: al momento de cuidar al paciente colecistectomizado el profesional de enfermería debe interiorizar la condición del paciente al momento de cuidarlo, siendo honesto y explícito informarlo.
- Humildad: está relacionada con la capacidad del profesional de enfermería de aprender en cada momento del paciente y de sí mismo, al escucharlo con atención y a sus familiares, aceptando las sugerencias de estos y de sus compañeros, donde además acepte sus propias debilidades (Amiquero & Cuadros, 2018).

### **2.2.23. Reseña Histórica Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”**

El Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” inicia sus operaciones en el año 1882 con el nombre de Hospital de Jesús, bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad, a partir del año 1992, cambia su nombre al Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, siendo parte de la Coordinación Zonal 5 del Sistema de Salud.

#### ***Misión de la Institución***

Presta servicios de salud con calidad y calidad en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del ministerio de salud pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (López, 2021)



### ***Visión de la Institución***

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención, de calidad que satisface las necesidades, expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (López, 2021, pág. 25)

Presta atención al público las 24 horas del día, beneficiando aproximadamente a 205.094 personas, con una cartera de servicios que abarca:

- Consulta externa en las áreas de Medicina Interna, Cardiología, Gineco-Obstetricia, Odontología, Pediatría, Psicología, Audiología, Oftalmología, Traumatología, Dermatología y gabinetes de especialización.
- Servicio de hospitalización, contando con 22 camas para Cirugía General, 35 camas para ginecología, 20 camas para pediatría, 23 camas para medicina interna.
- Emergencia ofreciendo servicio de Emergencia en General con boxes para procedimientos de Curación, Cirugía menos, Observación e Hidratación, un boxe para Emergencias Obstétricas, uno para Emergencia Pediátrica y uno para Triage.
- Servicios críticos cuenta con 2 camas para cuidados intermedios de adultos y 10 camas para Neonatología básica.
- Centro Obstétrico cuenta con 2 salas de parto, 2 quirófanos y 4 camas para recuperación.
- Centro quirúrgico cuenta con 2 quirófanos para cirugía general, 1 para cirugía oftalmológica 1 para Séptico

- Servicios de apoyo cuenta con un Laboratorio Clínico, un centro de Imagenología para Ecografías, Rayos X y Tomografías las 24 horas y Rehabilitación.
- Farmacia (Ministerio de Salud Pública, 2022).

**Figura 7** Ubicación espacial del Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”



**Fuente:** (Mapcarta.com, 2022)

### 2.3. Definición de términos

**Bilis:** La bilis hepática está compuesta principalmente por los ácidos biliares primarios conjugados, originados en los hepatocitos y en las membranas celulares de los conductos canaliculares biliares intrahepáticos a partir del colesterol. (3) Los ácidos biliares primarios (ácido cólico y quenodesoxicólico) en el hígado son conjugados con la glicina o la taurina, lo que facilita su solubilidad. Estos forman parte de la bilis hepática y pasan a la vesícula biliar, donde se almacenan y concentran durante el ayuno como bilis vesicular (Piñol & et al., 2020).

**Bradicardia:** cualquier alteración del ritmo cardíaco que tiene como resultado una frecuencia lenta, típicamente por debajo de 60 latidos por minuto (Del Val Martín & et al., 2017).

**Cavidad Abdominal:** “cavidad abdominal, es el lugar donde se encuentran la mayoría de los órganos digestivos, partes del sistema urogenital (los riñones y la mayor porción de los uréteres) y el bazo” (Parrales, Medina, & Zuñiga, 2018).

**Colelitiasis:** es la “formación de cálculos en la vesícula biliar” (Muñoz, 2018).

**Colecistectomía laparoscópica difícil:** “extracción quirúrgica de la vesícula cuando existen algunas condiciones asociadas del mismo órgano o de sus órganos vecinos o del paciente, que no permiten una disección fácil, rápida y cómoda de la vesícula”. (Cardozo & et al., 2021).

**Colecistitis aguda:** “síndrome de dolor abdominal ubicado en el cuadrante superior derecho, que se acompaña de fiebre y leucocitosis, relacionado con el estado inflamatorio de la vesícula biliar, generalmente a causa de litos biliares”. (Panamito, 2021).

**Coledocolitiasis:** “Es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco” (Muñoz, 2018).

**Conducto cístico:** Conducto que en conjunto con el conducto hepático forman el colédoco (Pina & Cajas, 2020).

**Destechamiento:** La técnica de destechamiento consiste en la fenestración acompañada de drenaje del contenido quístico dentro de la cavidad peritoneal por la escisión de una parte de la pared del quiste. Este procedimiento produce una descompresión efectiva y se conserva la función del tejido hepático (Torices & et al., 2018).

**Insomnio:** incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño. Es el trastorno del sueño más frecuente y puede producir consecuencias para la salud en todas las dimensiones (Baudes & et al., 2019).

**Insuficiencia cardíaca:** síndrome de disfunción ventricular. La insuficiencia ventricular izquierda causa disnea y fatiga, mientras que la insuficiencia ventricular derecha promueve la acumulación de líquido en los tejidos periféricos y el abdomen (Nowell, 2020).

**Laparoscopia:** Procedimiento que usa un médico para observar el interior del abdomen (barriga) y la pelvis. Se hace con un laparoscopio, un tubo delgado y flexible que tiene en un extremo una luz y una pequeña cámara de video. El tubo se introduce a través de una incisión realizada a través de la pared abdominal, cerca del ombligo. También se podría hacer una segunda o una tercera incisión en otras partes del abdomen para insertar otros instrumentos. La laparoscopia también se conoce como cirugía mínimamente invasiva (keyhole surgery) (American Cancer Society, 2019).

**NANDA:** Diagnósticos estandarizados de enfermería

**NIC:** Clasificación de intervenciones de enfermería

**NOC:** Clasificación de resultados de enfermería

**Postoperatorio mediata etapa:** Que va desde la finalización de la intervención quirúrgica hasta que el paciente no precise de una vigilancia intensiva y pasa a la Unidad de hospitalización (Lamas & Iglesias, 2021).

**Tratamiento quirúrgico:** Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, regional o local, con sedación o sin ella, que

requieren cuidados posoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario (Brahin & et al., 2020).

**Traumatismo vascular:** Lesiones de los vasos sanguíneos (arterial y venoso) mayores de 4 mm, el 3% de todas las lesiones en trauma tiene un componente vascular (López-Narváez & al, 2020).

**Ultrasonido:** “Es el método inicial para la valoración de la vía biliar, hígado, vesícula biliar y páncreas al ser un método más accesible y de menor costo” (Sánchez & Gómez, 2019).

**Vesícula:** Órgano impar, sacular, anatómicamente localizado debajo del hígado, del tamaño de una pera pequeña y conforma parte del sistema hepatobiliar extrahepático, al que se adhiere a través del conducto cístico (Piñol & et al., 2020).

#### **2.4. Sistemas de variables**

##### **Variable Independiente**

Proceso de atención de enfermería a Pacientes colecistectomizados según el modelo de Marjory Gordon.

## 2.5. Operacionalización de la variable

**Variable independiente:** Proceso de atención de enfermería a Pacientes colecistectomizados según el modelo de Marjory Gordon.

Definición	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala	Instrumento
Proceso de atención de enfermería dirigido a pacientes que son intervenidos por una colecistectomía, siendo esta un procedimiento quirúrgico practicado frecuentemente, el cual se ejecuta en pacientes con inflamación vesicular o colecistitis aguda (Cardozo & et al., 2021).	Pacientes intervenidos  Proceso quirúrgico  Colecistitis aguda	Datos personales del paciente	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 a 24 años</li> <li>• 25 a 45 años</li> <li>• 46 a 65 años</li> <li>• Más de 66 años</li> </ul>	Guía de valoración
			Género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> <li>• LGTBQ</li> </ul>	
			Etnia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indígena</li> <li>• Mestizo</li> <li>• Blanco</li> <li>• Afroecuatoriano</li> <li>• Otro</li> </ul>	
			Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbano</li> </ul>	
			Nivel académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Básico</li> <li>• Bachillerato</li> <li>• Superior</li> </ul>	
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleado público</li> <li>• Jubilado/pensionado</li> <li>• Empleada/doméstica</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempleado</li> </ul>	
		Condiciones previas al procedimiento	Diagnóstico médico al momento de la intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculos biliares</li> <li>• Inflamación de vesícula</li> <li>• Pólipos en la vesícula</li> </ul>	
			Días de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 día</li> <li>• 2-3 días</li> <li>• 3 y más días</li> </ul>	
	Valoración de los pacientes	Patrón 1: Percepción/manejo de la salud	Conoce de su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	
			Le han explicado sobre su diagnóstico posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	
			Necesidad de ayuda para realizar las actividades de higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Necesidad de ayuda para vestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Necesidad de ayuda para trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
		Patrón 2: Nutricional/metabólico	Condición de la temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normo termia</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Hipertermia</li> </ul>	

			Necesidad de ayuda para alimentarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Ingestión de dieta, posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 6 horas</li> <li>• 7-10 horas</li> <li>• 11 y más horas</li> </ul>	
			Dieta prescrita 24 horas posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada por vía oral</li> <li>• Líquida</li> <li>• Blanda</li> </ul>	
			Complicaciones digestivos náuseas y/o vómitos posteriores a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Sangrado herida operatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo</li> <li>• Escaso</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> </ul>	
			Signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
		Patrón 3: Eliminación	Micción Aspecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claro</li> <li>• Colúrico</li> <li>• Hematúrica</li> <li>• Sedimentosa</li> </ul>	



			Micción Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 -6 horas</li> <li>• 7-10 horas</li> <li>• 11 y mas</li> </ul>	
			Defecación Alteración en la eliminación diarrea, estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Defecación Necesita ayuda para usar el inodoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
		Patrón 4: Actividad ejercicio	Frecuencia Respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquipnea</li> <li>• Bradipnea</li> <li>• Disnea</li> <li>• Normal</li> </ul>	
			Saturación de Oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 85 %</li> <li>• Mayor de 90 %</li> </ul>	
			Apoyo respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cánula nasal</li> <li>• Mascarilla</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	
			Frecuencia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia</li> <li>• Bradicardia</li> <li>• Normal</li> </ul>	
			Riesgo periférico o de edemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros inferiores</li> <li>• Miembros superiores</li> </ul>	
			Líneas invasivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periférica</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central</li> </ul>	
			Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autónomo</li> <li>• Deambula con dificultad</li> <li>• Deambula solo con ayuda de una persona</li> <li>• Inmovilizado Cama/Sillón</li> <li>• Usa equipos o ayuda para deambular</li> </ul>	
			Capacidad de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente</li> <li>• Totalmente dependiente</li> <li>• Parcialmente dependiente</li> </ul>	
		Patrón 5: Sueño-descanso	Horas de sueño nocturno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 2 horas</li> <li>• 3 - 5 horas</li> <li>• 6 y más horas</li> </ul>	
			Problemas para conciliar el sueño posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	
			Usa medicación para dormir posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> <li>• Nunca</li> </ul>	

		Patrón 6 Cognoscitivo y perceptivo.	Valoración del dolor Escala EVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-3 (leve)</li> <li>• 4-7 (moderado)</li> <li>• 8 y más (grave)</li> </ul>	
		Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto	Alteraciones psicológicas posterior a la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Estrés</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	
		Patrón 8: Roles /relaciones	Vive con su familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Unión libre</li> </ul>	
			Fuentes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> <li>• Social</li> <li>• Otros</li> </ul>	
			Mantiene Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Vecinos</li> <li>• Compañeros de trabajo</li> <li>• No sale y no recibe visitas</li> </ul>	
		Patrón 9: Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aplica</li> </ul>		
		Patrón 10: Patrón de adaptación-tolerancia al estrés	Adaptación al procedimiento Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reza para aliviar el dolor</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialoga con el pastor para una pronta recuperación</li> <li>• Acude algún familiar amigos para superar la situación</li> </ul>	
		Patrón 11: Valores-creencias	Prácticas religiosas para afrontar la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** (Guerrero & Landy, 2020)

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Nivel de investigación

La investigación de este trabajo académico es de nivel descriptivo, puesto que con su ejecución se caracterizó a los pacientes colecistectomizados atendidos en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, con el fin de identificar las principales necesidades de cuidado. Además, la modalidad de investigación fue tanto de campo como bibliográfica, la primera porque se contactó directamente con los pacientes colecistectomizados en el periodo post operatorio mediato, y la segunda porque se recabó la información bibliográfica y teórica de la variable de estudio.

El estudio se rige por el enfoque cuantitativo, en vista de que los datos resultantes de la aplicación del instrumento de recolección de datos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2017).

#### 3.2. Diseño

El diseño de una investigación es el plan estructurado que se concibe para obtener información con el fin de responder a un planteamiento del problema y buscar resultados y soluciones al mismo generando conocimiento (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2017)

La presente investigación se trabajó bajo un diseño no experimental debido a que no se realizó manipulación para el control de los sujetos y/o variable en estudio, solo se busca caracterizar al fenómeno en su contexto natural para ser analizados posteriormente.

Es de diseño explicativo, ya que se toma la información levantada a fin de identificar las necesidades de cuidado de los pacientes colecistectomizados, y a partir de los hallazgos se diseñan Procesos de Atención de Enfermería estandarizados empleando los lenguajes enfermeros NANDA, NIC y NOC, los cuales serán facilitados a los profesionales de enfermería que laboran en el área de Cirugía del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”. Además, es transversal porque estudiara a los sujetos de investigación en un solo momento único y concreto en la sala de cirugía en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

### **3.3. Población y muestra**

Sé considero como población en el presente estudio a los pacientes colecistectomizados del área de cirugía en el post operatorio mediano en el hospital Alfredo Noboa Según datos suministrados por el área de estadística del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, de enero a abril del presente año, se han atendido 112 pacientes, con un promedio de 20 a 28 pacientes mensuales ., para determinar el total de la muestra se consideró una muestra por conveniencia, El muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular . Para efectos de la presente investigación La población está constituida por 20 pacientes colecistectomizados

para la valoración de la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon durante un mes.

La población para considerar para la presente investigación cumplió con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

- Ser paciente en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”
- Haber cumplido la mayoría de edad
- Pacientes colecistectomizados

#### **Criterios de exclusión**

- No acceder a formar parte del estudio
- Ser menor de edad

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para el proceso de recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos y técnicas:

- Guía de valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon: Se aplicará una guía de valoración, utilizando un cuestionario con el fin de identificar las necesidades de cuidado de los pacientes colecistectomizados, con la finalidad de conocer de una forma integral las características individuales y poder establecer un diagnóstico enfermero.

### **3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

La información fue procesada empleando el software IBM SPSS v. 25, donde se tabularon los resultados y se realizó un análisis estadístico descriptivo, generando las frecuencias y porcentajes de cada ítem analizado, obteniendo como

resultados tablas y gráficos para su interpretación y análisis. Con base a los principales hallazgos del estudio descriptivo se estableció la valoración y el diagnóstico enfermero, empleando el lenguaje enfermero NANDA, y generando Planes de Cuidado con las taxonomías NIC y NOC.



### 3.6. Análisis de resultados

**Tabla 1** Datos generales de los pacientes colecistectomizados

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 24 años	2	10%
	25 a 45 años	12	60%
	46 a 65 años	4	20%
	Más de 66 años	2	10%
Género	Femenino	19	95%
	Masculino	1	5%
Etnia	Mestizo	18	90%
	Indígena	2	10%
Lugar de procedencia	Rural	6	30%
	Urbano	14	70%
Nivel académico	Ninguno	2	10%
	Básico	7	35%
	Bachillerato	7	35%
	Superior	4	20%
Ocupación	Desempleado	15	75%
	Empleado Público	4	20%
	Empleada Doméstica	1	5%
Diagnóstico	Cálculos biliares	19	95%
	Inflamación de vesícula	0	0%
	Pólipos en la vesícula	1	5%
Días de hospitalización	Menos de 1 día	17	85%
	2-3 días	3	15%
	3 y más días	0	0%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

#### Análisis e interpretación

La interpretación de los datos geográficos generales de los 20 pacientes encuestados con colecistectomía en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, infieren que el 60% de los pacientes se encuentran entre edades que oscila entre los 25 años y 65 años, el 95% pertenecen al género femenino, predominando en la muestra encuestada que se identifican como mestizos en un 90%, en cuanto a la zona de donde provienen los pacientes el 70% es de la zona urbana.

En lo que respecta al ámbito académico se observa que la mayoría comparte significancia con el 35% los niveles básicos y bachillerato, por lo que se ve reflejado directamente en la ocupación laboral de los pacientes con el 75% de ellos se encuentran desempleados, en cuanto al diagnóstico de los pacientes intervenidos fue en su mayoría con el 95% por cálculos biliares, ante esto se identifica que los días de hospitalización para su recuperación con el 85% es menor a un día.

A lo que hace referencia el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020) que en el Ecuador se registran 29.700 casos de colecistitis aguda, siendo con mayor influencia en el sexo femenino entre edades 25 a 44 años, siendo la primera causa para una colecistectomía por cálculos biliares, datos que concuerdan con los obtenidos en la encuesta realizada en pacientes del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”.

En cuanto a la edad con mayor incidencia de colecistectomía Paredes (2019) menciona dentro de su investigación que oscilan edades entre 43 y 64 años con un 50%, en lo que respecta al motivo de la intervención el 80% de la población evaluada menciona que su diagnóstico fue por cálculos biliares (colelitiasis) para los días de hospitalización de los pacientes está en una media de 24 a 48 horas, datos que guardan relación a los del presente trabajo investigativo.

**Tabla 2 Patrón 1: Percepción/manejo de la salud**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Conoce de su enfermedad	Si	20	100%
	No	0	0%
Le ha explicado sobre su diagnóstico posterior a la cirugía	Si	20	100%
	No	0	0%
Necesita ayuda para realizar las actividades de higiene	A veces	16	80%
	Siempre	2	10%
	Nunca	2	10%
Necesita ayuda para vestirse	A veces	16	80%
	Siempre	2	10%
	Nunca	2	10%
Necesita ayuda para trasladarse	A veces	16	80%
	Siempre	2	10%
	Nunca	2	10%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

En el análisis del patrón: Percepción/manejo de la salud de Marjory Gordon relacionado con los 20 pacientes colecistectomizados en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, se observa que en su totalidad los pacientes conocen su enfermedad. Además, que el 100% de los pacientes están conscientes e informados del procedimiento quirúrgico al cual son sometidos y conocen su estado de salud después de la cirugía.

También se identificó de acuerdo con la encuesta planteada que luego de su intervención quirúrgica el 80% de la población en estudio a veces necesita ayuda para realizar sus actividades de higiene, para vestirse y para trasladarse.

En la investigación realizada por Paredes (2019) se identifica de acuerdo a la entrevista realizada a los pacientes que el 76% de ellos no reciben una información sobre su diagnóstico después de la cirugía, de igual manera el 80% de

ellos necesitan de una ayuda para movilizarse en las primeras horas posterior a la intervención quirúrgica, posiblemente esto se deba a la adaptación del paciente a su nuevo estado de salud o por el dolor que presenta en las primeras horas de recuperación.

Cabe recalcar que dentro de los factores a considerar en un paciente postquirúrgico en sus primeros días de recuperación serán indicaciones médicas como restricción de movimientos, lo que puede dificultar realizar con normalidad algunas actividades cotidianas, además, que otro de los factores se relaciona el malestar, dolor, disminución de la fuerza y/o masa muscular por el reposo que mantiene el paciente (Caballero, y otros, 2021, pág. 5).

**Tabla 3 Patrón 2: Nutricional / Metabólico**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condición de la temperatura corporal	Normo térmia	20	100%
Necesidad de ayuda para alimentarse	A veces	1	5%
	Siempre	0	0%
	Nunca	19	95%
Ingestión de la dieta, posterior a la cirugía	7 - 10 horas	20	100%
Dieta prescrita 24 horas posteriores a la cirugía	Blanda	20	100%
Complicaciones digestivas nauseas y/o vómitos posteriores a la cirugía	A veces	3	15%
	Siempre	1	5%
	Nunca	16	80%
Sangrado herida operatoria	Nulo	20	100%
Signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso	A veces	17	85%
	Siempre	0	0%
	Nunca	3	15%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

En la información recolectado con respecto al patrón Nutricional/metabólico de Marjory Gordon, se observa que la condición de la temperatura corporal de los pacientes posterior a la cirugía están normo térmicos en el 100%, es decir no presentan alteraciones térmicas que puedan considerarse como signos de alarma o presencia de infecciones, asimismo los clientes mencionan que después de su intervención el 95% no tienen la necesidad de ayuda para alimentarse, siendo su primera ingesta entre las 7-10 horas con una dieta blanda posterior a su cirugía, mencionando que el personal de enfermería debe valorar la tolerancia oral, por lo que dentro de los encuestados indican el 80% que no presentan complicaciones digestivas como vómitos o nauseas.

Similarmente, se observa que el 100% de los pacientes no presentan sangrado de la herida quirúrgica, otro aspecto importante que se consideró fueron

los signos de infección de la herida como: dolor, eritema y salida de líquido seroso que en su gran mayoría con el 85% de respuestas que a veces han presenciado uno de estos signos.

Para lo que Oliva, Gomez, Valdes, & Cornejo (2018, pág. 29) mencionan en su revisión bibliográfica que el abordaje nutricional postoperatorio debe ser entre las primeras 24 horas, iniciando con la administración de líquidos claros para continuar con dietas blandas observando la tolerancia gástrica con posibles vómitos o náuseas que pueden ser efecto de la administración de anestésicos, además indican que la alimentación temprana evitara o reducirá la presencia de signos de infección en la herida quirúrgica reduciendo así los días de estadía hospitalaria.

Así mismo, en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola Nasca en una investigación con pacientes colecistectomizados Tueros (2020) en una valoración postquirúrgica de los pacientes se observa que muestran sensaciones náuseas y vómitos por lo que mantiene al paciente en NPO ( nada por vía oral ), para el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del paciente se mantiene con vía periférica administrándose cloruro de sodio al 9%.

**Tabla 4 Patrón 3 Eliminación**

		<b>Frecuencia Porcentaje</b>	
Micción	Aspecto	Claro	13 65%
		Colurico	7 35%
	Frecuencia	4-6 horas	6 30%
		7-10 horas	14 70%
Defecación	Alteración en la eliminación diarrea estreñimiento	Nunca	20 100%
	Necesidad de ayuda para usar el inodoro	A veces	15 75%
		Siempre	1 5%
		Nunca	4 20%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

En el patrón de Marjory Gordon relacionado con la eliminación, se valoran dos aspectos de importancia el primero el aspecto de la orina se puede identificar que la micción es de una coloración clara en el 65% de los pacientes, en el segundo aspecto que es la frecuencia de la micción se identifica que el 70% de los pacientes postoperatorios presentan su eliminación urinaria entre las 7 a 10 horas, lo que muestra estar alterado ya que en los pacientes para su pronta recuperación post anestésica se espera que elimine en sus primeras horas posterior a la intervención quirúrgica.

A lo que menciona Higgins (2021) que en pacientes postquirúrgicos por la administración de anticolinérgicos o analgésicos principalmente con opiáceos tienden a presentar retención urinaria ya que estos fármacos aumentan el tono e intensidad de la contracción del esfínter urinario disminuyendo las contracciones del uréter, dificultando de esta forma la micción espontánea.

Con relación a la defecación los pacientes en su totalidad no muestran cambios como presencia de diarrea o estreñimiento. Además, hacen referencia al tercer patrón de Marjory Gordon, que el 75% de los pacientes necesita de ayuda

para usar el inodoro con la finalidad de micción o defecación, posiblemente esto se deba a la presencia de molestias en su cambio corporal por el dolor en la herida quirúrgica.

Acontecimientos que se reflejan a los obtenidos por Cisneros (2021) en su valoración de la paciente con colecistectomía, en cuanto al patrón funcional de eliminación la paciente no presenta alteración en lo que respecta a la defecación son en pequeñas cantidades, pero presentes, de igual manera en la micción se observan que son recurrentes con una coloración amarillenta, presentando su primera micción entre las primeras 6 horas de recuperación.



**Tabla 5** *Parón 4: Actividad/ ejercicio*

		<b>Frecuencia Porcentaje</b>		
Actividad Respiratoria	Frecuencia Respiratoria	Normal	20	100%
	Saturación de oxígeno	Menos a 85%	1	5%
		Mayor a 90%	19	95%
	Apoyo de oxígeno	Ninguna	20	100%
Actividad circulatoria	Frecuencia cardiaca	Taquicardia	4	20%
		Bradicardia	3	15%
		Normal	13	65%
	Riesgo periférico o de edemas	Miembros superiores	20	100%
	Líneas invasivas	Periférica	20	100%
Actividad física	Autónomo		1	5%
	Deambula con dificultad		6	30%
	Deambula solo con ayuda de una persona		13	65%
Capacidad de autocuidado	Independiente		1	5%
	Parcialmente dependiente		19	95%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

En el cuarto patrón de Marjory Gordon relacionados con la actividad y el ejercicio, los pacientes en su totalidad 100% su frecuencia respiratoria se encontraba entre los valores normales, de igual forma se pudo apreciar que todos los pacientes colecistectomizados no necesitan de un apoyo de oxígeno y el 95 % de ellos tienen un nivel de saturación de oxígeno por encima del 90%.

En cuanto a la actividad circulatoria, el 65% de los pacientes presentó una frecuencia cardiaca normal, no obstante, el 20 % de ellos presentaron taquicardia y el 15% bradicardia. Identificándose además el riesgo periférico a presentar edemas

en los miembros superiores. De igual manera los pacientes post quirúrgicos están permanentemente con una vía periférica permeable considerada como una línea invasiva, la misma que debe ser vigilada para evitar complicaciones como flebitis, extravasaciones entre otras, que pueden afectar el bienestar y confort del paciente convirtiéndose en una puerta de entrada para posibles infecciones.

En la encuesta sobre la actividad física los pacientes manifiestan que el 65% de ellos necesitan ayuda de un cuidador para su movilización y solo el 5% conserva su autonomía posterior a su intervención quirúrgica, siendo este un factor que determina que el 95 % son parcialmente dependientes para la realización de sus actividades diarias.

A lo que hace referencia Quisaguano (2017, pág. 33) en su investigación menciona que los pacientes con presencia de patologías biliares, por el hecho de guardar reposo después de su intervención quirúrgica deben mantenerse en compañía de un familiar para apoyar la realización de actividades como la deambulación, ya que el dolor de la herida quirúrgica y pérdida de fuerza o tono muscular le imposibilita mantener su independencia.

**Tabla 6 Patrón 5: Sueño-descanso**

		<b>Frecuencia Porcentaje</b>	
Horas de sueño nocturno	Menos de 2 horas	2	10%
	3-5 horas	5	25%
	6 y más horas	13	65%
Problemas para conciliar el sueño posterior a la cirugía	A veces	8	40%
	Siempre	2	10%
	Nunca	10	50%
Usa medicación para dormir posterior a la cirugía	Nunca	20	100%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa, F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

De acuerdo con el patrón Sueño-descanso de Marjory Gordon, se establece que los patrones de sueño nocturno de los encuestados en su mayoría con el 65 % sus horas de descanso oscilan entre las 6 a más horas de sueño, y solo el 10% de ellos tiene dificultada para completar sus horas de sueño siendo estas entre 2 a menos horas de descanso.

Para el problema de conciliar el sueño posterior a la cirugía el 40% de los pacientes indican que a veces tienen dificultad para conciliar sus horas de sueño, y el 50 % de ellos mencionan que no tienen problema en este sentido que su patrón sueño y descanso no se alterado después del procedimiento quirúrgico. En la encuesta también se determina que en su totalidad la población en estudio no ha hecho uso de medicación para poder dormir después de su cirugía.

Para la explicación de por qué el patrón sueño y descanso se vería afectado Cabello & Allan (2017) mencionan que el sueño y descanso de un paciente que ha pasado por una cirugía se verá afectado debido a la aplicación de anestésicos tiene un efecto residual, que puede afectar a la presencia de los trastornos del sueño, a la

evidencia de vómitos y náuseas y la baja disponibilidad del paciente a movilizarse coordinadamente en sus primeras horas tras la intervención quirúrgica.

En el trabajo investigativo de Quisaguano (2017), se observa que los pacientes en la valoración del dominio de actividad y reposo, reporta que los pacientes saturan sobre los 90%, pero se encuentra somnoliento y su descanso esta entre las 4 a 6 horas de sueño, por el malestar de la cirugía refieren no conciliar el sueño adecuadamente, posiblemente esto también a más de factores farmacológicos y de procedimientos se deba al ambiente hospitalario en el cual no adquiere el confort y tranquilidad del hogar.

**Tabla 7 Patrón 6: Cognoscitivo y perceptivo**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Valoración del dolor	0-3 (leve)	14	70%
	4-7 (moderado)	6	30%
	8 y más (grave)	0	0%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

En el análisis del patrón Cognoscitivo y perceptivo de Marjory Gordon se determina que la mayoría de los pacientes es decir el 70 % de ellos presentan dolor leve y el 30% un dolor moderado después del procedimiento quirúrgico, a lo que se puede acotar lo dicho por Ribera, Esteve, & Garrido (2012, pág. 12) en su artículo hacen referencia que posterior a una intervención quirúrgica la presencia de un dolor agudo es normal pero la intensidad del mismo va en decadencia a medida que pasen las horas, días y hasta semanas, lo mismo que va relacionado directamente con el proceso de cicatrización y recuperación de tejido en el lugar de incisión, ante el dolor se debe valorar al paciente con la aplicación de escalas acorde a la capacidad cognitiva del paciente evitando así complicaciones que lleven de un dolor agudo a un dolor crónico.

En cuanto al dolor en el trabajo de Tueros (2020) los pacientes con colecistectomía al momento del examen físico postoperatorio refieren presentar dolor de tipo leve a moderado en el sitio quirúrgico, resultado que guarda relación con lo anteriormente mencionado.

**Tabla 8** Patrón 7: *Autopercepción-autoconcepto*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Trastorno psicológico	Ansiedad	6 30%
	Depresión	2 10%
	Estrés	2 10%
	Ninguno	10 50%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

Se observa que los pacientes colecistectomizados en el patrón Autopercepción-autoconcepto de Marjory Gordon, el 50 % indican que no presenta ningún trastorno psicológico, pero el resto de los encuestados manifiestan que ha sufrido depresión en un 10%, ansiedad en un 30% y estrés representado con el 10% durante la estadía hospitalaria principalmente después de su cirugía a lo que indica Quintero y otros (2017, pág. 120)

La ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación.

En relación con los pacientes quirúrgicos por colecistectomía Tueros (2020) observo que sus pacientes refieren ansiedad por la incertidumbre de su diagnóstico y su estado de salud, principalmente en los cambios fisiológicos, cambios en su estilo de vida y días de recuperación que tendrán para reintegrarse a sus labores cotidianas con normalidad.

**Tabla 9 Patrón 8: Roles y relaciones**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Vive con su familia	Sí	19	95%
	No	1	5%
Estado civil	Soltero	6	30%
	Casado	12	60%
	Unión libre	2	10%
Fuentes de apoyo	Familiar	19	95%
	Social	1	5%
Mantiene relaciones sociales	Familiar	19	95%
	Vecinos	1	5%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa, F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

Al realizar el análisis sobre el patrón Rol- relaciones de Marjory Gordon, los resultados establecen que el 95% de los pacientes viven en un entorno familiar y apenas el 5% de ellos viven en lejanía de sus familiares; más de la mitad de los encuestados con el 60 % son casados, mientras que el 6% están solteros y el 10% viven en unión libre.

En lo que hace referencia a las fuentes de apoyo económicas de los pacientes casi en su totalidad con el 95% son de origen familiar, mientras que el 5% de ellos reciben una ayuda social. Mientras que el aspecto de las relaciones sociales de los pacientes está enfocado en su mayoría con el 95% en el ámbito familiar, y finalmente el 5% tienen mayor afinidad o relaciones sociales con sus vecinos.

En la valoración realizada en pacientes con la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica Tueros (2020) obtuvo como respuesta que mantenían una vida conyugal donde el esposo es el sustento del hogar, ayudando en las labores diarias a su familia y tendrá un cuidado familiar mientras dure su recuperación total.

**Tabla 10** Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Prácticas culturales para afrontar la enfermedad	Reza para aliviar el dolor	12	60%
	Dialoga con el pastor para una pronta recuperación	6	30%
	Acude algún familiar, amigos para superar la situación	2	10%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa, F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

De acuerdo con el análisis del patrón Adaptación y tolerancia al estrés causado por la intervención quirúrgica, algo más de la mitad de los pacientes representado con el 60 % se ha adaptado acogiéndose a la parte religiosa por medio de rezos para el alivio del dolor, mientras que el 30 % de ellos acuden al dialogo pastoral con el fin de encontrar alivio en mantener la esperanza de una pronta recuperación y finalmente el 10% de los pacientes para afrontar su enfermedad acude al núcleo familiar y amigos que le reconforte y aliente para su restablecimiento de salud a lo que se puede recordar lo mencionado por (González - Llaneza, 2018)

Los eventos estresantes son parte de la vida cotidiana de los seres humanos. Algunas personas desarrollan recursos de afrontamiento resilientes y conviven con los problemas como algo propio de la existencia y otras personas resultan sensibles a padecer, en alguna medida, las consecuencias de vivir con escasos recursos de resistencia. Es en el espacio social donde se pone de manifiesto el control y la tolerancia al estrés que posee la persona para hacer frente a las demandas de una situación.



**Tabla 11** Patrón 11: Valores y creencias

	<b>Frecuencia Porcentaje</b>		
Prácticas religiosas para afrontar la enfermedad	Si	0	0%
	No	20	100%

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Encuestas aplicadas

### **Análisis e interpretación**

Para el análisis del patrón Valores y creencias de Marjory Gordon de las encuestas realizados a los pacientes colecistectomizados, se determina que en su totalidad de los pacientes encuestados no han recurrido a prácticas religiosas para afrontar la enfermedad.

En cuanto a las prácticas religiosas para afrontar la enfermedad hace referencias sobre habilidades de curanderismos, medicina ancestral entre otras, pero sin olvidar que los profesionales de enfermería deberán incluir en su cuidado enfermero las dimensiones espirituales Morales - Contreras (2021, pág. 53) menciona que la espiritualidad en la mayoría de caso ayuda que el paciente por su fe pueda mejorar su estado de salud y las dimensiones espirituales se puede mencionar sus pensamientos, creencias, desarrollo de vida. Otra perspectiva religiosa, que permite ampliar las normas y poder relacionarse con el sí mismo, las personas y el infinito.

**Tabla 12** Resultados obtenidos y etiquetas diagnósticas

<b>Problema</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Diagnóstico</b>
Patrón 1 Necesita ayuda para trasladarse	00298 Disminución de la tolerancia a la actividad	<b>r/c</b> , Dolor <b>m/p</b> ; Malestar de esfuerzo
Patrón 1: Necesita ayuda para vestirse	00109 déficit de autocuidado: Vestido	<b>r/c</b> , Dolor <b>m/p</b> ; Dificultad para vestirse
Patrón 2: Signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso	00266 Riesgo de infección del sitio quirúrgico	<b>r/c</b> ; infecciones en otros sitios quirúrgicos
Patrón 3 Necesita ayuda para usar el inodoro	00110 Déficit de autocuidado uso del inodoro	<b>r/c</b> ; dificultad para moverse, <b>m/p</b> ; dificultades para sentarse en el inodoro u orinal
Patrón 4: Riesgo periférico o de edemas en los miembros superiores	00046 Deterioro de la integridad cutánea	<b>r/c</b> ; catéter venoso periférico <b>m/p</b> ; edema
Patrón 5: Horas de sueño nocturno menor a las 6 horas y problema para conciliar el sueño	00095 Insomnio	<b>r/c</b> , Incomodidad <b>m/p</b> ; Expresa insatisfacción con el sueño
Patrón 6: Dolor en la herida quirúrgica	00132 Dolor agudo	<b>r/c</b> ; Agente de lesiones físicas, <b>m/p</b> ; Expresión facial de dolor
Patrón 7: Trastorno psicológico por ansiedad	00146 Ansiedad	<b>r/c</b> ; factores estresantes, <b>m/p</b> ; expresa inseguridad

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia

### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PROPUESTO

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Necesita ayuda para trasladarse, r/c, Dolor m/p; Malestar de esfuerzo			
<b>Definición:</b> Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.			
<b>DOMINIO: 4</b>	<b>CLASE: 2</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b>	<b>CÓDIGO:</b>
Actividad/descanso	Actividad y ejercicio	Disminución de la tolerancia a la actividad	00298
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Ambular 0200</b>  <b>Puntuación Diana</b>  Camina con marcha eficaz:  <b>PI:</b> Moderadamente comprometido (3)  Anda por la	<b>Ayuda con el autocuidado transferencia (1806)</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y</li> </ul>	La movilización correcta de los diferentes pacientes, bien sea porque ellos presentan dificultades la deambulación, o bien porque puntualmente y, debido a diferentes patologías, necesitan apoyo o ayuda, son las técnicas que más frecuentemente se	<b>Ambular 0200</b>  <b>Puntuación Diana</b>  Camina con marcha eficaz:  <b>Aumentar a:</b> No comprometido (5)  Anda por la habitación  <b>Aumentar a:</b> No comprometido

<p>habitación</p> <p><b>PI:</b> Moderadamente comprometido</p>	<p>cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de consciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.</li> </ul> <p>Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).</p>	<p>emplean en el día a día de un servicio de urgencias.</p>	<p>(5)</p>
--	---	---	------------

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.</li><li>• Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.</li><li>• Mantener la alineación corporal de la paciente correcta durante los movimientos.</li><li>• – Documentar el progreso, según corresponda.</li></ul>		
--	---	--	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Necesidad de ayuda para vestirse, r/c, Dolor m/p; Dificultad para vestirse			
<b>Definición:</b> Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.			
<b>DOMINIO: 4</b> <b>Actividad/Reposo</b>	<b>CLASE: 5</b> <b>Autocuidado</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b> Déficit de autocuidado: Vestido	<b>CÓDIGO:</b> <b>00109</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Autocuidados:</b> <b>Vestir (0302)</b>  <b>Puntuación Diana</b> Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo  <b>PI:</b> Sustancialmente comprometido (2)	<b>Ayuda con el autocuidado vestirse /arreglo personal. (1802)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar disponible para ayudar en el vestir si en necesario.</li> <li>• Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.</li> <li>• Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.</li> </ul>	Este diagnóstico permite realizar intervenciones para desarrollar la capacidad que tiene mermada la persona para completar por el mismo, en las actividades necesarias para vestirse y arreglar.  Se recomienda utilizarlo solo cuando sea posible ayudarlo a la persona a desarrollar nuevas habilidades para	<b>Autocuidados: Vestir (0302)</b>  <b>Puntuación Diana</b> Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo  <b>Aumentar a:</b> No comprometido (5)  Se quita la ropa en la parte superior del cuerpo

<p>Se quita la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p><b>PI:</b> Sustancialmente comprometido (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.</li> <li>• Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</li> <li>• Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</li> </ul>	<p>reducir y compensar el déficit (Agion, 2018).</p>	<p><b>Aumentar a:</b> No comprometido (5)</p>
--	--	--	---

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso, r/c; infecciones en otros sitios quirúrgicos			
<b>Definición:</b> Susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud			
<b>DOMINIO: 11</b> <b>Seguridad/protección</b>	<b>CLASE: 1</b> <b>Infección</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b> Riesgo de infección del sitio quirúrgico	<b>CÓDIGO:</b> <b>00266</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Autocontrol: herida 3124</b> Identifica el tipo de herida y los riesgos asociados PI 1 A veces demostrado	<b>Cuidados de las heridas 3660</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador</li> <li>Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones</li> </ul>	Para el diagnóstico de infección del sitio quirúrgico la herida debe cumplir con las siguientes características: Drenaje de material purulento por la herida, cultivo positivo, signos de inflamación dolor, eritema, calor, edema, además debe estar diagnosticado por el cirujano. Por otro	<b>Autocontrol: herida 3124</b> Identifica el tipo de herida y los riesgos asociados PD Aumentar a 5 Siempre demostrado Controla los signos y síntomas



<p>Controla los signos y síntomas de la infección</p> <p>PI 2 Raramente demostrado</p> <p><b>Autocontrol: infección 3118</b></p> <p>Utiliza estrategias para prevenir complicaciones</p> <p>PI 2 Raramente demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despegar los apósitos y el esparadrapo</li> <li>• Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor</li> <li>• Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida</li> <li>• Reforzar el apósito, si es necesario</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje</li> <li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje</li> </ul>	<p>lado, la positividad o negatividad de un cultivo no es criterio para confirmar o descartar una infección.</p> <p>Tratamiento de la infección de sitio quirúrgico. Medidas generales: Se debe considerar el estado general del paciente, profundidad de la infección, signos y síntomas de gravedad que puede ser valorado por (frecuencia respiratoria, tensión arterial sistólica, alteración del estado de conciencia).</p> <p>Las infecciones superficiales requieren apertura, drenaje y limpieza. Las heridas profundas de órgano espacio</p>	<p>de la infección</p> <p>PD Aumentar a 5 Siempre demostrado</p> <p><b>Autocontrol: infección 3118</b></p> <p>Utiliza estrategias para prevenir complicaciones</p> <p>PD Aumentar a 5 Siempre demostrado</p>
---	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente y familiares los procedimientos de cuidado de la herida</li> </ul>	<p>requiere reintervención inmediata con antibiótico terapia de amplio espectro.</p> <p>Antibiótico terapia: Antes de cualquier tratamiento antibiótico se tomarán muestras para cultivo y antibiograma.</p> <p>El antibiótico debe dirigirse a agentes más comúnmente implicados (Yunga, 2020)</p>	
--	---	---	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Necesita ayuda para usar el inodoro, <b>r/c</b> ; dificultad para moverse, <b>m/p</b> ; Incapacidad para sentarse en el inodoro u orinal.			
<b>Definición:</b> Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación			
<b>DOMINIO: 4</b> <b>Actividad/Reposo</b>	<b>CLASE: 5</b> <b>Autocuidado</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b> Déficit de autocuidado uso del inodoro	<b>CÓDIGO:</b> <b>00110</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Autocuidados: uso del inodoro 0310</b>  Se coloca en el inodoro o en el orinal  PI: 2  Sustancialmente comprometido	<b>Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 1804</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades</li> <li>• Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de</li> </ul>	El objetivo fue suplir al paciente en sus necesidades relacionadas con la eliminación urinaria intestinal hasta que el paciente pudiese satisfacerse autónomamente.  El paciente debe desarrollar al máximo su potencia para conseguir completar en lo posible, de forma segura, las	<b>Autocuidados: uso del inodoro 0310</b>  Se coloca en el inodoro o en el orinal  PD: Aumentar 5 No comprometido

<p>Entra y sale del cuarto del baño</p> <p>PI: 2</p> <p>Sustancialmente comprometido</p>	<p>fractura/orinal a intervalos especificados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad</li> <li>• Disponer intimidad durante la eliminación</li> <li>• Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación</li> <li>• Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación</li> <li>• Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña)</li> </ul>	<p>actividades necesarias para el uso del inodoro y alcance el mayor nivel de independencia posible. (Dalboni &amp; Olivera, 2021).</p>	<p>Entra y sale del cuarto del baño</p> <p>PD: Aumentar 5 No comprometido</p>
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enseñar al paciente /allegados la rutina de eliminación</li><li>• Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario</li><li>• Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda</li><li>• Controlar la integridad cutánea del paciente</li></ul>		
--	---	--	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Riesgo periférico o de edemas en los miembros superiores, <b>r/c</b> ; catéter venoso periférico <b>m/p</b> ; edema			
<b>Definición:</b> Alteración de la epidermis y/o la dermis			
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad Protección	<b>CLASE: 02</b> Lesión física	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b> Deterioro de la integridad cutánea	<b>CÓDIGO:</b> <b>00046</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Severidad de la sobrecarga de líquidos 0603</b> Edema de manos PI: 2 Sustancial	<b>Vigilancia de la piel 3590</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el color, calor, tumefacción, pulso, textura y si hay edema.</li> <li>• Valorar el estado de la zona de punción según corresponda.</li> </ul>	El edema es la inflamación producto de la acumulación de líquido, el cual puede ser ocasionado por la presencia de una infección o una obstrucción linfática que puede generar la acumulación de líquidos.  Los edemas pueden presentarse de forma generalizada o de forma localizada, de forma súbita,	<b>Severidad de la sobrecarga de líquidos 0603</b> Edema de manos PS: Aumentar a 5 Ninguno

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay infecciones, especialmente en la zona edematosa.</li> <li>• Documentar los cambios de la piel.</li> </ul>	<p>presentándose de forma inicial con un aumento de peso inicial y puede llegar a presentarse de forma masiva.</p> <p>Dentro de los síntomas se encuentran la sensación de tensión, insuficiencia cardiaca, disnea e incluso dolor (Thompson &amp; Shea, 2020).</p>	
--	--	---	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<p><b>Diagnóstico de enfermería:</b> Horas de sueño nocturno menor a las 6 horas y problema para conciliar el sueño, <b>r/c</b>, Incomodidad m/p; Expresa insatisfacción con el sueño.</p>			
<p><b>Definición:</b> Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento</p>			
<p><b>DOMINIO: 4</b></p> <p>Actividad y Descanso</p>	<p><b>CLASE: 1</b></p> <p>Dormir y descansar</p>	<p><b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b></p> <p>Insomnio</p>	<p><b>CÓDIGO:</b></p> <p>00095</p>
<p><b>NOC</b></p>	<p><b>NIC</b></p>	<p><b>Fundamentación científica</b></p>	<p><b>Evaluación</b></p>
<p><b>Sueño (0004)</b></p> <p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Horas de sueño cumplidas</p> <p><b>PI:</b></p> <p>Sustancialmente comprometido (2)</p>	<p><b>Mejorar el Sueño (1850)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</li> </ul>	<p>Los trastornos del sueño y las alteraciones del ritmo circadiano son extremadamente prevalentes en el período postoperatorio y tienen múltiples etiologías dependiendo de factores relacionados al paciente, a la cirugía en sí, a la anestesia, así como a</p>	<p><b>Sueño (0004)</b></p> <p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Horas de sueño cumplidas</p> <p><b>Aumentar a:</b> levemente comprometido (4)</p> <p>Duerme toda la noche</p>



<p>Duerme toda la noche</p> <p><b>PI:</b></p> <p>Sustancialmente comprometido (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.</li> <li>• Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.</li> <li>• Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor de la fase REM.</li> <li>• Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día – noche normales.</li> </ul>	<p>factores ambientales. Estos trastornos pueden causar graves efectos que afectan los resultados quirúrgicos y deterioran el pronóstico del paciente, como fatiga postoperatoria, ansiedad, delirio, aumento de la sensibilidad al dolor, alteraciones que a su vez pueden perpetuar el trastorno del sueño a largo plazo (Florea &amp; et al., 2022).</p> <p>Los pacientes quirúrgicos tienen un sueño muy fragmentado en las primeras dos noches postoperatorias, con reducción significativa del sueño MOR y sueño de ondas lentas. Estas alteraciones</p>	<p><b>Aumentar a:</b> levemente comprometido (4)</p>
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de ir a la cama</li> </ul>	<p>ocurren debido al estrés quirúrgico, al dolor y a los fármacos. El estrés del trauma quirúrgico aumenta el nivel de cortisol e induce una respuesta inflamatoria, con aumento de marcadores proinflamatorios. Durante el sueño MOR aumenta el tono simpático, lo que puede provocar taquicardia, inestabilidad hemodinámica e isquemia miocárdica. (Florea &amp; et al., 2022).</p>	
--	---	--	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Dolor en la herida quirúrgica, <b>r/c</b> ; Agente de lesiones físicas, <b>m/p</b> ; Expresión facial de dolor			
<b>Definición:</b> Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.			
<b>DOMINIO: 12</b> <b>Comodidad física</b>	<b>CLASE: 1</b> <b>Comodidad física</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b> Dolor agudo	<b>CÓDIGO:</b> <b>00132</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Conocimiento: manejo del dolor (1843)</b> <b>Puntuación Diana</b> Causas y factores que contribuyen al dolor:	<b>Manejo del dolor agudo 1410</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como</li></ul>	El dolor es una experiencia sensorial descrito en términos de daño y se asocia a una lesión. Esta sensación es subjetiva de cada persona, y depende de diferentes variables psicológicas y fisiológicas. El dolor se puede clasificar en:	<b>Conocimiento: manejo del dolor (1843)</b> <b>Puntuación Diana</b> Causas y factores que contribuyen al dolor: <b>Aumentar a:</b> Conocimiento sustancial (4)

<p><b>PI:</b> Conocimiento moderado (3)</p> <p>Estrategias para controlar el dolor</p> <p><b>PI:</b> Conocimiento escaso (2)</p> <p>Precauciones en la actividad</p> <p><b>PI:</b> Conocimiento escaso (2)</p>	<p>los factores que lo alivian o agudizan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación.</li> <li>• Explorar los conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.</li> <li>• Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</li> </ul>	<p>Dolor agudo de inicio brusco, suele ser temporal y localizado. El dolor que dura menos de seis meses y tiene una causa identificada. Se suele definir como el dolor que se genera por una lesión tisular, traumatismos, una intervención quirúrgica o inflamación.</p> <p>El dolor postoperatorio se define como un dolor agudo en respuesta a una agresión quirúrgica, considerado una realidad ineludible ligada al acto quirúrgico y al periodo postoperatorio, siendo considerada la cirugía superior de</p>	<p>Estrategias para controlar el dolor</p> <p><b>Aumentar a:</b> Conocimiento sustancial (4)</p> <p>Precauciones en la actividad</p> <p><b>Aumentar a:</b> Conocimiento sustancial (4)</p>
<p><b>Control del dolor</b></p>			<p><b>Control del dolor (1605)</b></p>

<p><b>(1605)</b></p> <p><b>Puntaje diana</b></p> <p>Realiza técnicas efectivas de relajación</p> <p><b>PI:</b> Raramente demostrado (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior</li> <li>• Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes de que el</li> </ul>	<p>tórax como una de las más dolorosas (Mora, 2016).</p> <p>La OMS recomienda la administración de diferentes tipos de fármacos para aliviar el dolor, dependiendo de la severidad de éste y además se utiliza como base del manejo del dolor actual. Para tratar los dolores leves se aconseja utilizar una combinación de analgésicos simples, en general disponibles sin prescripción médica. Para los dolores leves a moderados, se aconseja una</p>	<p><b>Puntaje diana</b></p> <p>Realiza técnicas efectivas de relajación</p> <p><b>Aumentar a:</b> Frecuentemente demostrado (2)</p>
---	---	--	---

	<p>dolor sea grave o antes de que las actividades que lo inducen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar analgésicos 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía trauma o lesión excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.</li> <li>• Monitorizar la sedación y el estado respiratorio antes de administrar opiáceos y a intervalos regulares cuando se administre opiáceos seguir los</li> </ul>	<p>combinación de analgésicos simples y un opioide suave, como la codeína. Para el dolor moderado a severo se recomienda el uso de opioides fuertes, tales como la morfina y se subraya que éstos son absolutamente necesarios (Castanera, 2017).</p>	
--	---	---	--

	<p>protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.</li><li>• Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible evitando la vía intramuscular.</li><li>• Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.</li></ul>		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir o controlar efectos secundarios de los medicamentos.</li> <li>• Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen éxito.</li> </ul>		
<p><b>Nivel de malestar (2109)</b></p> <p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Dolor</p> <p><b>PI:</b> Sustancial (2)</p>	<p><b>Administración de analgésicos 2210</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</li> <li>• Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis</li> </ul>		<p><b>Nivel de malestar (2109)</b></p> <p><b>Puntuación Diana</b></p> <p>Dolor</p> <p><b>Aumentar a:</b> Leve (4)</p>



	<p>y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</li><li>• Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.</li><li>• Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.</li></ul>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</li> <li>• Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</li> </ul>		
--	--	--	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Trastorno psicológico por ansiedad, <b>r/c</b> ; factores estresantes, <b>m/p</b> ; expresa inseguridad			
<b>Definición:</b> Una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia			
<b>DOMINIO:</b>  <b>Afrontamiento/tolerancia al estrés</b>	<b>CLASE: 2</b>  <b>Respuestas de afrontamiento</b>	<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</b>  Ansiedad	<b>CÓDIGO:</b>  <b>00146</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Autocontrol de la ansiedad (1402)</b>  Controla la respiración cuando está ansioso.  PI: 2 Raramente demostrado	<b>Disminución de la ansiedad 5820</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno de seguridad</li> <li>• Explicar a todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se</li> </ul>	La ansiedad y el dolor son las primeras manifestaciones que el usuario va a manifestar después de la cirugía y es aquí donde el personal de enfermería va a intervenir inicialmente para calmar y dar alivio al usuario. Por ello	<b>Autocontrol de la ansiedad (1402)</b>  Controla la respiración cuando está ansioso.  PD: Aumentar a 4  frecuentemente demostrado

<p><b>Refiere dormir de forma adecuada (14024)</b></p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p>	<p>han de experimentar durante el procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso</li> <li>• Escuchar con atención</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad</li> </ul>	<p>es importante las intervenciones que se ejecutaran (Torres &amp; et al., 2022)</p> <p>La ansiedad que se puede generar en esta etapa puede ser canalizada a través de una comunicación clara y efectiva, explicando el proceso que se maneja dentro de su recuperación, despejando inquietudes, dando como resultado un usuario consciente de su estado de salud y proceso de recuperación. Por ello se insiste en la importancia que tiene el personal de enfermería, ya que es quien está en contacto directo con el usuario, y al</p>	<p><b>Refiere dormir de forma adecuada</b></p> <p>PD: Aumentar a 4</p> <p>frecuentemente demostrado</p>
--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad</li> <li>• Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda</li> <li>• Ayudar el paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina</li> </ul>	<p>brindar un cuidado holístico, planificado y humanístico puede ser un puente para identificar posibles complicaciones y prevenirlas (Torres &amp; et al., 2022).</p>	
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> </ul>		
--	---	--	--

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia basado en NANDA, NIC, NOC (2021)

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Realizar una valoración a los pacientes colecistectomizados en el post operatorio mediato con el modelo de Marjory Gordon.</p>	<p>Posterior a la realización de la valoración enfermera a partir de la aplicación de una guía de valoración adaptada de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se reconocieron diversos aspectos de interés a ser atendidos en los cuidados postoperatorios mediato de los pacientes colecistectomizados, destacándose el riesgo periférico presentes en 100% de la población, signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso, presentado a veces en el 85% de los casos, necesidad de ayuda para realizar las actividades de higiene presente a veces en el 80% de la población, necesidad de ayuda para trasladarse, igual presente a veces en el 80% de los pacientes, ayuda para vestirse, presente en el 80% de los</p>

	<p>casos a veces. En menor medida, pero no menos importante, se identificó que la mitad de la población presenta problemas para la conciliación del sueño 40% a veces y 10% siempre, también se identificaron aspectos tales como dolor y ansiedad en el 30% de los pacientes.</p>
<p>Diseñar un plan de cuidados de enfermería para la atención de Colecistectomizados empleando la taxonomía NANDA NIC NOC de acuerdo con el modelo de Marjory Gordon.</p>	<p>A partir de las etiquetas diagnósticas se diseñaron 8 planes de atención de enfermería para pacientes Colecistectomizados atendidos en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro”, para ello se emplearon los lenguajes enfermeros NIC para definir las intervenciones y NOC para identificar la puntuación inicial de los pacientes y la puntuación esperada, empleándose las etiquetas diagnósticas de: Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección del sitio quirúrgico, Déficit de autocuidado uso del inodoro, Disminución de la tolerancia a la actividad, Déficit de</p>



	autocuidado Vestido, Insomnio, Dolor agudo y Ansiedad.
Socializar el plan de atención de enfermería para la atención de pacientes Colectomizados basado en el modelo de Marjory Gordon.	Se realizó la socialización de los planes de cuidado diseñados para pacientes que han sido sometidos a colecistectomía, por medio de la presentación de los PAES a los profesionales de enfermería que brinda atención en el área de Cirugía del Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro”.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Tras los hallazgos de la investigación se lograron establecer las siguientes conclusiones:

- Se realizó una valoración a los pacientes colecistectomizados en el post operatorio mediato con el modelo de Marjory Gordon, identificando que los pacientes presentaban diferentes signos de alarma, destacándose; riesgo periférico, signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso, necesidad de ayuda para realizar las actividades de ir al inodoro, necesidad de ayuda para trasladarse y para vestirse. En menor medida, se reconoció que la mitad de la población presentó problemas para la conciliación del sueño, dolor y ansiedad.
- Se diseñaron 8 planes de atención de enfermería para la atención de pacientes Colecistectomizados en el postoperatorio mediato empleando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, siendo las etiquetas de los planes de; Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección del sitio quirúrgico, Déficit de autocuidado uso del inodoro, Disminución de la tolerancia a la actividad, Déficit de autocuidado Vestido, Insomnio, Dolor agudo y Ansiedad.
- Se socializaron los planes de atención de enfermería para la atención a pacientes colecistectomizados en el post operatorio mediato a los profesionales de enfermería que brindan cuidados en el Servicio de Cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

## 5.2. Recomendaciones

- La valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon debe ser aplicada permanentemente en los pacientes colecistectomizados, puesto que se ha demostrado que un seguimiento y aplicación de un proceso de atención de enfermería estandarizado ayuda en gran medida al control de complicaciones y pronta recuperación del paciente colecistectomizado.
- Mantener una capacitación continua a los profesionales de enfermería en la elaboración y diseño de los Procesos de Atención de Enfermería, a fin de mantenerse actualizados con las modificaciones continuas aplicadas al lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC.
- Se propone emplear la guía de valoración para pacientes colecistectomizados adaptada según los patrones funcionales de Marjory Gordon, de forma estandarizada y así asegurar el reconocimiento integral de las necesidades de los pacientes.
- Se plantea poner en práctica los Planes de Atención de Enfermería diseñados para el presente estudio a fin de mejorar la gestión de los cuidados en aquellos pacientes que les corresponda.
- Las futuras investigaciones pueden ser las responsables de la ejecución y evaluación de los procesos de atención de enfermería propuesto en este trabajo académico, con el fin de encaminar acciones y actividades efectivas en el paciente post colecistectomizado que orienten al personal de enfermería en el cuidado óptimo del paciente para una pronta recuperación.

## CAPÍTULO VI

### 6. MARCO ADMINISTRATIVO

#### 6.1. Recursos

##### Humanos

- Docente Tutora: Lic. Mg Gladys Magdalena Naranjo Chávez.
- Autoras del estudio: Jessica Caiza y Flor Sisa.
- 20 pacientes colecistectomizados

##### Institucionales

- Universidad Estatal de Bolívar
- Hospital Alfredo Noboa Montenegro

##### Tecnológicos

- Computador
- Impresora
- Servicio de Internet
- Celular
- Memorias USB

##### Materiales

- Consentimiento informado de paciente.
- Cuestionario de la encuesta para pacientes.
- Material didáctico para socialización del personal de salud (enfermería).
- Suministros de oficina.
- Ficha de registro de asistencia.

## 6.2. Detalle del Presupuesto

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
Consentimiento informado de paciente.	20	0,1	2
Cuestionario de la encuesta para pacientes.	20	0,1	2
Material didáctico para socialización del personal de enfermería			20
Servicio de internet	6	15	90
Refrigerio para la socialización	15	2	30
Impresiones del trabajo			100
Movilizaciones			40
<b>Total</b>			<b>\$ 284</b>

**Elaborado por:** Caiza, J. & Sisa. F. (2022)

**Fuente:** Elaboración propia

### 6.3. Cronograma

Meses	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Julio 2022	Agosto 2022
<b>CAPITULO I. EL PROBLEMA</b> Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación.							
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b> Antecedentes, Bases teóricas, definición de términos, variable.							
<b>CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO</b> Marco metodológico: Nivel de investigación, diseño, población y muestra, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Técnicas de procesamiento y análisis de datos.							
<b>CAPITULO IV RESULTADOS ALACNAZADOS SEGÚN LOS OJETIVOS</b> Resultados Según Objetivo 1,2,3							
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> Conclusiones Recomendaciones							
Revisión y correcciones del proyecto calificación final del proyecto							

\*Total de horas tutoría docente: 100 horas: total de horas autónomas estudiantes. 300 horas

\*Lic. Gladys Magdalena Naranjo Chávez - Tutora del proyecto de investigación

\*Jessica Sofía Caiza Caisalitin & Flor Janeth Sisa Arévalo - Estudiantes de titulación

## BIBLIOGRAFÍA

- Radiological Society of North America. (2022). *RadiologyInfo.org. Para pacientes*. Retrieved from Colecistitis:  
file:///D:/Downloads/cholecystitis.pdf
- Agion, L. (2018). *Caso clínico: cuidados en enfermería en pacientes postoperados de colecistitis laparoscópica en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber*. Universidad Autónoma de ICA. Retrieved from  
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/269/1/CASO%20CLIN%C3%8DCO%20CUIDADOS%20EN%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20PACIENTES%20POST%20OPERADOS%20DE%20COLECISTITIS%20LAPAROSC%C3%93PICA%20EN%20EL%20HOSPITAL%20MILITAR%20CENTRAL%20CORONEL%20LU>
- Alvarez, M., Riofrío, A., Sotomayor, A., & Zhumio, F. (2021). Conocimiento del proceso de atención de enfermería en estudiantes universitarios. *Revista Estudiantil CEUS*, 3(1), 7-12. Retrieved from  
<https://ceus.ucacue.edu.ec/index.php/ceus/article/view/49/33>
- American Cancer Society. (2019). *Laparoscopia*. Retrieved from  
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/endoscopia/laparoscopia.html#:~:text=Una%20laparoscopia%20es%20un%20procedimiento,una%20peque%C3%B1a%20c%C3%A1mara%20de%20video>.
- Amiquero, X., & Cuadros, D. (2018). *Cuidados de enfermería y estancia hospitalaria en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica*

*en el servicio de cirugía Hospital II – ESSALUD - Ayacucho, 2017. T.,*  
Universidad nacional del Callao, Perú. Retrieved from  
[http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3366/AMIQUERO%20Y%20CUADROS\\_TESIS2DA\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3366/AMIQUERO%20Y%20CUADROS_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Andrade, J. (2020). *Apuntes de diagnóstico por imágenes*. Perú. Retrieved from  
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0569.%20Apuntes%20de%20diag%C3%B3stico%20por%20imagen.pdf>

Armas, A. (2019). Apuntes históricos necesarios en colecistectomía laparoscópica. *Gaceta Médica Espirituana, 21(2)*. Retrieved from  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212019000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000200008)

Arroyo-Lucas, S. e. (2018). Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Revista Mexicana de Enfermería, 6*, 97-102. Retrieved from  
<https://www.incmnsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/RevistaEnfermeria-2018-3.pdf#page=19>

Baquerizo, G. (2021). *Cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años del Hospital Básico IESS Ancón. Santa Elena 2021*. Trabajo de investigación, Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. Retrieved from  
<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6448/1/UPSE-TEN-2021-0106.pdf>



- Barberan, L., & et.al. (2021). *Utilidad y complicaciones de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en enfermedades biliopancreáticas*, 1-10. Ecuador. Retrieved from <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/92/194>
- Barzola, E., & Macías, J. (2018). *Intervenciones de enfermería en complicaciones post-operatorias mediatas de colecistectomía. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor*. 2018. TI, Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. Retrieved from <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4553/1/UPSE-TEN-2018-0054.pdf>
- Baudes, R., & et al. (2019). Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. *Enfermería Global*(54). Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-512.pdf>
- Brahin, F., & et al. (2020). Cirugía Mayor Ambulatoria en un Servicio de Cirugía General: cinco años de experiencia. *Re. Argent Cirug*, 112(4). Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v112n4/2250-639X-racir-112-04-469.pdf>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. ELSEVIER.
- Caballero, Y., Navarro, M., Lorenzo, D., Ballarín, A., Navarro, R., & Jiménez, I. (2021, mayo 7). Plan de cuidados de enfermería para paciente con deterioro de la movilidad. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4-5. Retrieved Agosto 13, 2022, from

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-para-paciente-con-deterioro-de-la-movilidad/>

Cabello, P., & Allan, P. (2017). Principales complicaciones posoperatorias con el uso de la anestesia general. *MEDISAN- SCielo*, XXI(10), 1-15. Retrieved agosto 13, 2022, from

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000013)

Cardozo, A., & et al. (2021). Caracterización de la Colectomía difícil: Servicio de Cirugía General del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 5, 880. Retrieved from

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i1.288](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.288)

Castanera, A. (2017). *Valoración y control del dolor del paciente postoperado de cirugía cardíaca pre y post implantación de una guía práctica de cuidados enfermeros que incluye un protocolo analgésico*. TFD, Universitat de Girona. Retrieved from

[https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/461859/tacd\\_20171222.pdf](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/461859/tacd_20171222.pdf)

Castro, A., & Zarate, A. (2020). *Colelitiasis*. Manial de enfermedades digestivas quirúrgicas, Universidad Finis Terrae. Retrieved from

<https://medfinis.cl/img/manuales/Colelitiasis3.pdf>

Castro, G. (2020). *Complicaciones postquirúrgicas en pacientes con litiasis vesicular según tipo de cirugía en el Hospital Antonio Loren del Cusco, 2018*. TG, Universidad Adina del Cusco, Perú. Retrieved from

[https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3396/Galile\\_Tesis\\_bachiller\\_2020%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3396/Galile_Tesis_bachiller_2020%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Chama-Naranjo, A., Farrell, J., & Cuevas, V. (2021). Colecistectomía segura:

¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? *Rev. Colomb. Cir.*, 36, 324-333. Retrieved from

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v36n2/2619-6107-rcci-36-02-324.pdf>

Cid, H. (2019). *Colecistitis Crónica*. Universidad de Chile, Chile. Retrieved from

<https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>

Cisneros, G. (2021). *Proceso Atención de Enfermería en paciente de 34 Años de edad con Colecistitis Aguda*. PI, Universidad Técnica de Babahoyo,

Ecuador. Retrieved from

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9589/E-UTB-FCS-ENF-000430.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cisneros, G. A. (2021). *Proceso Atención De Enfermería En Paciente De 34 Años De Edad Con Colecistitis Aguda*. UNIVERSIDAD TECNICA DE

BABAHOYO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. Babahoyo –

Los Ríos – Ecuador: CARRERA DE ENFERMERÍA. Recuperado el 13 de agosto de 2022, de

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9589/E-UTB-FCS-ENF-000430.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dalboni, S., & Olivera, A. (2021). *Satisfacción de necesidades básicas de higiene y confort en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica*

*Hospital Regional Malargüe*. TFG, Universidad Nacional de Cuyo.

Retrieved from

[https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/10151/dalboni-stellamaris.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10151/dalboni-stellamaris.pdf)

Del Val Martín, D., & et al. (2017). Bradirritmias: disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular y trastornos de la conducción intraventricular.

*Medicine*, 12(38). Retrieved from

<https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/111%20Bradiarritmias%20MEDICINE%2009-17.pdf>

EsSalud. (2018). Guía práctica clínica, para el diagnóstico y manejo de la

colecistitis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. 65. Perú. Retrieved from

[http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colecistitis\\_Version\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colecistitis_Version_Extensa.pdf)

Florea, D., & et al. (2022). Perspectivas actuales del rol de la anestesia en los trastornos del sueño postoperatorio. *Revista Chilena de Anestesia*, 51(1).

Retrieved from

<https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv5127121803/>

Giménez, A., & et al. (2020). Proceso de atención de enfermería: colecistectomía, caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*. Retrieved from

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

Goldman, L., & Schafer, A. (2020). *Tratado de Medicina Interna*. El Sevier.

Retrieved from

<https://books.google.com.ec/books?id=SkEoEAAAQBAJ&pg=PA1007&dq=Colecistitis&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjgrLb25uv3AhXcQjABHcb0COcQ6AF6BAGKEAI#v=onepage&q=Colecistitis&f=true>

- González - Llaneza, F. -M. (2018, julio 06). Estudio Rorschach sobre control y tolerancia al estrés asociado a hiperhidrosis primaria en jóvenes hiperhidróticos. *Humanidades Médicas, XVIII*(2), 1-17. Retrieved agosto 13, 2022, from [http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1166/html\\_44](http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1166/html_44)
- Guashpa, M., & Bueno, K. (2019). *Aplicación del proceso de atención de enfermería a pacientes con hemorragia postparto*. TFG, Universidad Estatal de Milagro. Retrieved from <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4728/1/2.%20PLICACION%20PROCESO%20DE%20ATENCION%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20LA%20HPP.pdf>
- Guerrero, J., & Landy, M. (2020). Atención de Enfermería según el modelo de Marjory Gordon en paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *Ocromos*. Retrieved from <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/#TEORIA-DE-MARJORY-GORDON>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2017). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). México. Retrieved from <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Higgins, L. (2021, febrero 27). *Tratamiento de la vejiga retencionista por opioides neuroaxiales con nalbufina y neostigmina*. Retrieved agosto 13, 2022, from Blog de Anestesiólogos Mexicanos en Internet, A. C.: <https://anestesiologia.blog/tratamiento-vejiga-retencionista-opioides->



- Lamas, L., & Iglesias, T. (2021). Cuidados al paciente quirúrgico en etapa postoperatoria inmediata. *Ocronos*. Retrieved from <https://revistamedica.com/cuidados-etapa-postoperatoria-inmediata/>
- Lindenmeyer, C. (2021). Manual MSD. *Colecistitis*. Estados Unidos. Retrieved from <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADas-biliares/colecistitis>
- Longo, D., & Fauci, A. (2013). *Harrison. Manual de Medicina*. México: McGRAW-HILL. Retrieved from <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0835.%20Harrison.%20Manual%20de%20medicina.pdf>
- López, K. (2021). *Evaluación de la relación enfermera – paciente desde la teoría de Hildegart Peplau. Hospital Alfredo Noboa Montenegro provincia Bolívar periodo enero – marzo 2021*. PI, Universidad Estatal de Bolívar, Ecuador. Retrieved from [https://www.dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/3827/1/TESIS%20K.L%20FINAL-convertido%20\(1\).pdf](https://www.dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/3827/1/TESIS%20K.L%20FINAL-convertido%20(1).pdf)
- López-Narváez, L., & al, e. (2020). Trauma vascular periférico. Revisión de la literatura. *Cirujano general*, 41(3). Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000300184](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000300184)
- Mapcarta.com*. (2022). Retrieved from <https://mapcarta.com/es/W246147656/Mapa>

- Menacho, L. (2020). Score de predicción de colecistectomía laparoscópica difícil en un Hospital Nacional en el período 2018. *Revista Científica de la Facultad de Medicina*, 8(1), 29-34. Retrieved from [https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2021/05/RCFMH\\_VOLUMEN\\_8\\_NUMERO\\_1\\_compressed.pdf](https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2021/05/RCFMH_VOLUMEN_8_NUMERO_1_compressed.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Oficial Estadístico del Hospital. *Hospital General Alfredo Noboa Montenegro*. Ecuador. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-alfredo-noboa-montenegro/>
- Mora, S. (2016). *Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio del paciente quirúrgico*. TFG, Universitat de Lleida. Retrieved from <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49333/smoraa.pdf?sequence>
- Morales - Contreras, B. -N. (2021, marzo 25). DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN EL CUIDADO ENFERMERO. *Enfermería Investiga*, VI(2), 51-59. Retrieved agosto 13, 2022, from <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/download/1073/987/>
- Morales-Maza, J., & et al. (2021). Conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta: análisis de factores de riesgo con base en parámetros clínicos, de laboratorio y de ultrasonido. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(4). Retrieved from <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es->



conversion-colecistectomia-laparoscopica-abierta-analisis-articulo-  
S0375090620301312

Muñoz, T. (2018). *Experiencia en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica programada en Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad De Esmeraldas en el periodo de septiembre del 2016 hasta marzo del 2017*. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

Retrieved from

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14771/PROYECTO%20DE%20TESIS%20TIMOTHY%20CESAR%20MU%C3%91OZ%20EPEDA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

NANDA International Inc. (2021). *Diagnósticos Enfermería. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. Thieme.

Naranjo-Hernández, Y.-H. L., & Sánchez-Carmenare, M. (2018). Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Archivo Médico Camagüey*, 22(6). Retrieved from

<http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5844/3260>

Nowell, f. (2020). *Insuficiencia cardíaca*. Retrieved from Manual MSD Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cardiovasculares/insuficiencia-card%C3%ADaca/insuficiencia-card%C3%ADaca>

Oliva, F., Gomez, J., Valdes, J., & Cornejo, I. (2018). Abordaje nutricional en cirugía digestiva. Un modo de mejorar resultados postoperatorios. *Cirugía Andaluza*, II(29), 29. Retrieved agosto 13, 2022, from

[https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir\\_Andal\\_vol3\\_2\\_n1\\_04.pdf](https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir_Andal_vol3_2_n1_04.pdf)

Panamito, D. (2021). *Validación de los Criterios de Tokio 2018 en el diagnóstico de colecistitis aguda en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospita José Carrasco Arteaga enero a diciembre 2019.*

Tesis de Especialista, Universidad de Cuenca, Ecuador. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36224/6/TESIS.pdf>

Paredes, T. (2019). *Plan de cuidados de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica atendidos en el servicio de recuperación de la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito, 2019.* Trabajo de Titulación,

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ecuador. Retrieved from [https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11002/1/TAUEXCO\\_MMEQ006-2019.pdf](https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11002/1/TAUEXCO_MMEQ006-2019.pdf)

Parrales, M., Medina, M., & Zunñiga, M. (2018). Colecistectomía Laparoscópica. *Revista Clínica HSJD*(3), 1-9. Retrieved from

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr183c.pdf>

Parrales, M., Medina, M., & Zuñiga, M. (2018). Colecistectomía Laparoscópica, un enfoque anatomoclínico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 1-9. doi:file:///D:/Downloads/33498-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-102329-1-10-20180531.pdf

Pereiro, M., & Bayas, L. (2019). Cuidados del TCE en el Postoperatorio. *Ocrono.*

Retrieved from <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-postoperatorio/>

- Pina, I., & Cajas, R. (2020). Recuerdo anatómico patológico del sistema hepatobiliar. *Pediatría Integral*, XXIV(1). Retrieved from [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv01/06/n1-056-059\\_RB-Infante.pdf](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv01/06/n1-056-059_RB-Infante.pdf)
- Piñas, M., & Robles, V. (2019). *Cuidados de enfermería humanizados, en la atención de salud*. TT, Universidad Estatal de Milagro, Ecuador. Retrieved from <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4719/1/2%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20HUMANIZADOS%20EN%20LA%20ATENCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
- Piñol, F., & et al. (2020). La vesícula biliar como reservorio y protectora del tracto digestivo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.*, 39(1). Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2020/cib201t.pdf>
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J., & Borrález, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Scielo*, XX(32), 115-120. Retrieved agosto 13, 2022, from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>
- Quisaguano, M. (2017). “*ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS*”. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. Ambato-Ecuador: CARRERA DE ENFERMERÍA. doi:12.3456789/25246/2

- Quizhpi, E. (2019). *Prevalencia de colecistectomía laparoscópica difícil y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga*. TFM, Universidad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31975/1/TESIS.pdf>
- Ramos, L. (2020). *Factores asociados a complicaciones post Colecistectomía laparoscópica en el Hospital San José del Callao, 2018*. TG, Universidad Ricardo Palma, Perú. Retrieved from [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3602/T030\\_46721709\\_T%20RAMOS%20VILCHEZ%2C%20LUIS%20ANGEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3602/T030_46721709_T%20RAMOS%20VILCHEZ%2C%20LUIS%20ANGEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ribera, H., Esteve, N., & Garrido, J. (2012, agosto). La transición de dolor agudo postoperatorio a crónico: ¿qué sabemos? *Revista de la Sociedad Española del Dolor- Scielo, XIX(4)*, 1-28. Retrieved agosto 13, 2022, from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462012000400006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000400006)
- Rodríguez, C. (2018). *Colecistectomía Laparoscópica a través de insición única frente a Colecistectomía Laparoscópica convencional. Estudio de Cohortes*. Td, Universidad de Castilla de La Mancha, España. Retrieved from <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/26521/TESIS%20Alhambra%20Rodr%C3%ADguez%20de%20Guzm%C3%A1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, M., & Gómez, M. (2019). Diagnóstico de obstrucción de la vía biliar por colangiorresonancia magnética. *Acta Médica, 17(4)*, 340-344. Retrieved

from <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v17n4/1870-7203-amga-17-04-340.pdf>

Sánchez, M., & Gómez, M. (2019). Diagnóstico de obstrucción de la vía biliar por colangiografía magnética. *Acta Médica*, 17(4), 340-344. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2019/am194d.pdf>

Stevens, A., & Lowe, J. (2020). *Texto y Atlas de Anatomía Patológica*. Canada.

Retrieved from

<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0551.%20Texto%20y%20atlas%20de%20anatom%C3%ADa%20patol%C3%B3gica.pdf>

Suaasto, W., & et.al. (2020). Modelo de gestión del cuidado: innovación de enfermería para garantizar el bienestar de los pacientes, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en la Cd. de México. *Enfermería Neurológica*. Retrieved from

<https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/270/300>

Thompson, A., & Shea, M. (2020). *Edema*. Retrieved from Manual MSD Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/s%C3%ADntomas-de-las-enfermedades-cardiovasculares/edema>

Torices, E., & et al. (2018). Tratamiento laparoscópico de los quistes hepáticos simples. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 6(1). Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2005/ce051b.pdf>

Torres, X., & et al. (2022). Percepción de los cuidados de enfermería del paciente adultos postquirúrgico en colecistectomía. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 6(1). Retrieved from

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/1844/2640/>

Tovar, V. (2018). *Cuidados de enfermería en pacientes postoperados inmediatos de Colelap en el servicio de URPA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2017*. TE, Universida Inca garcilaso De La Vega, Perú. Retrieved from

[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3210/SEG.E SPEC\\_VICTORIA%20TOVAR%20BERNAOLA.pdf?sequence=2](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3210/SEG.E SPEC_VICTORIA%20TOVAR%20BERNAOLA.pdf?sequence=2)

Tueros, E. R. (2020). *CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE DE COLECISTECTOMÍA EN POST OPERATORIO RECUPERACIÓN HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA NASCA 2020*. AREQUIPA - PERU: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA. Retrieved agosto 13, 2022, from

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12479/SEtur oer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valentin, M. (2020). *Cuidados de enfermería en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital de Chacay y SBS "Dr Hidalgo Atoche Lopez". Huaral. 2020*. TE, Universidad Nacional del Callao, Perú. Retrieved from

<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5374/VALENTIN%20TASAYCO%20FCS%20DA%20ESPEC%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Viana, M. (2018). *Utilidad de la velocidad de sedimentación globular como valor predictivo de colcistectomía compleja*. Tesis de Especialista, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Retrieved from [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10872.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10872.pdf)
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, D., Ramírez, M., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 25(4), 228-236. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
- Yunga, M. (2020). *Prevalencia de infección de sitio quirúrgico y factores asociados Hospital José Carrasco Arteaga, 2018*. Universidad de Cuenca. Retrieved from <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102649/tesis-milton-yunga.pdf>
- Zanabria, M. (2017). *Cuidados postquirúrgicos del personal de enfermería y su relación con la satisfacción del paciente en el servicio de cirugía general Hospital de Barranca-Cajatambi*. TFM, Universidad Autónoma de ICA. Retrieved from <http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/222/1/ZANABRIA%20GAMARRA%20MAURA-CUIDADOS%20POSTQUIRURGICOS%20DEL%20PERSONAL.pdf>

## ANEXOS

## Anexo 1 Aprobación del tema



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE  
LA SALUD Y  
DEL SER HUMANO

Guaranda, 22 de febrero del 2022

FCS- CTE- 212- UEB

Licenciada

**GLADYS NARANJO**

DOCENTE U.E.B.

Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo, la comisión de titulación de enfermería en reunión mantenida el 17 de febrero 2022, le designa directora de la modalidad de trabajo de investigación: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO - JUNIO 2022., solicitada por las estudiantes: SISA AREVALO FLOR JANETH y CAIZA CAISALITIN JESSICA SOFIA.

Las estudiantes se comunicarán con usted para la dirección respectiva hasta el término del proceso de titulación.

Atentamente

**Lic. Mery Rea G.**  
COORDINADORA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

*Handwritten note:*  
Gladys Naranjo  
Oficio recibido  
a Fines Mes de  
MARZO.



## Anexo 2 Solicitud de ejecución de proyecto en el Hospital

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO  
Gerencia

Memorando Nro. MSP-CZSS-BO-HG-ANM-G-2022-1160-MEMO

Guaranda, 06 de abril de 2022

**PARA:** Sra. Lcda. Diana del Rosario Martínez Paredes  
Responsable de la Gestión de Cuidados de Enfermería

**ASUNTO:** SOLICITUD. AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL  
TRABAJO DE TITULACIÓN

De mi consideración:

Autorizado favor para la gestion pertinente

En respuesta al Documento No. UEB-FCSS-2022-0033-O

Cordial saludo, comedidamente solicito su autorización y apertura para que los estudiantes de la carrera de enfermería inscritos en la Unidad de Titulación desarrollen su trabajo de titulación (siete temas de investigación) en la Casa de Salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de información para ejecutar los temas que se van a investigar. anexo documento.

Al conocer su compromiso y contribución a la formación académica e investigativa, agradezco.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Espc. Liberty Waldemar Balladares Pazmiño  
**GERENTE DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO**

Referencias:  
- MSP-CZSS-BO-HG-ANM-G-2022-0027-EX

*autorizado  
x gerencia  
06-04-2022*

## Anexo 3 Validación del instrumento

		<b>UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR</b> <b>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO</b> <b>CARRERA ENFERMERIA</b>		
<b>VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN</b>				
<b>JUICIO DE EXPERTOS</b>				
PROYECTO DE TESIS		<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO - JUNIO 2022.</b>		
RESPONSABLE		SRTA. CAIZA CAISALITIN JESSICA SOFÍA SRTA. SISA ARÉVALO FLOR JANETH		
INSTRUCCIONES		Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación en base al objetivo de estudio de investigación con sus criterios y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.		
<b>Criterio de validez</b>	<b>Suficiente (3pts.)</b>	<b>Medianamente suficiente (2pts.)</b>	<b>Insuficiente (1 pt.)</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Considera que las dimensiones y las preguntas de la unidad de estudio a determinar están completados dentro del instrumento	3			
Considera que las preguntas están sustentadas para evaluar la situación de manera objetiva	3			
Considera que el instrumento mide la unidad de estudio de forma correcta	3			
<b>TOTAL</b>	9			
<b>VALIDADO POR:</b>	<i>Lic. María Olalla García</i>		<b>CRITERIOS:</b>	
<b>FIRMA:</b>			Valido para aplicar	7 a 9 puntos
			Valido con modificaciones	5 a 7 puntos
			No valido	4 a 0 puntos



**Anexo 4 Instrumento aplicado a pacientes Colectomizados****UEB**UNIVERSIDAD  
ESTATAL DE BOLÍVAR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**Sr(a) Liliana Katherine Montoya VellegasLugar de Procedencia San Miguel

En forma voluntaria autorizo participar en el proyecto de investigación titulado como: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO - JUNIO 2022

Se me ha informado del propósito de la investigación y objetivos, por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta e instrumentos necesarios para el alcance de los objetivos planteados.

He comprendido las preguntas pertinentes y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Los resultados que se obtengan se manejarán con absoluta confidencialidad y solo serán usados para los fines académicos en el marco de la ética profesional.

En tales condiciones consiento voluntariamente participar en la investigación.



Firma del Participante de la  
Investigación



Firma Responsable de la  
Investigación



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
CARRERA DE ENFERMERÍA

1

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TEMA:** PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. FEBRERO-JUNIO 2022  
**AUTORAS:** CAIZA JESSICA Y SISA FLOR

**OBJETIVO:** Realizar una valoración de las necesidades del paciente Colecistectomizado en el post operatorio mediato aplicando el modelo de Marjory Gordon.

**GUÍA DE VALORACIÓN**

**Instrucciones:** Lea detenidamente y marque con una "X" la opción que refleje su situación

**Sección I: Datos del Paciente**

Edad	<input type="checkbox"/> 18 a 24 años <input type="checkbox"/> 25 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/> 46 a 65 años <input type="checkbox"/> Más de 66 años
Género	<input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> LGTBQ
Etnia	<input type="checkbox"/> Indígena <input checked="" type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Otro
Lugar de procedencia	<input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano
Nivel académico	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Superior
Ocupación	<input checked="" type="checkbox"/> Empleado publico <input type="checkbox"/> Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/> Empleado domestica <input type="checkbox"/> Desempleado
Diagnóstico médico al momento de la intervención quirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Cálculos biliares <input type="checkbox"/> Inflamación de vesícula <input type="checkbox"/> Pólipos en la vesícula
Días de hospitalización	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 día <input type="checkbox"/> 2-3 días <input type="checkbox"/> 3 y más días

**Sección II : Valoración según patrones funcionales de Marjory Gordon**

Patrón 1: Percepción/manejo de la salud	Conoce de su enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Le han explicado sobre su diagnóstico posterior a la cirugía	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Necesidad de ayuda para realizar las actividades de higiene	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca	
	Necesidad de ayuda para vestirse	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca	
	Necesidad de ayuda para trasladarse	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca	
Patrón 2: Nutricional/metabólico	Condición de la temperatura corporal	<input checked="" type="checkbox"/> Normo termia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> hipertermia	
	Necesidad de ayuda para alimentarse	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca	
	Ingestión de dieta, posterior a la cirugía	<input type="checkbox"/> Menos de 6 horas <input checked="" type="checkbox"/> 7-10 horas <input type="checkbox"/> 11 y más horas	
	Dieta prescrita 24 horas posterior a la cirugía	<input type="checkbox"/> Nada por vía oral <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Blanda	
	Complicaciones digestivos náuseas y/o vómitos posteriores a la cirugía	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca	
	Sangrado herida operatoria	<input checked="" type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
	Signos de infección en la herida operatoria como: dolor, eritema, salida de líquido seroso	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca	
Patrón 3: Eliminación	Micción	Aspecto	<input type="checkbox"/> Claro <input checked="" type="checkbox"/> Colurico <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Sedimentosa
		Frecuencia	<input checked="" type="checkbox"/> 4 -6 horas <input type="checkbox"/> 7-10 horas <input type="checkbox"/> 11 y mas
	Defecación	Alteración en la eliminación. diarrea, estreñimiento	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca

		Necesita ayuda para usar el inodoro	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca
Patrón 4: Actividad ejercicio	Actividad respiratoria	Frecuencia Respiratoria	<input type="checkbox"/> Taquipnea <input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Disnea <input checked="" type="checkbox"/> Normal
		Saturación de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Menos de 85 % <input checked="" type="checkbox"/> Mayor de 90 %
		Apoyo respiratorio	<input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Mascarilla <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna
	Actividad circulatoria	Frecuencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Normal
		Riesgo periférico o de edemas	<input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input checked="" type="checkbox"/> Miembros superiores
		Líneas invasivas	<input checked="" type="checkbox"/> Periférica <input type="checkbox"/> Central
Actividad física	<input type="checkbox"/> Autónomo <input checked="" type="checkbox"/> Deambula con dificultad <input type="checkbox"/> Deambula solo con ayuda de una persona <input type="checkbox"/> Inmovilizado Cama/Sillón <input type="checkbox"/> Usa equipos o ayuda para deambular		
Capacidad de autocuidado	<input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Totalmente dependiente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependiente		
Patrón 5: Sueño- descanso	Horas de sueño nocturno	<input type="checkbox"/> Menos de 2 horas <input type="checkbox"/> 3 - 5 horas <input checked="" type="checkbox"/> 6 y más horas	
	Problemas para conciliar el sueño posterior a la cirugía	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca	
	Usa medicación para dormir posterior a la cirugía	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Nunca	
Patrón 6 Cognoscitivo y perceptivo.	Valoración del dolor Escala de EVA	<input checked="" type="checkbox"/> 0-3 (leve) <input type="checkbox"/> 4-7 (moderado) <input type="checkbox"/> 8 y más (grave)	
Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto	Alteraciones psicológicas posterior a la cirugía	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Estrés <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	
Patrón 8: Roles /relaciones	Vive con su familia	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre	

	Fuentes de apoyo	<input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Otros
	Mantiene Relaciones sociales	<input checked="" type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Vecinos <input type="checkbox"/> Compañeros de trabajo <input type="checkbox"/> No sale y no recibe visitas
Patrón 9: Sexualidad	No aplica	
Patrón 10: Patrón de adaptación-tolerancia al estrés	Adaptación al procedimiento quirúrgico	<input type="checkbox"/> Reza para aliviar el dolor <input checked="" type="checkbox"/> Dialoga con el pastor para una pronta recuperación <input type="checkbox"/> Acude a algún familiar, amigos para superar la situación
Patrón 11: Valores-creencias	Prácticas religiosas para afrontar la enfermedad	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No



## Anexo 5 Evidencias fotográficas



**Firma del Consentimiento informado a los pacientes colecistectomizados**



**Aplicación de las encuestas a pacientes colecistectomizados**



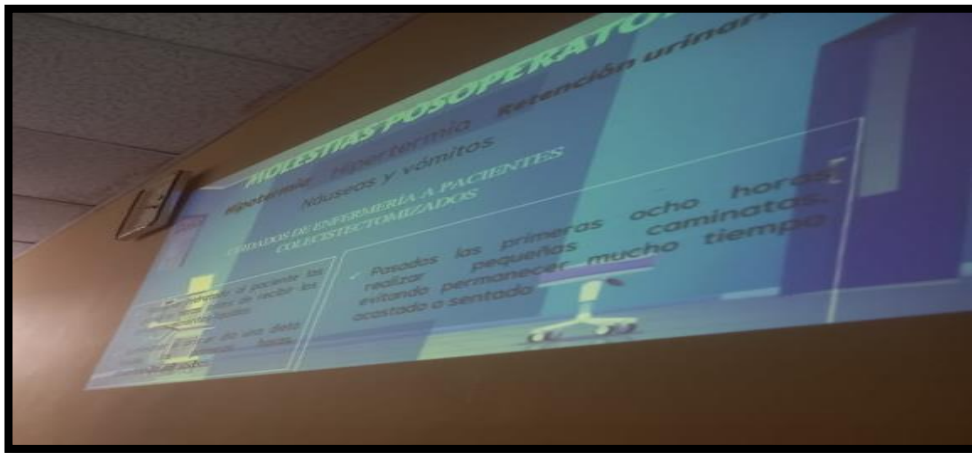
**Socialización del PAE al personal de enfermería de Cirugía**



**Socialización del PAE al personal de enfermería de Cirugía**



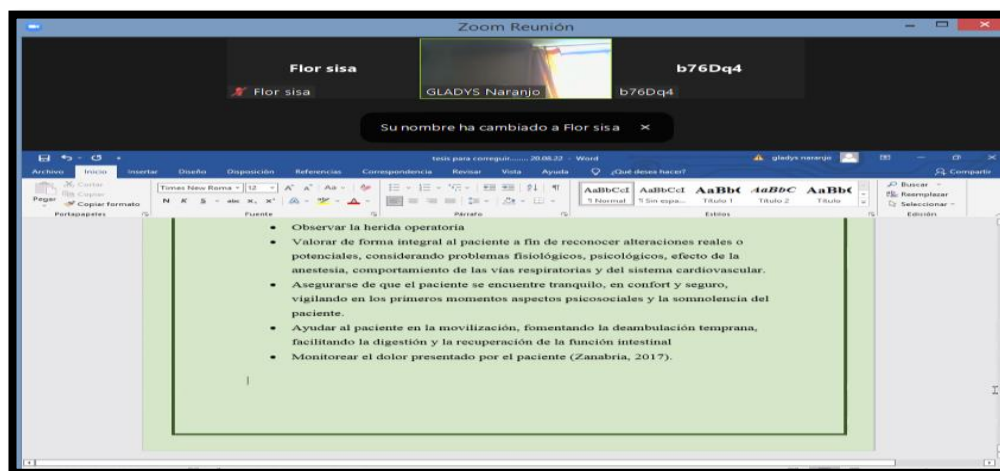
**Socialización del PAE al personal de enfermería de Cirugía**



**Material Didáctico**



**Material Didáctico**



**Revisiones del Proyecto de Titulación por la Tutora**

## Anexo 6 Registro de asistencia de la capacitación del personal de enfermería de Cirugía



UNIVERSIDAD  
ESTATAL DE BOLIVAR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
CARRERA DE ENFERMERIA  
REGISTRO DE ASITENCIA

TEMA: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.  
FECHA: 23/08/2022  
RESPONSABLES: JESSICA CAIZA & FLOR SISA  
ÁREA: CIRUGÍA

NOMRES Y APELLIDOS	N°CEDULA	FIRMA
Guadalupe Lozano	0201469160	
Melinda Pardo	0920113082-0	
Yamilín Chacón	0201889342	
Estefanía Narajón Allán	020231449-8	Stefa Narajón *
Alex Pezina	0202341269	Alex P.
Roberto Trujillo	0202488623	
Conrado Bujos	0202491353	
Ramela Rumiaguano	0950319979	
Meliza Rumiaguano	0950983462	
Luis García	0201148768	Luis García
Teresa Horta	1802913303	
Priscilla Arias	0201278567	
Luz Echeverría	0201086162	
Fátima Quintana	020190235-2	

**ANEXO 7 Certificado del sistema Urkund**

**Ouriginal**  
by Urkund

---

**Document Information**

Analyzed document	TESIS FINAL COLECISTECTOMIZADO 09.22.docx (D143640495)
Submitted	2022-09-06 04:09:00
Submitted by	
Submitter email	gnaranjo@ueb.edu.ec
Similarity	5%
Analysis address	gnaranjo.ueb@analysis.unkund.com

---

**Sources included in the report**

---

**Entire Document**

---

**Hit and source - focused comparison, Side by Side**

Submitted text	As student entered the text in the submitted document.
Matching text	As the text appears in the source.

**TEMA:** SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLESCISTECTOMIZADOS.

## **INTRODUCCION**

La presente socialización tiene la finalidad de continuar con mejoras en la calidad de cuidados brindados por el personal de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, mediante la actualización de los procesos de atención de enfermería, en los pacientes colecistectomizados, ya que los procesos de atención de enfermería son documentos basados en las necesidades valoradas con el modelo de Marjory Gordon y basadas en el lenguaje enfermero NANDA NOC y NIC.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Socializar un plan de capacitación sobre los procesos de atención de enfermería mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, con el uso de recursos visuales para el cuidado integral de los pacientes colecistectomizados en el postoperatorio mediato en el área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Brindar información actualizada acerca de las complicaciones y cuidados que debe tener el paciente colecistectomizado, así como ciertos cuidados necesarios en el post operatorio de esta patología quirúrgica.
- Determinar los procesos de atención de enfermería y la prioridad en brindar los cuidados a estos pacientes.



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CONTENIDOS PARA LA SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE**  
**ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS BASADO EN EL MODELO DE MARJORY**  
**GORDON.**

**AUTORAS**

**CAIZA CAISALITIN JESSICA SOFÍA**  
**SISA ARÉVALO FLOR JANETH**

**TUTORA**

**LIC. GLADYS MAGDALENA NARANJO CHAVEZ**

## COLECISTECTOMÍA

### Definición

- Según lo define Cardozo, et al., (2021), la colecistectomía es un procedimiento quirúrgico practicado frecuentemente, el cual se ejecuta en pacientes con inflamación vesicular o colecistitis aguda.
- La primera colecistectomía fue practicada en el año 1882 por el Dr. Langenbuch, quien la realizó por medio de una incisión en el cuadrante superior derecho, siendo una práctica que se mantuvo 105 años, hasta que gracias al desarrollo tecnológico se logró incorporar la técnica laparoscópica para la extirpación de la vesícula litiásica.



**Fuente:** (Stevens & Lowe, 2020, pág. 267)



## Fisiopatología

- La colecistitis se puede presentar en los pacientes de acuerdo con las siguientes manifestaciones clínicas que la catalogan como:

### Colecistitis Aguda:

- Es una patología que se caracteriza por presentar “un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, que clínicamente se presenta con dolor abdominal y defensa en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre y leucocitosis. La cual puede presentarse como:
  - Aguda Litiásica es causada por la obstrucción del conducto cístico debido a la presencia de un cálculo impactado.
  - Alitiásica que puede ser de etiología multifactorial y con mayor incidencia en las complicaciones (Huaman, 2019).

### Colecistitis Crónica:

- Es una patología asociada al más del 90% de los casos de colelitiasis, este diagnóstico histopatológico se caracteriza por presentar una inflamación prolongada, debido a la “vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química, manifestándose como edema y engrosamiento. Si la obstrucción es parcial y de corta duración, sólo se experimentará cólico biliar” (Baquerizo, 2021).

## MANIFESTACIONES DE COLECISTITIS AGUDA

Dolor	Síntomas Asociados	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparición brusca</li><li>• Cólico biliar</li><li>• Constante y fuerte</li><li>• Se irradia a la espalda</li><li>• Dura de 12 a 18h</li><li>• Se agudiza con el movimiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nauseas</li><li>• Vómitos</li><li>• Anorexia</li><li>• Fiebre mayor a 39°C</li><li>• Escalofríos</li><li>• Inestabilidad hemodinámica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perforación de la vesícula</li><li>• Peritonitis</li><li>• Formación de fístula</li><li>• Ileo biliar</li></ul>

Realizado por: Caiza y Sisa, 2022

Fuente: (Baquerizo, 2021)

## DIAGNÓSTICO DE LA COLECISTITIS

### Radiografía abdominal:

- En la que puede ser captada la vesícula cuando presente en sus paredes calcio, aunque es muy limitado este procedimiento ya que aproximadamente el 20% de los casos presentan calcificaciones macroscópicas.

### Ecografía abdominal

- Puede resultar precisa en el 95% de los casos, permite identificar además posibles complicaciones debidas a paredes engrosadas, procesos inflamatorios, cantidad y tamaño de los cálculos.

### Cole cistografía oral

- Puede ser precisa en casi un 99% de los casos, al fundamentarse en la exposición de contrastes de colorantes halogenados que son segregados en la bilis y son concentrados en la vesícula (Amiquero & Cuadros, 2018).

### Collangio Pancreato Resonancia

- Es un método no invasivo, recomendado para pacientes de alto riesgo que no sufran de claustrofobia, que “permite visualizar la vía biliar con muy alta sensibilidad y especificidad”. (Hospital de Emergencia "J.C. Ulloa", 2021).

### Tomografía axial computarizada (TAC)

- Es un procedimiento que surge en 1972 con el Dr. Godfrey Hounsfield siendo utilizado para visualizar la vesícula y los conductos biliares, haciendo segmentación por planos en imágenes computarizadas que son reconstruidas en el ordenador indicando diferentes densidades y valores de acuerdo a la escala de números de Hounsfield que es asignado a cada elemento volumétrico (Andrade, 2020).

### Gammagrafía biliar

- Es un procedimiento invasivo empleado para detectar problemas en el hígado y en la vesícula biliar mediante la aplicación vía intravenosa de radionúclido que es una sustancia radiactiva que es detectada por una cámara gamma cuando circula por las vías biliares, por la vesícula, hígado e intestino, generando imágenes que son estructuradas en una computadora (Lindenmeyer, 2021).

### Colangiopancreatografía endoscópica

- Es un método invasivo que permite realizar una valoración de la vía biliar, mediante la visualización de las porciones intra y extrahepáticas, permitiendo observar la dilatación del árbol biliar teniendo, con una sensibilidad entre 96 a 100% en la detección de litiasis en la vía biliar (Sánchez & Gómez, 2019).

### Ultrasonido abdominal

- Es una prueba no invasiva, que representa menos riesgo para el paciente cuando se realiza pues no necesita ingerir sustancias de contrastes, además permite realizar un diagnóstico mientras se hace una revisión del tracto digestivo, siendo un procedimiento más útil para visualizar los cálculos proximales (EsSalud, 2018).

## TRATAMIENTO PARA LA COLECISTITIS

Cuando la colecistitis es leve con cálculos entre 0,5 mm a 1mm, con sintomatología leve a moderada, con posibilidad de expulsión del cálculo por el funcionamiento de la vesícula, se recomienda inicialmente tratamientos no invasivos, suministrando con medicamentos con ácidos biliares orales para la disgregación del cálculo biliar, con estatinas para la inhibición de la síntesis hepática, además se recomienda un reposo intestinal no ingiriendo alimentos grasos, ingiriendo sólo alimentos suaves y líquidos no está corregido, suministrando analgésicos para el dolor y antibióticos si el caso lo requiere, dependiendo de los parámetros clínicos del paciente relacionados con la alteración de la temperatura hipertermia, pruebas de laboratorio y síntomas se puede iniciar el tratamiento invasivo.

Cuando la colecistitis es aguda se recurre a tratamientos invasivos con procedimientos quirúrgicos para extirpar la vesícula, pudiéndose realizar una colecistectomía laparoscópica, como procedimiento menos invasivo y de menor tiempo de recuperación la cual contribuye a evitar una posible perforación de la vesícula o el empiema vesicular o también se puede recurrir a la colecistectomía convencional que es una cirugía abierta más invasiva con mayor tiempo de recuperación (Rodríguez, 2018).

Colecistectomía percutánea: es un procedimiento invasivo realizado por un médico especialista, que introduce un tubo para extraer la bilis infectada o atascada a través de la piel guiado por ultrasonido.

Colangiografía transhepática percutánea: en este procedimiento al paciente se le inyecta un material de contraste con una aguja guiada por imágenes dirigida a los conductos biliares, que permite localizar los cálculos que están bloqueando la salida de la bilis y de ser necesario colocan un sten para facilitar la salida y disminuir la inflamación.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: es un procedimiento realizado por un gastroenterólogo, que consiste inyectar un líquido de contraste en introducir por la boca un tubo flexible o fibra laser, conduciéndolo por el estómago e intestino delgado hasta llegar al conducto biliar donde limpia el conducto biliar y destruye los pequeños cálculos o incluso extraerlos utilizando una canasta ( Radiological Society of North America, 2022).

**COMPARACIÓN ENTRE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y  
LAPAROSCÓPICA**

	<b>Colecistectomía convencional</b>	<b>Colecistectomía laparoscópica</b>
<b>Tipo de anestesia</b>	General	General
<b>Incisión</b>	Subcostal derecho al borde de las costillas, haciendo una gran abertura.	Se hacen 4 incisiones o puertos en la variante americana, uno de 11 a 12 mm para el óptico; otro en el hipocondrio izquierdo para la línea de trabajo; otro en el epigastrio (región superior de abdomen) y uno de 5mm en el medio clavicular.
<b>Procedimiento</b>	Se mueve el hígado para llegar hasta la vesícula, secciona la arteria hepática con dos ligaduras o por hemostasia para separar el lado izquierdo de la vesícula y luego el conducto cístico derecho, se procede a extirpa la vesícula. Se sutura la herida.	Se introduce el primer trocar por el ombligo para ver y explorar la zona; el segundo trocar se introduce por lado derecho se introduce una pinza del dren de CO2 para inflar el abdomen, con lo tercero a la izquierda y el cuarto a la derecha se procede a traccionar hacia abajo la bolsa de Hartmann y separar el conducto cístico, luego se realiza la disección del pedículo y se cauterizan el conducto cístico y la arteria y se extrae la vesícula.
<b>Beneficios</b>	Permite examinar el área abdominal. Menor riesgo por complicaciones en pacientes con cáncer de vesícula	Menor tiempo de recuperación Menor daño estético Menor dolor postoperatorio Menos invasiva
<b>Contraindicación</b>	Pacientes con: Complicaciones cardio respiratorias. Cardiopatías. Hipertensión portal coagulopatías Hipertensión craneal Glaucoma de ángulo cerrado Cirrosis	Pacientes: Embarazadas Con sospecha de cáncer de vesícula. Con alteraciones hemodinámicas Con problemas respiratorios graves. Con cirrosis hepática

Fuente: (Rodríguez, 2018)

## COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA

### Complicaciones de grado I y II

- Infección en el área operatoria.
- Arritmia cardíaca.
- Hipertensión arterial.
- Hipotensión arterial.
- Insuficiencia respiratoria.

### Complicaciones de grado III

- Perforación de la vesícula biliar: pueden generar un aumento de riesgo de desarrollar infección sino son retirados a tiempo y limpiando adecuadamente el área.
- Sangrado intrabdominal: debido a un problema de cicatrización al cauterizar.
- Acceso en la pared abdominal.
- Infección de la herida.

### Complicaciones de grado IV:

- Perforación intestinal: los intestinos son los órganos que sufren con mayor frecuencia una perforación, causado una fuga de la materia que contienen causando un cuadro de peritonitis.
- Lesión de los vasos epigástricos: a pesar de tener poca incidencia en el desarrollo de hemorragia intraoperatoria, puede ser corregida
- Lesiones en las vías biliares: son causadas durante el proceso quirúrgico al confundir el conducto biliar y el conducto cístico, ocasionando alguna morbilidad e incluso en menor proporción la muerte del paciente.
- Lesión hepática: puede ocurrir al introducir en el abdomen los troncales, causando hemorragia intrabdominal y complicación que depende de la lesión ocasionada.
- Falla renal
- Falla cardíaca.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA

### Complicaciones Inmediatas

- Se producen en las primeras 72 horas posteriores a la colecistectomía en paciente puede presentar las siguientes complicaciones:
- Coleperitoneo: se caracteriza por un dolor fuerte en el abdomen causado por la existencia de bilis en el peritoneo de la cavidad abdominal.
- Hemorragia interna: por haber sufrido durante la intervención un daño en la pared abdominal, en los vasos epigástricos o en las ramas suprahepáticas.
- Pancreatitis aguda: debido a la obstrucción por un cálculo de menos de 5 mm que no permite la salida del jugo pancreático.

### Complicaciones mediatas:

- Lesión en los conductos biliares: que puede ser causada por quemaduras con el electrocauterio, confusión de los conductos.
- Presencia de un cálculo residual en las vías biliares.
- Papilitis: se caracteriza por la presencia de dolor, fiebre e ictericia debido a un colédoco dilatado y requiere ser resuelto con urgencia.
- Infección de la herida: al observar contenido purulento en la herida, edema, fiebre y dolor.
- Hemoperitoneo: se caracteriza por la presencia de sangre en el peritoneo, por haber dejado un espacio sin cauterizar, requiriendo una nueva intervención quirúrgica (Castro G. , 2020).

## MOLESTIAS POSOPERATORIAS

### Dolor

- Es una sensación asociada al sufrimiento del paciente ocasionado por la intervención quirúrgica donde los tejidos fueron afectados durante el procedimiento de extirpación de la vesícula y la anestesia, este dolor postoperatorio generalmente dura máximo 48 horas siguientes al procedimiento.

### Hipotermia

- Es una molestia relacionada con la baja de la temperatura corporal por debajo de 35°C en las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, por lo que el personal de enfermería debe proceder a realizar procedimientos para calentar al paciente antes que comience a presentar temblores que podrían afectar la cicatrización de las heridas causadas por la intervención quirúrgica.

### Hipertermia

- Es una molestia que está relacionada con la elevación de la temperatura corporal por encima de los 38°C en las primeras horas posteriores a la intervención siendo necesario controlar la temperatura del paciente cada cuatro horas, considerándose un síntoma de alarma ante una posible infección.

### Retención urinaria

- Esta molestia puede ser una complicación si el paciente no elimina la orina entre las 8 a 10 horas subsiguientes a la intervención quirúrgica. El personal de enfermería debe palpar la zona de la vejiga para observar si el paciente presenta distensión vesical o dolor y realizar masajes para estimularlo, en el caso que no logre el vaciado se debería colocar una sonda al paciente.

### Náuseas y vómitos:

- Es una molestia que se presenta por la sensación de vacío en el estómago, que puede ser ocasionado por efecto de la anestesia, por distensión abdominal, dolor, miedo ingerir alimentos. El personal de enfermería debe realizar maniobras para controlar estas molestias, colocando al paciente de lado, realizar limpieza bucal, ingesta de alimentos suaves, entre otras (Valentin, 2020).

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

### Postoperatorio mediato

- Mantiene la herida higienizada retirando los apósitos diariamente, son de tela o gasa observando que estén limpios y sin manchas de sangre, luego lavar con agua limpia y jabón toda la herida, secar y volver a cubrir la herida.
- Los apósitos de cinta adhesiva se pueden limpiar Inter diarios, pues no adsorben humedad.
- Mantener hidratado al paciente las primeras horas antes de recibir los primeros alimentos líquidos.
- Suministrar el primer día una dieta líquida las primeras horas, absorbiendo por sorbos
- Siguiendo pasadas las primeras 24 horas con alimentos tipo puré, sopas bajas en grasa, indicando al paciente que sean ingeridos de forma lenta para observar que sean tolerados, continuando progresivamente con alimentos más sólidos.
- Observar si el paciente siente dolor intenso producto de las molestias en los músculos del abdomen, para suministrarle analgésicos.
- Mantener reposo las primeras horas y realizar pocos movimientos para favorecer el proceso de cicatrización.
- Pasados las primeras ocho horas realizar pequeñas caminatas, evitando permanecer mucho tiempo acostado o sentado (Parrales, Medina, & Zunñiga, 2018)

### Cuidados emocionales

- Apoyo social estableciendo un canal de comunicación con el paciente para que pueda expresar sus necesidades con confianza e incorporando a la familia para que adquiera la información necesaria para brindar los cuidados en el hogar.
- Apoyo psicológico para que el paciente se sienta tranquilo y con un nivel bajo de ansiedad.
- Apoyo espiritual para crear un ambiente de serenidad y esperanza (Amiquero & Cuadros, 2018).



## **CUIDADOS MEDIATOS DE ENFERMERÍA**

- La toma y registro de signos vitales
- Establecer un programa de cambios posturales adaptado a las condiciones del paciente para la prevención de úlceras por presión.
- Tener especial cuidado durante el aseo para no mojar los apósitos que cubren la herida quirúrgica.
- Estimular al paciente para que realice ejercicios respiratorios, de expectoración, haga movilizaciones e intente deambular lo antes posible (si no existe contraindicación).
- Observar y comprobar que los apósitos de las heridas quirúrgicas estén siempre limpios, secos y bien fijos (Pereiro & Bayas, 2019).
- Según lo explica los cuidados mediatos pueden tardar entre las 24 a 48 horas luego de la intervención quirúrgica, y dentro de los parámetros que deben ser vigilados como posibles síntomas de una complicación se encuentran; la temperatura, el control de la diuresis, el balance hidroelectrolítico y la valoración de los ruidos hidroaéreos. Para ello se deben tener las siguientes consideraciones;
- Se debe verificar el restablecimiento del tránsito intestinal antes de iniciar la alimentación oral.
- Realizar de forma continua la valoración de la temperatura del paciente, siendo una elevación de esta un posible signo de cuadros infecciosos.
- Observar la herida operatoria
- Valorar de forma integral al paciente a fin de reconocer alteraciones reales o potenciales, considerando problemas fisiológicos, psicológicos, efecto de la anestesia, comportamiento de las vías respiratorias y del sistema cardiovascular.
- Asegurarse de que el paciente se encuentre tranquilo, en confort y seguro, vigilando en los primeros momentos aspectos psicosociales y la somnolencia del paciente.
- Ayudar al paciente en la movilización, fomentando la deambulación temprana, facilitando la digestión y la recuperación de la función intestinal
- Monitorear el dolor presentado por el paciente (Zanabria, 2017).