UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM. HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA. OCTUBRE 2017 - MARZO 2018.

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/DO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

AUTORES:

NANCY THALÍA MAZÓN PINOS

ALEX ISRAEL GUAMÁN POMA

DIRECTORA:

LIC. NORMA PAREDES

GUARANDA –ECUADOR

MARZO 2018

DEDICATORIA

Dedico el siguiente trabajo primeramente a Dios por darme la vida, salud, sabiduría y fuerza para alcanzar este anhelo a pesar de las adversidades, ahora se ha vuelto una realidad, y seas tú quien guíes siempre nuestros pasos.

A la razón de mi ser mi hija Monserrat el pequeño ángel de mi vida quien fue el motor que me impulso a seguir luchando y llegara a la meta.

A mis padres que fueron los pilares fundamentales ya que me han apoyado a lo largo de esta carrera por haberme brindado consejos, amor para ser lo que hoy soy y enseñarme a luchar por lo que se quiere; de manera especial a mi madre Nancy Pinos quien me enseño el mejor de los ejemplos de mujer luchadora, a creer en mí y ser capaz de cumplir lo que se propone.

A mis hermanos por ser quienes me brindaron su apoyo de manera directa o indirectamente, por todos los momentos que hemos vivido, por su amor por estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida espero siempre nos mantengamos unidos los quiero mucho.

Nancy Thalía Mazón Pinos

Dedico este trabajo a DIOS y la Virgen Santísima seres de infinita bondad y amor, quienes me guiaron y dieron la sabiduría necesaria para siempre hacer lo correcto durante mi vida universitaria y llegar a este momento importante en mi vida formativa y profesional.

A mis padres: Homero y Olguita, quienes con su amor, empeño y entrega hicieron hasta lo imposible para guiar mis pasos, ayudándome a superar cada obstáculo que se presente en el camino con sus consejos compresión; por el ejemplo de constancia y lucha ya que pese a las adversidades lograron formarme como una persona de principios, valores; recordando siempre que *"la humildad te hará llegar lejos"*, el logro también es de ustedes.

A mis hermanos: Yajaira y Fabricio; por la paciencia, por compartir y apoyarme en los buenos y malos momentos; a mi ángel Florcita Saltos sé que desde donde este me cuida y me guía; a mi abuelita gracias por ser la Luz que me guía y a mi querida sobrina por ser la motivación para salir adelante.

A mis amigos/as gracias por compartir este sueño llamado "enfermería", sueño que durante el transcurso de la vida estudiantil nos ha dado risas, lágrimas, logros y fracasos.

ALEX GUAMÁN POMA.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a dios por darnos la vida y la salud durante nuestra etapa académica por iluminar nuestro sendero en los momentos difíciles y por permitirnos crecer profesionalmente, culminando nuestra etapa profesional.

A nuestros padres por brindarnos ese apoyo incondicional , por habernos brindado valores y los mejores principios morales, por darnos fuerza motivándonos a vencer los obstáculos seguir adelante, sobre todo por ese amor y esfuerzo para apoyarnos en lo necesario.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Escuela de Enfermería, por brindarnos sus puertas y sapiencia, a nuestros queridos docentes que supieron impartir sus conocimientos de la mejor manera para llegar a ser unos grandes profesionales.

Al doctor Guillermo Lombeyda, por su disponibilidad, conocimiento y cariño brindado en la estructuración del presente trabajo.

A nuestra tutora, por su gran apoyo para poder culminar con este proyecto, por impartirnos sus conocimientos, por ser nuestra guía, con paciencia y dedicación.

Al Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", por el tiempo que nos acogió durante nuestro Internado Rotativo de Enfermería y por la apertura que se nos brindó para la realización de nuestro proyecto de investigación.

Nancy Thalía Mazón Pinos

Alex Israel Guamán Poma

TITULO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM. HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA. OCTUBRE 2017- MARZO 2018.

ÍNDICE:

DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO IV
TITULO: V
ÍNDICE: VI
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR/A X
RESUMEN EJECUTIVO XI
ABSTRACT XIII
INTRODUCCIÓN: 1
CAPÍTULO 1 4
1. PROBLEMA 4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 6
1.3. OBJETIVOS 7
1.3.1. OBJETIVO GENERAL. 7
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. 7
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 8
1.5. LIMITACIONES 11
2. CAPÍTULO 2 12
2: MARCO TEÓRICO 12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 12
2.2. BASES TEÓRICAS 15
2.2.1. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA (CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA). 15
2.2.1.1. VENTAJAS QUE APORTA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. 15
2.2.1.1.1. Otras ventajas: 16
2.2.1.2. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. 16
2.2.1.3. FISIOLOGÍA: 17
2.2.1.4. SEGURIDAD 17
2.2.1.5. LA LAPAROSCOPÍA EN OTRAS ESPECIALIDADES. 18
2.2.1.6. PREPARACION PREOPERATORIA 18
2.2.1.7. PREPARACIÓN DE LA PIEL 18
2.2.1.8. RIESGOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. 20
2.2.1.8.1. Náuseas y vómitos 21

2.2.1.8.2. Dolor 21
2.2.1.8.3. Traumatismos 21
2.2.1.8.4. Embolismo gaseoso 21
2.2.1.8.5. *Enfisema subcutáneo* 22
2.2.1.8.6. Colapso cardiovascular 22
2.2.1.8.7. Arritmias 22
2.2.1.8.8. Cambios de temperatura: hipotermia 23
2.2.2. EL MODELO DOROTHEA OREM 23
2.2.2.1. TEORIA DE AUTOCUIDADO 24
2.2.2.2. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO 25
2.2.2.3. TEORIAS DEL SISTEMA DE ENFERMERIA 26
2.2.2.4. VALORACION DE LAS NECESIDADES POR DIMENSIONES 27
2.2.2.5. VALORACION ETICA DEL MODELO 28
2.2.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA 30
2.2.3.1. CUADRO DE PROBLEMAS DERIVADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCOPICA 32
2.2.3.2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCOPICA APLICANDO EL MODELO DE DOTOTHEA OREM. 35
2.2.4. PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN LAPARATOMIA EXPLORATORIA EN EL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", ... 66
2.2.4.1. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA 69
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 73
2.4. SISTEMA DE VARIABLES 76
2.4.2. Variable independiente. 76
2.4.3. Variable dependiente 76
2.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 77
2.5.1. Variable independiente. 77
2.5.2. Variable dependiente. 80
3. CAPÍTULO 3: 83
3: MARCO METODOLÓGICO 83
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 83
3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 83
3.1.2. TIPO DE ESTUDIO 83
3.1.3. DISEÑO. 83
3.1.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 84
3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 84

3.2.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 84
3.2.2. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO 84
3.2.2.1. ANALISIS DE DATOS 85
a) EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" 85
b) FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM A LOS USUARIOS DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. 97
VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA 107
a) EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" 111
4. CAPÍTULO 4 123
4.1. RESULTADOS ALCANZADOS 123
5. CAPITULO 5 124
5: MARCO ADMINISTRATIVO 124
5.1. RECURSOS HUMANOS: 124
5.1.1. COLABORADORES: 124
5.1.2. RECURSOS INSTITUCIONALES: 124
5.1.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS: 124
5.1.4. PRESUPUESTO: 125
5.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 126
6. CAPÍTULO 6 130
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 130
6.1 Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Dorothea Orem en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. 130
6.2 CONCLUSIONES 133
6.3 RECOMENDACIONES 134
7. BIBLIOGRAFÍA: 135
8. ANEXOS 138
8.1. ANEXO N° 1 OFICIOS 139
8.2. ANEXO N° 2 TUTORIAS CON LA LICENCIADA NORMA PAREDES. 141
8.3. ANEXO N° 3 DIALOGO SOBRE EL TRABAJO DE TITULACION CON LA LIDER DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO." 141

8.4. ANEXO N° 4 APLICACIÓN DE ENCUESTA POST APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE CIRUGÍA HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO." 142

8.5. ANEXO N° 5 APLICACIÓN DE ENCUESTA A LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCOPICA Y SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM. 143

8.6. ANEXO N° 6 SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE CIRUGÍA DEL "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENGERO" 144

8.7. ANEXO N° 7 ENCUESTA PRE APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA. 146

8.8. ANEXO N° 8 GUIA DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. 150

8.9. ANEXO N° 9 ENCUESTA POST APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA. 154

8.10. ANEXO N° 10 FIRMAS DEL PERSONAL DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" QUE ASISTIERON A LA SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO Y PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN DOROTHEA OREM. 158

8.11. ANEXO N° 11 CERTIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" 159

8.12. ANEXO N° 12 CERTIFICADO EMITIDO POR LA LICENCIADA FLOR PINOS ENFERMERA LIDER DEL SERVICIO DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO." 160

Guaranda, 3 de abril del 2018

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR/A

El/la suscrito/a Licenciada Norma Nancy Paredes Sinche Director/a 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 DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM. HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA. OCTUBRE 2017- MARZO 2018.** Realizado por los/las estudiantes **Nancy Thalía Mazón Pinos** con CI: 0202323655, **Alex Israel Guamán Poma** con CI: 0202114096**,** ha 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.

_____

LIC. NORMA PAREDES.

DIRECTOR/A DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

X

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de titulación titulado: proceso de atención de enfermería en pacientes de cirugía laparoscópica, según el modelo de Dorothea Orem. Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", Guaranda. Octubre 2017- marzo 2018.

Objetivo: Implementar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes quirúrgicos de cirugía laparoscopia en el área de cirugía según el modelo de Dorothea Orem en el Hospital "Alfredo Noboa Montenegro." **Método:** se valoró los conocimientos del personal profesional de enfermería del área de cirugía pre- post aplicación y se evaluó los cuidados de enfermería según el modelo de Dorothea Orem a 21 usuarios los cuales manifestaron que han recibido una atención de calidad. **Diseño:** En la realización de este trabajo se revisó 21 historias clínicas correspondientes a personas sometidas a cirugía laparoscópica, determinando la caracterización de las necesidades de los pacientes, se aplicó una encuesta de conocimiento sobre la teoría de Dorothea Orem y la aplicación del proceso de atención de enfermería a las 12 enfermeras del área de Cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", **Resultados:** Se valoró al personal profesional de enfermería mediante una encuesta sobre el conocimiento del proceso de atención de enfermería en base la teoría de Dorothea Orem antes de la intervención.

Se obtuvo datos estadísticos sobre el número y porcentaje de las cirugías laparoscópicas realizas durante el tiempo de estudio estipulado al inicio.

Se aplicó del proceso de atención de enfermería (PAE), en el cuidado del paciente sometido a cirugía laparoscópica, según el modelo de Dorothea Orem, promueve la pronta recuperación y se sustenta en una base teórica, de esta manera se establece cuidados oportunos y a la vez se educa según las premisas de Orem.

Se realizó una guía de valoración según las premisas de Dorothea Orem para determinar el nivel de dependencia e independencia en el paciente sometido a cirugía laparoscópica.

Se elaboró un proceso de atención de enfermería enfocado a los pacientes sometidos a la intervención quirúrgica laparoscópica para facilitar la aplicación del mismo.

Se socializo el modelo de enfermería según el modelo de Dorothea Orem a todo el personal profesional de enfermería.

El personal profesional de enfermería del área de cirugía .llegó a un consenso por parte del personal de enfermería a incorporar la teoría de Orem en el proceso de atención de enfermería.

Se valoró al personal profesional de enfermería mediante una encuesta sobre el conocimiento de la teoría de Dorothea Orem después de la ejecución del proyecto de investigación.

Palabras claves: modelo de Dorothea Orem, proceso de atención de enfermería, cuidados de enfermería, cirugía laparoscópica.

ABSTRACT

This titration paper entitled: Nursing care process in patients with laparoscopic surgery, according to the model Dorothea Orem Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", Guaranda, October 2017-February 2018.

Objective: To implement the process of nursing care in surgical patients of laparoscopic surgery in the area of surgery according to the model of Dorothea Orem in the "Alfredo Noboa Montenegro." Hospital. Method: The knowledge of the professional nurses of the area of surgery pre-post application was assessed and the nursing care was evaluated according to the model of Dorothea Orem to 21 users who said that they received a quality care. **Design:** In the accomplishment of this work, 21 clinical histories were reviewed for people undergoing laparoscopic surgery, determining the characterization of the needs of the patients, a survey of knowledge was applied on the theory of Dorothea Orem and the application of the nursing care process to the 12 nurses in the surgery area of the "Alfredo Noboa Montenegro Hospital". **Results:** The professional nursing staff was valued through a knowledge survey of the nursing care process based on Dorothea Orem's theory before the intervention.

Statistical data were obtained on the number and percentage of laparoscopic surgeries performed during the time of study stipulated at the beginning.

It was applied of the nursing care process (PAE), in the care of the patient subjected to laparoscopic surgery, according to the model of Dorothea Orem, promotes the early recovery and is based on a theoretical base, in this way it establishes opportune care and at the same time s and educates according to the premises of Orem.

A valuation guide was made according to the premises of Dorothea Orem to determine the level of dependence and independence in the patient undergoing laparoscopic surgery.

A nursing care process was developed aimed at patients undergoing laparoscopic surgery to facilitate its application.

The model of nursing was socialize according to the model of Dorothea Orem to all the professional personnel of nursing.

The professional nursing staff in the surgery area. A consensus was reached by the nurses to incorporate the Orem theory into the nursing care process.

The professional nurses were valued through a survey on the knowledge of Dorothea Orem's theory after the implementation of the research project.

Key words: Dorothea Orem model, nursing care process, nursing care, laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN:

La técnica de la cirugía laparoscópica, basada en la realización de la cirugía mediante una incisión única. Esta nueva técnica, más demandante que la cirugía abierta se basa en el cambio de un campo quirúrgico triangular a uno basado en campos paralelos, hecho que requiere necesariamente de un cambio en la concepción también requiere de cuidados específicos, al revisar las normas sobre acreditación publicadas por el Ministerio de Salud Pública, se observa que la atención médica debe ser entregada de manera planificada y basada en protocolos, como una forma de garantizar la calidad de atención evitando diferencias en la manera en que dicha atención y el cuidado recibido. (Aretxabala, 2009)

Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (Navarro & Castro, 2010)

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. (Navarro & Castro, 2010)

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (Navarro & Castro, 2010)

Por lo que trabajaremos con la teoría de Dorothea Orem ya que es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar un atención de calidad, este modelo aplicado a la los cuidados del

personal de enfermería profesional en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica; este modelo proporciona un marco conceptual y estable una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

El limitado conocimiento y escasa aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica se evidencio que mediante la valoración de los cuidados del personal profesional condujo a crear el proceso de atención de enfermería según el modelo de Dorothea Orem, facilitando a las enfermeras, la elaboración del proceso de atención de enfermería para el cuidado del usuario satisfaciendo sus necesidades.

El hospital "Alfredo Noboa Montenegro", es una institución pública dedicada al cuidado integral de la salud de todas las personas que lo requieran. La teoría de Dorothea Orem fue adaptada al proceso de atención de enfermería a pacientes de cirugía laparoscópica para el mejoramiento y recuperación de la calidad de vida; con la participación de:

Doc. Jacques Pascal médico a cargo del área de cirugía.

Lcda. Flor Pinos líder de enfermería del área de Cirugía.

12 miembros de equipo del área de cirugía (personal profesional de enfermería.)

21 usuarios que fueron sometidos a cirugía laparoscópica.

El presente trabajo está estructurado sistemáticamente en los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Consta del planteamiento y formulación del problema, objetivo general y específicos y justificación de la investigación.

CAPITULO II: Expresa los antecedentes de la investigación, bases teóricas sustentadas científicamente el presente trabajo, y el sistema de variables que permite contextualizar el tema.

CAPITULO III: Se delimita el tipo de investigación, el universo de estudio el método y técnica utilizada para la recolección de información y el análisis e interpretación de datos.

CAPITULO IV: Se establece los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados.

CAPITULO V: Consta del marco administrativo, recursos y cronograma.

CAPITULO VI: Se determina las conclusiones y recomendaciones obtenidas durante el proceso de la investigación.

CAPÍTULO 1

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aparición de la cirugía laparoscópica en 1991 ha marcado hitos en el campo de la medicina. Procedimientos que anteriormente parecían imposibles, ahora son llevados a cabo con éxito mediante este procedimiento. El apogeo de técnicas y procedimientos cada vez más especializados ha constituido el impulso para el desarrollo profesional, no solo de los expertos que la practican, sino también del, personal que de una u otra manera interviene directamente en el procedimiento entre ellos el personal de enfermería.

La enfermería a través de los años ha crecido considerablemente desde distintos enfoques. La actividad asistencial anteriormente basada en el empirismo y la técnica ha pasado a ser un cuidado orientado por un marco teórico que utiliza una metodología científica, manejando modelos teóricos, adaptándolos para recurrir a ellos como guía en el plan de cuidado de enfermería, proyectando a esta ciencia a través de la investigación hacia formas más completas que combinen la teoría y la práctica y además que la evidencien.

A pesar de los avances en la ciencia de enfermería, sigue siendo preocupante que en el ámbito de la práctica asistencial, en donde el cuidado es la esencia del ser de enfermería, quedan huecos muy importantes en la atención, pues no se ha logrado aplicar la teoría de las aulas a la práctica. La teoría de Orem se ha utilizado para describir diversos papeles de la enfermería en múltiples casos, del cual se han desarrollado un gran número de instrumentos para medir las prácticas de autocuidado, "ella advierte que el uso adecuado de los detalles de la teoría comprende el uso de las tres teorías; autocuidado, déficit de autocuidado, y sistemas enfermeros" (Marriner & Alligood, 2003), teniendo un marco sólido y eficaz para el diseño del PAE, el cual "es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se

centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de la salud" (Kozier, 2004).

El personal de enfermería responsable del cuidado directo del usuario, es preciso que conozca el papel que le corresponde jugar y que debe aportar en la recuperación de la salud, mediante un cuidado planificado, individualizado y con fundamentación teórica, como es la conjetura de Dorothea Orem, donde "proporciona al paciente un papel activo en su cuidado, con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas a realizar acciones compensatorias para vencer la incapacidad o la limitada capacidad de cuidarse, mismas que tiene carácter temporal para facilitar la recuperación y su independencia" (Navarro & Castro, 2010), he aquí la importancia de implementar el proceso de atención de enfermería(PAE) en base a este modelo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se aplica el Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem en pacientes de cirugía laparoscópica Hospital Alfredo Noboa Montenegro?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Implementar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes quirúrgicos de cirugía laparoscópica en el área de cirugía según el modelo de Dorothea Orem en el hospital "Alfredo Noboa Montenegro".

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar mediante datos estadísticos los conocimientos del personal del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro".
- Diseñar la guía de valoración de enfermería en pacientes post quirúrgicos según el modelo de Dorothea Orem.
- Sociabilizar el proceso de atención de enfermería en cirugía laparoscópica basada en el modelo de Dorothea Orem al personal profesional de enfermería, y usuarios.
- Evaluar el Proceso de Atención de Enfermería según el modelo de Dorothea Orem.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La cirugía laparoscópica, significó un cambio radical en la manera en que se efectuaba la cirugía. Previo a su aparición, los cambios asociados a la técnica quirúrgica abierta fueron menores y más bien relacionados al diagnóstico y a los métodos de apoyo del post operatorio, pero a grandes rasgos, la técnica en sí no sufría de cambios fundamentales. Desde la aparición de la cirugía laparoscópica, los cambios en la aplicabilidad de la laparoscopia han sido incesantes, incluso muchas veces sin el tiempo necesario para evaluarlos de manera objetiva. (Aretxabala, 2009)

La cirugía laparoscópica en el HANM alcanza a un número de 262 usuarios durante el año 2017 en el periodo enero a diciembre, en un rango de 100 hombres, 162 mujeres; es practicada por ser mínimamente invasiva (laparoscópica) en nuestro medio se realiza con mucha frecuencia pues la incidencia de colelitiasis, de la vía biliar es alta en la actualidad. (DR.LOMBEYDA, 2018)

Se aplicara el proceso de atención de Enfermería en base al modelo de Dorothea Orem Frente a este nuevo paradigma, caracterizado por la presencia permanente de cambios en la forma en que nuestros pacientes son manejados, los sistemas de calidad de atención de cada institución deberán desarrollar sistemas de monitoreo que permitan evaluar objetivamente cada una de las diferentes técnicas que se introducen en los cuidados de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica. (Aretxabala, 2009)

El presente trabajo aportará al Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021 que en su Objetivo1 dice.- “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” ((CNP), 2017) y a su política 1.6 “Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.” ((CNP), 2017) Además de contribuir para el logro de las metas propuestas en este objetivo:
“Aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud:

- reducir el porcentaje del gasto de bolsillo de los hogares en salud a 2021”
- incrementar el porcentaje de percepción positiva de los hogares con relación a servicios públicos de salud de calidad a 2021.

Contribuye con “Las líneas de investigación son consideradas como el eje integrador de la investigación científica de un área determinada del conocimiento, con el fin de contribuir a la solución de problemas de la ciencia y con ello coadyuvar a la solución de problemáticas sociales y empresariales”. (Universidad Estaltal de Bolivar, 2016)

De acuerdo a las líneas de investigación de la carrera de enfermería nos acercamos a la línea: Desarrollo humano, sub-línea; Salud y bienestar humano, programa y proyectos; Calidad del cuidado del enfermero. (Universidad Estaltal de Bolivar, 2016)

Es conveniente para la Universidad Estatal de Bolívar, la escuela de Enfermería porque está cumpliendo con uno de los indicadores de la carrera del Modelo de evaluar el entorno de Aprendizaje.

El realizar un plan de cuidados estandarizado y protocolizado, según el modelo de enfermería de Dorothea Orem ayuda a una atención de calidad y calidez en la práctica asistencial, por lo tanto suponen un escalón avanzado en el diseño de pautas que facilitan el trabajo del personal de enfermería, disminuyendo la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación del cliente.

El propósito de esta investigación está centrada directamente en el cuidado integral de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica, el mismo que implica una valoración de las necesidades del paciente y así brindar cuidados específicos generando comodidad y bienestar.

También es de importancia propia como autores del proyecto de investigación ya que, por este medio fortaleceremos y pondremos en práctica el conocimiento adquirido en las aulas universitarias, demostrando así, el trabajo y compromiso con la sociedad.

El trabajo es pertinente porque está dirigido a los usuarios que son sometidos a cirugía laparoscópica en su mayoría adultos mayores y personas con discapacidad que requieren cuidados apropiados. Fundamentada directamente con el perfil de enfermería y sus funciones: asistencial, docencia e investigación, dirigidas al cuidado del individuo sano o enfermo, familia y comunidad, mediante una firme ética y de responsabilidad legal con conocimientos en las áreas biológicas, psicológicas y del entorno.

Es novedoso ya que es un tema nuevo no muy conocido por el área de cirugía adaptado en pacientes de cirugía laparoscópica

Esta investigación tiene tres beneficiarios: personal profesional de enfermería porque se enriquece sus conocimientos y desarrollan competencias, los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y su familia porque recibirán cuidados individualizados y la institución por que será reconocida por brindar una atención con calidad y calidez.

Es factible porque se cuenta con el interés y apoyo del director del hospital y de la líder del servicio del área de Cirugía, el consentimiento del personal de enfermería buscando brindar un servicio de calidad y calidez para el usuario y su familia.

La Enfermería como disciplina profesional del área de salud acude al llamado en la solución de problemas de interés público, como el investigar sobre uno de los problemas del auto cuidado Dorothea Orem. Involucrado en el ejercicio profesional; siendo enfermería responsable del desarrollo de acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida dejando en manifiesto la alta peligrosidad y aumento de complicaciones en pacientes intervenidos en cirugía laparoscópica es pertinente la realización de este trabajo de investigación para brindar los cuidados oportunos.

1.5. LIMITACIONES

- Dificultad de encontrar a todo el personal de enfermería reunido.
- Escasa información y fundamentación científica sobre el proceso de atención de enfermería en cirugía laparoscopia según el modelo de Dorothea Orem.
- Limitado presupuesto por parte de los estudiantes.
- Poca colaboración de los pacientes y familiares en brindar información.

2. CAPÍTULO 2

2: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

"La Cirugía Laparoscópica se inicia en 1987, cuando los médicos franceses Mouret y Dubois reportan los primeros casos de Colecistectomía Laparoscópica, técnica que revoluciona el mundo de la cirugía" (Poggi Machuca, 2012). "En Cuba el 18 de noviembre del año 1991 en el Hospital «Hermanos Ameijeiras» de Ciudad de La Habana, donde fue realizada la primera colecistectomía video laparoscópica por el Dr. José M. Díaz Calderín (pionero de la cirugía laparoscópica en Cuba), quien había recibido entrenamiento de cirujanos mejicanos". (Castro Perez, Raul, 2010)

"En lo que se refiere a Sudamérica, los comienzos de la actividad laparoscópica datan de 1990, a través de la labor de Tomas Tzego (Brasil) y Alfredo Sepúlveda (Chile). Y en el Perú, influyen dos escuelas, la de USA con los doctores Mario del Castillo y Gustavo Salinas, y la de Francia por el Dr. Luis Poggi. Se suman también a esta "Revolución Francesa", los doctores Aguilar, Villanueva, De Vinatea, Lozada, Gagliuffi, Rodríguez, Sabogal, Guiulfo, Vizcardo, Barboza, Castro, Samanez, Baracco y algunos colegas más que integran la Sociedad Peruana de Cirugía Laparoscópica" (Poggi Machuca, 2012).

"Los cambios que están ocurriendo en la cirugía y en la sociedad obligan a realizar un mayor énfasis en los procesos cognoscitivos que en la práctica y la formación de las habilidades manuales tan necesarias. Si bien es cierto que intervenciones tales como la colecistectomía laparoscópica se puede realizar en la mayoría de los pacientes de forma ambulatoria o con corta estadía (24 horas), como se efectúa desde hace años en la mayoría de los hospitales de nuestro país, existe una apreciación errónea sobre esta vía de abordaje, no solo en la población sino incluso en algunos médicos de especialidades no quirúrgicas por la falta de una adecuada información y, también quizás, por la influencia de lo

que traduce su nombre: (cirugía mínimamente invasiva); (cirugía de mínimo acceso). Sin embargo, los cirujanos sabemos que sus ventajas radican principalmente en el posoperatorio, ya que generalmente las técnicas quirúrgicas laparoscópicas son más difíciles de realizar que en la cirugía abierta, el tiempo quirúrgico es mayor y la anestesia es mucho más compleja debido al neumoperitoneo. Esto se incrementa en la cirugía laparoscópica de avanzada al abordar cirugías de mayor envergadura con técnicas quirúrgicas más difíciles de ejecutar, que conllevan un tiempo quirúrgico mayor y en afecciones con índices de morbilidad y mortalidad más elevados". (Castro Perez, Raul, 2010)

"En el Hospital San Francisco de Quito, según Marcelo Cevallos, jefe del Servicio de Cirugía General, la colelitiasis es la afección que más se atiende en esta área." (Redaccion Sociedad, 2016)

"Semanalmente se realizan alrededor de 25 cirugías laparoscópicas de vesícula biliar, es decir que al año suman cerca de 1.100 cirugías realizadas. Agrega que en el país es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se atienden en los servicios de cirugía en los hospitales, con una tasa de atención del 80% al 85%." (Redaccion Sociedad, 2016)

"El bienestar de los pacientes con afecciones quirúrgicas dependerá de la calidad de la asistencia que se les brinde. Si bien es cierto que el concepto de calidad y los parámetros para medirla son un tema debatido actualmente pues implica múltiples visiones de ella, nadie duda de la importancia de los programas de garantía de la calidad en la práctica de la cirugía. La cirugía laparoscópica es parte inseparable de la cirugía general y sus indicadores de morbilidad y mortalidad deben ser evaluados con un mayor rigor y sistematicidad por ser más compleja" (Castro Perez, Raul, 2010).

"La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí

misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. El propósito del artículo fue valorar una de las grandes teorías de la enfermería contemporánea abordando de forma integral, la influencia que ejerce esta teoría en el desarrollo del ejercicio de la profesión en Cuba, para ello se realizó una revisión de las fuentes de Literatura básica, como Modelos y Teorías en Enfermería, Bases conceptuales de la Enfermería Profesional, la teoría de Dorotea Orem sobre autocuidados, utilizando métodos teóricos para propiciar la comprensión y análisis de los componentes de la teoría de Déficit de autocuidado, generalizaciones y relaciones entre el sustento teórico y la aplicación en la praxis del trabajo cotidiano del método científico en el desarrollo de una vida satisfactoria". (MSc. Prado, Lic. González, MSc. Paz, Lic. Borges, 2014)

"La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería". (MSc. Prado, Lic. González, MSc. Paz, Lic. Borges, 2014)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA (CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA).

"La mayoría de las cirugías laparoscópicas o toracoscópicas (llamadas a menudo mínimamente invasivas o con invasión mínima) se realizan mediante una o más incisiones a través de las cuales se introducen trocares y cánulas; la punta del trocar el mandril o punzón) y la cánula queda en la incisión para proporcionar la vía de acceso para el instrumental que se usara en la operación. Se utilizara un laparoscopio o un toracoscopio (llamados menudo simplemente óptico) a través de una de estas vías de acceso y un instrumental especial por una o varias otras cánulas" (Fuller & Ness, Instrumentacion quirurgica, 2010)

"El lecho operatorio se visualiza y el procedimiento se realiza directamente a través de este instrumento óptico o bien la imagen se trasmite a una pantalla de video. Durante todo el procedimiento pueden tomarse imágenes digitales… Entre los procedimientos que pueden realizarse con este método están la laparoscopia, la mediastinoscopia, la pelviscopia o la laparoscopia pelviana y una toracoscopia." (Fuller & Ness, Instrumentacion quirurgica, 2010)

"La cirugía laparoscópica como recurso los avances médicos encaminados a mejorar el tratamiento de los pacientes y su calidad de vida han impulsado el desarrollo de las técnicas laparoscópicas". (American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2018)

2.2.1.1. VENTAJAS QUE APORTA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

"Al ser las incisiones tan pequeñas el dolor postoperatorio es menor. En consecuencia, la recuperación es mucho más rápida, mejorando la movilización precoz, estado general y de ánimo del paciente. La posibilidad de complicaciones en las heridas (infección o eventraciones, hernias en la herida operatoria), se reducen a porcentajes muy bajos en la cirugía laparoscópica". (Diaz Dr, 2014)

"También la menor manipulación de los tejidos e intestino (se realiza con pinzas más finas) hace que el riesgo de adherencias entre los tejidos disminuya y que el intestino recupere su movilidad antes, por lo que la ingesta se inicia antes." (Diaz Dr, 2014)

"Todo ello influye en una menor estancia hospitalaria con una rápida incorporación a la vida laboral y social. Los resultados estéticos también son excelentes." (Diaz Dr, 2014)

2.2.1.1.1. Otras ventajas:

- Dada la delicada y reducida manipulación de los tejidos el edema de los mismos, tras la cirugía, y las pérdidas de sangre son menores. Ello también influye en que la recuperación del funcionamiento del intestino (peristaltismo) es más rápida.
- Menor incidencia de complicaciones de las heridas (infecciones, hematomas, eventraciones, etc.)
- Se alteran menos los mecanismos de defensa (inmunidad) del paciente. (Diaz Dr, 2014)

2.2.1.2. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

"A pesar de una correcta técnica quirúrgica pueden presentarse complicaciones, tanto derivadas del tipo de intervención realizada como específicas del abordaje laparoscópico.

Dentro de estas últimas las más frecuentes son el enfisema subcutáneo (presencia de gas debajo de la piel) y dolores referidos habitualmente al hombro. Estas complicaciones generalmente se resuelven con tratamiento médico y de forma global la suma de todas complicaciones no suele superar el 1% de los procedimientos laparoscópicos." (Diaz Dr, 2014)

“La gran mayoría de los pacientes operados por laparoscopia experimentan pocas o ninguna complicación y rápidamente vuelven a sus actividades normales.” (Diaz Dr, 2014)

2.2.1.3. FISIOLOGÍA:

“Con los procedimientos menos agresivos de la cirugía de invasividad mínima no hay alteraciones fisiológicas importantes. Muchos procedimientos de este tipo requieren sedación mínima o ninguna y hay pocas alteraciones en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico. La menos invasiva de estas operaciones incluye biopsia estereostática de lesiones mamarias y endoscopia flexible de tubo digestivo. Los procedimientos de invasividad mínima que requieren de anestesia general tiene mayor impacto fisiológico por el anestésico, la incisión (aunque sea pequeña) y el hemoperitoneo incluido” (Hamlin & Richardson, 2010)

2.2.1.4. SEGURIDAD

“La cirugía laparoscópica es tan segura como la cirugía tradicional abierta. Al iniciar una operación laparoscópica, se inserta el laparoscopio a través de una incisión pequeña y cercana al ombligo. El cirujano inspecciona primero el abdomen para determinar si es seguro realizar una cirugía laparoscópica. Si hay una gran inflamación, o si el cirujano encuentra otros factores que impiden ver claramente las estructuras, puede tener que hacer una incisión más grande para terminar la operación de manera segura.” (American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2018)

“Toda cirugía intestinal implica un cierto riesgo, tal como complicaciones relacionadas con la anestesia y hemorragias o complicaciones de infección. El riesgo de toda operación lo determina en parte la naturaleza de la operación específica. La salud general de la persona y otros problemas médicos también son factores que afectan el riesgo de cualquier operación. Usted debe hablar con el cirujano acerca de su riesgo en particular para alguna operación.” (American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2018)

2.2.1.5. LA LAPAROSCOPÍA EN OTRAS ESPECIALIDADES.

- Urología: Quistes renales, ureterolitotomía, exploración retroperitoneal, linfadenectomía pélvica del cáncer de próstata, etc.
- Ginecología: quistectomías, histerectomías, cauterización de endometriosis, miomectomías, liberación de adherencias, infertilidad, ligaduras de trompas.
- Cirugía de tórax: biopsias, resecciones, adherencias, etc.
- Traumatología: artroscopía de rodilla, hombro, tobillo, para reparación de menisco y reparación de ligamentos.
- Otorrino: cirugía de senos paranasales y fosa esfenoidal para aspergilomas, etc.
- Pediatría: apendicetomía, reflujo, etc.
- Emergencia: apendicitis aguda, perforación de úlcera, trauma abdominal, etc.
- Como Video endoscopía: se está viendo una aplicación cada vez mayor en la medicina. (Poggi Machuca, 2012)

2.2.1.6. PREPARACION PREOPERATORIA

"En la cirugía mínimamente invasiva los pacientes deben prepararse de acuerdo con la localización anatómica de la operación. En la cirugía laparoscópica se requiere muy poca preparación intestinal. Tampoco se requiere un control preoperatorio distinto de lo habitual. La preparación de la piel es idéntica a la de los procedimientos a cielo abierto" (Fuller & Ness, Instrumentacion quirurgica, 2010)

2.2.1.7. PREPARACIÓN DE LA PIEL

"Con la preparación de la piel del paciente se logra conseguir que la zona quirúrgica este lo más libre posible de microorganismos resistentes o transitorios, de suciedad y grasa dérmica de modo que se pueda realizar la incisión con el mínimo peligro de infección". (Gonzales & Herrero, 2012)

“El objetivo de la preparación de la piel del campo quirúrgico es de disminuir el porcentaje de bacterias con el fin de reducir el riesgo de infección”. (Gonzales & Herrero, 2012)

“Momentos antes de realizar el procedimiento, la enfermera explicara al paciente, de una manera clara, las maniobras que van hacerse en la piel de la zona donde tendrá lugar la incisión quirúrgica, así como la finalidad de las mismas”. (Gonzales & Herrero, 2012)

“El profesional de enfermería deberá evaluar la piel del paciente antes, durante y después del proceso de preparación de la misma”. (Gonzales & Herrero, 2012)

“La eliminación del vello cutáneo que circunda el área quirúrgica se realiza según el protocolo de la intervención, ya sea en la unidad de hospitalización preoperatoria o en el quirófano, lo más cerca posible de la hora programada para el procedimiento quirúrgico”. (Gonzales & Herrero, 2012)

“El vello que rodea la zona quirúrgica se elimina con maquinilla de afeitar, aplicando una crema, o con una maquinilla rasuradora. Si este es el método utilizado se ha de realizar en el momento más cercano posible a la intervención”. (Gonzales & Herrero, 2012)

“La principal característica única de la cirugía endoscópica en la cavidad peritoneal es la necesidad de separar la pared abdominal de los órganos por elevación. Se han diseñado dos métodos para lograr este objetivo. El primero, el que usan más cirujanos, es la inducción del neumoperitoneo. Durante toda la primera parte del siglo XX, la visualización intraabdominal se logró por medio de un perfilado de esfigmomanómetro. El problema con el uso de la insuflación con aire es que el nitrógeno es poco soluble en la sangre y se absorbe lentamente por la superficie del peritoneo. Se pensaba que el neumoperitoneo con aire era más doloroso que aquel con óxido nitroso. Después se usaron dióxido de carbono y óxido nitroso. Este tiene la ventaja de su inercia fisiológica y su absorción rápida. También proporciona mejor analgesia para la

laparoscopia con anestesia local en comparación con el dióxido de carbono o el aire. La desventaja del óxido nitroso en relación con el dióxido de carbono es que no suprime la combustión. Este último suprime la combustión y se absorbe con rapidez, por lo que es el gas de preferencia para la laparoscopia" (Hamlin & Richardson, 2010) .

"Los efectos fisiológicos del neumoperitoneo con CO_2 pueden dividirse en dos áreas: los efectos específicos del gas y las consecuencias de la presión. El dióxido de carbono se absorbe con rapidez por la membrana peritoneal hacia la circulación. Ya allí le CO_2 crea acidosis respiratoria por que se genera ácido carbónico. Los amortiguadores del cuerpo, cuya reserva más importante se encuentra en el hueso, absorben CO_2 (hasta 120 litros) y reducen al mínimo el desarrollo de hipercapnia acidosis respiratoria durante los procedimientos endoscópicos breves. Una vez que se saturan los sistemas amortiguadores del cuerpo, se desarrolla rápido al acidosis respiratoria y el sistema respiratorio asume la carga de manejar la absorción de CO_2 y su liberación de loa amortiguadores" (Hamlin & Richardson, 2010).

"Muchos procedimientos no pueden ni deben realizarse a través de una técnica mínimamente invasiva y siguen siendo las piedras angulares de la cirugía tradicional." (Fuller & Ness, Instrumentacion quirurgica, 2010)

2.2.1.8. RIESGOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

"Cuando un paciente ingresa en la sala de operaciones deben tomarse precauciones especiales para disminuir al mínimo los riesgos asociados con la laparoscopia." (Enciso Nano, 2013)

"Las complicaciones relacionadas a la anestesia ocurren entre 0,016 a un 0,075% en los pacientes y con muy poca frecuencia son fatales. Las complicaciones pueden ser divididas en aquellas debidas a la técnica anestésica, a la insuflación de CO_2 o a error en las técnicas e instrumental quirúrgico." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.1. Náuseas y vómitos

"La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.2. Dolor

"Aunque una de las ventajas de la cirugía laparoscópica es la disminución del dolor, esta complicación suele presentarse luego de este tipo de procedimiento. Posterior a la cirugía el CO_2 tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; este, por metámeras, provocará un dolor a nivel de los hombros y la espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor suele calmar espontáneamente luego de varias horas, mientras se absorbe el CO_2. Sin embargo, para aliviar la queja del paciente se ha empleado analgésicos no esteroideos, como el ketoprofeno, el ketorolaco, entre otros. Una técnica preconizada por algunos anestesiólogos es la de dar oxígeno 100% media hora después de haberse retirado el neumoperitoneo, para así estar seguros que no quede gas carbónico en la cavidad peritoneal." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.3. Traumatismos

"Los traumatismos a los cuales nos referimos depende de la técnica del cirujano: traumatismos viscerales, hemorragias, punciones de vasos o vísceras sólidas, que ocasionan enfisema subcutáneo, neumoretroperitoneo, neumotórax, neumomediastino y neumopericardio." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.4. Embolismo gaseoso

"El CO_2 generalmente es absorbido a través de la superficie peritoneal y disuelto en la sangre venosa. Ocasionalmente el gas puede ser introducido en una arteria o vena mediante una punción accidental de un vaso sanguíneo. De esta manera se produce un embolismo gaseoso, cuya incidencia es de 0,002 a

0,016%. El gas embolizado rápidamente llega a la vena cava y a la aurícula derecha obstruyendo el retorno venoso, disminuyendo el gasto cardiaco y la presión arterial sistémica. El embolismo de CO_2 produce cambios bifásicos en la capnografía; inicialmente hay un aumento de CO_2, porque se está excretando el disuelto en la sangre. Posteriormente, se observa una disminución del mismo, debido a un aumento del espacio muerto como consecuencia de la obstrucción de las arteriolas por las burbujas de aire." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.5. *Enfisema subcutáneo*

"Esto se observará en el abdomen, tórax, cuello y cara y hacia abajo a la región inguinal y aun genitales. Se debe a filtración de CO_2 a través de las punciones, lo que diseca y difunde hacia territorios más laxos. Al existir enfisema subcutáneo habitualmente se produce un aumento de los niveles sanguíneos de CO_2 (hipercarbia) que es conveniente corregir. Por lo general, el enfisema desaparece en corto tiempo, por la alta difusibilidad del CO_2." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.6. Colapso cardiovascular

"Se evidencia por hipoxemia, cianosis, bradicardia, hipotensión severa seguida de paro cardíaco. En general, se podría explicar por hemorragias estimulación del vago por tracción del peritoneo al realizar el neumoperitoneo, o por embolias de CO_2, que ingresaron por canales venosos abiertos.

A pesar de lo anteriormente descrito, la mortalidad debido a la laparoscopia es baja y continua disminuyendo hasta cifras de 1/100 000." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.7. Arritmias

"Existen reportes que indican que el 17% de las laparoscopias presenta arritmias cardíacas cuando se usa CO_2 para el neumoperitoneo, como bradicardia, taquicardia, extrasístoles supra ventriculares y ventriculares. La bradicardia es la arritmia más frecuente en relación al inicio del

neumoperitoneo y se explica por la reacción vagal ocasional por la distensión del peritoneo. Las otras arritmias se explican por la producción de hipercarbia." (Enciso Nano, 2013)

2.2.1.8.8. Cambios de temperatura: hipotermia

"El descenso de la temperatura corporal se debe a la anestesia general y a la insuflación del gas (CO_2). El CO_2 se vuelve más frío cuando es liberado en la cavidad abdominal. La expansión súbita del CO_2 baja la temperatura corporal, por esta razón el monitoreo de la temperatura es recomendado en los procedimientos laparoscópicos de larga duración." (Enciso Nano, 2013)

2.2.2. EL MODELO DOROTHEA OREM

"Cada día, los diferentes profesionales de enfermería cuestionamos aspectos de nuestra práctica diaria; hecho que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, interrogantes que exigen buscar respuestas; en este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado ha originado teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía en la práctica enfermera, entre ellas, se halla Dorothea E. Orem" (Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007)

(Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007) La Teoría de Orem comenzó su elaboración en los años 50. La teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem es una gran teoría general formada por tres:

- Teoría de Autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado.
- Teoría del Sistema de Enfermería.

El modelo teórico de Dorothea Orem enmarcado en la enfermería humanística, hace hincapié en la función de la enfermera solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. Las intervenciones de enfermería suelen estar dirigidas a conservar la salud prevenir la enfermedad o restablecer la salud, con estos antecedentes y notando la necesidad de hallar un modelo adaptable a nuestro entorno y que sea aceptado y puesto en práctica en el quehacer diario del personal de enfermería, hemos seleccionado el modelo antes mencionado que se sustenta en las subteorías que a continuación se desarrollan.

2.2.2.1. TEORIA DE AUTOCUIDADO

2.2.2.1.1. *El autocuidado.*

Es el concepto básico de la teoría, conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos" (Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007)

2.2.2.1.2. Agente de autocuidado

(Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007)"Persona que lleva acabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de enfermería.

2.2.2.1.3. Requisitos de autocuidado

Los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado, son de tres tipos:

--Requisitos universales: Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano.

--Requisitos de desarrollo: Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital.

--Requisitos de desviación de la salud: Satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud.

2.2.2.2. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Los conceptos clave que conforman esta teoría son:

2.2.2.2.1. Demanda de autocuidado terapéutico

La cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado.

2.2.2.2.2. Agencia de autocuidado

Capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado.

2.2.2.2.3. Déficit de autocuidado

Cuando la demanda es superior a la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera para compensar la demanda de cuidados.

2.2.2.3. TEORIAS DEL SISTEMA DE ENFERMERIA

Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado.

2.2.2.3.1. Sistemas de enfermería

--Totalmente compensatorio: Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería.

--Parcialmente compensatorio: Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.

--De apoyo educativo: La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

2.2.2.4. VALORACION DE LAS NECESIDADES POR DIMENSIONES

DIMENSION	NECESIDADES
BIOLÓGICA	**Movilidad** **Respiración** **Seguridad** **Termorregulación** **Alimentación** **Eliminación** **Reposo** **Higiene** **Vestirse y desvestirse**
PSICO-SOCIAL	**Comunicación** **Trabajo y realización** **Ocio** **Aprender**
CULTURALES	**Valores y creencias**
Según la valoración realizada en base al modelo teórico de Dorothea Orem y aplicado al paciente de cirugía laparoscópica, se ven alteradas la necesidades básicas de la dimensión biológica se tomó como base para esto las necesidades básicas descritas en el modelo teórico de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas ya que esto facilito el estudio dando como resultado 9 necesidades afectadas.	

Fuente: Modelo teórico Dorothea Orem y Virginia Henderson
Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

"La Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa

ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería" (Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007)

Orem en su modelo plantea que "las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud". Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que "la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades" (Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007), por lo tanto es muy importante que los profesionales de enfermería dominen la premisa fundamental de la teoría, ya que se estaría cumpliendo con las funciones propias de la enfermería como: el cuidado directo, la investigación y la docencia, en la práctica y educación en salud ayudan en la formación de conocimiento, habilidades en pacientes y familiares fomentando el autocuidado para de esta manera evitar complicaciones luego del proceso quirúrgico, desdé este punto de vista nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería.

2.2.2.5. VALORACION ETICA DEL MODELO

"Cuando se realiza la valoración ética de un modelo de enfermería es imprescindible el análisis de sus principales definiciones y fundamentalmente las referentes a la propia función de enfermería, ya que estas definiciones reflejan los principios éticos que guían la actuación de esta profesión. En el modelo de Orem es pertinente partir de que para ella el arte de enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y a aprender por sí misma. De aquí se puede reconocer principios éticos que regulan el ejercicio enfermero, en los que la función de la enfermera es ayudar, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar de que si ésta está totalmente incapacitada, la enfermera puede asumir el autocuidado,

pero con carácter temporal para facilitar la recuperación de la determinación de la persona y su más rápida independencia; la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado. Esto se lleva a la práctica con la teoría de sistemas de enfermería diseñada por Orem, con acciones por parte del profesional de enfermería y acciones por parte de la persona que requiere autocuidado, siendo el individuo, la familia, el protagonista de su proceso. En este modelo se hace evidente que la función de la enfermera es solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado; de esta forma, Orem ve al individuo como un ser autónomo, con capacidad de auto cuidarse mientras objetivamente no se demuestre lo contrario, para ser capaz de adoptar sus propias decisiones en materia de salud. Creer en ello, significa que la enfermera profesional respeta a la persona y las elecciones que ésta pueda hacer como ser racional ya que la interferencia en la autonomía de un individuo resulta perjudicial para su recuperación. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo”

(Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007)

La esencia de la enfermería es brindar cuidados profesionales al individuo, familia y comunidad; para lograr esto es necesario que este profesional tenga en cuenta los aspectos y principios éticos de su actividad que complementados con la ciencia y la técnica determinan su carácter profesional. El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería, que al integrarse a normas, código legales, éticos y morales caracterizan al profesional de la enfermería en la medida en que se desarrolla la profesión; asimismo, estamos obligados a desarrollar, enriquecer el contenido real de las normas de

exigencias del código ético de la enfermería, esto obliga a realizar un mayor énfasis en los procesos cognoscitivos del personal profesional de enfermería.

La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental y activo el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería" (Rivero Martínez, González Acosta, González Barrero, Núñez Herrera, Hornedo Jerez, & Rojas Izquierdo, 2007), conjetura que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de que, "que es lo que estamos haciendo" para integrar al paciente directamente a su cuidado teniendo en cuenta al ser humano como un ser biopsicosocial, desdé este punto de vista nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con las funciones de docencia y cuidado directo, para lograr lo objetivado en el proceso de atención de enfermería.

2.2.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

"El proceso de atención de enfermería es un método por el cual se analiza, a la familia y a la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. El proceso de atención de enfermería (PAE) utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y además, habilidades para poder, valorar, decidir y realizar y evaluar a respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud" (Zamora Editores Ltda).

Fases del proceso de atención de enfermería:

1. Valoración.
2. Diagnóstico de enfermería.

3. Planeación.
4. Ejecución – intervención.
5. Evaluación.

1.- Valoración: consiste en la recolección de datos de salud de las personas, familia y comunidad, de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnostico de enfermería; mediante esta fase podemos identificar los problemas reales o potenciales de individuos o grupos y permiten plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería se logra a través de: recolección de datos, registro de datos obtenidos, información general, motivo de consulta, resumen de la historia clínica, antecedentes familiares, patrones de la vida diaria y examen físico.

2.- Diagnóstico de enfermería: Es el enunciado el problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionar o disminuir con el conocimiento o ciencia de la enfermería, al estudiar el diagnóstico de enfermería.

3.-Planeación: la planeación de la atención de enfermería incluye:

- Establecimiento de prioridades.
- Formulación de los resultados esperados.
- Formulación de las intervenciones de enfermería.
- Registro del plan de cuidados.

4**.- Ejecución – intervención**: En esta etapa se refiere a todas las actividades que la enfermera desarrollara con el paciente y para el paciente con el fin de lograr los resultados esperados. El plan puede ser ejecutado por la enfermera. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan.

5.- Evaluación: la quinta y última fase, es la evaluación, esta etapa es un proceso continuo, que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática planteada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

“Por medio de la realización del proceso de atención de enfermería (PAE) según el modelo de Dorothea Orem logramos realizar una evaluación adecuada a las necesidades prioritarias en los pacientes de esta manera se contribuye a la pronta recuperación de los usuarios mejorando la calidad de atención; el modelo se basa especialmente en reforzar el cuidado y enseñar al usuario a que debe auto cuidarse.” (N.MAZON & A.GUAMAN, 2018)

2.2.3.1. CUADRO DE PROBLEMAS DERIVADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCOPICA

NESECIDAD BASICA AFECTADA	VALORACION/ PROBLEMA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Movilidad	Limitación de movimientos, reposo relativo, dolor	Dolor agudo R/C agentes lesivos fiscos (proceso quirúrgico) M/P conducta expresiva cambios en parámetros fisiológicos. Deterioro de la movilidad en cama R/C dolor M/P deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
Respiración	Disnea, taquipnea, arritmias	Deterioro del intercambio gaseoso R/C aleteo nasal, hipoxia y disnea.
Seguridad	Medios invasivos, riesgo de caídas	Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo, alteración de la integridad de la piel. Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica R/C contaminación de la herida quirúrgica.

Termorregulación	Hipotermia, hipertermia	Riesgo de hipotermia perioperatoria R/C procedimiento quirúrgico
Alimentación	NPO, anorexia	Riesgo del nivel de glucemia inestable R/C ingesta diaria insuficiente.
Eliminación	Diarrea, dificultad para la evacuación intestinal.	Diarrea R/C régimen terapéutico M/P dolor abdominal y urgencia intestinal. Riesgo de estreñimiento R/C disminución de la motilidad intestinal, actividad física deficiente.
Reposo	Insomnio, sedación	Trastorno del patrón del sueño R/C factores ambientales(entorno no familiar) M/P cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño
Movilidad	Limitación de movimientos, reposo relativo, dolor	Dolor agudo R/C agentes lesivos fiscos (proceso quirúrgico) M/P conducta expresiva cambios en parámetros fisiológicos. Deterioro de la movilidad en cama R/C dolor M/P deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Higiene de la piel	Dificultad para mantener la higiene.	Déficit del autocuidado: baño R/C debilidad y dolor M/P deterioro de la habilidad para acceder al baño.
Vestirse y desvestirse	Deterioro de la habilidad para quitarse las prendas	Déficit del autocuidado: vestido R/C debilidad dolor M/P deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse diferentes pizas de ropa

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)
Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

2.2.3.2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCOPICA APLICANDO EL MODELO DE DOTOTHEA OREM.

DOMINIO 12. CONFORT Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social **Clase 1. Confort físico:** Sensación de bienestar, alivio y lo ausencia de dolor (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
Dolor agudo Definición Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of	**Dolor agudo R/C agentes lesivos fiscos (proceso quirúrgico) M/P conducta expresiva cambios en parámetros fisiológicos.** **Cód.:** 00132	Control del dolor	Administración de analgésicos.	• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia. • Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos. • Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicaciones las decisiones

Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.			Manejo del dolor. Manejo ambiental.	sobre el sobre el alivio. • Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. • Considerar las influencias culturales sobre el dolor. • Asegurarse de que el paciente recíbalos cuidados analgésicos correspondientes. • Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relación para facilitar la respuesta de la analgesia. • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor • Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la

				experiencia del dolor.
			Apoyo emocional	• Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia • Proporcionar información sobre el dolor como causas del dolor tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación estimulación nerviosa eléctrica trans cutánea, hipnosis, relajación, etc.) antes después y si fuera posible durante las actividades dolorosas…

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Dominio 4. Circulación e intercambio: Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo. **Clase 4** **Función respiratoria:** Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017).

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
Disnea, taquipnea, arritmia **Definición:** Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar	**Deterioro del intercambio de gaseoso R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión M/P aleteo nasal, hipoxia y disnea.** **Cód.:** 00030	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Cuidados pos anestesia	• Proceder a la ventilación, si es necesario. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, según corresponda. • Controlar la temperatura. • Vigilar la diuresis.

			Manejo de la vía aérea .	• Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario • Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda. • Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario**;** Preservación de pérdida s y de la seguridad y la protección **Clase 1. Infección:** Respuestas del huésped tras una invasión patógena. (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
Riesgo de infección Definición Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.	**Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo, alteración de la integridad de la piel.** **Cód.:** 00004	Control del riesgo: curación de herida por primera intención	Monitorización de signos vitales. Cuidado de las heridas.	• Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. • Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Monitorizar si hay signos y síntomas de hipo-hipertermia. • Enseñar al paciente y a los familiares los

				procedimientos de cuidado de la herida. • Ayudar al paciente y la familia a conseguir material • Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
			Vigilancia de la piel.	• Instruir al familiar paciente a cerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
			Manejo de prurito.	• Determinar la causa del prurito. • Enseñar al paciente a evitar jabones y caites de baño perfumados.

				• Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana, según sea conveniente. • Enseñar al paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o a pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario**;** Preservación de pérdida s y de la seguridad y la protección **Clase 6: termorregulación:** procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo.

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES
Riesgo de hipotermia perioperatoria **Definición:** Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36°C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y pude comprometer la salud.	**Riesgo de hipotermia perioperatoria r/c procedimiento quirúrgico.** **Cód.:** 00254	Termorregulación	Monitorización de signos vitales.	• Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. • Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Monitorizar si hay signos y síntomas de hipo-hipertermia.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 2. NUTRICIÓN: Actividad s de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía **Clase 2. Metabolismo:** Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales.

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
NPO, anorexia **Definición:** Riesgo de variación de los niveles normales de glucosa/azúcar en sangre, que puede comprometer la salud.	**Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C ingesta diaria insuficiente.** **Cód.:** 00179	Nivel de glucemia	Manejo de la hipoglucemia	• Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia. • Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia. • Vigilar la glucemia, si está indicado. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos,

			Manejo de la hiperglucemia	piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestesias, dificultad de concentración, habla dificultosa, incoordinación, cambios de conducta, confusión, coma, crisis comiciales). • Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado. • Proporcionar hidratos de carbono complejos y proteínas, si está indicado. • Vigilar la glucemia, si está indicado.

				• Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea. • Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, si está indicado. • Administrar insulina, según prescripción. • Monitorizar el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas), según corresponda.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Dominio 3. Eliminación e intercambio: Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo. **Clase 2.** Función gastrointestinal: Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión" (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017).

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
Diarrea **Definición:** Eliminación de heces líquidas, no formadas.	**Diarrea r/c régimen terapéutico m/p dolor abdominal y urgencia intestinal.** **Cód.:** 00013	Continencia intestinal.	Prescribir medicación.	• Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual. • Identificar alergias. • Determinar la capacidad del paciente/familia para administrar la medicación. • Enseñar al paciente y/o familiares el método de administración de la medicación según corresponda. • Explicar al paciente y/o familiares la acción y los efectos secundarios

				esperados de la medicación.
			Monitorización de líquidos.	• Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. • Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. • Administrar líquidos, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardiaca estado de la respiración.
			Manejo de la diarrea	• Determinar la historia de la diarrea. • Obtener una muestra de

				heces para realizar un cultivo y un antibiograma si la diarrea continuase • Enseñar al paciente el manejo de los medicamentos antidiarreicos. • Solicitar al paciente /familiares que registren el color, el volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. • Enseñar al paciente a eliminar los alimentos flatulentos o picantes de la dieta. • Instruir sobre dietas bajas en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, según

				corresponda.
			Manejo de los líquidos.	• Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial) según sea el caso. • Favorecer la ingesta oral según corresponda.
			Manejo de la nutrición.	• Instruir al paciente sobre la dieta absoluta según corresponda. • Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas según corresponda. • Minimizar la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos o

				laxantes. • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Determinar las preferencias alimenticias. • Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias según se precise. • Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Dominio 3. Eliminación e intercambio: Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo. **Clase 2.** Función gastrointestinal Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017).

ETIQUETA DIAGNOSTICA	**DIAGNOSTICO (NANDA)**	**OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIÓN (NIC)**	**ACTIVIDADES**
Riego de estreñimiento. **Definición:** Vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.	**Riego de estreñimiento r/c disminución de la motilidad gastrointestinal, actividad física deficiente.** **Cód.:** 00015	Eliminación intestinal Control del riesgo: participación en el ejercicio.	Control intestinal. Asesoramiento nutricional.	• Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen frecuencia y consistencia de las heces. • Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. • Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra, según corresponda. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los

				cuatro grupos alimentarios básicos así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. • Proporcionar información, si es necesario acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. • Determinar las actitudes creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
			Disminución de la flatulencia.	• Enseñar al paciente como se produce el flato y los medios para aliviarlo.

			Entrenamiento intestinal	• Enseñar al paciente a evitar las situaciones que ocasionan una deglución de aire en exceso como masticar chicle, tomar bebidas carbonatadas, etc. • Enseñar al paciente a evitar aquellos alimentos que causen flatulencias, como col, rábanos, etc. • Enseñar al paciente/ familia los principios de la educación intestinal. • Instruir al paciente a cerca de los alimentos ricos en fibra. • Enseñar al paciente la dilatación rectal digital.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía **Clase 1: Sueño/reposo** *Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.* (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES
insomnio Trastorno del patrón del sueño Definición Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.	**Trastorno del patrón del sueño R/C temor y ansiedad M/P cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño.** **Cód.:** 00198	Sueño: dormir	Mejorar el sueño. Manejo ambiental: confort.	• Determinar el patrón sueño vigilia del paciente. • Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad. • Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores que contribuyen a trastornar el esquema del sueño. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. • Crear un ambiente seguro para el paciente. • Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.

			Disminución de la ansiedad.	• Proporcionar a la familia/allegado información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro para el paciente. • Disminuir los estímulos ambientales según corresponda. • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Proporcionar información objetiva respecto dl diagnostico tratamiento y pronostico. • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Animar a la familia a permanecer con el paciente de ser necesario. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad.

			Masaje	• Instruir al paciente sobre técnicas de relajación. • Evaluar el deseo del cliente de hacerse un masaje. • Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje. • Detectar la presencia de contraindicaciones, como trombopenia, disminución de la integridad cutánea, zonas con lesiones abiertas, etc.,

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía **Clase 2. Actividad/ejercicio:** Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia. (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES
Deterioro de la movilidad en la cama **Definición** Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.	**Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor M/P deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.** **Cód.:** 00091	Posición corporal: auto iniciada	Fomentar la mecánica corporal. Cambio de posición	• Determinar el grado del paciente para aprender a utilizar posturas correctas... • Determinar la compresión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (demostración). • Ensenar al paciente a mover primero los pies primero y luego el cuerpo al girarse... • Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buna mecánica realiza cualquier actividad. • Instruir a los familiares sobre

				el modo de ayudar al paciente a girarse en la cama y a cómo realizar ejercicios de rango de movimiento. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. • Elevar la cabecera de la cama, si corresponde.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía **Clase 5. Autocuidado:** Habilidad para lleva r a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES
Déficit del auto cuidado: baño. **Definición** Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.	**Déficit del auto cuidado: baño R/C debilidad y dolor M/P deterioro de la habilidad para acceder al baño.** **Cód.:**00108	Autocuidado: Baño	Mejora de la imagen corporal	• Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estado de salud. • Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para cambios de la imagen corporal que sean previsibles. • Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. • Identificar la influencia de la cultura, raza, religión, sexo y

				edad del paciente en la integridad corporal. • Ayudar al paciente acciones que mejoren su aspecto.
			Baño.	• Ayudar con la ducha, en silla, bañera, ducha de pie, según el paciente desee. • Controlar la capacidad funcional durante el baño.
			Cuidado de las uñas	• Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas de acuerdo a la capacidad de autocuidado del individuo. • Controlar o ayudar las uñas de acuerdo a la capacidad de autocuidado del individuo
			Cuidado de los oídos.	• Instruir al paciente sobre el modo de limpiar los oídos. • Instruir al paciente que no

			Cuidados de los pies Cuidado del cuero cabelludo y del cabello.	utilice objetos extraños más pequeños que su punta del dedo. • Instruir al paciente sobre los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario. • Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. • Instruir al paciente y familia sobre el cuidado de los pies. • Instruir al paciente y familiares sobre los cuidados capilares.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía **Clase 5. Autocuidado:** Habilidad para lleva r a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales. (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES
Déficit del auto cuidado: vestido **Definición** Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse.	**Déficit del auto cuidado: vestido R/C debilidad, dolor M/P deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse diferentes piezas de ropa.** **Cód.:**00109	Autocuidado: vestir	• Vestir	• Identificar las áreas que el paciente necesita ayuda para vestirse. • Fomentar su participación en la elección de su vestimenta. • Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de responsabilizarse y vestirse por sí mismo.

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

2.2.4. PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN LAPARATOMIA EXPLORATORIA EN EL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO",

DEFINICION.- Es la incisión en el abdomen para abrir, examinar. Tratar y explorar los problemas que se presentan en el abdomen.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PREOPERATORIOS (HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, 2015)

Definición: Es el conjunto de acciones realizadas al paciente previo a la terapia quirúrgica destinadas a mantener en óptimas condiciones físicas y psíquicas para prevenir complicaciones trans operatorias y favorecer a una pronta recuperación.

Las acciones de enfermería en el periodo inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO

Preoperatorio mediato

- Recepción del paciente
- Participación en el examen clínico
- Consentimiento informado
- Observar exámenes complementarios valoración pre anestésica
- Vigilar frecuencia y características de la eliminación
- Aseo personal
- Administración de medicamentos
- Apoyo emocional y espiritual

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO

Preoperatorio inmediato

- Control y registro de signo vitales
- Colocación de catéter venoso n 18 brazo izquierdo

- Preparación física del paciente tricotomía pre qx o preparación del campo quirúrgico 2 horas antes
- Colocación de gorra desechable en la cabeza
- Retire prótesis dental audífonos lentes joyas adornos del pelo etc.
- Administración de medicamentos profilaxis antibiótico terapia 30 o 45 minutos antes de la intervención quirúrgica
- Vendaje de miembros inferiores para evitar estasis 15 a 30 minutos antes
- Verificar que se encuentre señalado el sitio de la incisión qx
- Traslado del paciente del paciente en camilla a la unidad quirúrgica o sala de operaciones
- Llevar al paciente con el expediente clínico completo 20 minutos antes

Componentes de la preparación preoperatoria

- Historia y examen físico
- Exámenes pre-quirúrgicos
- Consulta pre anestésica
- Valoración de enfermería
- Educación preoperatoria

OBJETIVOS

General:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en el periodo preoperatorio a todo, paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente con el fin de disminuir posibles complicaciones intra post operatorias.

Específicos:

- Preparar físicamente al paciente piel, mucosas intestino vejiga y otros para la intervención quirúrgica de acuerdo a su patología
- Preparar psíquicamente al paciente y su familia
- Educar al paciente y familia sobre su patología e intervención quirúrgica

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Examen físico

- **Sistema respiratorio.-** autonomía respiratoria y sus problemas sobreañadidos
- **Sistema cardiovascular.-** pacientes adultos mayores en ocasiones hipertensos
- **Sistema digestivo.-** dolor ocasional de acuerdo a la patología
- **Sistema urinario.-** ocasionalmente con sonda vesical y/irrigación
- **Aspecto psicosocial.-** temor ansiedad preocupación.

DATOS DE LABORATORIO

En sangre:

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea
- TP y TTP
- Antígeno prostático cuantitativo y cualitativo (P.S.A) en pacientes con hipertrofia prostática

En orina:

- Elemental microscópico de orina

Exámenes complementarios:

- Rayos x de tórax y/o abdomen mayores de 60 años
- Endoscopia
- Ecosonograma
- E.K.G en pacientes mayores de 40 años o con patología cardiaca

2.2.4.1. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

(HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, 2015)

N°	ATIVIDADES	PUNTOS CLAVE	EVALUACION
1	Recibir al paciente tratarlo por su nombre, colocar su respectiva identificación en la cabecera de la cama entregarle el plan de egreso.	Ayudo al paciente que se tranquilice y le tenga confianza al personal.	Paciente y familia orientados en el servicio y con plan de ingreso.
2	Verificar que la historia clínica este completa incluido resultados de exámenes de laboratorio y complementarios según normas del servicio.	Para que este todo en orden en lo referente a formularios, resultados de exámenes, laboratorios, y complementarios.	Historia clínica completo.
3	Entregar el parte operatorio firmado y autorizado, según normas del servicio.	Permite operativisar la ejecución de la intervención quirúrgica dependiendo de las prioridades institucionales	Parte operatorio entregad.
4	Informar al paciente y familia sobre los cuidados en la etapa pre y post operatoria.	Ayuda a reducir la ansiedad y el miedo asociado a lo desconocido y fomentar una sensación de control sobre la situación	Se brinda educación al paciente y familia
5	Coordinar con la psicóloga	Permite una	Paciente

	para reforzar soporte psicológico.	orientación precisa de las ventajas que presentan el tratamiento quirúrgico.	tranquilo
6	Control de peso según la norma del servicio.	El peso es la medida de la masa corporal; es importante para la dosificación exacta de los anestésicos y líquidos que ingresan en el organismo.	Paciente con peso registrado.
7	Administrar dieta líquida en la tarde anterior y luego mantener en NPO de 6 a 8 horas antes de la intervención quirúrgica según prescripción médica.	La eliminación de los líquidos orales reduce el riesgo de aspiración durante el trans operatorio	Paciente queda en NPO.
8	Cumplir con las indicaciones y medicación pre anestésicas prescrita.	Ayuda a prevenir complicaciones durante el trans operatorio.	Paciente con indicaciones pre anestésicas cumplidas.
9	Tricotomía (rasura) de la zona operatoria según normas del servicio.	Eliminar microorganismos que se encuentran en la piel.	Paciente con campo operatorio preparado.
10	Baño del paciente una hora antes de la cirugía y vestirlo con la ropa del hospital (sin ropa interior) según normas del servicio.	El baño ayuda a disminuir los microorganismos existentes en la piel y eleva la	Paciente bañado y vestido con ropa del hospital.

		autoestima.	
11	Retirar artículos de joyería prótesis móviles, anteojos y esmalte de uñas y entregar al familiar.	Ayuda a prevenir lesiones que puedan presentarse durante la intervención quirúrgica.	Pacientes sin prótesis y joyas.
12	Control de signos vitales.	Identifica posible complicaciones durante el trans-operatorio.	Control de signos vitales.
13	Revisar si la autorización está firmada por el paciente y/o testigo.	Permite conocer los beneficios y riesgos de complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica y garantiza el consentimiento informado.	Paciente con autorización firmada.
14	Verificar el llenado correcto del formulario preoperatorio de enfermería.	Ayuda a comprobar que todos los procedimientos han sido realizados.	Formulario preoperatorio de enfermería lleno.
15	Indicarle al paciente que vacié la vejiga.	Evita posibles complicaciones de la vejiga durante el trans-operatorio.	Paciente con vejiga vacía.
16	Permitir el acompañamiento	Proporciona	Paciente

	de un familiar antes del ingreso al quirófano.	seguridad tranquilidad y confianza.	tranquilo.
17	Transportar al paciente en camilla con su respectiva medicación e historia clínica completa media hora antes de la intervención quirúrgica o cuando el medico anestesiólogo indique.	Permite verificar las indicaciones procedimientos que el anestesiólogo o cirujano juzguen pertinentes.	Paciente queda en quirófano.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Colecistectomía:

Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar como tratamiento de la colelitiasis y de la colecistitis. Se extirpa la vesícula biliar y se liga el conducto cístico; se introduce una sonda por el colédoco y se elimina cualquier cálculo presente. Se coloca un tubo en T para garantizar un drenaje biliar adecuado; debe colocarse un drenaje con una salida independiente para prevenir la formación de un absceso. (MOSBY, 2013)

Colecistectomía láser laparoscópica:

Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de una incisión en la pared abdominal, utilizando un láser con la guía e iluminación de un laparoscopio. Antes llamada colecistectomía láser endoscópica. V. también laparoscopia. (MOSBY, 2013)

Laparoscopia:

Examen de la cavidad abdominal con un laparoscopio a través de una pequeña incisión en la pared abdominal. (MOSBY, 2013)

Laparoscopio:

Tipo de endoscopio, que consta de un tubo iluminado con un sistema óptico, que se introduce a través de la pared abdominal con el fin de examinar la cavidad peritoneal. (MOSBY, 2013)

Laparotomía:

Cualquier incisión quirúrgica que penetre en la cavidad peritoneal, que normalmente se realiza bajo anestesia general o regional, frecuentemente con fines exploratorios. La apendicetomía, colecistectomía y colostomía son algunos tipos de laparotomía. (MOSBY, 2013)

Mini laparotomía pélvica:

Intervención quirúrgica en la que se penetra en la región inferior del abdomen a través de una pequeña incisión supra púbica, practicada sobre todo para la realización de una esterilización tubárica, pero también para el diagnóstico y tratamiento de un embarazo extrauterino, de un quiste ovárico, endometriosis e

infertilidad. Se puede realizar como una alternativa a la laparoscopia y con frecuencia de forma ambulatoria. (MOSBY, 2013)

Traumatismo:

Lesión física causada por una acción violenta o disruptiva o por la introducción en el cuerpo de una sustancia tóxica (MOSBY, 2013).

Enfisema:

Alteración del aparato pulmonar, caracterizado por la hiperinsuflación y por los cambios destructivos de las paredes alveolares, que produce la pérdida de elasticidad pulmonar y una disminución de los gases. El enfisema agudo puede estar causado por la rotura de los alveolos por grandes esfuerzos respiratorios, como ocurre en la bronconeumonía aguda, en el ahogamiento o en la tos ferina, y a veces durante el parto. El enfisema crónico suele acompañar a la bronquitis crónica, cuya causa principal es el consumo de cigarrillos. También aparece enfisema tras el asma o la tuberculosis, procesos en los que los pulmones se distienden de forma excesiva, hasta que se destruyen las fibras elásticas de la pared alveolar. En la tercera edad, las membranas alveolares se atrofian y pueden colapsarse, dando lugar a grandes zonas llenas de aire, lo que disminuye la superficie total de las membranas pulmonares. (MOSBY, 2013)

Ureterolitotomía:

Creación quirúrgica de una nueva desembocadura del uréter en la superficie del organismo o en otra cavidad, como el recto. (MOSBY, 2013)

Miomectomías:

Resección quirúrgica de tejido muscular. (MOSBY, 2013)

Artroscopia:

Examen del interior de una articulación realizado con un endoscopio especialmente diseñado que se introduce a través de una pequeña incisión. Este procedimiento, empleado fundamentalmente en problemas de rodilla, permite realizar una biopsia del cartílago o de la sinovial, así como diagnosticar una rotura de menisco o extraer cuerpos extraños del espacio articular. (MOSBY, 2013)

Apendicetomía:

Extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme a través de una incisión en el cuadrante inferior derecho del abdomen. La operación se realiza en las apendicitis agudas para extirpar el apéndice inflamado antes de que se rompa; también se lleva a cabo con carácter profiláctico en el curso de otras intervenciones quirúrgicas abdominales. (MOSBY, 2013)

Neumoperitoneo:

Presencia de aire o gas en la cavidad peritoneal del abdomen. Puede ser espontáneo, como en el caso de la rotura de un órgano hueco que contiene gas, o inducido con fines diagnósticos o terapéuticos. (MOSBY, 2013)

Combustión:

Proceso de quemar u oxidación que se puede acompañar de luz y calor. El oxígeno por sí mismo no arde, pero facilita la combustión. La velocidad de combustión está determinada tanto por la concentración de oxígeno como por su presión parcial. (MOSBY, 2013)

Colapso:

Estado de depresión extrema o estado de abatimiento completo provocado por problemas físicos o psicosomáticos. (MOSBY, 2013)

Arritmias:

Ritmo cardíaco irregular en el cual la frecuencia cardíaca suele aumentar durante la inspiración y disminuir durante la espiración. Es frecuente en niños y adultos jóvenes y carece de importancia clínica salvo en los pacientes ancianos. (MOSBY, 2013)

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

La aplicación del proceso de atención de enfermería según el modelo de Dorothea Orem en pacientes de cirugía laparoscópica, ayuda a la pronta recuperación del paciente.

2.4.2. Variable independiente.

- Paciente quirúrgico sometidos a cirugía laparoscópica

2.4.3. Variable dependiente.

- Proceso de atención de enfermería según el modelo de Dorothea Orem.

2.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

2.5.1. Variable independiente.

Paciente quirúrgico de cirugía laparoscópica.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
"El paciente quirúrgico de cirugía laparoscópica es aquel que, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica a través de la técnica antes mencionada por este procedimiento se afectan las siguientes necesidades básicas; respiración, alimentación, eliminación,	Perfil del paciente de cirugía laparoscópica Demográfico.	Edad	15 A 19 20 A 29 30 A 39 40 Y MAS	Guía de observación Ficha de observación
		Sexo	Masculino Femenino	
		Estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	
		Etnia	Indígena Mestiza Afro Blanca Montubia Otras	

descanso, higiene personal, movilidad y seguridad".		Religión	Católica Cristiano Ateo Otras	
		Ocupación	E. Publico E. Privado Qq.dd Comercio Agricultura Estudiante	
		Escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	
	Necesidades básicas: Respiración Alimentación Eliminación Movilidad Reposo Vestirse y desvestirse Termo regulación Higiene de la piel		 Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___ Alterada___ No alterada___	

	Seguridad		Alterada___ No alterada___	
	Comunicación		Alterada___ No alterada___	
	Valores y creencias		Alterada___ No alterada___	
	Trajo y realización		Alterada___ No alterada___	
	Ocio		Alterada___ No alterada___	
	Aprendizaje		Alterada___ No alterada___	

Fuente: Modelo Teórico Dorothea Orem

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

2.5.2. Variable dependiente.

Proceso de atención de enfermería según el modelo de Dorothea Orem.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR (Necesidad afectada)	ESCALA	INSTRUMENTO
El proceso de atención de enfermería (PAE) adaptado a las subteorías de Dorothea Orem: **la teoría del auto cuidado, la teoría del déficit de auto cuidado**, **la teoría de sistemas de enfermería**. es una herramienta que permite desarrollar	**AUTOCUIDADO**			Guía de valoración Ficha de valoración
		Respiración	Dependiente___ Independiente___	
		Alimentación	Dependiente___ Independiente___	
		Eliminación	Dependiente___ Independiente___	
		Movilidad	Dependiente___ Independiente___	
		Reposo	Dependiente___ Independiente___	
		Vestirse y desvestirse	Dependiente___ Independiente___	
		Termorregulación	Dependiente___ Independiente___	
		Higiene	Dependiente___ Independiente___	
		Seguridad	Dependiente___ Independiente___	
	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO			
		Respiración	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Alimentación	Satisfecha___ No satisfecha____	

habilidades para poder, valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana a través de sus etapas Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planeación, Ejecución-intervención, Evaluación.		**Eliminación**	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Movilidad	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Reposo	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Vestirse y desvestirse	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Termorregulación	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Higiene	Satisfecha___ No satisfecha____	
		Seguridad	Satisfecha___ No satisfecha____	
	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	**Respiración**	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	
		Alimentación	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	
		Eliminación	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	
		Movilidad	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	
		Reposo	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	

		Vestirse y desvestirse **Termorregulación** **Higiene** **Seguridad**	Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___ Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___ Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___ Totalmente Compensatorio___ Parcialmente compensatorio___	

Fuente: Modelo Teórico Dorothea Orem

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

3. CAPÍTULO 3:

3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se enfocó en los siguientes tipos de investigación: documental, de campo y cualitativo.

Investigación Documental.- la información obtenida de la institución investigada y otros, en el área de cirugía sobre los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica, el modelo de atención de Dorothea Orem y el proceso de enfermería se obtuvo a través de libros, historias clínicas, artículos, documentos web, etc. Permitiendo resaltar el cuidado de enfermería de manera científica dejando el empirismo de lado.

3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De campo.- El trabajo de investigación se va a realizar en el Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", en el área de Cirugía.

3.1.2. TIPO DE ESTUDIO

Investigación transversal.- Este trabajo se realiza en el periodo octubre 2017 marzo 2018 en el Hospital "Alfredo Noboa Montenegro "en el área de Cirugía.

Investigación cualitativa.- Este estudio se identifica como cualitativo por la realización de una encuesta realizada al personal de salud del hospital y los usuarios, para la obtención de información, para la caracterización del grupo de estudio, además porque se obtiene datos sobre el conocimiento de las enfermeras para realizar el proceso de atención de enfermería según el modelo de Dorothea Orem, en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica.

3.1.3. DISEÑO.

En la realización de este trabajo se revisó 21 historias clínicas correspondientes a personas sometidas a cirugía laparoscópica, determinando la caracterización de las necesidades de los pacientes, se aplicó una encuesta de conocimiento sobre la teoría de Dorothea Orem y la aplicación del proceso de atención de enfermería a las 12 enfermeras del área de Cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro".

3.1.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo

En el presente proyecto de titulación se trabajó con un universo de 21 pacientes para la realización del PAE, la investigación incluyó al personal profesional de enfermería del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro, a quienes se socializo el PAE en base al modelo de Dorothea Orem"

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica	Instrumento
Observación	*Guía de observación aplicada en 21 Historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía laparoscópica para la obtención de la muestra de estudio. *Guía de observación aplicada a los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica para evidenciar la realización el proceso de atención de enfermería que realizan las enfermeras en este tipo de pacientes.
Entrevista	Entrevista al epidemiólogo del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro" Doctor Guillermo Lombeyda. Entrevista aplicada a 21 pacientes para él la consolidación del grupo de estudio.
Encuesta	Encuesta de conocimiento sobre la teoría de Dorothea Orem y la realización del proceso de atención de enfermería aplicada al personal de salud del área de Cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro".

3.2.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.2.2. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO

Para el análisis delos datos recolectados se utilizó programas informáticos como Excel y Word, también el conteo manual de las encuestas.

3.2.2.1. ANALISIS DE DATOS

a) **EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"**

PRETEST.

AUTORES: Nancy Thalía Mazón Pinos

Alex Israel Guamán Poma

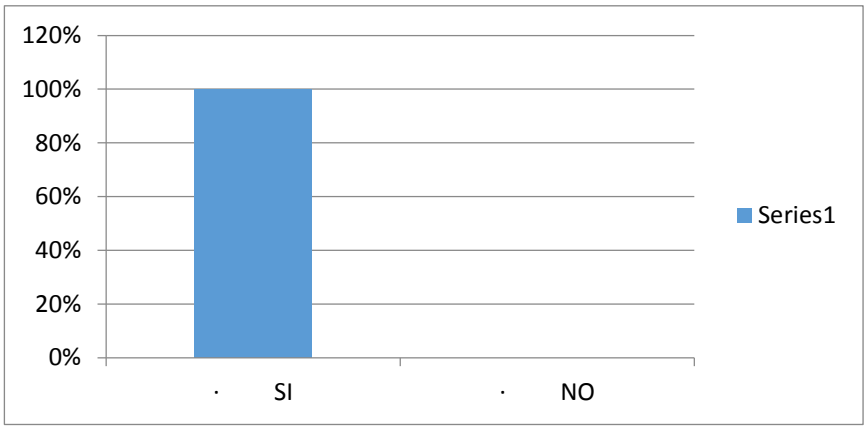
TUTORA: Lic. Norma Paredes

TABLA: 1

1. **Título: distribución del personal del área de cirugía que conoce si tiene un protocolo a seguir sobre el cuidado pre y post quirúrgico del paciente.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
	12	**100%**

GRAFICO N°1



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

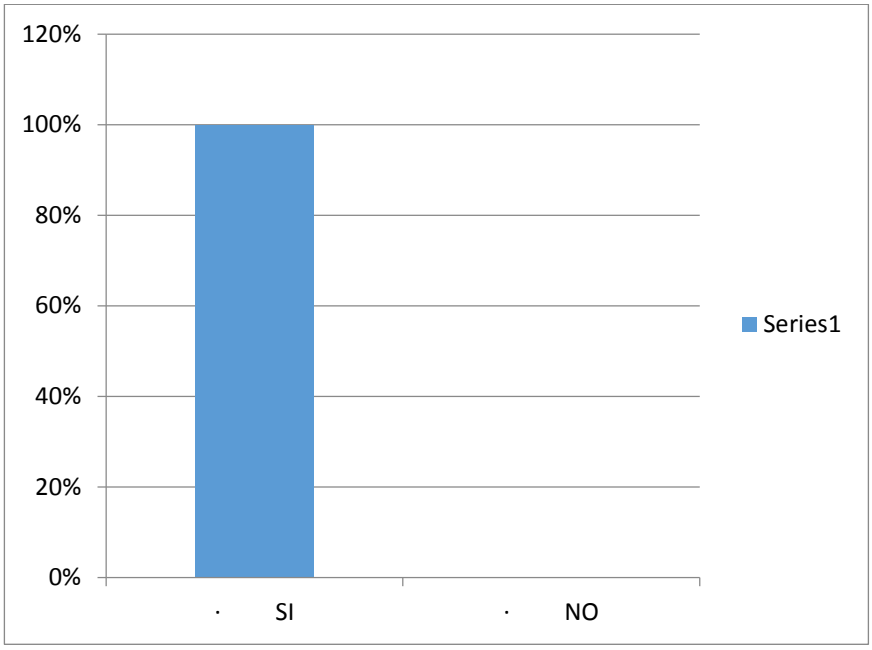
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que cuenta con un protocolo seguir sobre el cuidado pre y post quirúrgico del paciente.

TABLA: 2

2. **Título: distribución del personal que cuentan con un protocolo a seguir en el servicio de cirugía.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
	12	100%

GRAFICO N°2



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Elaborado por: Mazón Nancy y Guamán Alex

Análisis e interpretación:

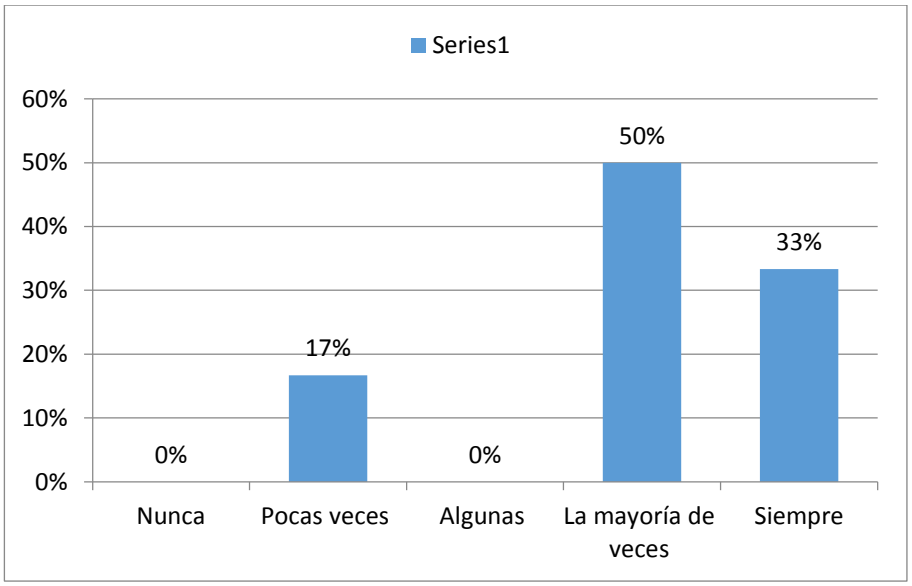
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que tiene dominio del protocolo de cuidado pre y post quirúrgico del paciente.

TABLA: 3

3. **Título: Distribución del personal de enfermería que aplica el protocolo existente en el área de servicio.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	2	17%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	6	50%
Siempre	4	33%
Total	12	100%

GRAFICO N°3



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

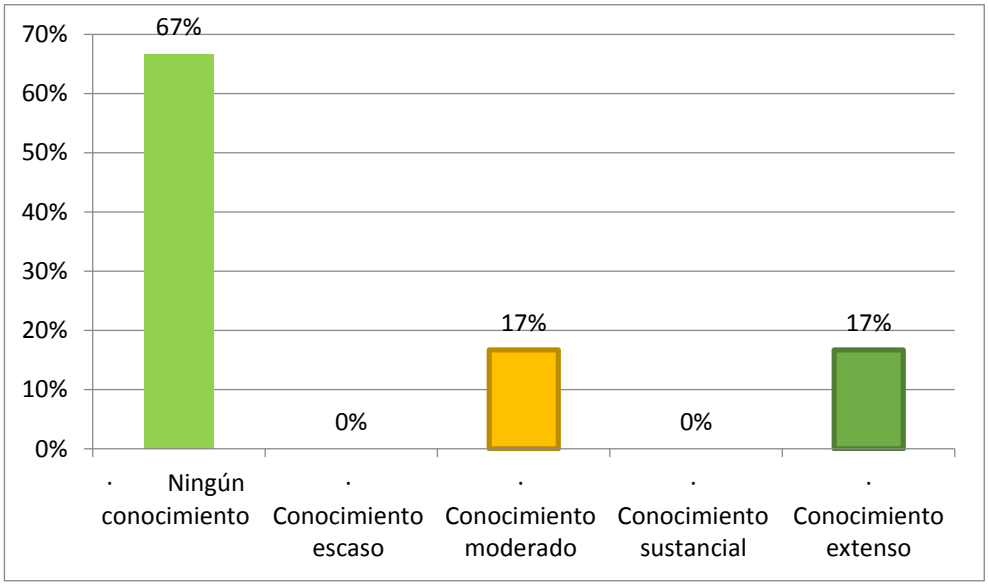
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que aplica el protocolo de cuidado pre y post quirúrgico del paciente.

TABLA: 4

4. **Título: distribución del personal de enfermería que conoce sobre el modelo de la teoría de Dorothea Orem.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	8	67%
Conocimiento escaso	0	0%
Conocimiento moderado	2	17%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	2	17%
Total	12	100%

GRAFICO N°4



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

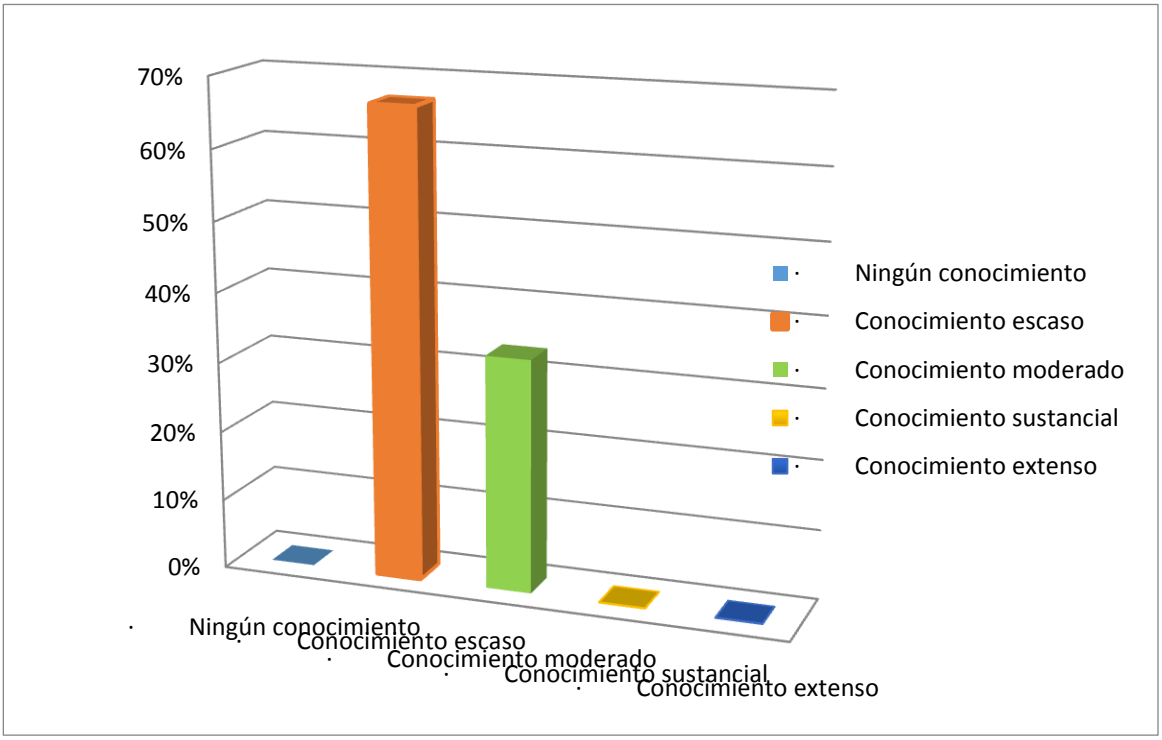
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que tiene conocimiento escaso de la teoría de Dorothea Orem

TABLA: 5

5. **Título: Distribución del personal que tiene conocimiento sobre el autocuidado.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	0	0%
Conocimiento escaso	8	67%
Conocimiento moderado	4	17%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	0	0%
	12	100%

GRAFICO N° 5



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

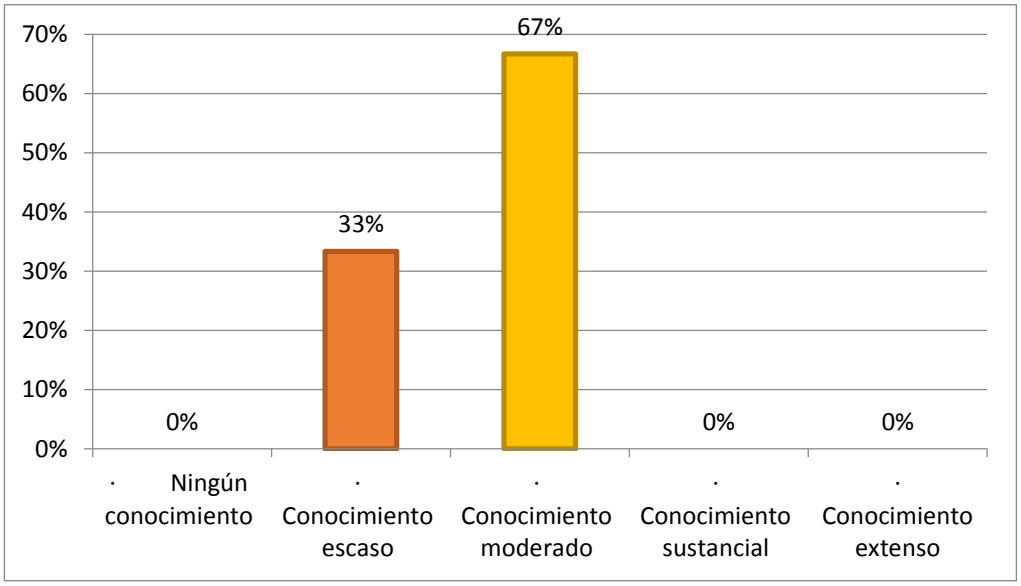
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que tiene conocimiento moderado del auto cuidado.

TABLA: 6

6. **Título: distribución del personal que tiene conocimiento sobre los sistemas de enfermería.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	0	0%
Conocimiento escaso	4	33%
Conocimiento moderado	8	67%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	0	0%
	12	100%

GRAFICO N°6



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

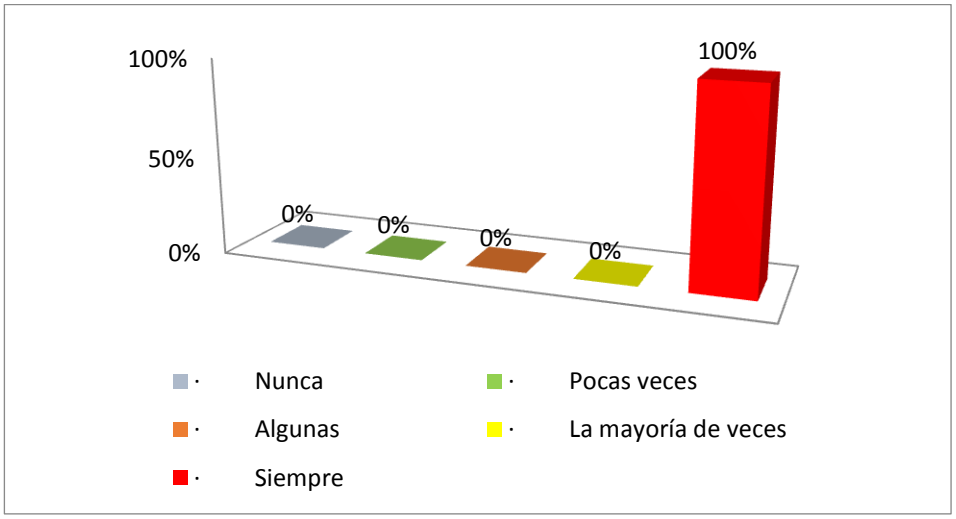
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que tiene conocimiento moderado de los sistemas de enfermería.

TABLA: 7

7. Título: Distribución sobre si el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0%
Siempre	12	100%
	12	100%

GRAFICO N° 7



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

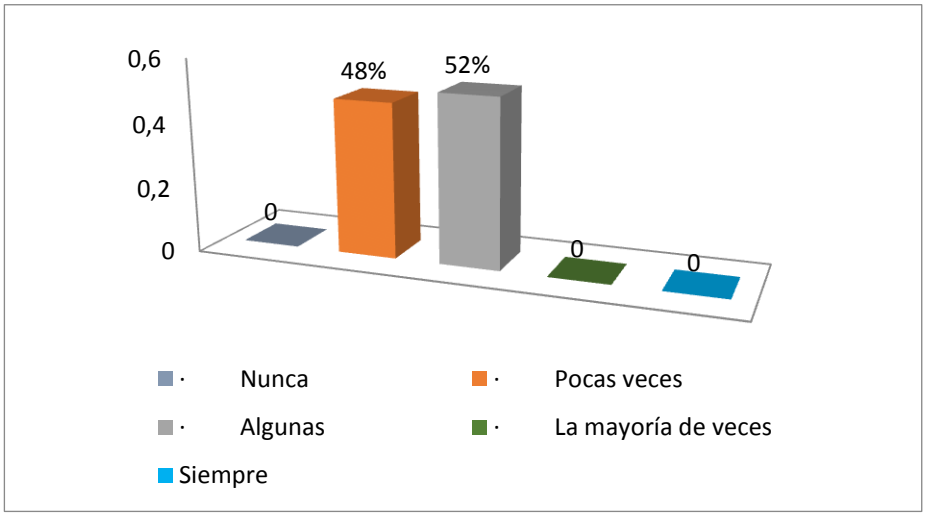
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación

TABLA: 8

1. **Título: distribución sobre la frecuencia si se ha presentado complicaciones en cuanto al cuidado directo de los pacientes.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0
Pocas veces	5	48%
Algunas	7	52%
La mayoría de veces	0	0
Siempre	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 8



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

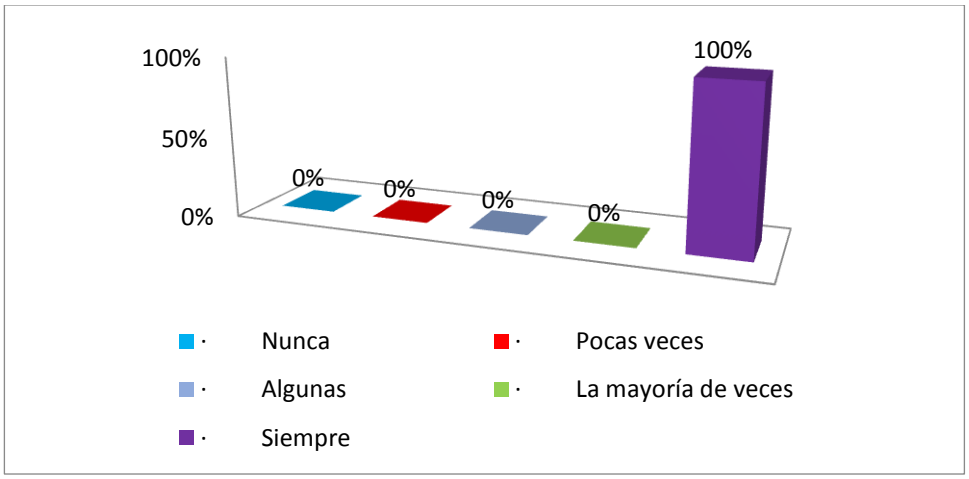
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que ha presentado complicaciones en cuanto al cuidado directo de los pacientes.

TABLA: 9

2. **Título: Distribución de cómo considera el personal a los cuidados de enfermería si son indispensables o no para la pronta recuperación del paciente.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0%
Siempre	12	100%
	12	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

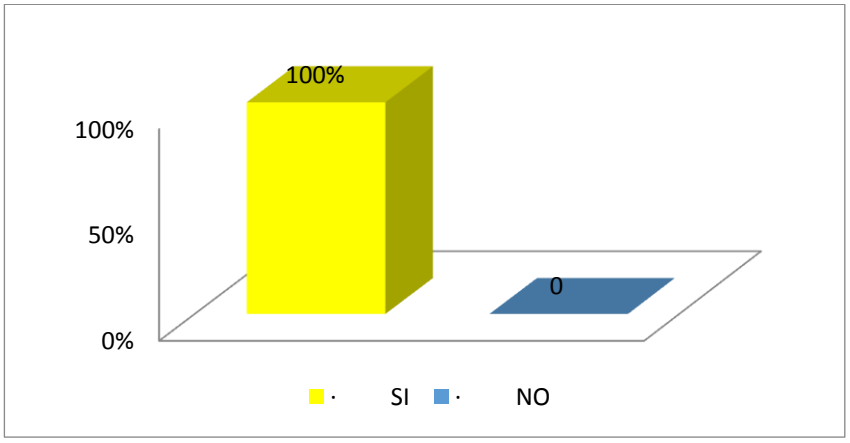
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría considera que los cuidados de enfermería son indispensables para la pronta recuperación del paciente.

TABLA: 10

3. **Título: distribución del aumento de las cirugías laparoscópicas.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 10



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

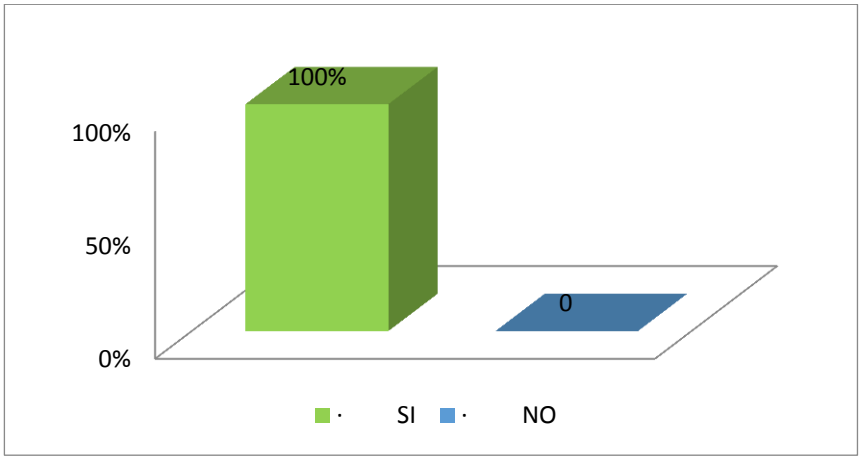
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que se ha incrementado la demanda de cirugías laparoscópica

TABLA: 11

4. **Título: Distribución de la efectividad de la cirugía laparoscópica.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 11



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

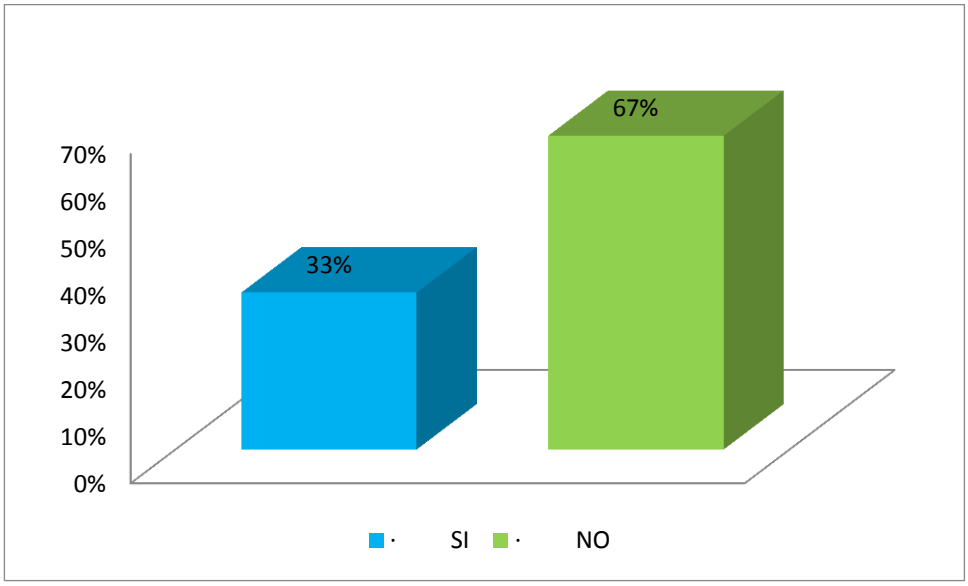
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que con la implementación de la cirugía laparoscópica los pacientes se recuperan pronto y sin complicaciones.

TABLA: 1 2

5. **Título: Distribución en cuanto si los paciente sometido a cirugía laparoscópica necesita de cuidados espéciales.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	4	33%
NO	8	67%
	12	100%

GRAFICO N° 12



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma que el paciente sometido a cirugía laparoscópica no necesita de cuidados espéciales.

b) FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM A LOS USUARIOS DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

AUTORES: Nancy Thalía Mazón Pinos

Alex Israel Guamán Poma

TUTORA: Lic. Norma Paredes.

Objetivo: Objetivo: Determinar el nivel de dependencia e independencia en el paciente sometido a cirugía laparoscópica.

1. DATOS GENERALES

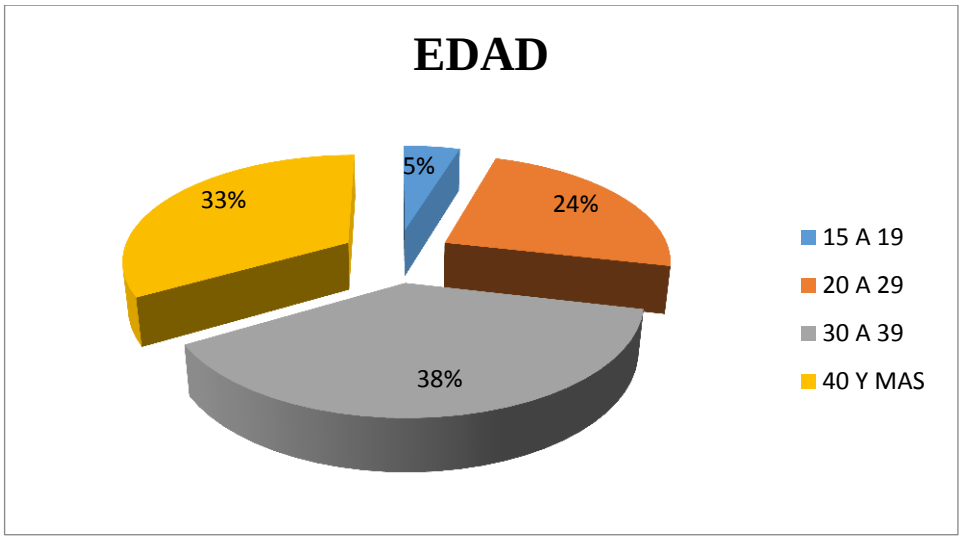
1.1. EDAD :

Tabla N°13.

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su edad.

EDAD		
INDICADOR	**NUMERO**	**PORCENTAJE**
15 A 19	1	5%
20 A 29	5	24%
30 A 39	8	38%
40 Y MAS	7	33%
TOTAL	21	100%

GRAFICO N°13



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación: La mayor parte de la población del estudio se encuentra en el rango de edad entre 30 años o más, que representa un 71% de la población, sin por eso considerar excepciones de personas jóvenes.

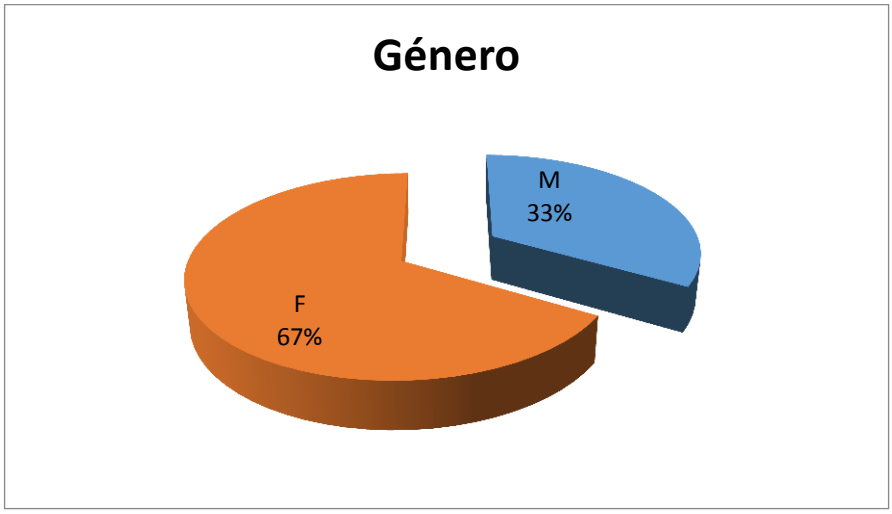
1.2. SEXO

TABLA N°14

TÍTULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su género.

Género		
INDICADOR	**NUMERO**	**PORCENTAJE**
Masculino	**7**	33%
Femenino	14	67%
	21	100%

GRAFICO N°14



Fuente: Valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

La mayor parte de la población del estudio es de género femenino, que representa un 67% de la población, seguido de un 33% que representa al género masculino.

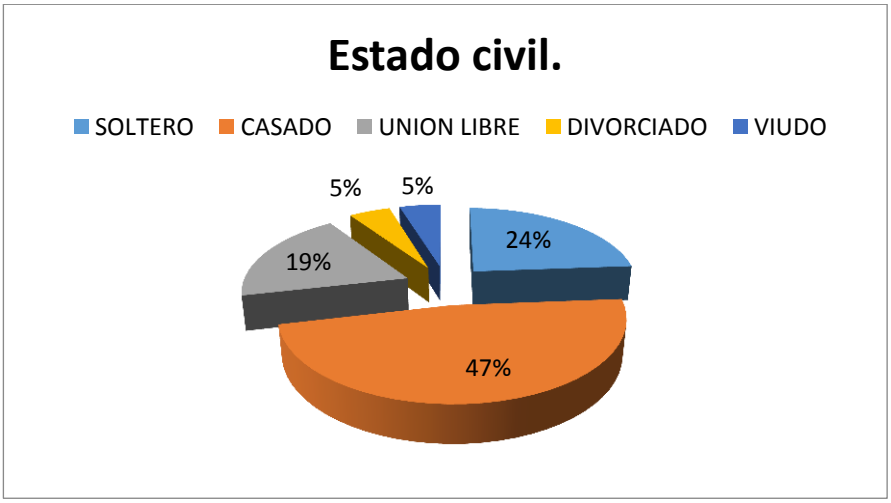
1.3. ESTADO CIVIL:

TABLA N°15

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su estado civil.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Soltero	5	24%
Casado	10	48%
Unión Libre	4	19%
Divorciado	1	5%
Viudo	1	5%
	21	100%

Grafico N°15



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación: La mayor parte de la población del estudio que representa un 47% de la población es de estado civil casado, mientras que un 10% son viudos o divorciados.

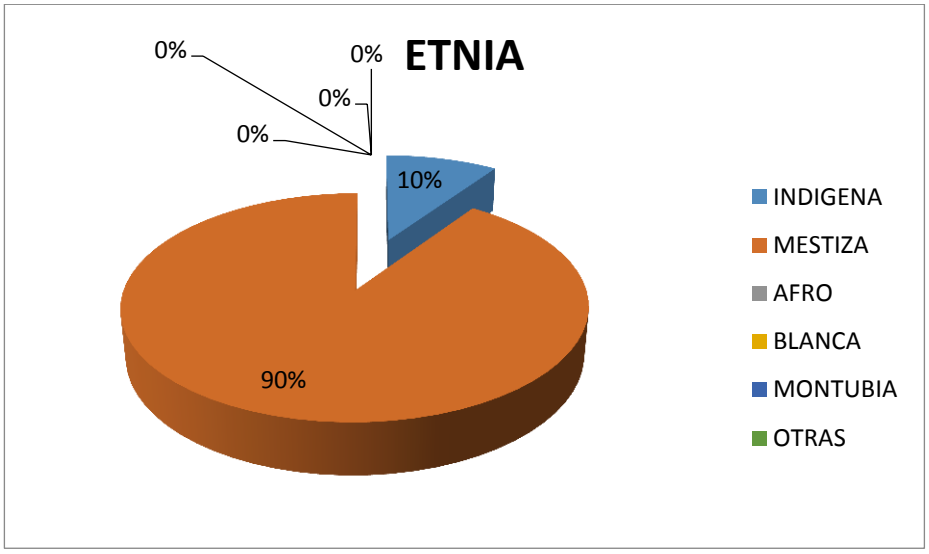
1.4. ORIENTACIÓN ÉTNICA:

Tabla N° 16

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su estado civil.

ETNIA		
INDICADOR	**NUMERO**	**PORCENTAJE**
Indígena	2	10%
Mestiza	19	90%
Afro	0	0%
Blanca	0	0%
Montubia	0	0%
Otras	0	0%
	21	100%

GRAFICO N° 16



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

La mayor parte de la población del estudio que representa un 90% de la población es de etnia mestiza, mientras que un 10% se auto-identifica como indígena.

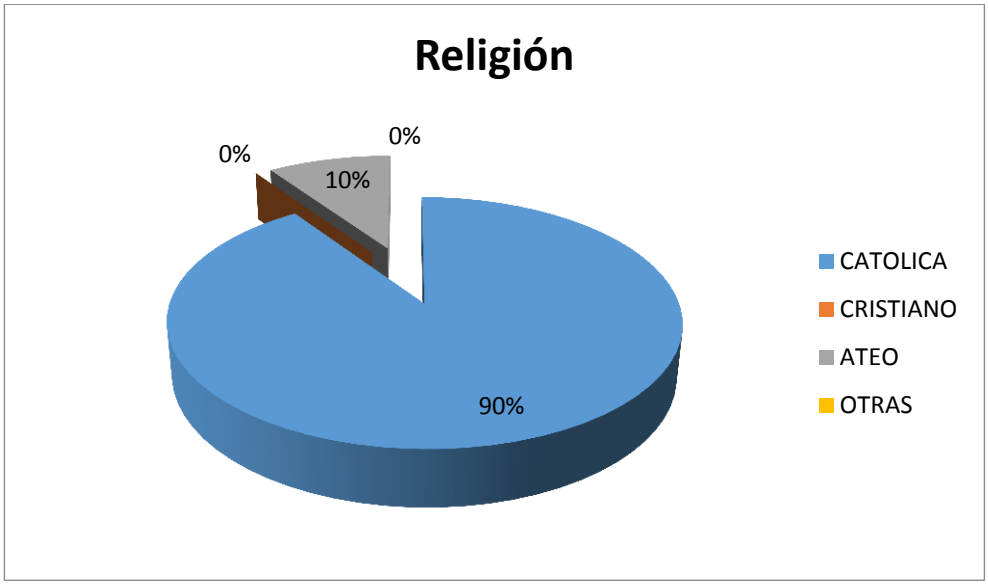
1.5. ORIENTACIÓN RELIGIOSA:

TABLA N°17

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a sus creencias religiosas.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Católica	19	90%
Cristiano	0	0%
Ateo	2	10%
Otras	0	0%
	21	100%

GRAFICO N°17



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

La mayor parte de la población del estudio que representa un 90% de la población profesa la religión católica, mientras que un 10% se apega al ateísmo.

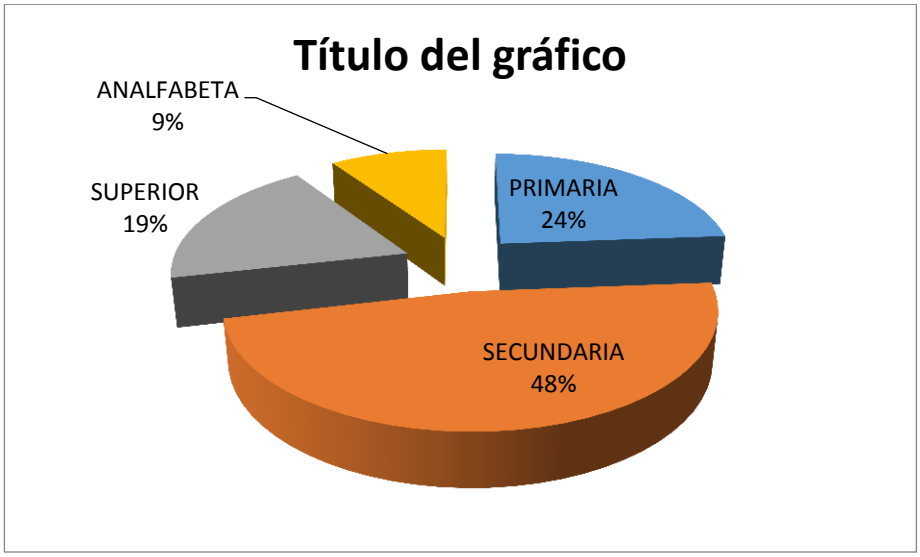
1.6. NIVEL EDUCATIVO:

TABLA N°18

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su nivel educacional.

INDICADOR	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria	5	24%
Secundaria	10	48%
Superior	4	19%
Analfabeta	2	10%
	21	100%

GRAFICO N°18



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación: La mayor parte de la población del estudio que representa un 48% de la población tiene estudios superiores, mientras que un 9% es de escolaridad nula.

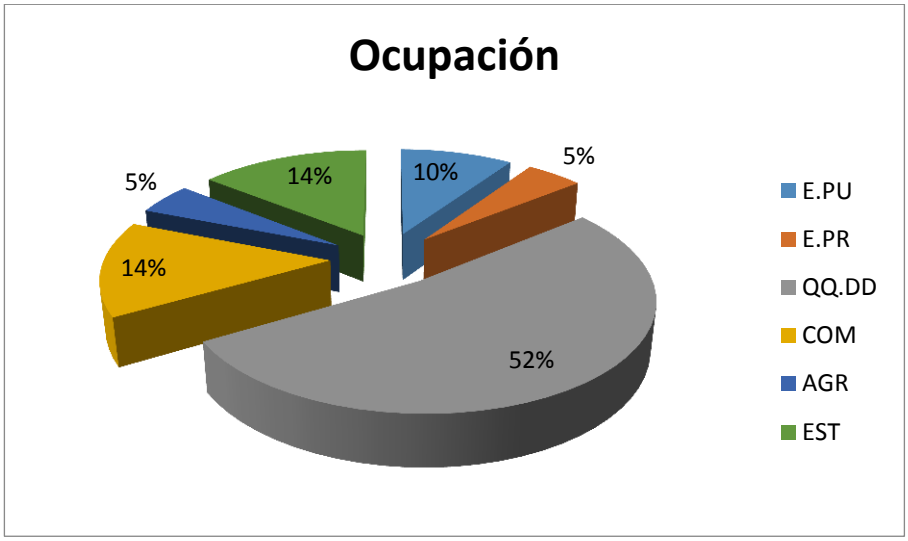
1.7. OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO

TABLA N°19

TITULO: Distribución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de acuerdo a su ocupación.

INDICADOR	NÚMERO	PORCENTAJE
Empleado Publico	2	10%
Empleado Privado	1	5%
QQ.DD	11	52%
Comerciante	3	14%
Agricultura	1	5%
Estudiante	3	14%
	21	100%

GRAFICO N°19



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

La mayor parte de la población del estudio que representa un 52% de la población se dedica a los quehaceres domésticos, mientras que el 48% se dedica a otras actividades.

1.8. TABLA N°20

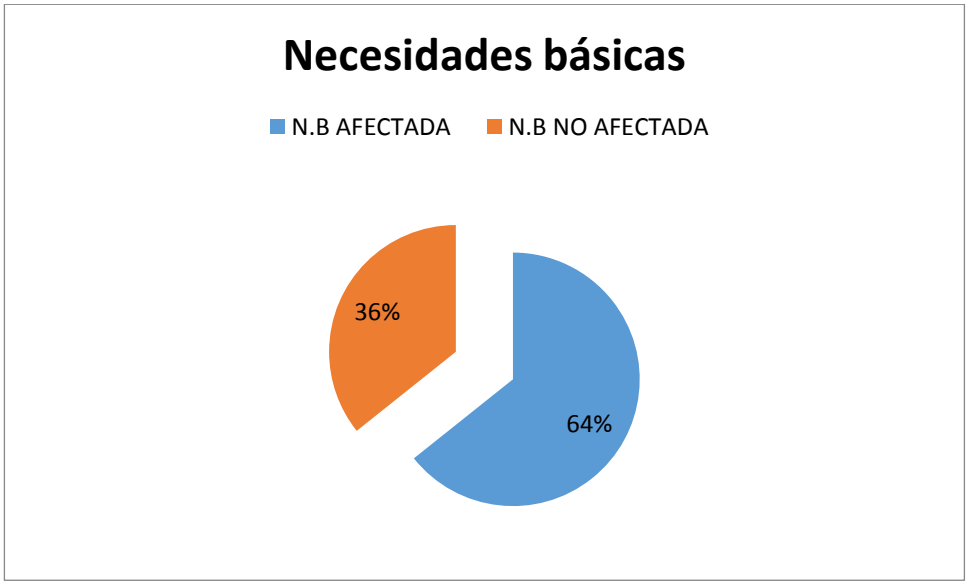
TITLULO: Necesidades básicas afectadas por la cirugía laparoscópica

N°	**Necesidades básicas:**	Alterada	No alterada
1	Respiración	x	
2	Alimentación	x	
3	Eliminación	x	
4	Movilidad	x	
5	Reposo	x	
6	Vestirse y desvestirse	x	
7	Termo regulación	x	
8	Higiene de la piel	x	
9	Seguridad	x	
10	Comunicación		x
11	Valores y creencias		x
12	Trajo y realización		x
13	Ocio		x
14	Aprendizaje		x

TABLA N°20.1

N	**INDICADOR**	**N**	**%**
1	Necesidad básica afectada	9	64%
2	Necesidad básica no afectada	5	36%
3	TOTAL	14	100%

GRAFICO N°20



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

De acuerdo a la valoración realizada en base al modelo teórico de Dorothea Orem se ven afectadas 9 de las necesidades básicas es decir un 64% mientras que 5 es decir un 36% de las necesidades básicas no se ven afectada.

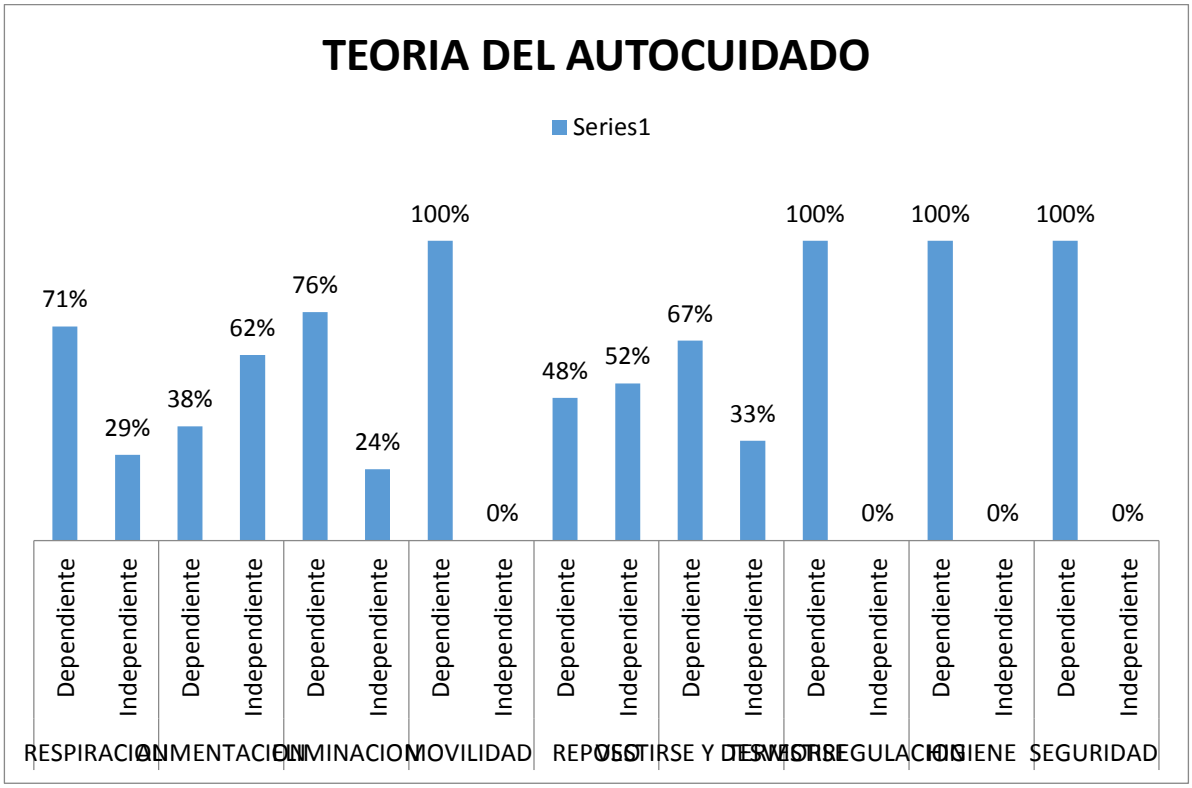
VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
TABLA N°21

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA OREM							
N°	**NECESIDAD BÁSICA**	**T. AUTOCUIDADO**		**T. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**		**T. SISTEMAS DE ENFERMERÍA**	
		Dependiente	Independiente	Satisfecha	No satisfecha	total	Parcial
1	Respiración	15	6	21	0	15	6
2	Alimentación	8	13	21	0	8	13
3	Eliminación	16	5	21	0	16	5
4	Movilidad	21	0	21	0	21	0
5	Reposo	10	11	21	0	10	11
6	Vestirse y desvestirse	14	7	21	0	14	7
7	Termo regulación	21	0	21	0	11	10
8	Higiene de la piel	21	0	21	0	21	0
9	Seguridad	21	0	21	0	21	0

Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

GRAFICO N°21.1



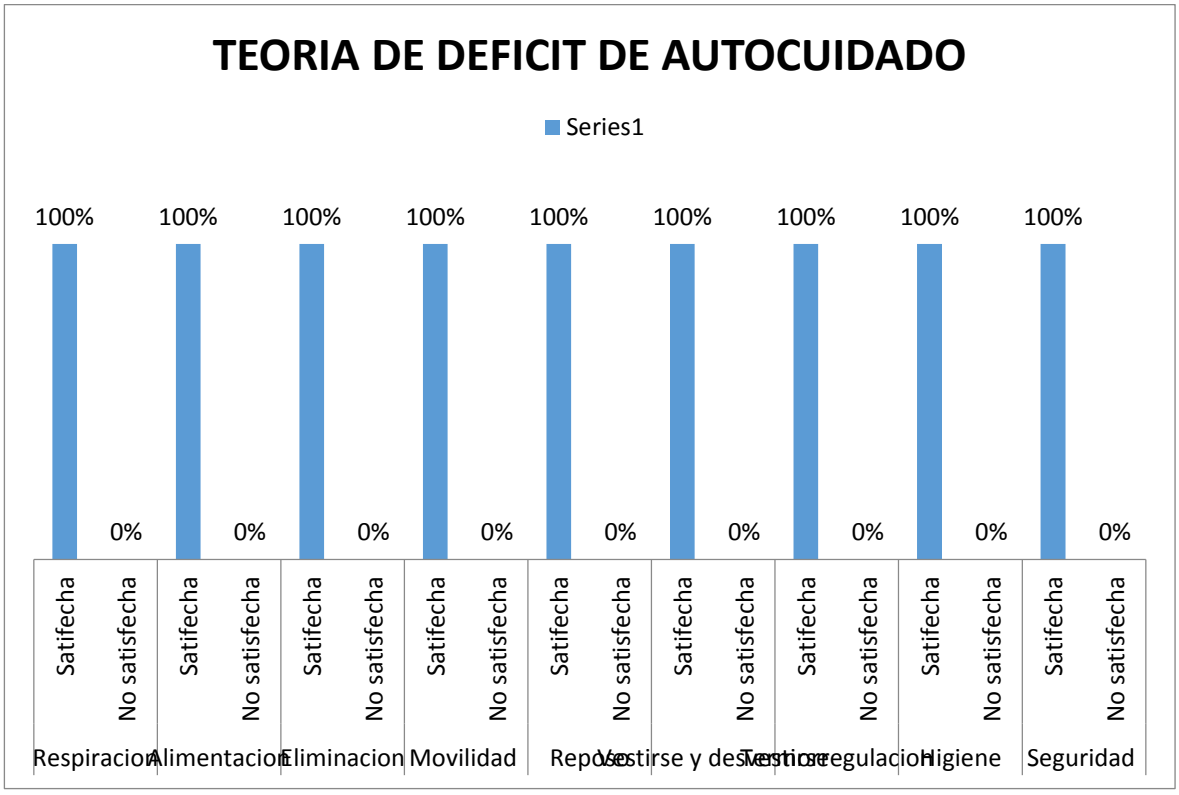
Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Análisis e interpretación

Según la valoración aplicada a través del modelo teórico de Dorothea Orem en la primera subteorías (Autocuidado) podemos evidenciar que la mayor parte de los pacientes quirúrgicos de cirugía laparoscópica son dependientes de cuidado en las necesidades afectadas en total de siete de estas.

GRAFICO N°21.2



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

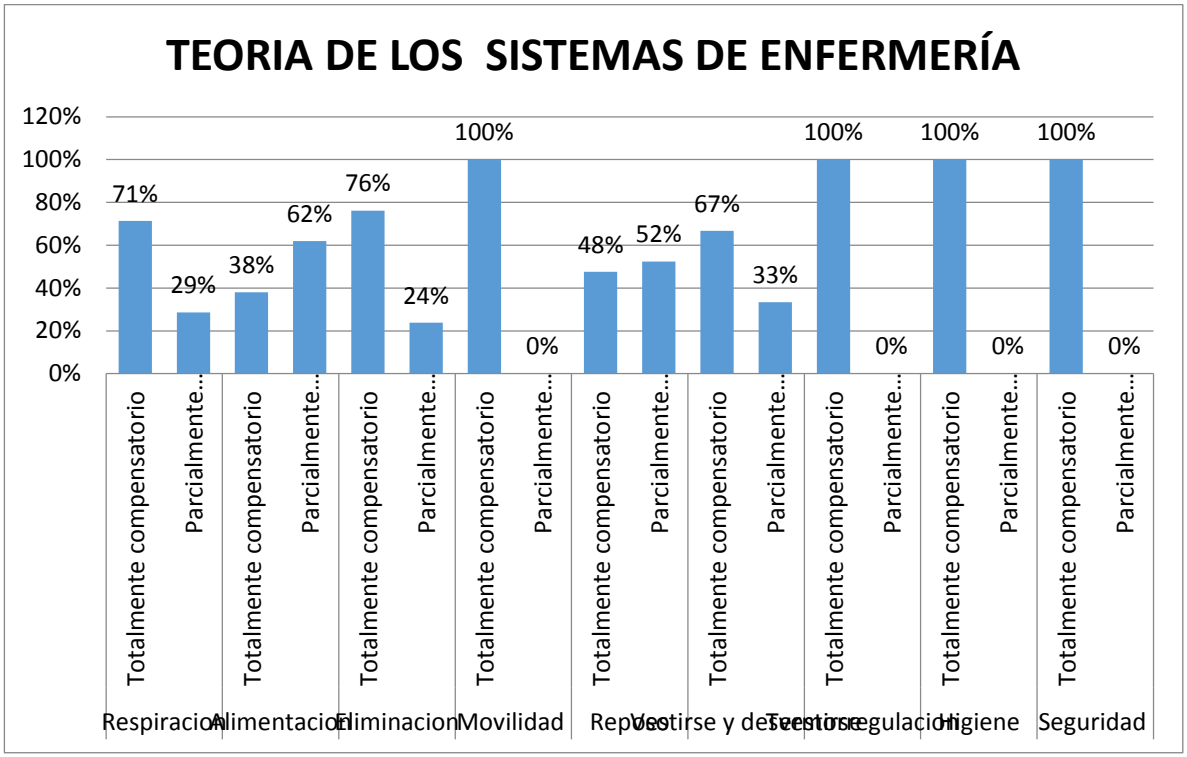
Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Análisis e interpretación

Análisis e interpretación

Según la valoración aplicada a través del modelo teórico de Dorothea Orem podemos evidenciar que en la segunda subteoría (déficit de autocuidado) mayor parte de los pacientes quirúrgicos de cirugía laparoscópica manifiestan que sus necesidades son satisfechas por el personal de enfermería.

GRAFICO N°21.3



Fuente: valoración de enfermería de acuerdo a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem a los usuarios del área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro."

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex.

Análisis e interpretación

Según la valoración aplicada a través del modelo teórico de Dorothea Orem podemos evidenciar que en la tercera subteoría (sistemas de enfermería) la mayor parte de los pacientes quirúrgicos de cirugía laparoscópica son dependientes de cuidado en las necesidades afectadas en total de siete de estas

a) **EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"**

POST TEST.

AUTORES:

Nancy Thalia Mazón Pinos

Alex Israel Guamán Poma

TUTORA:

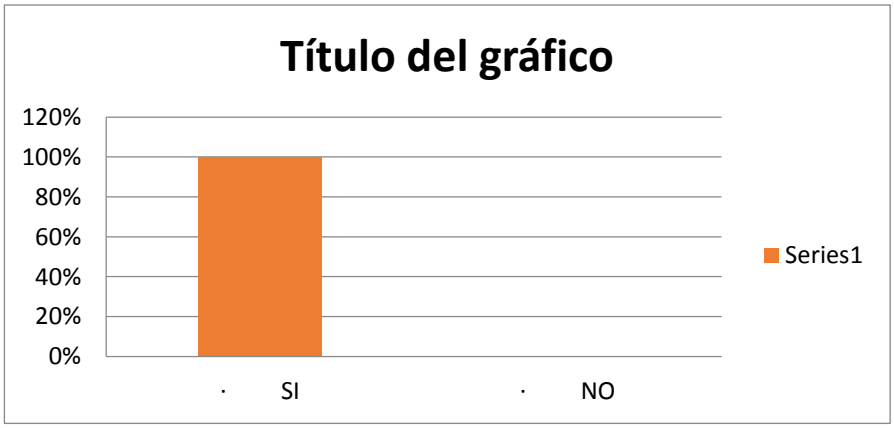
Lic. Norma Paredes

TABLA: 22

1 **Título: distribución del cumplimiento de los cuidados de enfermería en el cuidado pre y post quirúrgico del paciente sometido a cirugía laparoscópica.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
	12	**100%**

GRAFICO N°22



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

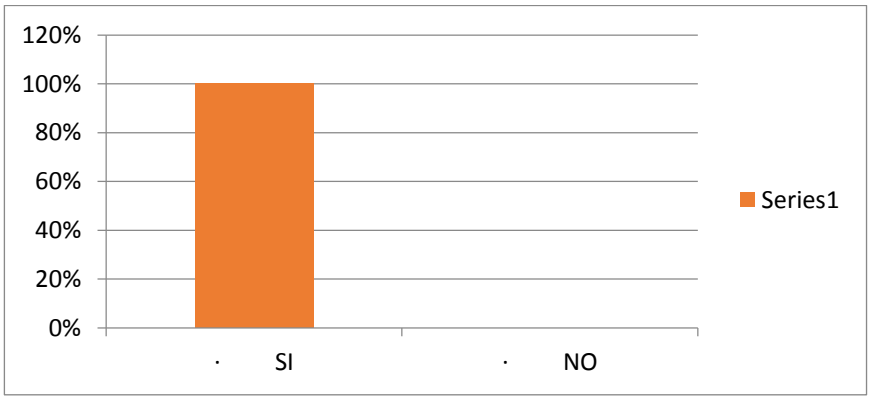
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% cumple en la aplicación del protocolo sobre el cuidado pre y post quirúrgico del paciente sometido a cirugía laparoscópica.

TABLA: 23

2 Título: distribución del personal que sabe manejar los protocolo a seguir en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
	12	100%

GRAFICO N°23



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

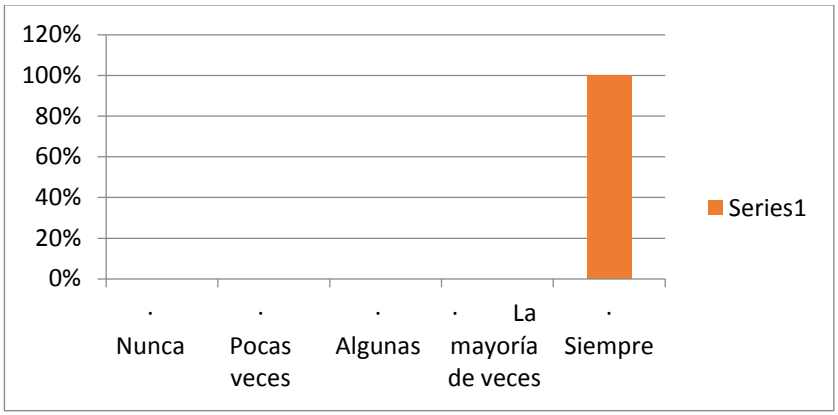
Según el personal de enfermería encuestado, el 100% afirma que tiene dominio y los conocimientos adecuados de los protocolos de cuidado pre y post quirúrgico del paciente.

TABLA: 24

3 Título: Distribución del personal de enfermería que aplica el protocolo existente en el área de servicio.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0%
Siempre	12	100%
Total	12	100%

GRAFICO N°24



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

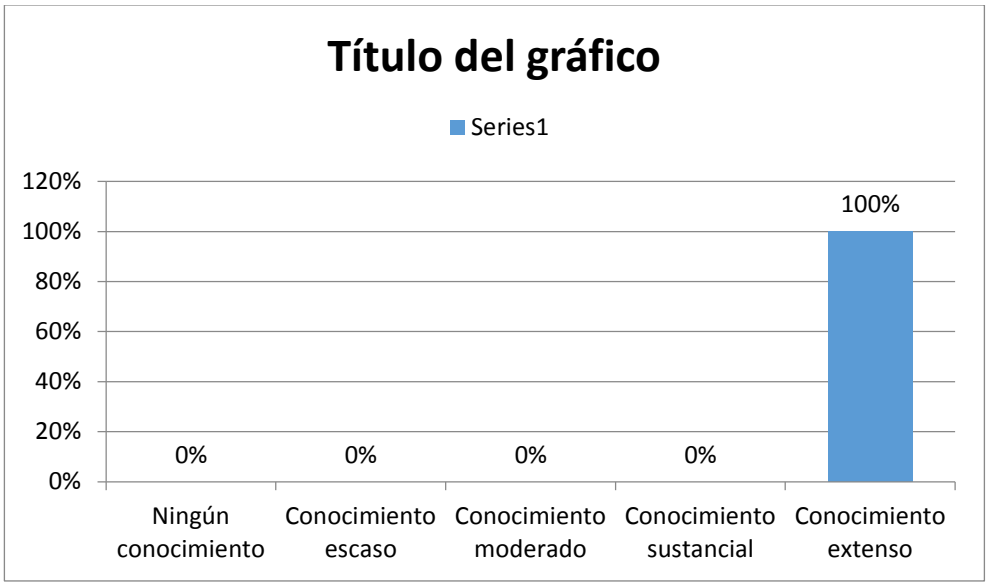
Según el personal de enfermería encuestado, el 100% afirma que aplica siempre el protocolo de cuidado pre y post quirúrgico del paciente.

TABLA: 25

4 Título: distribución del personal de enfermería que conoce sobre el modelo de la teoría de Dorothea Orem.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	0	0%
Conocimiento escaso	0	0%
Conocimiento moderado	0	0%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	12	100%
Total	12	100%

GRAFICO N°25



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

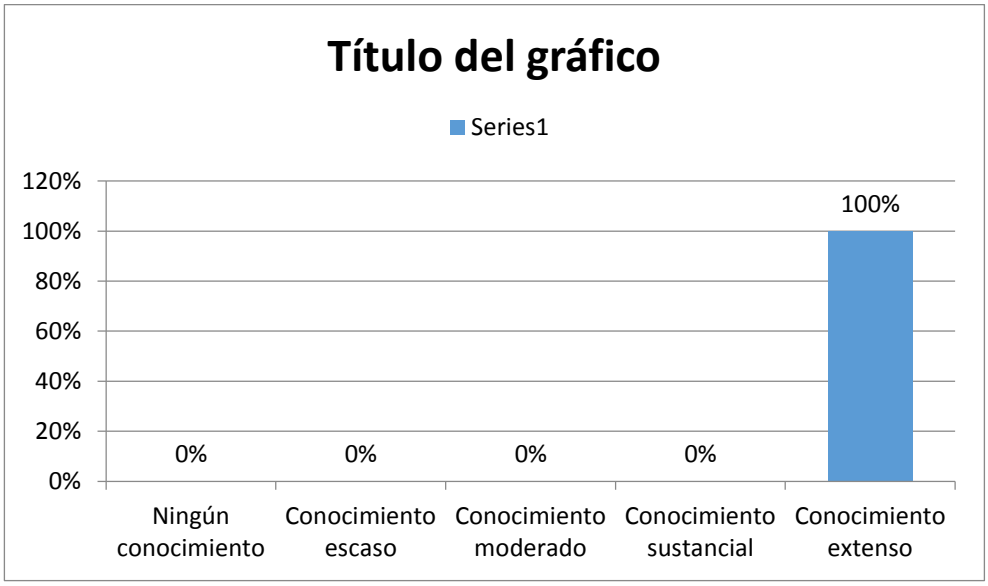
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% afirma que tiene excelentes conocimientos de la teoría de Dorothea Orem

TABLA: 26

5 Título: Distribución del personal que tiene conocimiento sobre el autocuidado.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	0	0%
Conocimiento escaso	0	0%
Conocimiento moderado	0	0%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	12	100%
	12	100%

GRAFICO N° 27



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

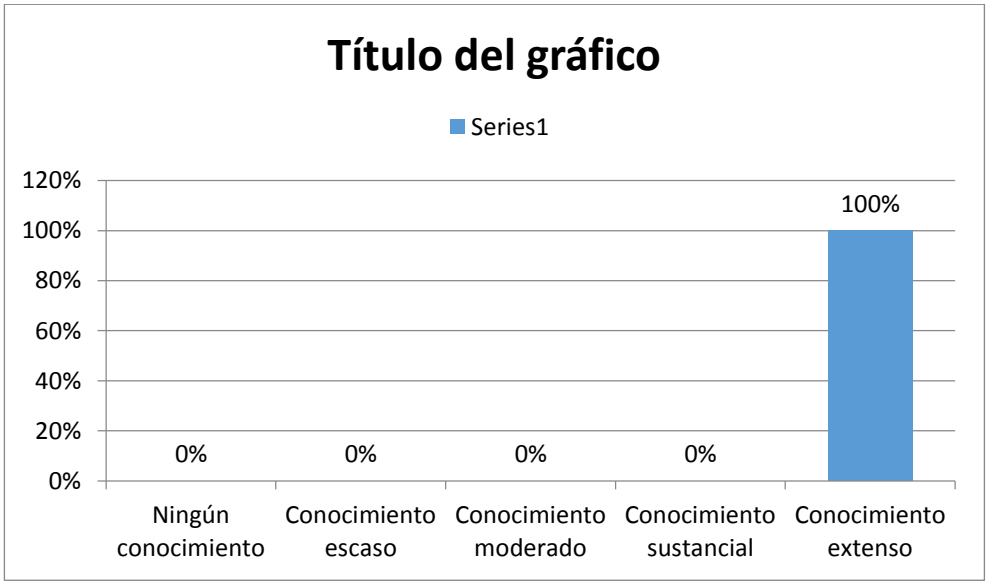
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% afirma que tiene conocimiento muy alto sobre el auto cuidado.

TABLA: 28

6 Título: distribución del personal que tiene conocimiento sobre los sistemas de enfermería.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Ningún conocimiento	0	0%
Conocimiento escaso	0	0%
Conocimiento moderado	0	0%
Conocimiento sustancial	0	0%
Conocimiento extenso	12	100%
	12	100%

GRAFICO N°28



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

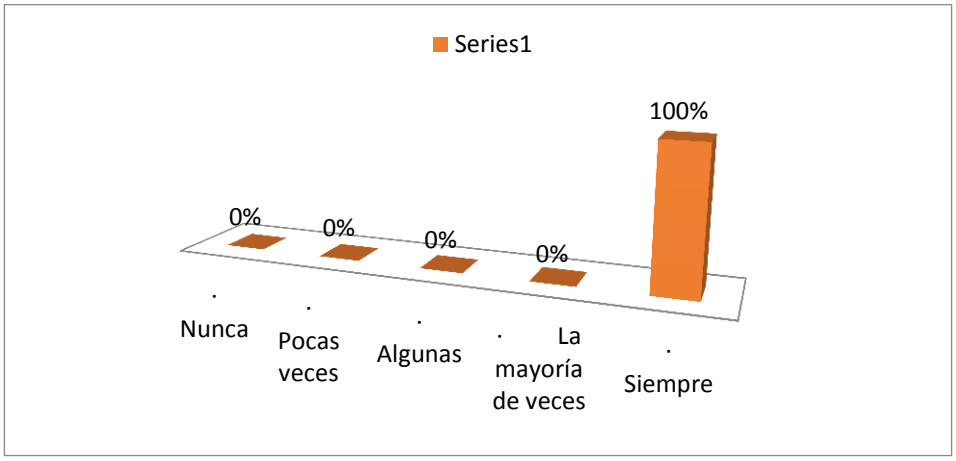
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% tiene conocimiento adecuado de los sistemas de enfermería.

TABLA: 29

7. Título: Distribución sobre si el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0%
Siempre	12	100%
	12	100%

GRAFICO N° 29



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

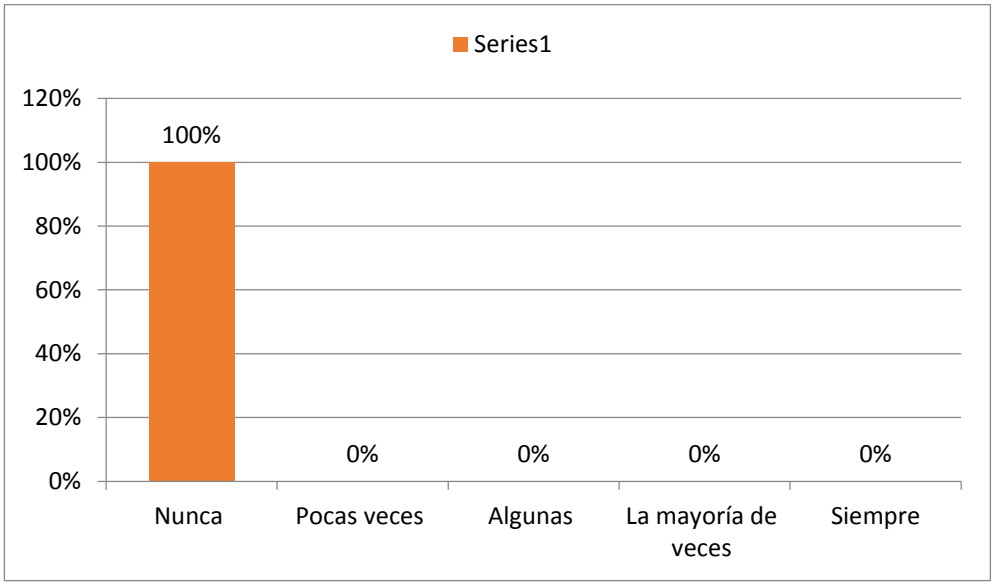
Según el personal de enfermería encuestado, el 100% afirma que el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación y mejora de la condición de vida.

TABLA: 30

8 **Título: distribución sobre la frecuencia si se ha presentado complicaciones usando el modelo de Dorothea Orem en cuanto al cuidado directo de los pacientes.**

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	12	100%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0
Siempre	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 30



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

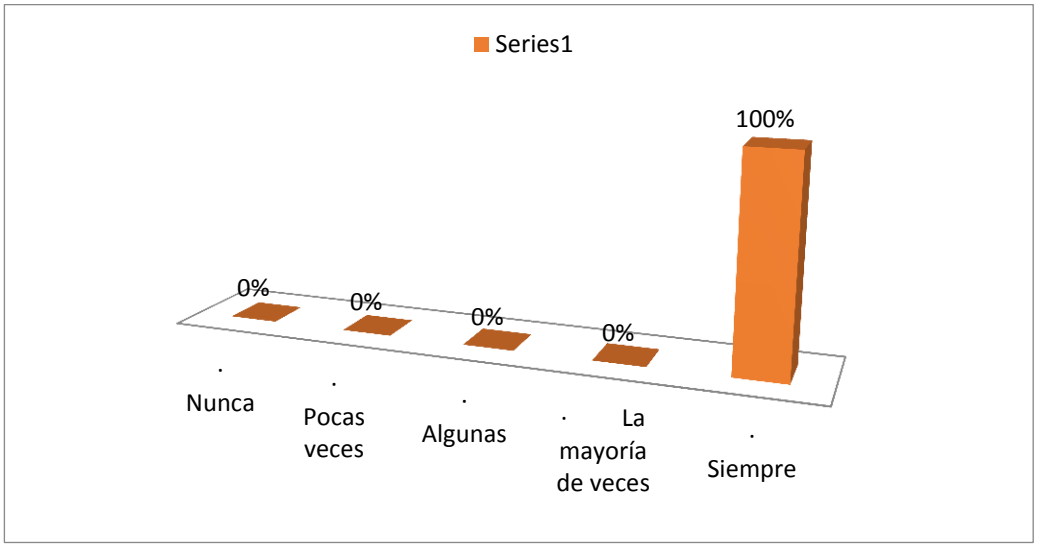
Según el personal de enfermería encuestado, el 100% afirma que no ha presentado complicaciones en cuanto al cuidado directo de los pacientes.

TABLA: 31

9 Título: Distribución de cómo considera el personal a los cuidados de enfermería si son indispensables o no para la pronta recuperación del paciente.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Algunas	0	0%
La mayoría de veces	0	0%
Siempre	12	100%
	12	100%

GRAFICO N° 31



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

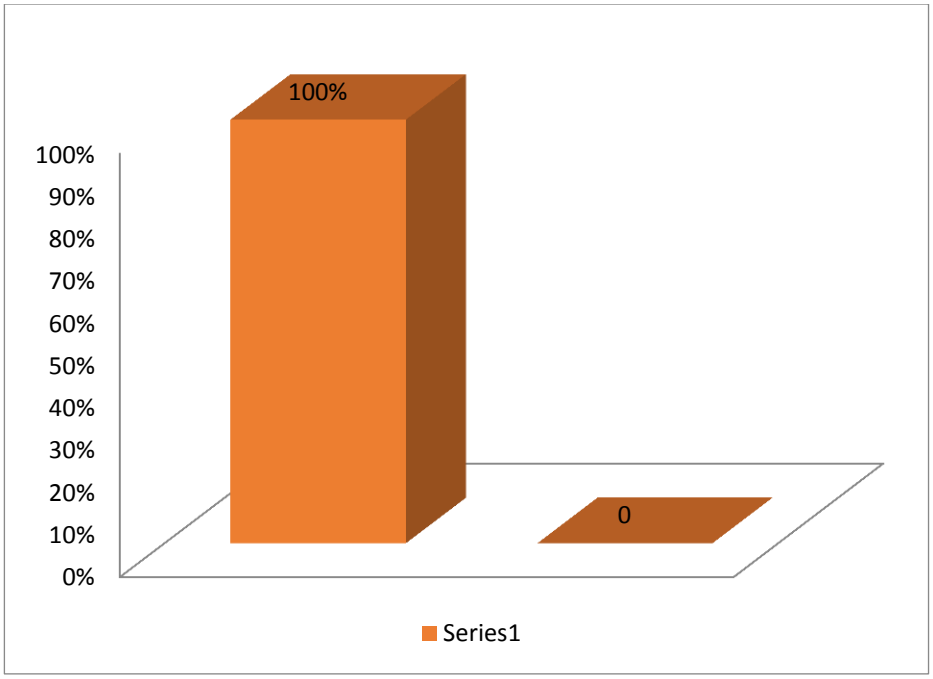
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% considera que los cuidados de enfermería son indispensables para la pronta recuperación del paciente.

TABLA: 32

10 Título: distribución sobre si el personal de salud cree si paciente sometido a cirugía laparoscópica necesita de cuidados espéciales.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 32



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

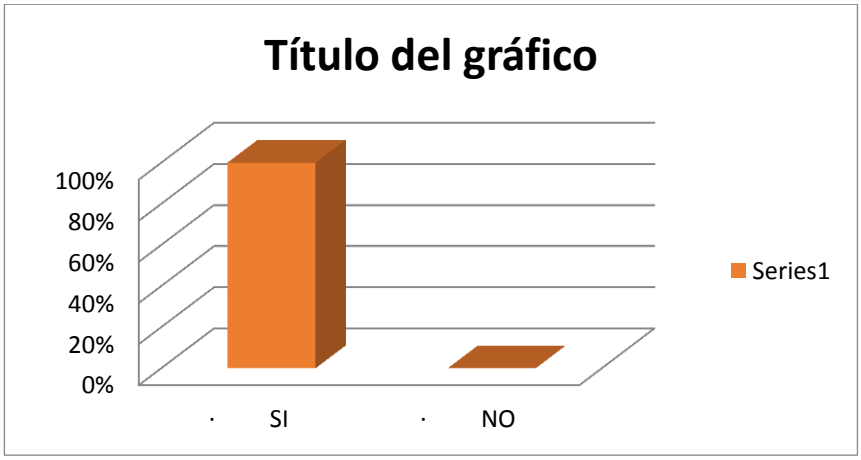
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% afirma que los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica necesitan de cuidados especiales.

TABLA: 33

11 Título: Distribución sobre si es importante los cuidados de enfermería la teoría de Dorothea Orem según el personal profesional del área de cirugía.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0
	12	100%

GRAFICO N° 33



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

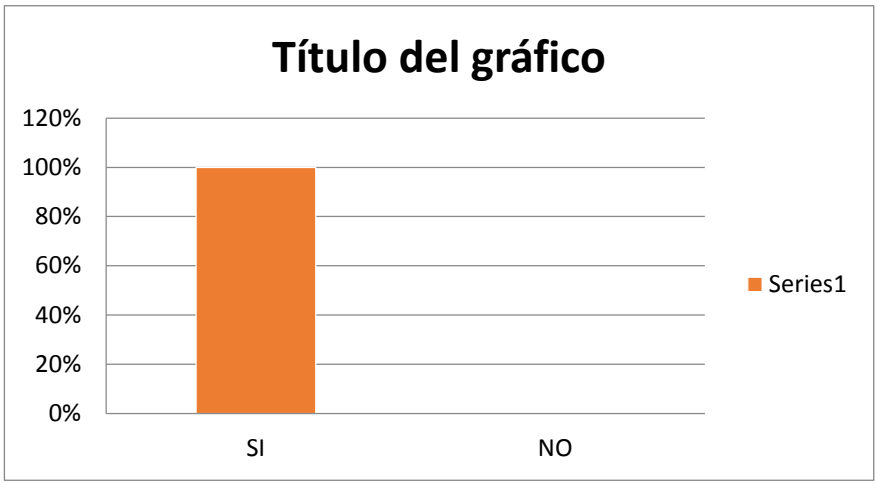
Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría el 100% afirma que la teoría de Orem aporta un gran apoyo en la recuperación del paciente.

TABLA: 34

12 Título: Distribución del personal de enfermería que posee el conocimiento necesario sobre la teoría de Dorothea Orem para poder aplicarlos sin dificultad a los pacientes.

INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
	12	100%

GRAFICO N° 34



Fuente: Evaluación de conocimientos del personal del área de cirugía del hospital "Alfredo Noboa Montenegro"

Elaborado por: Mazón Nancy, Guamán Alex..

Análisis e interpretación:

Según el personal de enfermería encuestado, la mayoría afirma el 100% que tiene los conocimientos básicos y necesarios para poder aplicar el modelo de Dorothea Orem.

4. CAPÍTULO 4

4.1. RESULTADOS ALCANZADOS

- Se valoró al personal profesional de enfermería mediante una encuesta sobre el conocimiento del proceso de atención de enfermería en base la teoría de Dorothea Orem antes de la intervención.
- Se obtuvo datos estadísticos sobre el número y porcentaje de las cirugías laparoscópicas realizas durante el tiempo de estudio estipulado al inicio.
- Se aplicó del proceso de atención de enfermería (PAE), en el cuidado del paciente sometido a cirugía laparoscópica, según el modelo de Dorothea Orem, promueve la pronta recuperación y se sustenta en una base teórica, de esta manera se establece cuidados oportunos y a la vez se educa según las premisas de Orem.
- Se realizó una guía de valoración según las premisas de Dorothea Orem para determinar el nivel de dependencia e independencia en el paciente sometido a cirugía laparoscópica.
- Se socializo el modelo de enfermería según el modelo de Dorothea Orem a todo el personal profesional de enfermería.
- El personal profesional de enfermería del área de cirugía .llegó a un consenso por parte del personal de enfermería a incorporar la teoría de Orem en el proceso de atención de enfermería.
- Se valoró al personal profesional de enfermería mediante una encuesta sobre el conocimiento de la teoría de Dorothea Orem después de la ejecución del proyecto de investigación.

5. CAPITULO 5

5: MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. RECURSOS HUMANOS:

Responsables del proyecto de investigación:

Estudiantes:

- Nancy Thalía Mazón Pinos
- Alex Israel Guamán Poma

Tutor:

Licenciada Norma Paredes

5.1.1. COLABORADORES:

- Coordinadora del departamento de enfermería: licenciada Consuelo Montero.
- Líder de enfermería del área de cirugía: licenciada Flor Pinos.
- Personal profesional de enfermería área de cirugía.
- Medico a cargo del área de cirugía: Jacques Pascal.
- Pacientes del servicio de cirugía.

5.1.2. RECURSOS INSTITUCIONALES:

Hospital “Alfredo Noboa Montenegro.”

5.1.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS:

- Laptop
- Pendrive
- Infocus
- Celular
- Calculador

5.1.4. PRESUPUESTO:

Recursos y materiales	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Impresiones a color	10	0.25	2.50
Impresiones a blanco y negro	30	0.05	1.50
Fotocopias	200	0.02	4.00
Impresiones a blanco y negro	35	0.05	1.75
Borrador del proyecto	486	0.25	121.50
CD	2	1.0	2.00
Empastado proyecto	3	30.00	90.00
Refrigerio	20	1.0	20
Total			243.25

Elaborado por: Nancy Mazón-Alex Guamán

5.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	RESPONSABLE
Búsqueda del tema de investigación.	X							Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
Desarrollo y planteamiento del problema.	X							Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
Presentación del tema.	X							Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
Designación del tutor encargado para realización del proyecto.	X							Consejo universitario

Planteamiento del problema Formulación del problema		X						Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
OBJETIVOS Definición de objetivos general y específicos		X						Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
Justificación de la Investigación			X					Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
MARCO TEÓRICO • Antecedentes de la Investigación • Bases teóricas-científica • Sistemas de hipótesis • Definición y sistema de variables				X				Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma

MARCO METODOLÓGICO • Nivel de Investigación • Diseño • Población y Muestra • Técnicas e Instrumentos de recolección de datos • Técnicas de procesamiento y Análisis de datos • Toma de muestra de la población					X			Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS • Socialización del modelo y evaluación.					X			Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS • Definición de los recursos • Cronograma • Presupuesto					X			Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES • Comprobación e la Hipótesis • Conclusiones • Recomendaciones						X		Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma
CORRECCIÓN DE PRIMER BORRADOR Y CALIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO • Asignación de pares académicos							X	Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma Consejo universitario
Realización de Actas y Sustentación del Proyecto de Titulación							X	Nancy Thalía Mazón Pinos Alex Israel Guamán Poma Consejo universitario

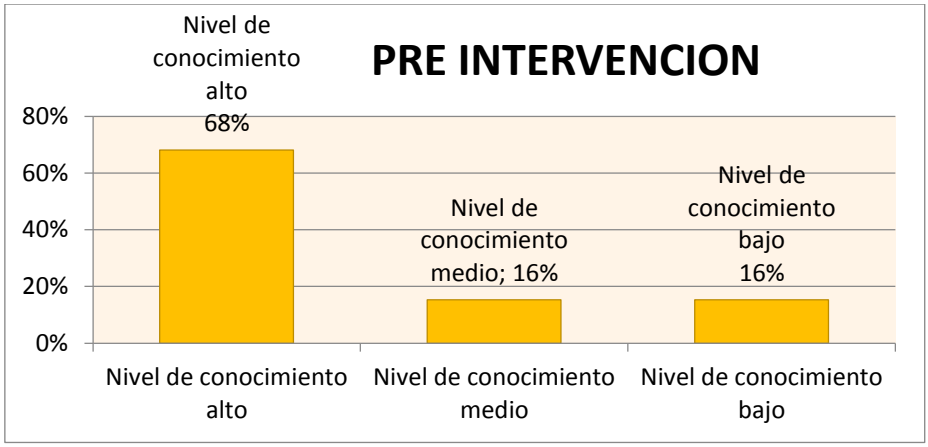
Elaborado por: Nancy Mazón-Alex Guamán

6. CAPÍTULO 6

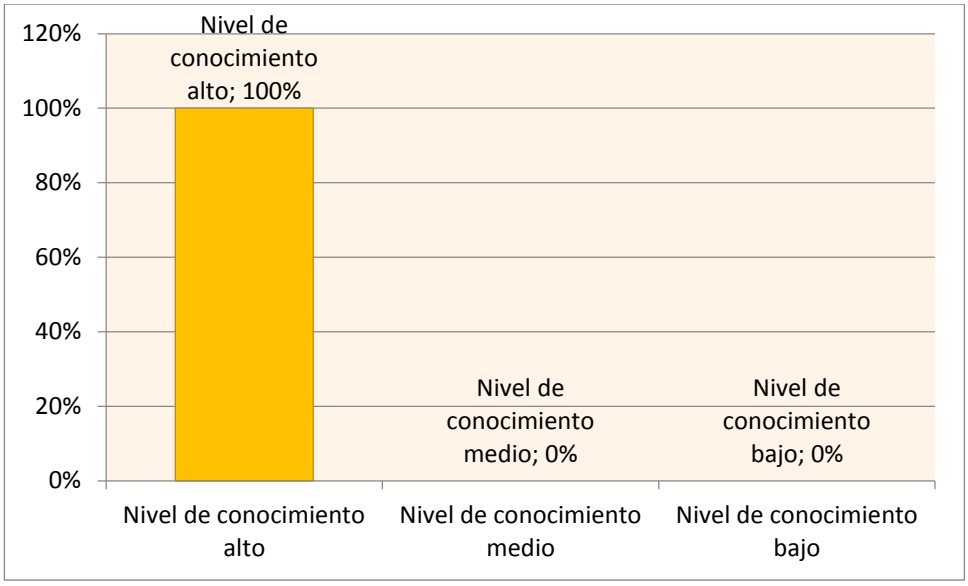
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Dorothea Orem en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

PRE INTERVENCION						
Pregunta	**Nivel de conocimiento alto**		**Nivel de conocimiento medio**		**Nivel de conocimiento bajo**	
1	12	100%	0	0%	0	0%
2	12	100%	0	0%	0	0%
3	4	33%	6	50%	2	17%
4	2	17%	2	17%	8	67%
5	0	0%	4	33%	8	67%
6	12	100%	0	0%	0	0%
7	12	100%	0	0%	0	0%
8	0	0%	7	52%	5	48%
9	12	100%	0	0%	0	0%
10	12	100%	0	0%	0	0%
11	12	100%	0	0%	0	0%
12	8	67	4	33%	0	0%
TOTAL	**98**		**23**		**23**	
PORCENTAJE	**68 %**		**16%**		**16%**	



POST INTERVENCION						
Pregunta	**Nivel de conocimiento alto**		**Nivel de conocimiento medio**		**Nivel de conocimiento**	
1	12	100%	0	0%	0	0%
2	12	100%	0	0%	0	0%
3	12	100%	0	0%	0	0%
4	12	100%	0	0%	0	0%
5	12	100%	0	0%	0	0%
6	12	100%	0	0%	0	0%
7	12	100%	0	0%	0	0%
8	12	100%	0	0%	0	0%
9	12	100%	0	0%	0	0%
10	12	100%	0	0%	0	0%
11	12	100%	0	0%	0	0%
12	12	100%	0	0%	0	0%
TOTAL	144		0		0	
PORCENTAJE	100%		0%		0%	



Análisis: Mediante la aplicación de un pre y post test se logra el fortalecimiento de los conocimientos en el personal profesional de enfermería sobre el modelo teórico de Dorothea Orem (autocuidado) aplicada a los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica, obteniendo como resultado del Pre test 68% del personal tiene un nivel de conocimiento alto en relación al post test que es favorable posterior a la socialización se ha logrado un 100% adquisición de conocimientos y la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en relación al modelo de Dorothea Orem brinda al usuario una atención óptima con calidad y calidez dando la oportunidad de tener una recuperación más rápida; los usuarios manifestaron que están conformes con los servicios recibidos.

Con lo que se da cumplimiento a lo planteado por el Ministerio de Salud Publica dar la mejor atención oportuna a los usuarios

6.2 CONCLUSIONES

- Se elaboró el proceso de atención de enfermería (PAE) según el modelo teórico de Dorothea Orem se socializado y se comprobó la eficacia del proceso de atención de enfermería mediante la aplicación de un pre y post-test en el que se verifico el fortalecimiento de los cuidados de enfermería.
- Al concluir nuestro proyecto de investigación los 12 profesionales de enfermería se demostró un cierto desconocimiento sobre la teoría de Dorothea Orem con un pre test de 68% y un post test de 100% con resultados favorables.
- Se diseñó la guía de valoración de enfermería en pacientes post quirúrgicos según el modelo de Dorothea Orem.
- Mediante la socialización del proceso de atención de enfermería y el modelo teórico de Dorothea Orem la cual beneficiara a los usuarios y al personal profesional de enfermería para mejorar la atención y la calidad de vida.
- Se realizó la evaluación el Proceso de Atención de Enfermería según el modelo de Dorothea Orem.

6.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda aplicar el modelo de Dorothea Orem en el área de cirugía del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro", para mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Se sugiere que se siga realizando la actualización de conocimientos de los cuidados de enfermería ya que es un tema de mucho interés tanto para los usuarios y las autoridades estuvieron agradecidos.
- Se recomienda al personal profesional de enfermería tanto interno como externo sigan trabajando en equipo brindando atención de calidad.
- Se recomienda siempre poner en práctica el modelo de atención de enfermería según modelo teórico de Dorothea Orem no solo en pacientes de cirugía laparoscópica se debe aplicar a todos los usuarios del área de cirugía.
- Se recomienda seguir investigando en base al modelo de Dorothea Orem ya que la información sobre el modelo mencionado es mínima.

7. BIBLIOGRAFÍA:

Guzmán Amaro. (2012 - 2015). *Departamento de Cirugía*. Recuperado el 5 de 12 de 2017, de Departamento de Cirugía: http://doctorguzmanamaro.com/guillermo-guzman-amaro/

(CNP), C. N. (2017). *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2017_2021.* QUITO: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Senplades.

American Society of Colon and Rectal Surgeons. (2018). *ASCRS*. Recuperado el 10 de 12 de 2017, de RESOURCE LIBRARY: https://www.fascrs.org/cirugia-laparoscopica

Aretxabala, D. X. (12 de 08 de 2009). *Perfomance improvement in laparoscopy*. (R. c. cirugía, Productor) Recuperado el 01 de 05 de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000500018

ASCRS. (2010). Recuperado el 10 de 12 de 2017, de RESOURCE LIBRARY: https://www.fascrs.org/cirugia-laparoscopica

Castro Perez, Raul. (2010). *REVISTA CUBANA DE CIRUGIA*. Recuperado el 2 de 12 de 2017, de La cirugía laparoscópica en la cirugía general: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000400013

de Gispert, C. (2009). Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY. Barcelona España: MMXIII EDITORIAL OCEANO.

Diaz Dr, A. (2014). *CENTRO MEDICO TEKNON*. Recuperado el 11 de 12 de 2017, de CENTRO MEDICO TEKNON: http://www.teknon.es/es/especialidades/diez-caballero-alonso-alberto/cirugia-laparoscopica

DR.LOMBEYDA, G. (18 de FEBRERO de 2018). DR. EPIDEMIOLOGO. (A. GUAMAN, & N. MAZON, Entrevistadores)

Enciso Nano, J. (2013). *ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA*. Recuperado el 15 de 12 de 2017, de ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100012

Fuller, J., & Ness, E. (2007). *Instrumentacion quirurgica.* Madrid: Panamericana.

Fuller, J., & Ness, E. (2010). *Instrumentacion quirurgica.* Madrid: Panamericana.

Gonzales, I., & Herrero, A. (2012). *Tecnicas y procedimeientos de enfermeria .* Barcelona: BarcelBaires.

Hamlin, L., & Richardson, M. (2010). *Enferneria periooperatoria.* Mexico: Manual Moderno.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015 - 2017). Diagnósticos EnfermerosDefiniciones y Clasificación. España: Elsevier.

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. (09 de Marzo de 2015). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PREOPERATORIOS. Guaranda.

Hospital Universitario de Alicante. (2010). Plan de cuidados al paciente que va a ser intervenido de Colecistectomía:. *Planes de cuidados HUA*, 1-22.

Kozier, B. (2004). *Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practica.* Mexico: Mc Graw-Hill_Interamericana.

Ludueña, T. (14 de Mayo de 2015). *SlideShare*. Recuperado el 15 de Enero de 2018, de https://es.slideshare.net/tatty_jlc/test-de-denver

Luis, D. P. (2012). *Cirugía General*. Recuperado el 6 de 12 de 2017, de Cirugía General: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm

Marriner, A., & Alligood, R. (2003). *Modelos y teorías de enfermería.* Barcelona : Elsevier.

Martín Morano, M. (2014). *ENFERMERÍA PRÁCTICA*. Obtenido de https://enfermeriapractica.com/procedimientos/preparacion-y-cuidados-del-paciente-quirurgico

MOSBY. (2013). *DICCIONARIO MOSBY*. (S. Harcourt, Editor) Recuperado el 10 de 03 de 2018, de Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary: http:/www3d2.ese-email:info@3d2.ese.

MSc. Prado, Lic. González, MSc. Paz, Lic. Borges. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*.

MSc. Prado, Lic. González, MSc. Paz, Lic. Borges. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.

N.MAZON, & A.GUAMAN. (28 de 03 de 2018). *Patente nº 1.* ECUADOR.

Navarro, Y., & Castro, M. (2010). *Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería.* Recuperado el 15 de 12 de 2017, de Enfermería Global: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

Nazar, C., Bastidas, J., & Lema, G. (Abril de 2014). *Revista chilena de cirugía.* Recuperado el 15 de Diciembre de 2018, de EXÁMENES PREOPERATORIOS DE RUTINA EN CIRUGÍA ELECTIVA: ¿CUÁL ES LA EVIDENCIA?: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000200017

PEREZ RAUL, CASTRO. (2010). *REVISTA CUBANA DE CIRUGIA*. Recuperado el 2 de 12 de 2017, de La cirugía laparoscópica en la cirugía general: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000400013

Poggi Machuca, L. D. (2012). *Cirugía General*. Recuperado el 6 de 12 de 2017, de Cirugía General: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm

Redaccion Sociedad. (06 de febrero de 2016). Colelitiasis, principal causa de morbilidad. *El Telegrafo*.

Rivero Martínez, N., González Acosta, M. N., González Barrero, M., Núñez Herrera, M., Hornedo Jerez, I., & Rojas Izquierdo, M. (Julio-Septiembre de 2007). *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* Recuperado el 12 de Diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012

Society, A. (2018). *ASCRS*, 3rd edition. Recuperado el 4 de 12 de 2017, de https://www.fascrs.org/cirugia-laparoscopica

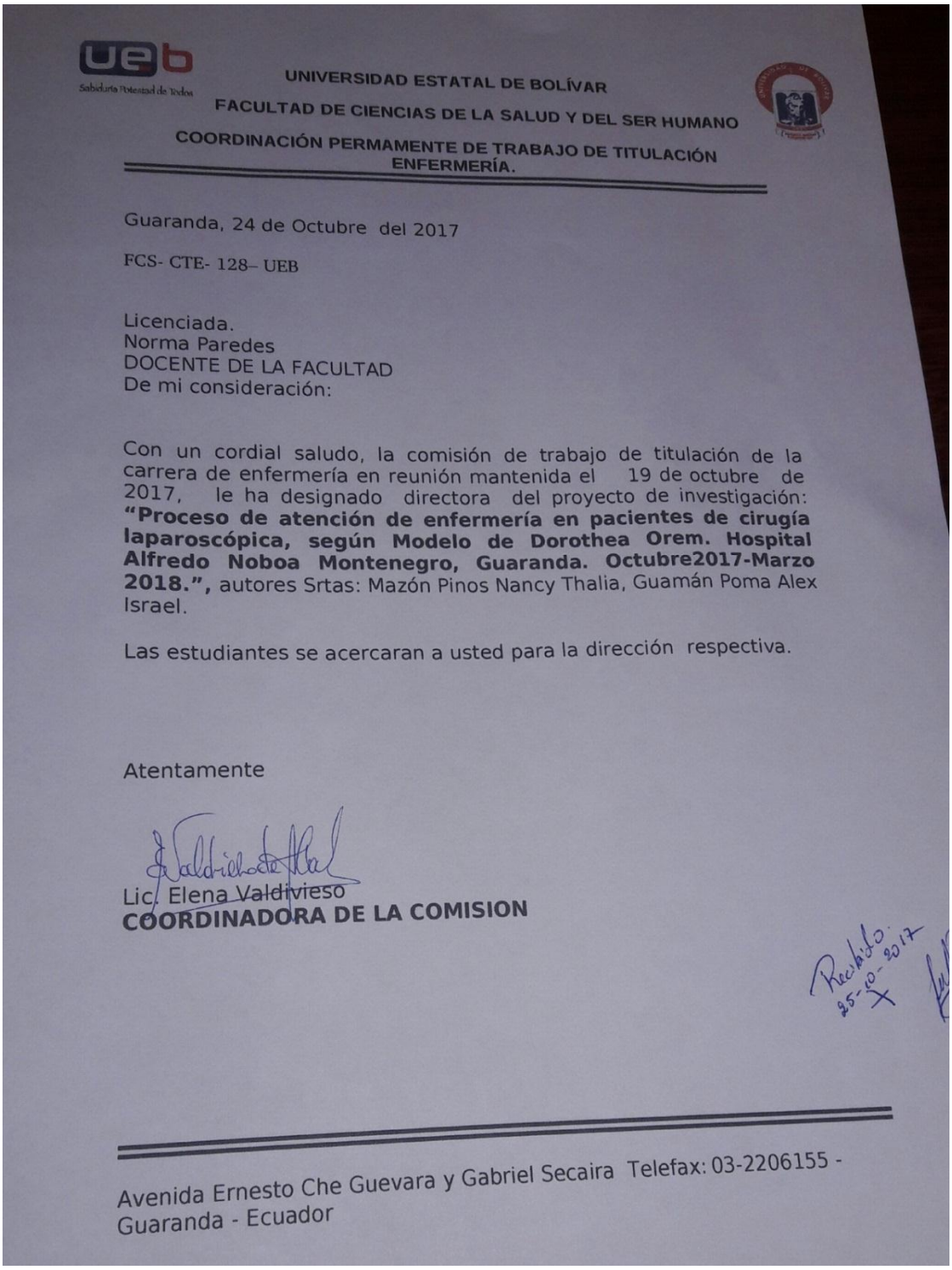
Universidad Estaltal de Bolivar, D. d. (2016). *www.ueb.edu.ec*. Recuperado el 2018 de Enero de 24, de http://www.ueb.edu.ec

Zamora Editores Ltda. (s.f.). *Manual Enfermeria Zamora.* Bogota: MMIX.

ZUNDEL, N., & HERNANDEZ, J. D. (Octubre-Noviembre de 2013). *Profilaxis Antibiótica en Cirugía Laparoscópica*. Recuperado el 15 de Enero de 2018, de encolombia: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-133/profilaxisantibioticaencirugia/

8. ANEXOS

8.1.ANEXO N° 1 OFICIOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

COORDINACIÓN PERMAMENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN ENFERMERÍA.

Guaranda, 24 de Octubre del 2017

FCS- CTE- 128– UEB

Licenciada.
Norma Paredes
DOCENTE DE LA FACULTAD
De mi consideración:

Con un cordial saludo, la comisión de trabajo de titulación de la carrera de enfermería en reunión mantenida el 19 de octubre de 2017, le ha designado directora del proyecto de investigación: **"Proceso de atención de enfermería en pacientes de cirugía laparoscópica, según Modelo de Dorothea Orem. Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda. Octubre2017-Marzo 2018.",** autores Srtas: Mazón Pinos Nancy Thalia, Guamán Poma Alex Israel.

Las estudiantes se acercaran a usted para la dirección respectiva.

Atentamente

Lic. Elena Valdivieso
COORDINADORA DE LA COMISION

Recibido 25-10-2017

Avenida Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira Telefax: 03-2206155 - Guaranda - Ecuador

5-02/2018 Pedro Pozmiño. Favor atender lo que se solicita

Guaranda, 05 de febrero de 2018.

Dr. Guillermo Lombeyda.
Departamento de Docencia Hospital "Alfredo Noboa Montenegro".
Presente.-

De nuestras consideraciones.

Reciba un cordial saludo por medio de la presente , nosotros estudiantes de la Escuela de Enfermería: **NANCY THALYA MAZON PINOS** con **CI:0202323655, ALEX ISRAEL GUAMAN POMA** con **CI:0202114096,** nos dirigimos a usted y a través de su digno intermedio, para solicitarle de la manera más comedida se nos facilite información sobre el número de cirugías laparoscópicas realizadas durante el año 2017, información importante para desarrollar nuestro **PROYECTO INVESTIGATIVO** denominado: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM, "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA, OCTUBRE 2017-FEBRERO 2018.,**

Por la atención que se digne en brindar a la presente anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente.

NANCY THALÍA MAZÓN PINOS
CI: 0202323655

ALEX ISRAEL GUAMÁN POMA
CI: 0202114096

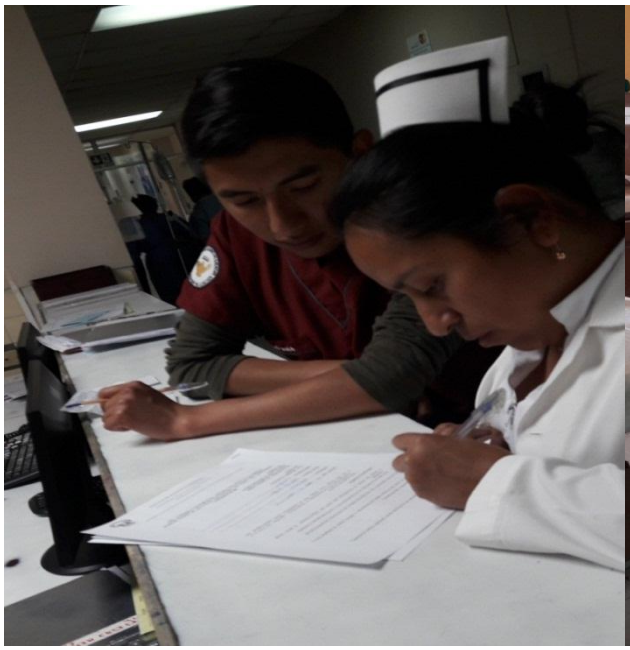
8.2.ANEXO N° 2 TUTORIAS CON LA LICENCIADA NORMA PAREDES.



8.3.ANEXO N° 3 DIALOGO SOBRE EL TRABAJO DE TITULACION CON LA LIDER DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO."



8.4. ANEXO N° 4 APLICACIÓN DE ENCUESTA POST APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE CIRUGÍA HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO."







8.5. ANEXO N° 5 APLICACIÓN DE ENCUESTA A LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCOPICA Y SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM.









8.6. ANEXO N° 6 SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE CIRUGÍA DEL "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENGERO"









8.7. ANEXO N° 7 ENCUESTA PRE APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"

PRETEST.

AUTORES:

NANCY THALÍA MAZÓN PINOS

ALEX ISRAEL GUAMÁN POMA

TUTORA:

LIC. NORMA PAREDES

ÁREA/SERV.----------

EVALUADO----------

PUESTO----------

Fecha: Día _ _ _ _ //Mes _ _ _ _ //Año _ _ _ _ _

- En qué grado cree usted que el trabajador tiene desarrollada las competencias que se presentan a continuación.- Marque con una X lo que refleja su opinión

INSTRUCCIONES

- Antes de iniciar la evaluación lea bien las instrucciones, si tiene duda consulte.
- Lea bien el contenido de la competencia y comportamiento a evaluar.
- En forma objetiva y de conciencia asigne la respuesta correspondiente.

1¿En su área de servicio tiene un protocolo a seguir sobre el cuidado pre y post quirúrgico del paciente?

- SI
- NO

2¿Si cuenta con un protocolo en el servicio tiene dominio sobre el mismo?

- SI
- NO

3¿aplica usted el protocolo existente en el área de servicio?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

4 ¿conoce el modelo de la teoría de Dorothea Orem?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

5¿Tienen conocimiento sobre el autocuidado?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial

- Conocimiento extenso

6¿Tiene conocimiento sobre los sistemas de enfermería?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

7. ¿En el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

8. ¿Se ha presentado complicaciones en cuanto al cuidado directo de los pacientes?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

9. ¿Considera usted que los cuidados de enfermería son indispensables para la pronta recuperación del paciente?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

10. **¿en la actualidad en el servicio se ha incrementado la demanda de cirugías laparoscópica?**

- SI
- NO

11. **¿con la implementación de la cirugía laparoscópica los pacientes se recuperan más pronto y sin complicaciones?**

- SI
- NO

12. **¿Cree usted que el paciente sometido a cirugía laparoscópica necesita de cuidados espéciales?**

- SI
- NO

8.8. ANEXO N° 8 GUIA DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

<table>
<tr><td colspan="8">Objetivo: Determinar el nivel de dependencia e independencia en el paciente sometido a cirugía laparoscópica.</td></tr>
<tr><td colspan="8">DATOS PERSONALES
Nombres y apellidos:_____
_____
Edad: _____
Cedula de identidad: _____ Historia Clínica: _____
Cama: _____
Fecha de valoración: _____
Servicio: _____
Responsable:_____
_____</td></tr>
<tr><td colspan="3">NECESIDADES BASICAS</td><td colspan="5">ESCALA DE VALORACION</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="3">1.- RESPIRACIÓN</td><td colspan="3">INDEPENDIENTE</td><td colspan="2">DEPENDIENTE</td></tr>
<tr><td colspan="3">NECESIDAD SATISFECHA</td><td colspan="2">NECESIDAD NO SATISFECHA</td></tr>
<tr><td colspan="3">TOTALMENTE COMPENSATORIO</td><td colspan="2">PARCIALMENTE COMPENSATORIO</td></tr>
<tr><td colspan="2">Frecuencia respiratoria:</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">Saturación de oxigeno:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Normal:</td><td></td><td>Bradipnea:</td><td></td><td>Taquipnea:</td><td></td><td>Apnea</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">Signos de dificultad respiratoria</td></tr>
<tr><td>Cianosis:</td><td></td><td>Aleteo nasal:</td><td></td><td colspan="2">Dis nea:</td><td></td></tr>
</table>

Requerimiento de oxígeno: SI NO Especifique: Litros:

NECESIDADES BASICAS	**ESCALA DE VALORACION**	
2.- ALIMENTACION	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
	NECESIDAD SATISFECHA	NECESIDAD NO SATISFECHA
	TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Tipo

NPO:		Oral:	
Enteral:		Parenteral:	

Hidratación parenteral: SI NO

Anorexia : SI NO

Dificultad para alimentarse: SI NO

NECESIDADES BASICAS	**ESCALA DE VALORACION**	
3.- ELIMINACION	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
	NECESIDAD SATISFECHA	NECESIDAD NO SATISFECHA
	TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Vomito: SI NO

Características: SI NO

Ruidos hidroaereos: disminuidos aumentados presentes ausentes

<table>
<tr><td colspan="3">Abdomen: Blando depresible Distensión abdominal</td></tr>
<tr><td colspan="3">Eliminación fecal</td></tr>
<tr><td>Estreñimiento: SI
NO</td><td colspan="2">Diarrea: SI NO</td></tr>
<tr><td>NECESIDADES BASICAS</td><td colspan="2">ESCALA DE VALORACION</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4.- MOVILIDAD</td><td>INDEPENDIENTE</td><td>DEPENDIENTE</td></tr>
<tr><td>NECESIDAD SATISFECHA</td><td>NECESIDAD NO SATISFECHA</td></tr>
<tr><td>TOTALMENTE COMPENSATORIO</td><td>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</td></tr>
<tr><td colspan="3">Situación actual: Deambula Sillón-Cama Encamado</td></tr>
<tr><td colspan="3">Limitación Movimientos:
Reposo absoluto Reposo relativo</td></tr>
<tr><td>Requiere ayuda: SI
NO</td><td colspan="2">Mialgia: SI NO</td></tr>
<tr><td>NECESIDADES BASICAS</td><td colspan="2">ESCALA DE VALORACION</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5.- VESTIRSE Y DESVERSTIRSE</td><td>INDEPENDIENTE</td><td>DEPENDIENTE</td></tr>
<tr><td>NECESIDAD SATISFECHA</td><td>NECESIDAD NO SATISFECHA</td></tr>
<tr><td>TOTALMENTE COMPENSATORIO</td><td>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</td></tr>
<tr><td>Capacidad: SI NO</td><td colspan="2">Dificultad: SI NO</td></tr>
<tr><td>NECESIDADES BASICAS</td><td colspan="2">ESCALA DE VALORACION</td></tr>
<tr><td rowspan="3">6.- REPOSO</td><td>INDEPENDIENTE</td><td>DEPENDIENTE</td></tr>
<tr><td>INDEPENDIENTE</td><td>DEPENDIENTE</td></tr>
<tr><td>NECESIDAD SATISFECHA</td><td>NECESIDAD NO SATISFECHA</td></tr>
</table>

Estado de conciencia: Consciente/Orientado Desorientado Somnoliento

Alteraciones del sueño:_____

NECESIDADES BASICAS	**ESCALA DE VALORACION**	
7.- TERMORREGULACIÓN	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
	NECESIDAD SATISFECHA	NECESIDAD NO SATISFECHA
	TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Temperatura: Axilar _____ Bucal _____

Normal Hipotermia Hipertermia

NECESIDADES BASICAS	**ESCALA DE VALORACION**	
8.- HIGIENE DE LA PIEL	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
	NECESIDAD SATISFECHA	NECESIDAD NO SATISFECHA
	TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Higiene personal: Buena Regular Mala

Capacidad para mantener higiene: SI NO

Tipo de ayuda que precisa:

_____

NECESIDADES BASICAS	**ESCALA DE VALORACION**	
9,.- SEGURIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
	NECESIDAD SATISFECHA	NECESIDAD NO SATISFECHA
	TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Caídas previas: SI NO	Presencia de medio invasivos: SI NO

8.9. ANEXO N° 9 ENCUESTA POST APLICACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"

POSTEST

AUTORES:

NANCY THALÍA MAZÓN PINOS

ALEX ISRAEL GUAMÁN POMA

TUTORA:

LIC. NORMA PAREDES

ÁREA/SERV.----------

EVALUADO----------

PUESTO----------

Fecha: Día _ _ _ _ //Mes _ _ _ _ //Año _ _ _ _ _

- En qué grado cree usted que el trabajador tiene desarrollada las competencias que se presentan a continuación.- Marque con una X lo que refleja su opinión

INSTRUCCIONES

- Antes de iniciar la evaluación lea bien las instrucciones, si tiene duda consulte.
- Lea bien el contenido de la competencia y comportamiento a evaluar.
- En forma objetiva y de conciencia asigne la respuesta correspondiente.

1¿Se da cumplimiento a los cuidados de enfermería en el cuidado pre y post quirúrgico del paciente?

- SI

- NO

2¿Cuenta con el dominio adecuado sobre los protocolos de enfermería en el servicio tiene dominio sobre el mismo?

- SI
- NO

3¿aplica usted el protocolo existente en el área de servicio?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

4¿conoce el modelo de la teoría de Dorothea Orem?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

5¿Tienen conocimiento sobre el autocuidado?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

6¿Tiene conocimiento sobre los sistemas de enfermería?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado

- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

7¿En el cuidado brindado en el servicio al paciente está enfocado a su pronta recuperación?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

8¿Se ha presentado complicaciones usando el modelo de Dorothea Orem en cuanto al cuidado directo de los pacientes?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

9¿Considera usted que los cuidados de enfermería son indispensables para la pronta recuperación del paciente?

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas
- La mayoría de veces
- Siempre

10¿Cree usted que el paciente sometido a cirugía laparoscópica necesita de cuidados espéciales?

- SI
- NO

11¿Tiene importancia en los cuidados de enfermería la teoría de Dorothea Orem?

- SI
- NO

12¿En este momento se encuentra con el conocimiento necesario sobre la teoría de Dorothea Orem para poder aplicarlos sin dificultad a los pacientes?

- SI
- NO

GRACIAS POR SU COLABORACION.

8.10. ANEXO N° 10 FIRMAS DEL PERSONAL DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" QUE ASISTIERON A LA SOCIALIZACION DEL MODELO TEORICO Y PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN DOROTHEA OREM.



HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano

Escuela de Enfermería

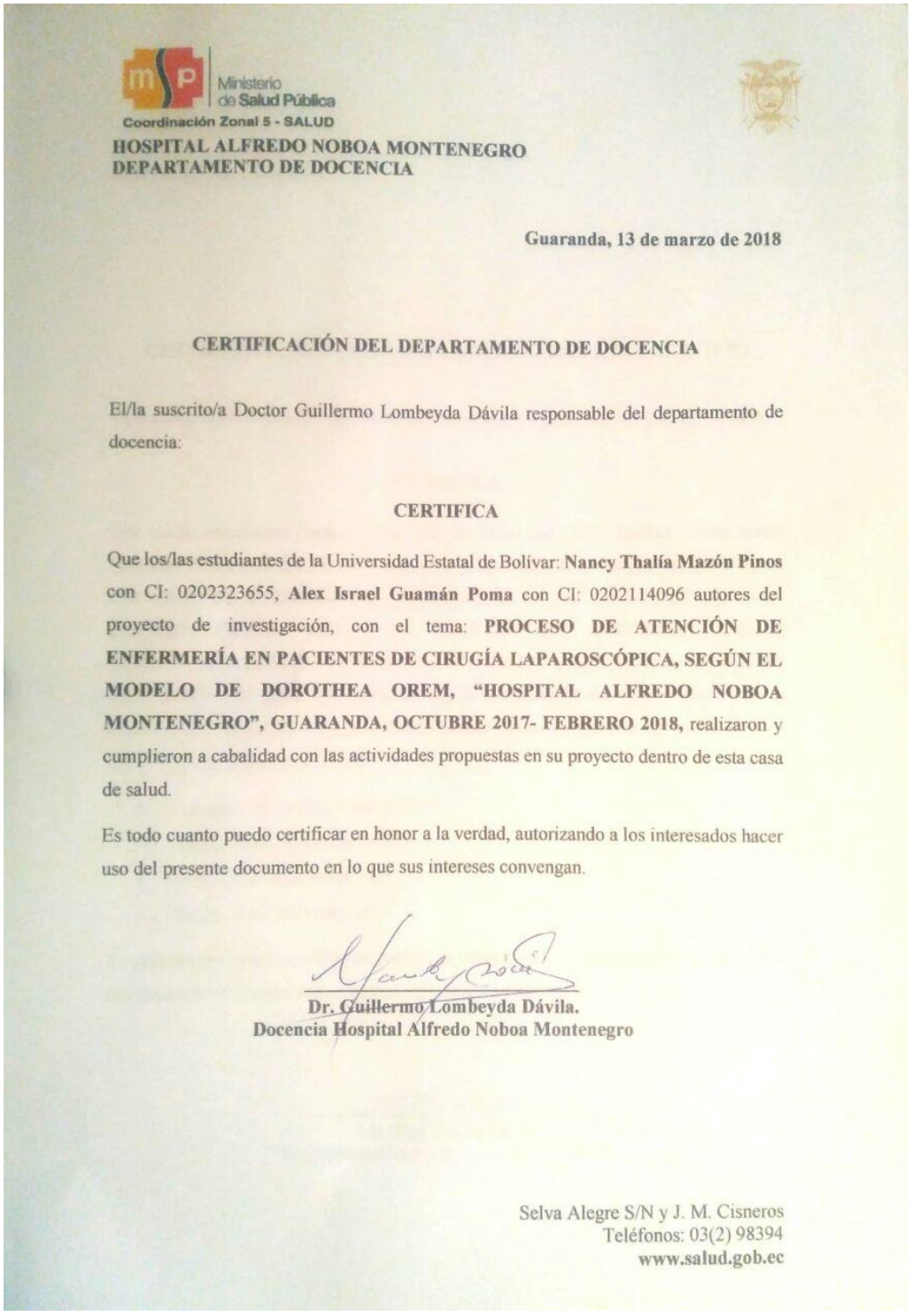
CONTROL DE ASISTENCIA SOCIALIZACION
TEMA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM, "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA, OCTUBRE 2017- FEBRERO 2018.
Fecha: Martes 13 - marzo - 2018

N°	NOMBRE	FUNCION	N° CEDULA	FIRMA
1	Flor Pinos	Enfermera Líder	0200825940	
2	Gladis Llanos	Enfermera	020101148.3	
3	Nelly Santamaría	Enfermera	0201063158	
4	Celia Hinojosa	Aux Enf	0201317831	
5	Nancy Naranjo	Enfermera	0200912103	
6	Danilo Parra	Enfermero	0201559226	
7	Rissitla Arias	Aux. Enf.	0201275567	
8	Estefanía Pozo	Enfermera	0602495904	
9	Patricia Guaipa	Enfermera	0201886033	
10	Magaly Ramírez	Enfermera	0201518024	
11	Piedad Pozmiño	Enfermera	0200561777	
12	Janeth Secaira	Aux Enfermería	0201885450	
13	Fernando Valencia	Aux. de Enfermería	0201028321	
14	Javier Borja	Aux de Enfer	0201148368	
15				
16				
17				

Responsables: NANCY THALÍA MAZÓN PINOS

ALEX ISRAEL GUAMÁN POMA

8.11. ANEXO N° 11 CERTIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - SALUD
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA

Guaranda, 13 de marzo de 2018

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA

El/la suscrito/a Doctor Guillermo Lombeyda Dávila responsable del departamento de docencia:

CERTIFICA

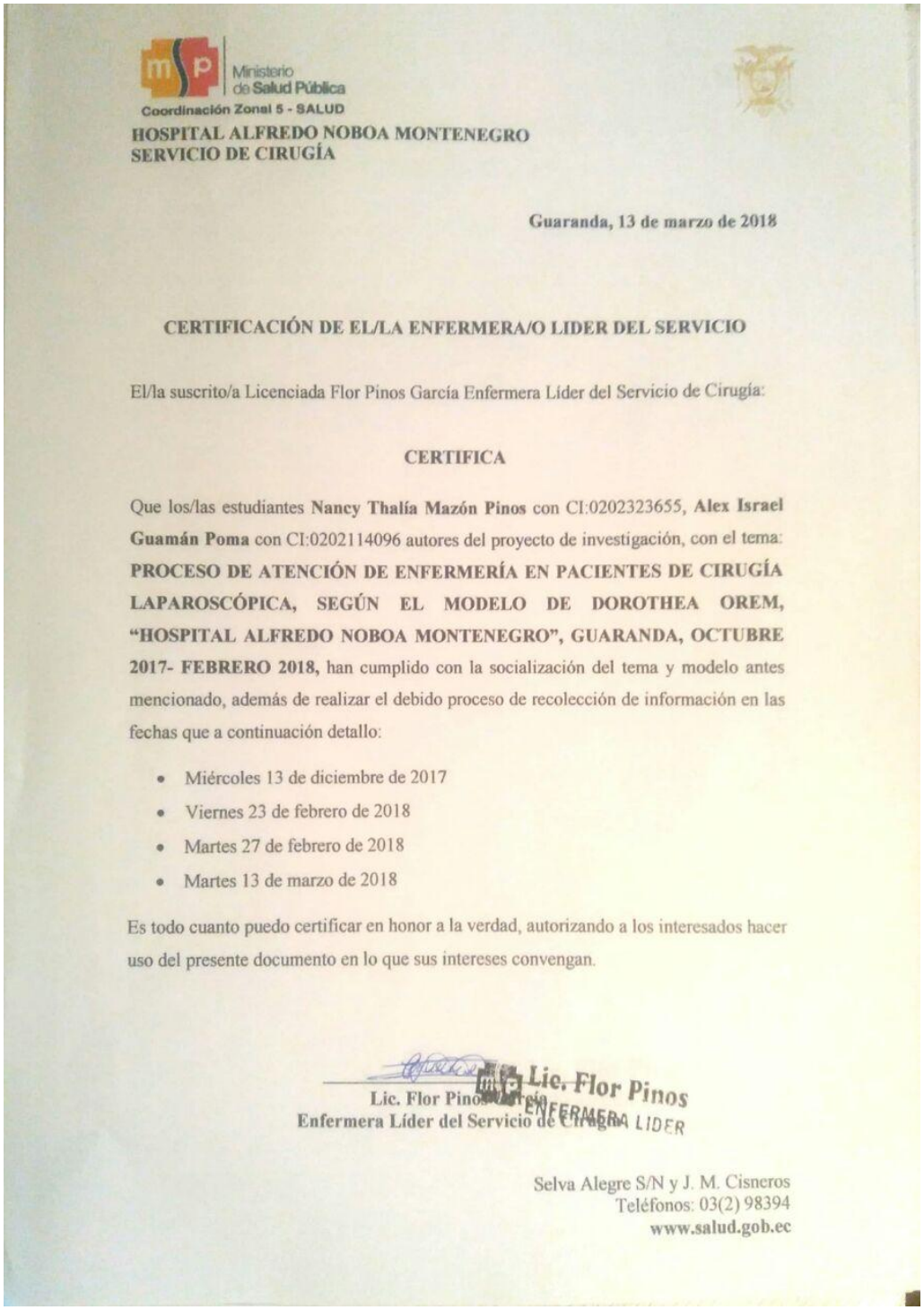
Que los/las estudiantes de la Universidad Estatal de Bolívar: **Nancy Thalía Mazón Pinos** con CI: 0202323655, **Alex Israel Guamán Poma** con CI: 0202114096 autores del proyecto de investigación, con el tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM, "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA, OCTUBRE 2017- FEBRERO 2018,** realizaron y cumplieron a cabalidad con las actividades propuestas en su proyecto dentro de esta casa de salud.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a los interesados hacer uso del presente documento en lo que sus intereses convengan.

Dr. Guillermo Lombeyda Dávila.
Docencia Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Selva Alegre S/N y J. M. Cisneros
Teléfonos: 03(2) 98394
www.salud.gob.ec

8.12. ANEXO N° 12 CERTIFICADO EMITIDO POR LA LICENCIADA FLOR PINOS ENFERMERA LIDER DEL SERVICIO DEL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO."



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - SALUD
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
SERVICIO DE CIRUGÍA

Guaranda, 13 de marzo de 2018

CERTIFICACIÓN DE EL/LA ENFERMERA/O LIDER DEL SERVICIO

El/la suscrito/a Licenciada Flor Pinos García Enfermera Líder del Servicio de Cirugía:

CERTIFICA

Que los/las estudiantes **Nancy Thalía Mazón Pinos** con CI:0202323655, **Alex Israel Guamán Poma** con CI:0202114096 autores del proyecto de investigación, con el tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM, "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", GUARANDA, OCTUBRE 2017- FEBRERO 2018,** han cumplido con la socialización del tema y modelo antes mencionado, además de realizar el debido proceso de recolección de información en las fechas que a continuación detallo:

- Miércoles 13 de diciembre de 2017
- Viernes 23 de febrero de 2018
- Martes 27 de febrero de 2018
- Martes 13 de marzo de 2018

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a los interesados hacer uso del presente documento en lo que sus intereses convengan.

Lic. Flor Pinos
ENFERMERA LIDER

Lic. Flor Pinos García
Enfermera Líder del Servicio de Cirugía

Selva Alegre S/N y J. M. Cisneros
Teléfonos: 03(2) 98394
www.salud.gob.ec