

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL  
DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE  
LOPEZ"**



**DEPARTAMENTO  
DE ENFERMERIA**

**GUÍAS DE PRÁCTICAS  
CLÍNICAS DE CUIDADOS  
DE ENFERMERÍA EN  
CENTRO QUIRÚRGICO**

**Jefa de Serv. Mg Gilda Vanessa Páez Trujillo**

**2023**

Jefa del Departamento de Enfermería:

**Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas.**

Jefe de Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización.

**Mg Gilda Vanessa Páez Trujillo.**

**Documento elaborado por:**

- ***Mg Gilda Vanessa Páez Trujillo.***  
Especialista en Centro Quirúrgico Especializado.  
Maestría En Gestión En Enfermería.  
Auditora En Servicios De Salud.
- ***Mg. Girón Mendoza Yeni.***  
Enfermera Especialista en centro Quirúrgico.
- ***Lic. Bozzo Estupiñan, Flor de María.***  
Especialista en Enfermería: Cuidados en Centro Quirúrgico.
- ***Lic. Ore Perez, Sneyder Ketty.***  
Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico – Sala de Operaciones.
- ***Lic. Padilla Falcón, Herlinda Juana.***  
Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico.
- ***Lic. Falcón Huamán, Nora Nieves.***  
Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico.
- ***Lic. Peña Fernández, Nora Giovanna.***
- ***Lic. Portella Collantes, Eva Jacqueline.***

**Comité Revisor:**

**Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas.**

*Mg. en Gerencia en Servicios de salud.  
Enf. Especialista en Emergencias y Desastres.  
Auditora en Servicios de Salud.*

Marzo del 2023.



N° 122-2023-LIMA-H-CH-SBS-DE



## Resolución Directoral

Chancay, 22 de marzo del 2023

### VISTO:

MEMORANDON N° 052 GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/DPTO.ENFER/2023, suscrito la Jefa del Departamento de Enfermería, el cual contiene la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO;

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de segunda oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos, con el objetivo de establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de las Guías de Práctica Clínicas" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, con la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" en el que se ha definido a la Guía Técnica: "Es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud, para regular los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades,

recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud entre otros aspectos sanitarios, en el marco de las funciones y competencias rectoras de la ANS. También puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal o reglamentaria de carácter general." Señalando, además que, están basados en la revisión de la mejor evidencia científica existente y disponible, y busca resultados óptimos de beneficio para la comunidad. Su aplicación es de carácter permanente, su cumplimiento es obligatorio, y comprende los aspectos de prestación, organización, financiamiento y de gestión de los servicios de salud, entre otros aspectos regulatorios sanitarios;

Que, en el literal f), del artículo 37°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chancay y SBS", aprobado con Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL, se establece como una de las funciones del Departamento de Enfermería, proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, asimismo, el antes previsto Reglamento, en el literal f), del artículo 13°, establece como una de las funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad, asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, el proyecto de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO, propuesto por la Jefa del Departamento de Enfermería tiene como finalidad de contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homologación del trabajo enfermero en el servicio de Enfermería en Hospitalización de Pediatría, lo que repercutirá en la del cuidado que se brinda;

Que, acorde al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atenderlo solicitado por la Jefa del Departamento de Enfermería, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutivo de aprobación de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO;

Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad, Departamento de Enfermería y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Boche López";

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Chancay y SBS, aprobada con Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-LR y Resolución Directoral N° 038-2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG

SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.** – Aprobar a partir de la fecha de expedición de la presente resolución la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRORGICO; el cual forma parte de la presente Resolución

**ARTICULO SEGUNDO.**- Disponer, que la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Chancay y SBS, realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución;



**ARTICULO TERCERO.-** Encargar al responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transferencia, publicará la presente resolución en el Portal de Transparencia del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud.

**ARTICULO CUARTO.-** Dejar sin efecto, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD  
**MARCO FABRICO MOLINA MOROTE**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD  
C.M.P. 41634 D.M.B. 41592

Transcribe:

- 1) Dirección Administrativa
- 1) Oficina de Planeamiento Estratégico
- 1) Unidad de Gestión de la Calidad
- 1) Dpto. Enfermería
- 1) Asesoría Legal
- 1) Oficina de Comunicaciones
- 1) Archivo.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS  
CERTIFICADO: Quien a presente copia prescinde de su validez  
en el momento que ha sido emitida y que la original.

Chancay **29 MAR 2023**

**Sr. Héctor F. Sotelo Roca**  
FEDATARIO SUPLENTE  
A.S.-S.-CH



## ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN.....	4
II.	FINALIDAD .....	4
III.	OBJETIVOS .....	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN .....	4
V.	BASE LEGAL .....	5
VI.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMÍA CONVENCIONAL .....	6
VII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL .....	22
VIII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA .....	39
IX.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA .....	54
X.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL .....	69
XI.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA.....	85

## **I. PRESENTACIÓN.**

El Departamento de Enfermería conocedor de la importancia que el personal enfermero cuenta con sus Guías De Práctica Clínica de cuidados de Enfermería de manera documentada, y que estas se conviertan en una herramienta de gestión del cuidado que contribuya a la optimización de los recursos humanos y materiales para el mejoramiento continuo de las intervenciones desarrolladas y así también contribuya en la consecución de la Misión, Visión y Objetivos estratégicos de nuestra institución ha propuesto el presente documento: Guía de práctica clínica de Enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización, teniendo en cuenta la morbilidad y especificando los procedimientos, las actividades, sus interrelaciones con otros procedimientos, los responsables de su ejecución, y los puntos de control, así como las evidencias generadas con la ejecución de las actividades utilizando los planes de cuidado que se aplicaran de manera individualizada ayudando a cada paciente de manera independiente como ser humano único en sus características y/o necesidades.

## **II. FINALIDAD.**

La presente guía tiene como finalidad contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homogenización del trabajo enfermero en el Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización, lo que repercutirá en el cuidado que se brinda.

## **III. OBJETIVOS.**

Estandarizar los criterios e intervenciones de enfermería de acuerdo con la morbilidad de la atención en el Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

## **IV. AMBITO DE APLICACIÓN.**

La presente guía de práctica clínica de enfermería es de uso obligatorio en Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" y convertirse en documento de referencia para los servicios que pudieran intervenir de manera indirecta en el manejo de pacientes con los diagnósticos incluidos en el presente documento.

## V. BASE LEGAL.

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización.
- ✓ Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Decreto Supremo N° 007-2012-SA, Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 302 - 2015/MINSA, que aprueba la NTS N°419 - MINSNDGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 826 - 2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 6 - 21

## GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL

### I.- FINALIDAD.

Contribuir al manejo adecuado de pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico de apendicetomía, a la protección y mejorar nuestra atención desde el Servicio de Centro Quirúrgico.

### II.- OBJETIVO.

Establecer los criterios y procedimientos de atención a pacientes recibirá el tratamiento quirúrgico de apendicetomía.

#### 2.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:



- Uso de técnicas apropiadas durante la atención por el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.
- Unificar criterios de atención para pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico de apendicetomía en el servicio de centro quirúrgico.
- Implementar las bases para la adecuada atención de enfermería de los casos de apendicitis.
- Incorporar un criterio homogéneo en el manejo tratamiento quirúrgico de apendicetomía.

### III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Documento Técnico es de aplicación obligatoria en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay.

### IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA.

- La enfermedad puede empezar en una forma atípica e insidiosa, con dolor constante poco intenso y temperatura normal, con ligera elevación e incluso hipotermia. Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días), distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, puede hacer pensar en obstrucción intestinal; se puede palpar una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen, escasa o nula defensa abdominal. El adulto mayor puede presentar cuadro confusional agudo y deterioro del estado general.
- Es infrecuente la presencia de leucocitosis en la biometría hemática. Se suelen encontrar alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que puede llevarnos a diagnosticar casos de íleo paralítico secundario a alteraciones hidroelectrolíticas, en vez de pensar que son la consecuencia de la apendicitis.
- En todo adulto mayor con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda interrogar el tiempo de evolución, evaluar signos vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura. En abdomen auscultar ruidos peristálticos, buscar mediante palpación superficial y profunda tumoraciones, signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, explorar ambas regiones inguinales y genitales.
- En los adultos mayores la perforación puede ocurrir antes, y como la evolución es subaguda y el dolor puede ser de menor intensidad, generalmente acuden a atención médica en forma más tardía.
- La mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, cuadro clínico subagudo y generalmente atípico y la tendencia a la perforación más temprana ensombrecen el pronóstico.
- En pacientes ancianos solicitar fórmula blanca, examen general de orina, creatinina, electrolitos séricos, placa simple de abdomen de pie y decúbito, y teleradiografía de tórax.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 7 - 21

#### 4.1.- NOMBRE Y CÓDIGO.

Guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en manejo de pacientes recibirán el tratamiento quirúrgico de apendicectomía en centro quirúrgico – 2022.

CÓDIGO: 001 - 2022

#### V.- CONSIDERACIONES GENERALES.

Se basa en una situación dolorosa aguda de abdomen periódico en que el tratamiento con cirugía es de urgencia es altamente necesario y es la principal valoración diferencial y presumible de los médicos cirujanos en la oportunidad de valorar un paciente con síndrome doloroso abdominal.

La apendicitis debuta a edades diferentes, por lo tanto, la ocurrencia tiende a elevarse más en la niñez, alcanzando trascendencia entre las edades de 10 - 30 años y desde el cuarta decenio tiende a disminuir. Es importante una evaluación minuciosa y abordaje adecuado ante la sospecha de esta enfermedad para dar un tratamiento oportuno y precoz. Esta enfermedad es de mortalidad mínima y de tratamiento eficaz, sin embargo, su magnitud se fundamenta en su alta ocurrencia; por lo que su principal problema es las complicaciones posquirúrgicas que alcanzan el 18%.

#### 5.1.-DEFINICIÓN.

Es la técnica quirúrgica utilizada para la extracción del apéndice, este tubo con forma de dedo es un pequeño fondo de saco que se encuentra entre el intestino delgado y el grueso.

#### 5.2.-ETIOLOGÍA.

El 85% de ocurrencia es accidental a la oclusión de la luz del apéndice donde se produce la tumefacción de este, problema podría ser causado cuando concurre un fecalito o la presencia de hiperplasia linfoidea. Procesos que son menos ocurrencia: obstrucción por residuos vegetales o granos, bario acumulado por: estudios previos, torcedura apendicular, parásitos (ascárides) y tumores. El (15%) restante de individuos la causa es oculta o desconocido.



#### 5.3.-FISIOPATOLOGÍA.

La apendicitis aguda comienza por la obstrucción del lumen apendicular causada fundamentalmente en un 60% por hiperplasia linfoide, fecalitos en un 30 %, prevaleciendo mayormente en adultos mayores y en ancianos, obstrucción por parásitos en un 4 % como áscaris, tricocéfalos, taenia, tumores y entre otros; esto va a facilitar tanto la secreción de moco como del crecimiento bacteriano, produciendo una distensión luminal y un aumento de presión intraluminal. Posteriormente a ello, se producirá una obstrucción de los flujos linfático y venoso, generando un mayor desarrollo bacteriano, ocasionando producción de edema.

Un apéndice edematoso e isquémico, desarrolla una respuesta inflamatoria, lo que ocasiona que la isquemia del apéndice pueda producir una necrosis de pared con translocación bacteriana, desencadenando una apendicitis gangrenosa.

#### 5.4.-ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

La apendicitis aguda es el origen primordial del abdomen agudo como consecuencia un tratamiento quirúrgico, dado el peligro de presentar apendicitis aguda durante algún tiempo de nuestra supervivencia fluctúa dentro del 6 y 7%. Se contempló un alza de la ocurrencia alrededor de la segunda y tercera decenio de vida, así mismo que adultos mayores de 60 años y menores de 5 años es mucho menos ocurrente. La más alta incidencia se examina en pacientes varones con una correlación de 1:35 afectados y de 1:50 en mujeres. Después de 70 años el peligro de aparecer apendicitis aguda se reduce hasta el 1%.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 8 - 21

### 5.5.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Edad. La apendicitis se presenta frecuentemente aproximadamente entre los 20 a 40 años, la tasa de mortalidad es mayor en ancianos debido a la demora en la búsqueda de atención médica, como en la realización del diagnóstico y la presencia de otras patologías asociadas.

- Sexo. En estudio se determinó que el sexo masculino presenta 2.8 veces más probabilidad de riesgo de padecer de apendicitis que del sexo femenino.
- Nivel de instrucción. En un estudio realizado se determinó que los casos con grado de instrucción primaria presentan mayor incidencia de apendicitis aguda.
- Automedicación. El principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal, sin embargo, los pacientes se automedican por este síntoma retrasando el diagnóstico y por consecuencia el tratamiento.
- Procedencia. En un estudio realizado se determinó que proceder del área urbana presenta una mayor probabilidad de presentar apendicitis aguda.
- El retraso a la consulta aumenta el número de apéndices perforados, se estima que un 50% de las perforaciones ocurren antes que el paciente acuda al centro de salud.

#### 5.5.1. MEDIO AMBIENTE.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. A pesar de ello, la etiología se mantiene desconocida. Muchos estudios han evaluado el posible vínculo entre su fisiopatología y factores ambientales. Se han considerado factores como humedad, tiempo de luz solar, presión atmosférica, lluvia y temperatura. Siendo esta última un posible factor clave en la variación estacional de la incidencia de esta enfermedad.

#### 5.5.2. ESTILOS DE VIDA.

Los adolescentes y jóvenes entre 10 y 25 años son los más propensos a presentar apendicitis, inflamación del apéndice que provoca intenso dolor abdominal desde la boca del estómago hacia la cadera derecha y requiere de intervención quirúrgica.

Las posibles causas incluyen: heces endurecidas o crecimientos que pueden bloquear la abertura dentro del apéndice, tejido agrandado en la pared del apéndice, causado por una infección en el aparato digestivo o en otra parte del cuerpo, enfermedad intestinal inflamatoria.

#### 5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS.

La etiología de la apendicitis aguda (AA) es desconocida. Los niños con antecedentes familiares de AA tienen mayor riesgo de sufrirla, pero los resultados no han podido establecer si el mecanismo de transmisión es hereditario o por compartir en familia una exposición continuada a los mismos factores ambientales.

## VI.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

### 6.1. CUADRO CLÍNICO:



La apendicitis aguda presenta un cuadro clínico muy variado debido a que intervienen múltiples factores, entre los que destaca principalmente la situación anatómica del apéndice. A pesar de que existe un cuadro clínico típico, hay presentaciones que llevan a confusiones y demoras en el diagnóstico, es por esto, que siempre debe tenerse en cuenta la sospecha en los cuadros de dolor abdominal agudo.

#### 6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS: VALORACION DE ENFERMERIA

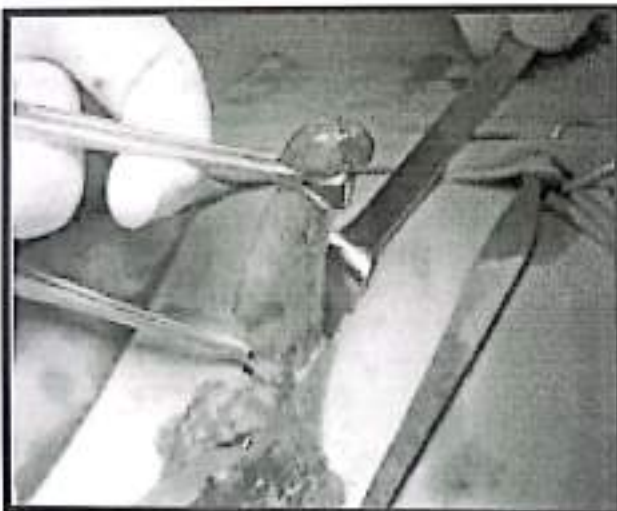
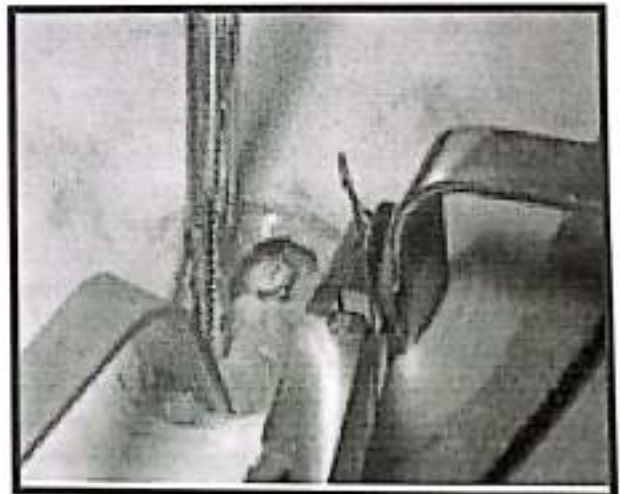
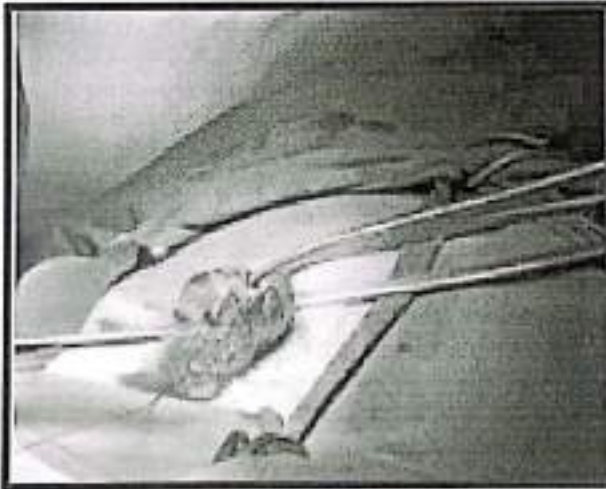
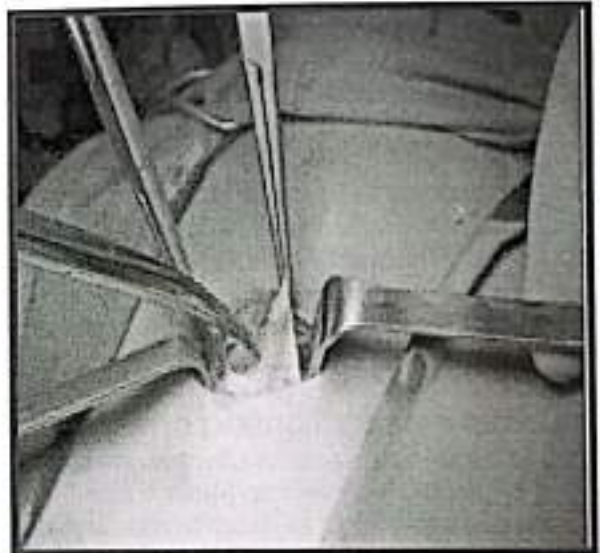
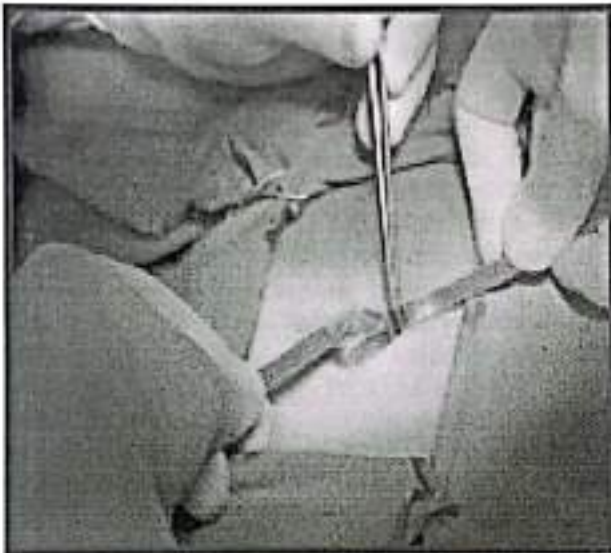
El cuadro clínico típico está presente en la mitad de los casos, el cual se le conoce como esquema o triada de Murphy, caracterizado por una secuencia de dolor, náuseas o vómitos y posteriormente fiebre.



#### 6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA:

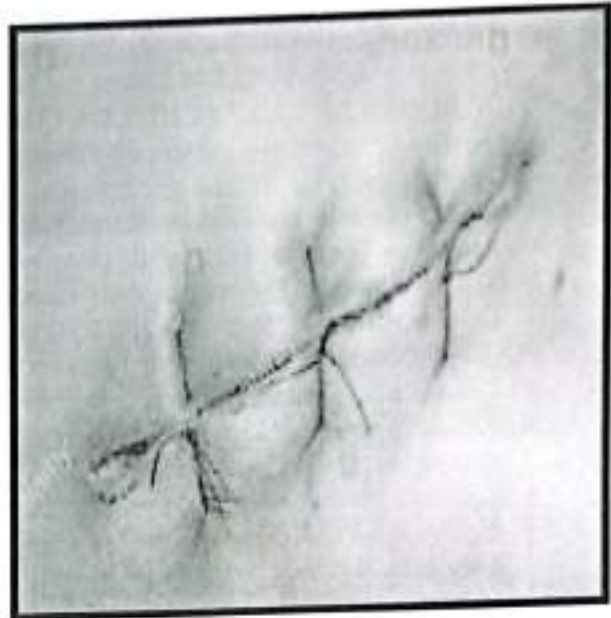
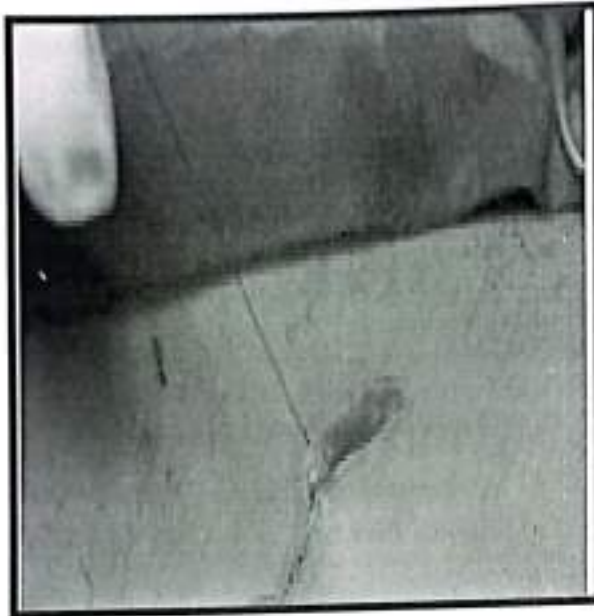
Suele desarrollarse en un periodo de tiempo de 12 a 24 horas.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO	Edición N° 001  Páginas 9 - 21

**6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.  
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE APENDICECTOMÍA**



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 10 - 21



## 6.2.-DIAGNÓSTICO.

### 6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

- No aplica

### 6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- No aplica

### 6.2.3. DIAGNÓSTICO MEDICO.

- No aplica

### 6.2.4 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

#### DOMINIO 9:

Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

#### CLASE 2:

Respuestas de afrontamiento.

- Ansiedad r/c el temor a la intervención quirúrgica, cambio en el entorno, manifestado por llanto.

#### DOMINIO 12

Confort.

#### CLASE 1

Confort físico.

- Dolor r/c lesión tisular por agente lesivo físico.

#### DOMINIO 11

Seguridad/protección.

#### CLASE 2

Lesión física.

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 11 - 21

- Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo y defensas secundarias inadecuadas.


### 6.2.5 FUNCIONES DE LA INSTRUMENTISTA I Y II DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

#### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II:**

- Verificar el plan de operaciones y el tipo de intervenciones que se realizarán.
- Verificar que el quirófano esté operativo, comprobando el funcionamiento de los diversos aparatos: sistemas de aspiración, bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Recibir al paciente, realizar la entrevista, revisar la historia clínica y las medicinas y trasladar juntamente con el anesestesiólogo al paciente al quirófano.
- Colaborar en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Colaborar con el anesestesiólogo en la inducción anestésica y la preparación de la monitorización.
- Ayudar a vestirse a la enfermera instrumentista I, entregando a la misma todos los elementos necesarios para la operación.
- Ayudar a vestirse a cirujanos y ayudantes.
- Colabora con el personal de instrumentación y los cirujanos durante la intervención en todo lo necesario, actuando desde fuera del campo estéril.
- Controlar durante la intervención el funcionamiento de los sistemas de aspiración, el bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Mantener el quirófano ordenado durante la intervención quirúrgica.
- Encargarse de recoger muestras para análisis, procediendo a su etiquetado y disponiendo su envío al laboratorio, de igual forma las anatomías patológicas.
- Colaborar con la enfermera instrumentista I, en el recuento de gases, compresas y demás elementos en la última parte de la intervención. Colaborar en la finalización de la operación, colocando apósitos externos, fijando drenajes y sondas, etc.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla y en su traslado al área de recuperación post anestésica (URPA).
- Realiza el llenado de registros y notas de enfermería, etc.
- Prepara el quirófano para las sucesivas operaciones.

#### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:**

- Conocer de antemano la operación a realizar.
- Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
- Realizar el lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles y poniéndose los guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
- Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes.
- Ayudar a colocar los campos estériles.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Entregar los elementos solicitados por los cirujanos.
- Recepcionar las muestras intraoperatorias y las entregará a la enfermera circulante.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 12 - 21

- Mantener en todo momento los instrumentales quirúrgicos limpio, para lograr esto, limpiara con una gasa humedecida con agua destilada. Con esta buena práctica se evitarán que la sangre se impregne en los instrumentales, la corrosión del instrumental y mantener una adecuada asepsia.
- Contar juntamente con la Enfermera instrumentista II las gasas con hilo radiopaco, el número de piezas, las agujas, las veces que sea necesario.
- Limpiar la zona intervenida y cubrir la herida con apósito estéril.
- Colaborar en la desinfección final.
- Retirar las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.
- Ayudar al traslado del paciente a la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados, así como disponer para el prelavado, limpieza y esterilización.
- Colaborar con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada para la siguiente cirugía.

#### MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS:



- Equipo de Apendicetomía convencional.
- 1 riñonera.
- 1 equipo de limpieza para la zona a intervenir.
- Bisturí eléctrico.
- 1 placa de retorno.
- Aspirador
- Sistema de aspiración.
- Antisépticos.
- Medicinas de anestesia.
- Insumos y medicinas de cirugía.
- Ropa de Cirugía mayor.
- Fcos de Cloruro de sodio.
- 1 Fco de Agua destilada.
- Contenedor para enviar muestra a anatomía patológica.
- Gasas y compresas.
- Suturas: Vicryl N° 2/0 MR 30 o 35 con aguja atraumática. Vicryl del N° 0 o N° 1 MR 30 o 35 con aguja atraumática, Nylon N° 3/0 MR 25 con aguja cortante, Grapas.

#### 6.3.- EXÁMENES AUXILIARES: Actividades interdisciplinarias

##### 6.3.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA.

La sucesión de malestar abdominal y anorexia relacionados con la apendicitis aguda es patognomónica. El dolor se sitúa al principio en la región periumbilical y luego se desplaza hacia el cuadrante inferior derecho. La sucesión típica de síntomas ocurre únicamente en 66% de los pacientes. Sin embargo, en un varón estos síntomas son suficientes para recomendar la exploración quirúrgica.

El dolor abdominal periumbilical es de tipo visceral, como resultado de la distensión de la luz apendicular. En general, este dolor visceral es leve, a menudo de tipo calambre y por lo general dura de 4 a 6 horas, pero pueden no advertirlo los individuos estoicos. A medida que la inflamación se difunde hacia las superficies del peritoneo parietal, el dolor se torna somático, constante y más intenso y se exacerba con el movimiento o la tos. La anorexia es muy común; un paciente hambriento no tiene una apendicitis aguda. La náusea y el vómito ocurren en 50 a 60% de los casos, pero el vómito suele ceder en forma espontánea. Los cambios en el hábito intestinal son de escasa utilidad diagnóstica, ya que puede observarse cualquiera o ninguna alteración, si bien la presentación de diarrea causada por un

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 13 - 21

apéndice inflamado que se encuentra en yuxtaposición al sigmoide puede ocasionar dificultades para el diagnóstico. La poliaquiuria y la disuria se presentan cuando el apéndice yace adyacente a la vejiga. Los datos físicos varían con la evolución de la enfermedad y la localización del apéndice, que puede estar situado profundamente en el saco de Douglas; en la fosa iliaca derecha, asociado a peritoneo, ciego o intestino delgado; en el hipocondrio derecho (sobre todo en el embarazo); o incluso en la fosa iliaca izquierda. No es posible establecer el diagnóstico a menos que pueda comprobarse el dolor a la palpación. Aunque este puede faltar en los primeros estados viscerales de la enfermedad, siempre acaba por aparecer y puede presentarse en cualquier zona, según la situación del apéndice. La temperatura suele ser normal o ligeramente elevada (37.2 a 38° C), y una temperatura superior a 38,3°C debe hacer pensar en la posibilidad de una perforación. La taquicardia es proporcional al aumento de la temperatura. La rigidez y el dolor a la palpación se hacen más intensos a medida que la enfermedad avanza hacia la perforación y la peritonitis localizada o difusa. La distensión es infrecuente a menos que se establezca una grave peritonitis difusa. Si ocurre una perforación localizada puede desarrollarse una tumoración que no suele detectarse hasta tres días después del comienzo de la enfermedad. La existencia precoz de una masa debe hacer pensar en carcinoma del ciego o en enfermedad de Crohn. La perforación es infrecuente en las primeras 24 horas, pero puede llegar hasta 80% después de 48 horas.

### 6.3.2. DE IMÁGENES.

#### • Hallazgos por imagen de apendicitis aguda:

- **Tomografía en fase simple:** Los hallazgos por imagen en tomografía en fase simple con o sin contraste oral incluyen el incremento en el calibre del apéndice igual o mayor a 7 mm, con o sin la presencia de apendicolito, asociado a inflamación de la grasa periapendicular, adenopatías pericecales y líquido libre en corredera paracólica derecha.

- **Tomografía con contraste intravenoso:** Los hallazgos por imagen en tomografía complementada con contraste intravenoso incluyen el incremento en el calibre del apéndice igual o mayor a 7 mm en asociación con ausencia de realce submucoso a la administración de contraste intravenoso (sensibilidad 95 % - especificidad 95 %), asociado al engrosamiento en la pared del ciego. Un aumento en el calibre apendicular entre los exámenes tomográficos en serie, incluso en ausencia de cambios inflamatorios de la grasa apendicular, puede ser señal de apendicitis aguda en etapa temprana. Sin embargo, debe ser correlacionado con la clínica.



#### • Hallazgos por ultrasonido:

- **Ecografía en escala de grises:** Los hallazgos por ultrasonido en escala de grises es la visualización de estructura tubular, con fondo ciego en fosa iliaca derecha, no compresible con calibre igual o mayor a 7 mm, asociado o no a la presencia de apendicolito, el cual se visualiza por ultrasonido como estructura redonda, ecogénica que proyecta sombra posterior; así mismo el apéndice puede adquirir morfología en diana, por el edema submucoso y estar asociado a la presencia de líquido libre en la corredera paracólica derecha. Si durante la exploración hay sensibilidad dolorosa en el punto de McBurney, se refiere en el reporte como signo de McBurney ecográfico.

#### - Ecografía en escala Doppler:

A la aplicación del Doppler color existe aumento del flujo vascular en la pared del apéndice, indicando inflamación (sensibilidad 85 %, especificidad 90 %).



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 14 - 21

### 6.3.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

El médico podría usar pruebas de diagnóstico por la imagen para determinar si el dolor lo está causando una apendicitis.

- Las exploraciones con imágenes por resonancia magnética (IRM) NIH external link toman imágenes de los órganos internos y los tejidos blandos del cuerpo sin usar rayos X. Los médicos pueden usar una resonancia magnética como una alternativa segura y confiable a una tomografía computarizada (TC).

- Las exploraciones con tomografías computarizadas (TC) NIH external link combinan rayos X y la tecnología informática para crear imágenes. Si se trata de una mujer en edad de procrear, debe hacerse una prueba de embarazo antes de la tomografía computarizada. La radiación de las tomografías computarizadas puede afectar al feto en desarrollo. En los niños, para disminuir la exposición a la radiación, se recomienda una tomografía computarizada solo después de la ecografía y la resonancia magnética.

Las pruebas de diagnóstico por la imagen pueden mostrar si la causa del dolor abdominal es una obstrucción dentro del apéndice, un apéndice agrandado o reventado, inflamación, un absceso u otra cosa.

Las pruebas de diagnóstico por la imagen pueden además mostrar si la causa del dolor abdominal y otros síntomas no es apendicitis, sino otras afecciones como:

- Adherencias abdominales.
- Enfermedad intestinal inflamatoria, que incluye trastornos de larga duración como enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa.
- Obstrucción intestinal.
- Enfermedad inflamatoria de la pelvis NIH external link cálculos renales problemas con el sistema reproductivo en las mujeres.

### 6.4.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

No aplica.

#### 6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.

Esta guía será de utilidad para estandarizar el procedimiento, así como ayuda a todo el personal nuevo que se incorpore al servicio de centro quirúrgico del Hospital de Chancay.



#### 6.4.2. TERAPÉUTICA MÉDICA.

No aplica.

#### 6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO.

La apendicitis puede causar complicaciones graves, por ejemplo:

- La perforación del apéndice. Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.
- Una acumulación de pus que se forma en el abdomen. Si el apéndice se revienta, es posible que se cree una acumulación de infección (absceso). En la mayoría de los casos, el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección. Una vez que se elimina la infección, se hace una cirugía para extraer el apéndice. En algunos casos, se drena el absceso y el apéndice se extrae de inmediato.

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 15 - 21

#### 6.4.4. SIGNOS DE ALARMA.

Los signos de alarma de la apendicitis pueden comprender:

- Dolor repentino que comienza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen.
- Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y, a menudo, se desplaza hacia la parte inferior derecha del abdomen.
- Dolor que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de apetito.
- Fiebre ligera que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza.
- Estreñimiento o diarrea.
- Hinchazón abdominal.
- Flatulencia.

#### 6.4.5. CRITERIOS DE ALTA MEDICA.

- No aplica

#### 6.4.6. PRONÓSTICO.

- No aplica.

#### 6.5.- COMPLICACIONES. Diagnósticos de riesgo (NANDA)

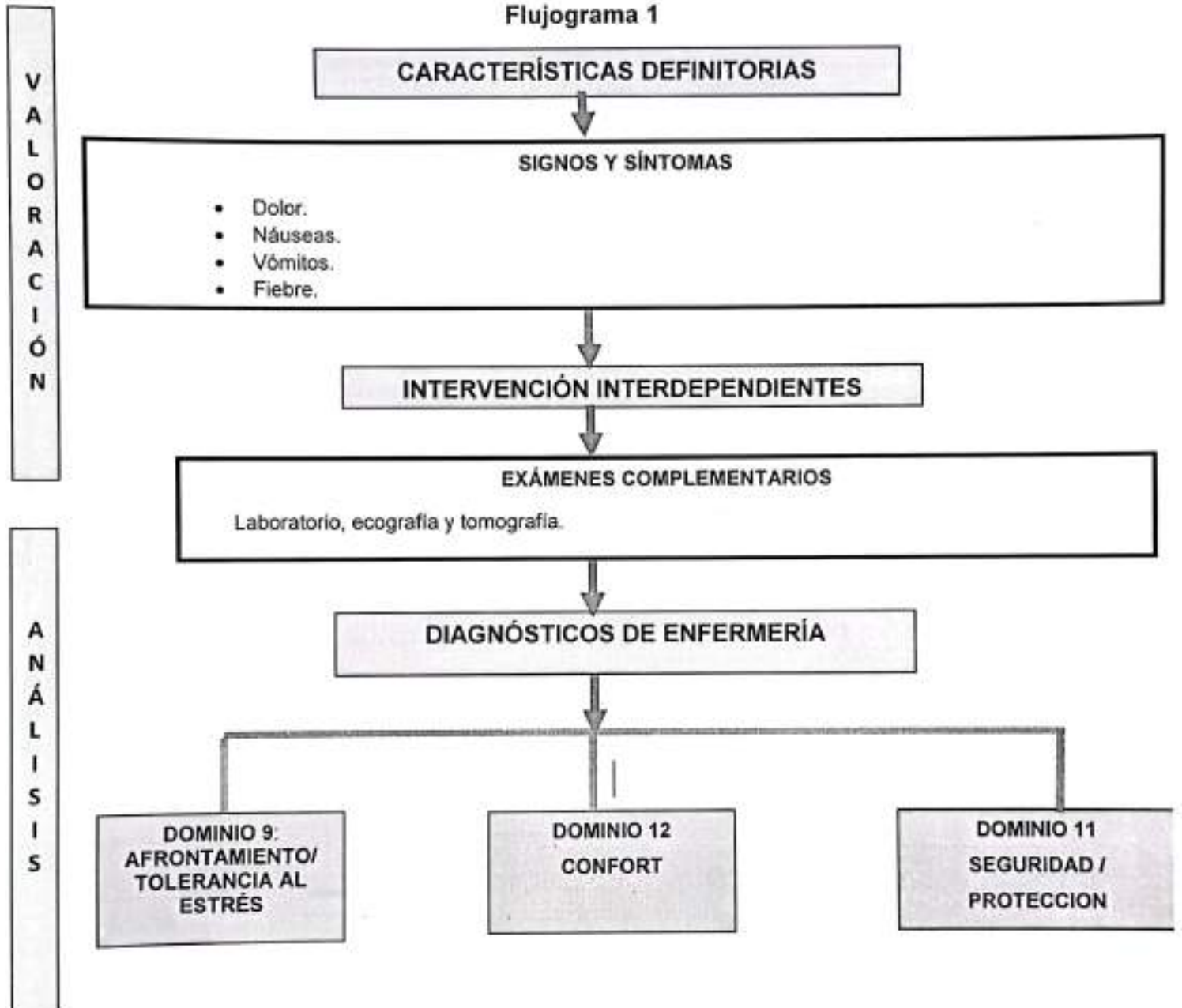
Los riesgos de la apendicetomía suelen ser bajos, aunque se incrementan en apendicitis complicadas y evolucionadas en las que pueden provocarse lesiones viscerales accidentales y/o hemorragia. Dentro de las complicaciones postoperatorias destacan por su frecuencia las infecciosas:

- La infección de sitio quirúrgico superficial (infección de la o las heridas operatorias), es la más común.
  - Infección profunda representada por colecciones peritoneales postoperatorias.
  - La fistula cecal, consecuencia de una falla de ligadura del muñón apendicular, es una complicación infrecuente pero digna de mención, ya que puede requerir de una nueva intervención para su resolución.
- Las complicaciones alejadas, ya sean parietales (eventración) o viscerales como la oclusión por bridas, son infrecuentes desde la expansión del abordaje laparoscópico.

#### 6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

- No aplica.

### 6.7. FLUJOGRAMA.



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 17 - 21

**Flujograma 2**

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N

**1. DIAGNOSTICO ENFERMERO**  
 ANSIEDAD R/C TEMOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CAMBIO EN EL ENTORNO MANIFESTADO POR LLANTO.

**2. OBJETIVO ESPERADO**

- El paciente será capaz disminuir el nivel de ansiedad.

**3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Brindar apoyo emocional:

- Escuchar con atención al paciente.
- Permanecer con el paciente para promover seguridad y confianza.

Enseñanza quirúrgica:

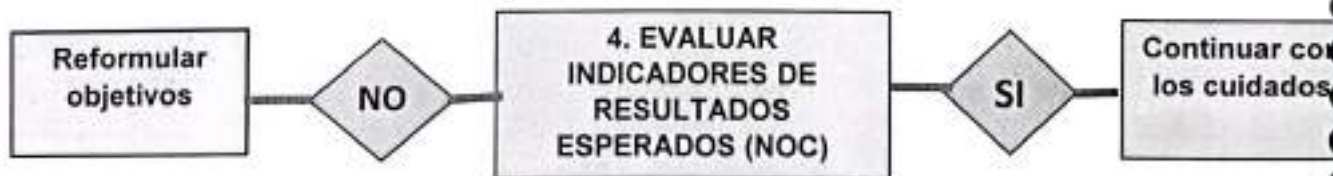
- Explicando al paciente y familia el propósito de la intervención quirúrgica, anestesia y posibles sensaciones que experimentará en el post operatorio.


Apoyo espiritual:

- Fomentar en la familia el uso de recursos espirituales como orar.

Avisar al médico anesthesiologo que el paciente se muestra ansioso.

E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO	Edición N° 001 Páginas 18 - 21

### Flujograma 3

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N

**1. DIAGNOSTICO ENFERMERO**  
 DOLOR R/C LESIÓN FISULAR POR AGENTE LESIVO FÍSICO.

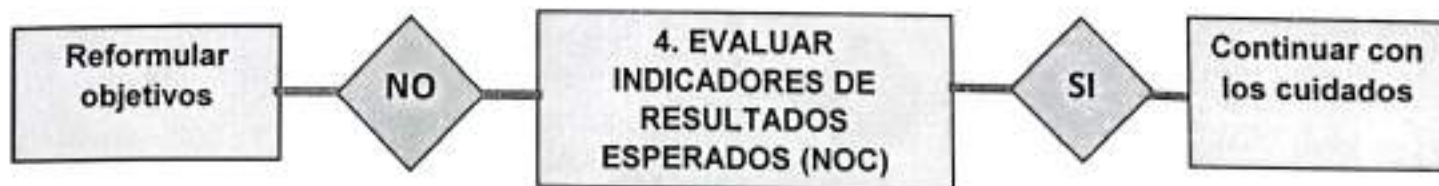
**2. OBJETIVO ESPERADO**



- El paciente manifestará signos de disminución del dolor con la ayuda de la intervención de enfermería y todo el equipo multidisciplinario.

**3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Control de funciones vitales.
- Evaluar la intensidad de dolor con diversas escalas (escala numérica del dolor del 1 al 10, según Likert).
- Observar indicadores no verbales de dolor, gestos, taquicardia, puños.
- Brindar comodidad y confort.
- Ayudar a colocarse al paciente en posición antálgica.
- Fomentar a la realización de ejercicio de relajación.
- Administrar medicamento según prescripción médica (analgésicos) y luego observe y valore respuestas a analgésicos.

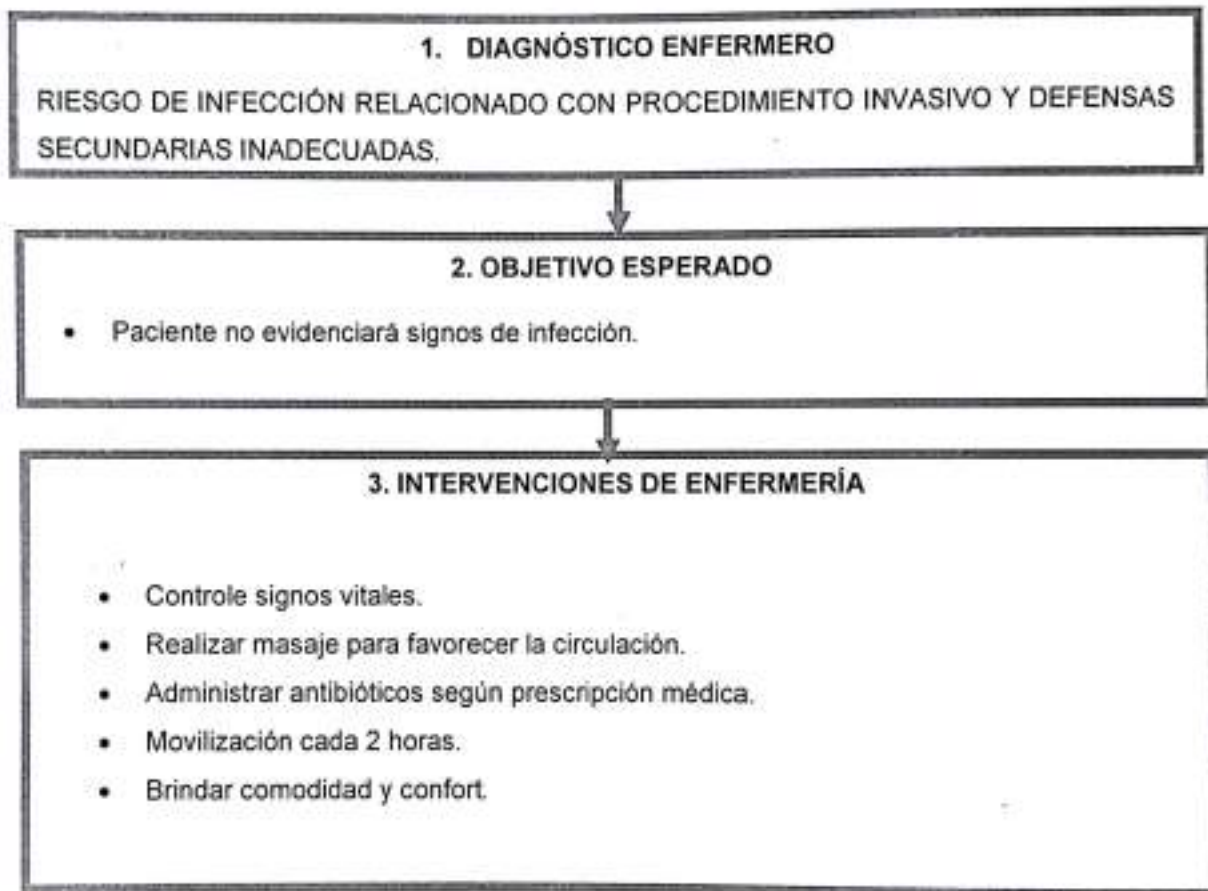
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N



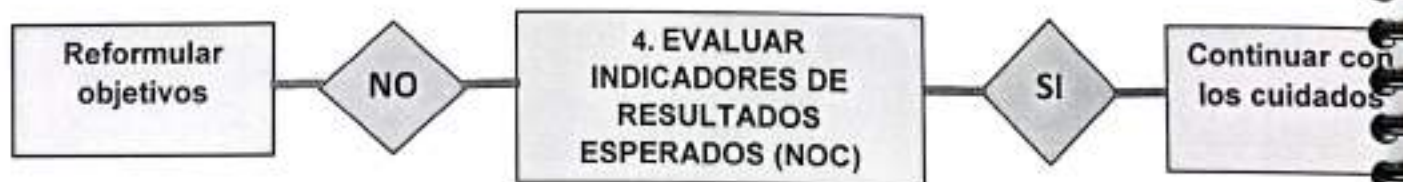
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 19 - 21



### Flujograma 4

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N



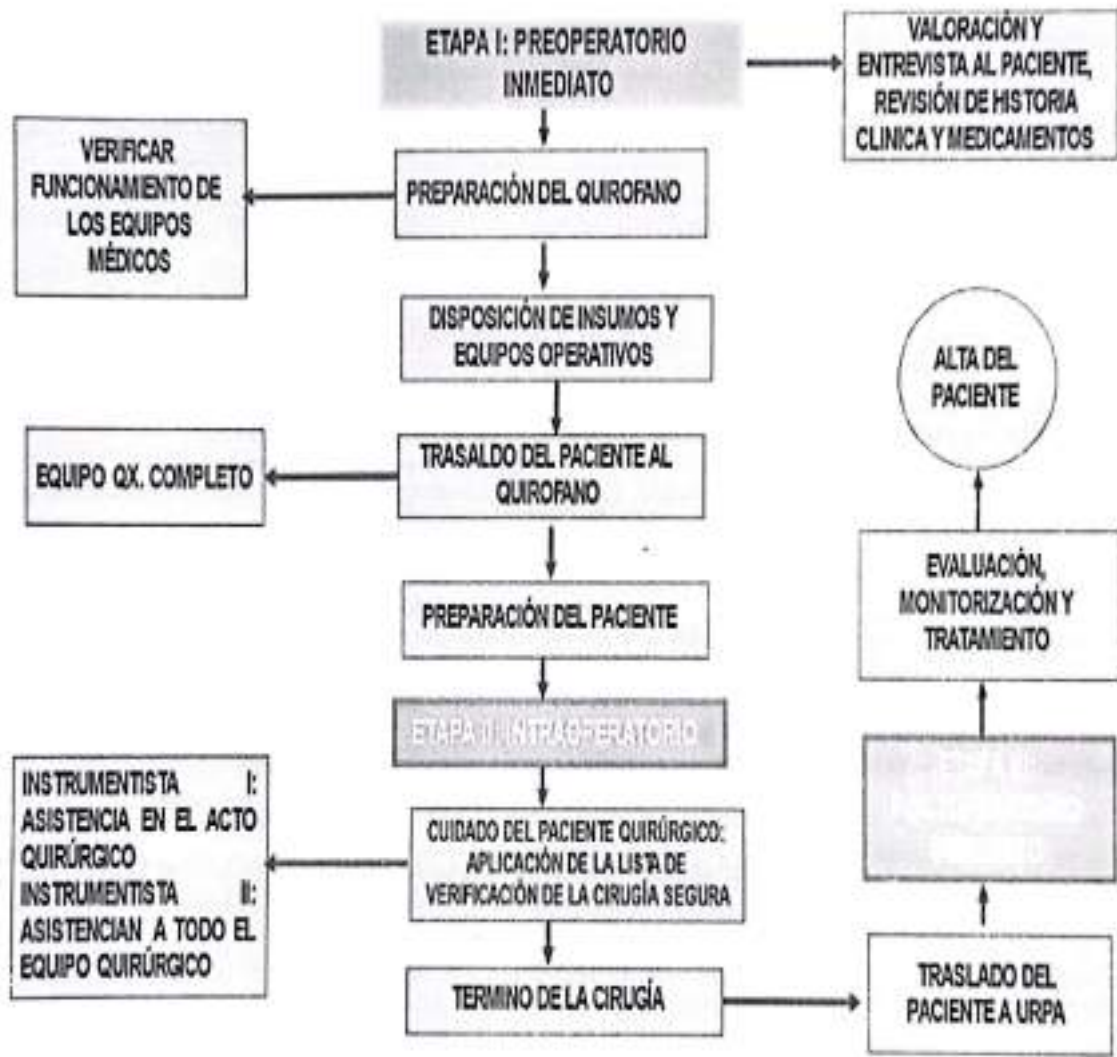
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N





 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 20 - 21

## VII. ANEXOS.

### MANEJO DEL PACIENTE PARA UNA APENDICECTOMIA CONVENCIONAL EN EL PERIODO PERIOPERATORIO





 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIA CONVENCIONAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 21 - 21

## VIII. BIBLIOGRAFÍA.

- Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2 – Asociación Española de Pediatría Marzo 2020
- Directivas MINSA COVID-19.
- Calvo Hernández LD. Apendicitis aguda en el servicio de urgencias. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX. 2012; p. 281-285.
- Peña Fernández I, Parra Gordo M, Mula Rey N. Apendicitis aguda. Diagnóstico por imagen. Sociedad Española de Médicos Generales y de la Familia. 2008; 13(110): p. 662-669.
- Massaferrero, G. y Costa, J., (2016). Apendicitis aguda y sus complicaciones. Clin Quir Fac Med UdelaR. [https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis\\_aguda\\_y\\_sus\\_complicaciones\\_CQFM.pdf](https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf).
- Crusellas Mañá O. Manejo y tratamiento de la apendicitis aguda. JANO. 2008; 15(22).
- Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S, De la Cruz Quintero K, Revé Machado J. (2015). Apendicitis aguda: aspectos esenciales. Rev. inf. Cient, 94(6).
- Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Escalas de predicción clínica en apendicitis aguda: ¿son útiles? EVIDENCIAS DE PEDIATRÍA. 2015; 11(3).
- Manrique, P., (2018). Frecuencia y factores asociados a la presentación de apendicitis aguda complicada en pacientes adultos - Hospital Goyeneche Arequipa 2015. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- González R. Correlación clínico, ecográfico, quirúrgico, Patológico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda en el Hospital de Morelia. Tesis pregrado. Mexico: Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Departamento de Cirugía.
- Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 16th ed. España: ELSEVIER; 2009.
- Schwartz. Principios de Cirugía. 9th ed. Editor en jefe F. Charles Brunicaudi MF, editor. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.; 2010.
- Nogales, J. (2017). Apendicitis aguda. Criterios de atención médica. Revista de la Asociación Médica Argentina, 130(4), 20-24.
- T. Heather Herdman SK. Diagnóstico Enfermero. Undécima e. ELSEVIER, editor. Barcelona; 159 p.
- Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Charyl M. Wagner. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Séptima edición ELSEVIER, editor. Barcelona.
- Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L, Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería. Sexta edición ELSEVIER, editor. Barcelona.



	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 22 - 38

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL

### I.- FINALIDAD.

Aportar un manejo adecuado de pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico en Histerectomía Abdominal, al cumplimiento de la guía de atención, brindando una atención garantizada de calidad y a la vez potenciar nuestra atención en el Servicio de Centro Quirúrgico.

### II.- OBJETIVO.

Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en enfermería en instrumentación quirúrgica, en Histerectomía Abdominal, con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante una guía de atención con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

#### 2.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Brindar atención integral con calidad y calidez al paciente quirúrgico en el periodo perioperatorio.
- Uso adecuado de las técnicas apropiadas durante la atención por el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.
- Unificar criterios de atención para pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico en Histerectomía Abdominal, en el servicio de centro quirúrgico.
- Implementar las bases para la correcta atención de enfermería en el tratamiento quirúrgico de Histerectomía Abdominal.
- Incorporar un criterio homogéneo en el manejo tratamiento quirúrgico de Histerectomía Abdominal.

### III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Documento Técnico es de aplicación obligatoria en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay.



### IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA.

#### 4.1.- NOMBRE Y CÓDIGO.

- Guía de intervención de enfermería en manejo de pacientes recibirán el tratamiento quirúrgico de Histerectomía Abdominal en centro quirúrgico – 2022.  
CÓDIGO: 002 - 2022

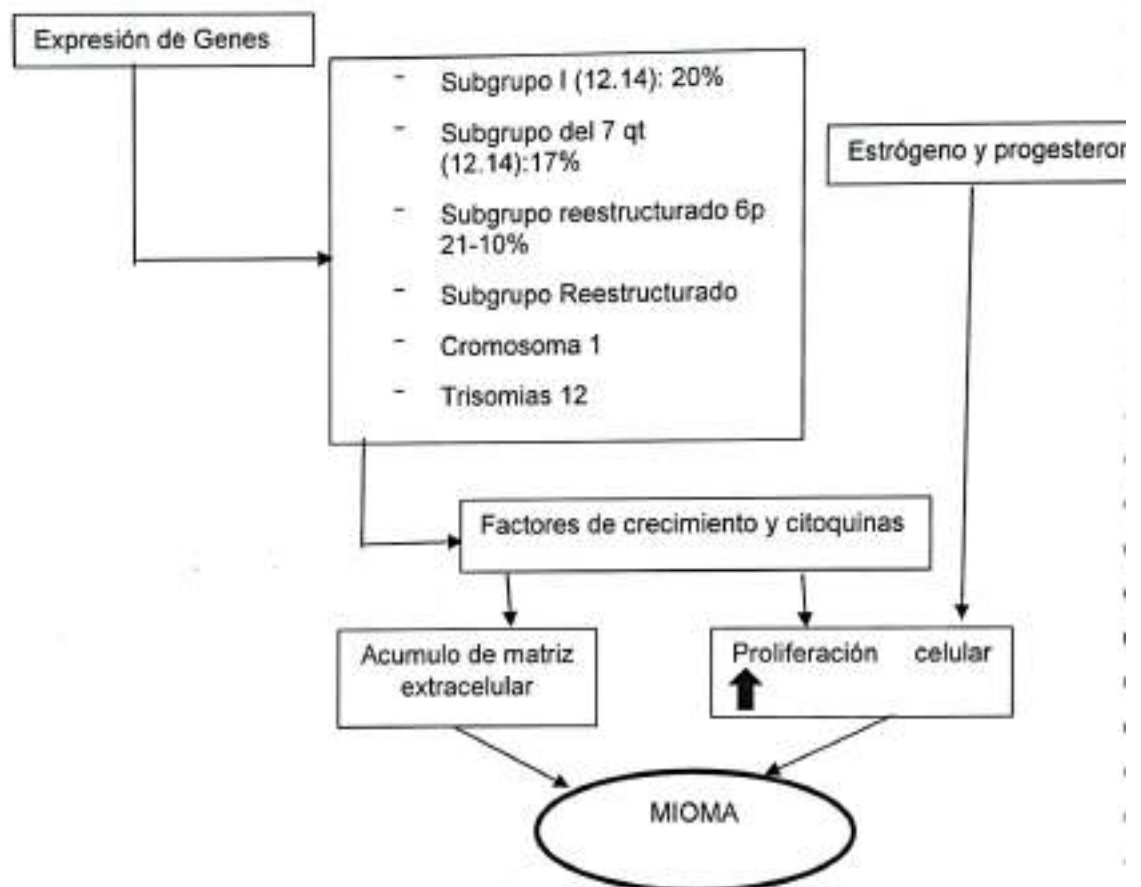
### V.- CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 5.1.-DEFINICIÓN:

	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 23 - 38



Es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto.

## 5.2.-ETIOLOGÍA:



## 5.3.-FISIOPATOLOGÍA:

El útero es el órgano reproductor femenino en el que se produce la gestación de los seres humanos. Es un órgano muscular hueco, de forma triangular, ubicado en la cavidad pélvica, delante del recto y detrás de la vejiga urinaria. Su longitud es de unos ocho centímetros y su anchura de cinco centímetros. Tiene un ovario a cada uno de sus lados, órgano en el que se producen hormonas y los óvulos, las células sexuales femeninas, que llegan al útero a través de las trompas de Falopio.

	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 24 - 38

Normalmente el primer signo de una enfermedad uterina suele ser una hemorragia anormal entre las menstruaciones o después de las relaciones sexuales. Las causas de estas hemorragias ginecológicas pueden ser de varios tipos: hormonales, problemas tiroideos, miomas, pólipos, cáncer, infecciones o embarazo. Una de las causas más comunes de enfermedad uterina son los **fibromas**, también conocidos como mioma, leiomioma, leiomiomata y fibromioma, que son **tumores benignos** que se desarrollan en el interior del tejido muscular del útero. Del 20 al 50 por ciento de las mujeres en edad fértil los padecen, aunque a muchas de ellas no les ocasiona ningún problema.

Otras patologías frecuentes son las infecciones, la **endometriosis**, una inflamación del revestimiento mucoso del útero que puede afectar al cuello y/o al cuerpo del órgano, y la adenomiosis, en la que el endometrio anida en las paredes externas del útero. Además, por ser el órgano de la menstruación, el útero es propenso a alteraciones hormonales que causan hemorragia uterina disfuncional y/o hiperplasia endometrial, que consiste en el crecimiento excesivo de las células de la capa superficial del útero y se debe a niveles continuamente elevados de estrógenos. Otro problema común es el prolapso uterino o histeroceles, una forma de descenso genital femenino que puede ser provocado por el trauma de dar a luz, sobre todo en partos múltiples o complicados. La probabilidad de padecerlo se incrementa a medida que la mujer envejece.



#### 5.4.-ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

La incidencia de histerectomía varía considerablemente entre 0,3-2,7 por cada 1 000 partos, se produce de manera más frecuente después una cesárea (0,17-8,9 cada 1 000 partos) que después de un parto vaginal (0,1-0,3 por cada 1 000 partos). Actualmente la literatura médica estima una incidencia de histerectomía posparto entre 0,29 y 3,78 por cada 1 000 partos y el 10 % de ellas puede requerir una segunda intervención.

El uso de esta técnica quirúrgica en la paciente, podría ser un método de utilidad para disminuir la incidencia de las consecuencias más letales de las complicaciones del parto, lo que disminuye la mortalidad materna, pero puede afectar la calidad de vida futura de las mujeres, ocasionando un impacto no solo en el orden familiar, sino también en lo social y económico.

#### 5.5.-FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Predisposición étnica, gemelos, agregación familiar, asociación con enfermedades genéticas. Primer grado: 2.5 veces más riesgo.
- Raza: Afroamericanas: RR9.4 comparado con mujeres blancas, Hispanas y asiáticas riesgo similar que las blancas.
- Edad: Incidencia y tamaño se incrementa con la edad de 25 a 35 años: 0.31 por 1000 mujeres, de 45 a 50 años:6.2 por 1000 (20 veces) y mayor incidencia en perimenopausias.
- Uso de anticonceptivos orales: Disminuye el riesgo RR 0.2 (efecto protector), la mitad si se usa por >145 meses
- Obesidad.
- Incrementa el riesgo en 18% por cada 10kg. de aumento de peso.
- Fumar: 1 paquete diario RR 0.7, 2 paquetes diarios disminuyen riesgo en 18%.
- Embarazo.

	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 25 - 38

- Efecto protector: paridad disminuye el riesgo de miomas 5 veces.
- Hipertensión.
- Aumento en 10 mmhg en la presión diastólica el riesgo de fibromas se incrementa en 8 a 10%. Mayor riesgo a mayor duración de la hipertensión.
- Cafeína.
- No cambia el riesgo.
- Cerveza.
- Tomar 7 vasos por semana RR 1.57
- Dieta: Rica en vegetales RR 0.5, rica en carnes RR 1.7

#### 5.5.1.- MEDIO AMBIENTE.

Las condiciones del medio ambiente desfavorables se han relacionado con las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones o prácticas higiénicas inadecuadas.

#### 5.5.2.- ESTILOS DE VIDA.

Estos son:

- Fumar.
- Embarazo: La paridad disminuye el riesgo de miomas 5 veces.
- Hipertensión: Aumento en 10 mmhg en la presión diastólica el riesgo de fibromas se incrementa en 8 a 10%. Mayor riesgo a mayor duración de la hipertensión.
- Cafeína.
- Cerveza.
- Dieta: Rica en vegetales y rica en carnes.

#### 5.5.3.- FACTORES HEREDITARIOS.

- Enfermedades genéticas de primer grado: 2.5 veces más riesgo.
- Raza: Las afroamericanas comparado con mujeres blancas hispanas y asiáticas riesgo similar que las blancas.
- Edad: Incidencia y tamaño se incrementa con la edad:
  - 25 a 35 años: 0.31 por 1000 mujeres.
  - 45a 50 años: 6.2 por 1000 (20 veces).
- Mayor incidencia en perimenopausias.
- Uso de anticonceptivos orales: Disminuye el riesgo (efecto protector).
- Obesidad: Incrementa el riesgo en 18% por cada 10kg. de aumento de peso.

### VI.- CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.

#### 6.1.-CUADRO CLÍNICO.

Las pacientes suelen presentar en forma frecuente síntomas comunes como son: Sangrado vaginal anormal, como sangrado después del sexo vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos o periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual.

##### 6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS:

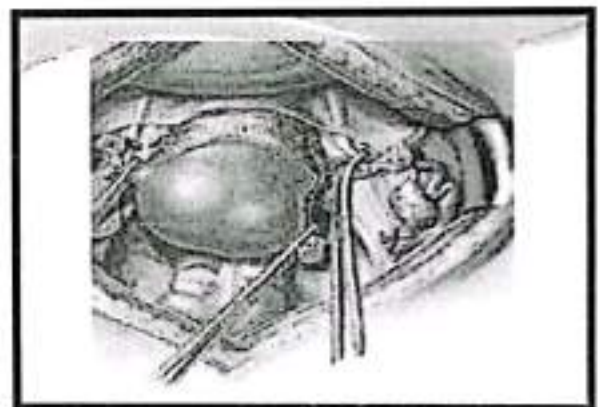
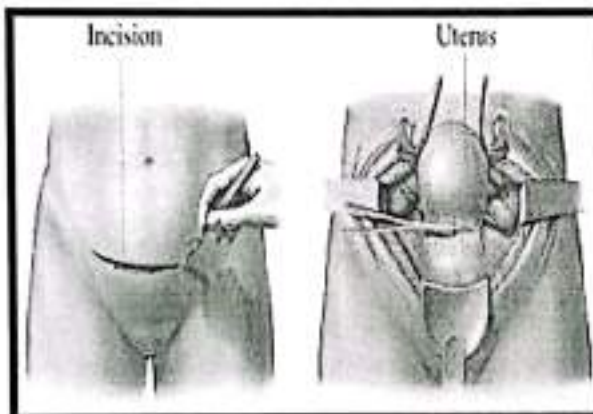




- La mayoría son asintomáticos 80%
- Se correlaciona con la localización, número, tamaño o cambios degenerativos.
- Hemorragia uterina anormal:
- Hipermenorrea, menometrorragia.
- Anemia.
- Masa Pélvico, presión pélvica:
- Frecuencia urinaria.
- Incontinencia urinaria.
- Hidronefrosis.
- Constipación.
- Tenesmo.
- Presión Rectal.
- Dolor pélvico.
- Disfunción reproductiva infertilidad (se asocia en un 5 a 10% de los casos).

#### 6.1.2.- INTERACCIÓN CRONOLOGICA.

Puede desarrollarse progresivamente en un tiempo determinado de meses e incluso años.

#### 6.1.3.- GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.



	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N. ° 001 Páginas 27 - 38

## 6.2.-DIAGNÓSTICO:

### 6.2.1.- CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.

- No aplica.

### 6.2.2.- DIAGNÓSTICO MÉDICO DIFERENCIAL.

- No aplica.

### 6.2.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

#### DOMINIO 9:

Afrontamiento/tolerancia al estrés.

#### CLASE 2:

Respuestas de afrontamiento.

- Ansiedad r/c temor a la intervención quirúrgica, cambio en el entorno, manifestado por llanto.

#### DOMINIO 11:

Seguridad y protección.

#### CLASE 2:

Lesión física.

- Riesgo de lesión r/c el entorno operatorio (traslado y posición de los equipos - biomédicos).

#### DOMINIO 12

Confort.

#### CLASE 1

Confort físico.

- Dolor r/c lesión tisular por agente lesivo físico.

#### DOMINIO 11

Seguridad / protección.

#### CLASE 2

Lesión física.

- Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo y defensas secundarias inadecuadas.

## 6.2.4 FUNCIONES DE LA INSTRUMENTISTA I Y II DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

### FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II:

- Verificar el plan de operaciones y el tipo de intervenciones que se realizarán.
- Verificar que el quirófano esté operativo, comprobando el funcionamiento de los diversos aparatos: sistemas de aspiración, bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Recibir al paciente, realizar la entrevista, revisar la historia clínica y las medicinas y trasladar juntamente con el anestesiólogo al paciente al quirófano.
- Colaborar en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y  
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN






Edición N° 001

Páginas 28 - 38

- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura
- Colaborar con el anestesiólogo en la inducción anestésica y la preparación de la monitorización.
- Ayudar a vestirse a la enfermera instrumentista I, entregando a la misma todos los elementos necesarios para la operación.
- Ayudar a vestirse a cirujanos y ayudantes.
- Colabora con el personal de instrumentación y los cirujanos durante la intervención en todo lo necesario, actuando desde fuera del campo estéril.
- Controlar durante la intervención el funcionamiento de los sistemas de aspiración, el bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Mantener el quirófano ordenado durante la intervención quirúrgica.
- Encargarse de recoger muestras para análisis, procediendo a su etiquetado y disponiendo su envío al laboratorio, de igual forma las anatomías patológicas.
- Colaborar con la enfermera instrumentista I, en el recuento de gasas, compresas y demás elementos en la última parte de la intervención. Colaborar en la finalización de la operación, colocando apósitos externos, fijando drenajes y sondas, etc.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla y en su traslado al área de recuperación post anestésica (URPA).
- Realiza el llenado de registros y notas de enfermería, etc.
- Prepara el quirófano para las sucesivas operaciones.

### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II**

- Conocer de antemano la operación a realizar.
- Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
- Realizar el lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con toallas estériles y poniéndose los guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
- Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes.
- Ayudar a colocar los campos estériles.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura
- Entregar los elementos solicitados por los cirujanos
- Recibir las muestras en el período intraoperatorio y las entregará a la enfermera circulante.
- Mantener en todo momento los instrumentales quirúrgicos limpios, para lograr esto, limpiarlos con una gasa humedecida con agua destilada. Con esta buena práctica se evitarán que la sangre se impregne en los instrumentales, la corrosión del instrumental y mantener una adecuada asepsia.
- Contar juntamente con la Enfermera instrumentista II las gasas con hilo (caldopasta), el número de piezas, las agujas, las veces que sea necesario.
- Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.
- Retirar los leños de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.

 	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>Edición N. ° 001</b>  <b>Páginas 29 - 38</b>

- Ayudar al traslado del paciente a la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados, así como disponer para el prelavado, limpieza y esterilización.
- Colaborar con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada para la siguiente cirugía.

#### **MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS:**

- Equipo de anestesia epidural.
- Electrobisturí.
- Equipo de Aspiración.
- Equipo de limpieza.
- Riñoneras.
- Equipo de Histerectomía Abdominal convencional.
- Bolos.
- Separadores Balfour.
- Valvas maleables.
- Lavatorio.

#### **INSUMOS:**

- Medicinas de anestesia.
- Insumos y medicinas de cirugía.
- Suturas: Catgut crómico N° 1 MR 35-40 con aguja atraumática, Catgut crómico N° 1MR 30-35 con aguja atraumática, Vicryl N° 1 MR 35 con aguja atraumática, Vicryl N° 2/0 MR 30 con aguja atraumática y Nylon N° 3/0 TC 25-30 con aguja cortante.
- Tubuladuras de aspiración.
- Lápiz de electrobisturí.
- Placa de retorno de electrobisturí.
- Gasas y compresas.
- Antisépticos.
- Contenedor para enviar muestra a anatomía patológica.
- Frascos de Cloruro de sodio.
- 1 fco de Agua destilada.

### **6.3.- EXÁMENES AUXILIARES**

Actividades interdisciplinarias.



#### **6.3.1.- DE PATOLOGÍA CLÍNICA.**

No aplica

#### **6.3.2.- DE IMÁGENES.**

La histerosonografía, también denominada sonohisterografía, utiliza ondas sonoras para producir imágenes del interior del útero de una mujer y para ayudar a diagnosticar



	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 30 - 38

muchos problemas, incluyendo el sangrado vaginal sin explicación, la infertilidad, y los abortos espontáneos recurrentes.

### 6.3.3.- DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.

- Exploración por tomografía computarizada (TC).
- Estudio de tomografía por emisión de positrones (TEP) o TEP-TC.
- Resonancia magnética (RM).
- Paracentesis.
- Biopsia.
- Pruebas moleculares del tumor.

### 6.4.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

#### 6.4.1.- MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.

Esta guía será de utilidad para estandarizar el procedimiento, así como ayuda a todo el personal nuevo que se incorpore al servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay.

#### 6.4.2.- TERAPEUTICA MÉDICA.

No aplica.

#### 6.4.3.- EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO.

Existen unos riesgos inherentes a las cirugías estos incluyen:

- Sangrado excesivo.
- Infección.
- Lesión vascular o nerviosa.
- Lesión de la vía urinaria.
- Al existir compromiso de los ovarios se genera menopausia, disminución del deseo sexual, resequeidad vaginal y aumento del riesgo cardiovascular.

#### 6.4.4.- SIGNOS DE ALARMA.

- Fiebre y/o escalofríos.
- Enrojecimiento, hinchazón, sangrado u otro drenaje de la zona de la incisión.
- Aumento del dolor en la zona de la incisión.
- Dolor, cólicos o inflamación abdominal.
- Aumento del sangrado vaginal u otro drenaje.

#### 6.4.5.- CRITERIOS DE ALTA MÉDICA.



No aplica.

#### 6.4.6.- PRONÓSTICO.

No aplica.

### 6.5.- COMPLICACIONES.

Las complicaciones más comunes son:

	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N. ° 001 Páginas 31 - 38

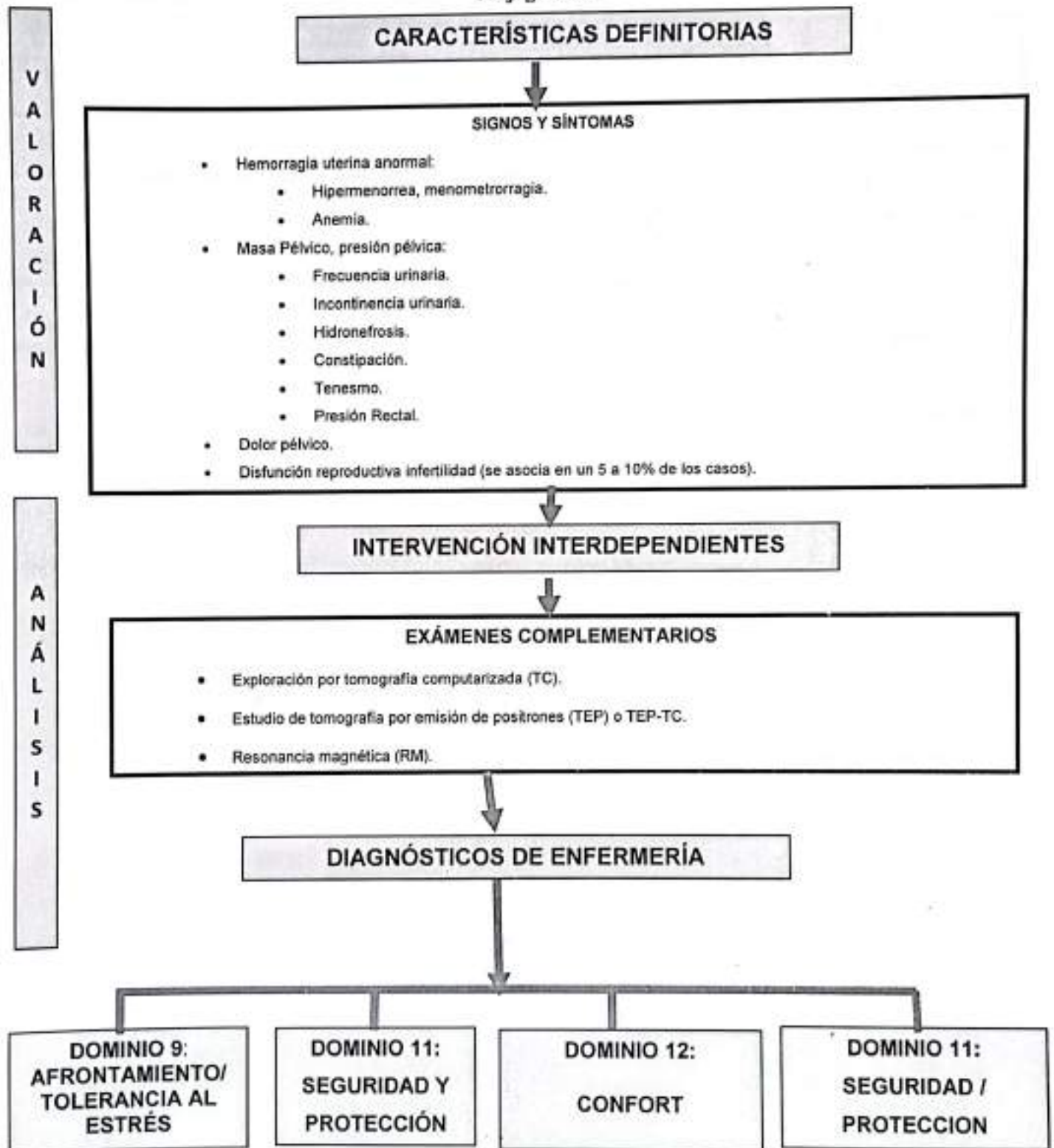
- Infecciosas.
- Tromboembólico venosas.
- Lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI).
- Hemorragia.
- Lesiones neurológicas.
- Dehiscencia del manguito vaginal.

**6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.**

No aplica.

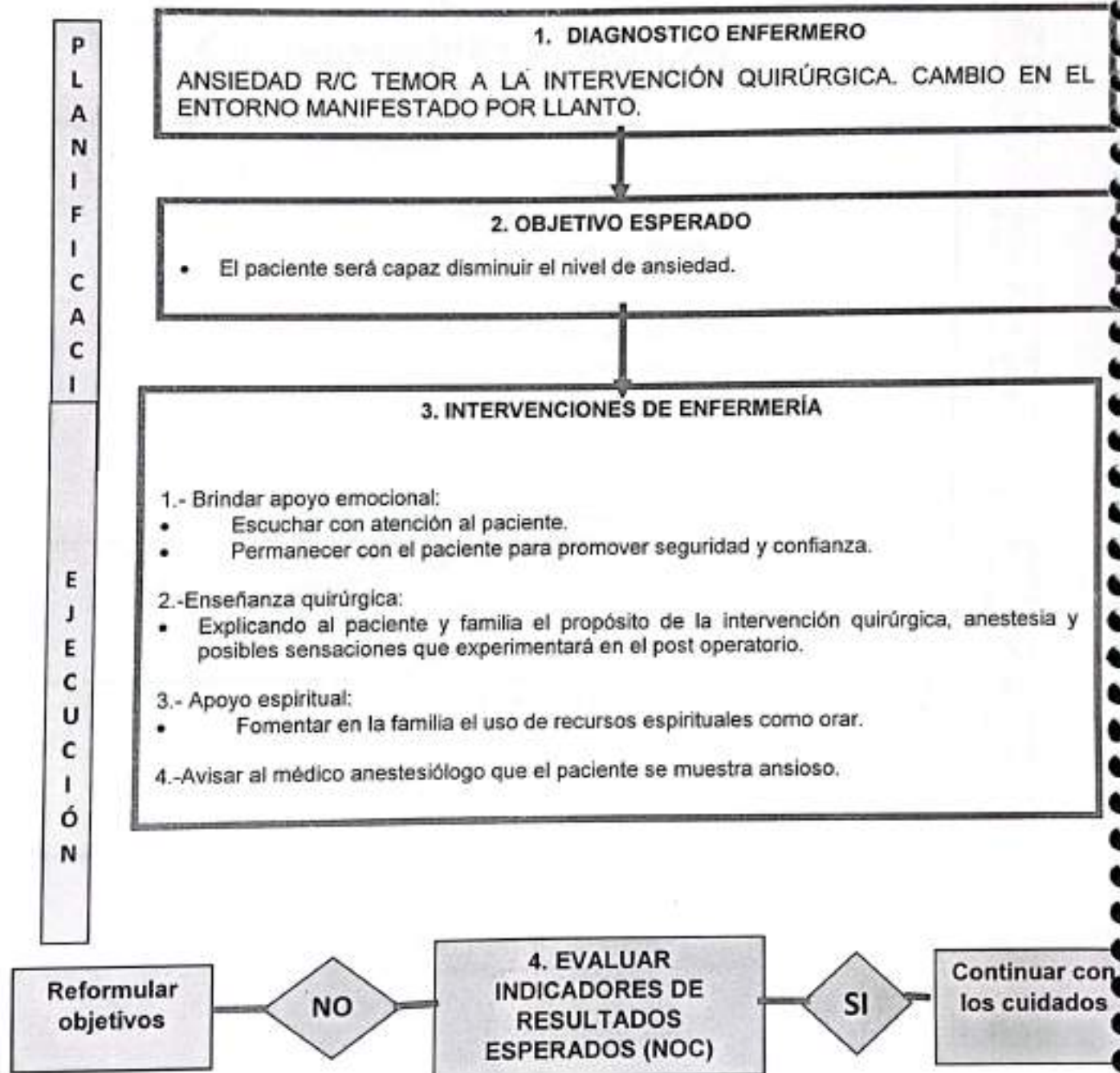
6.7.- FLUXOGRAMA.



Flujograma 1



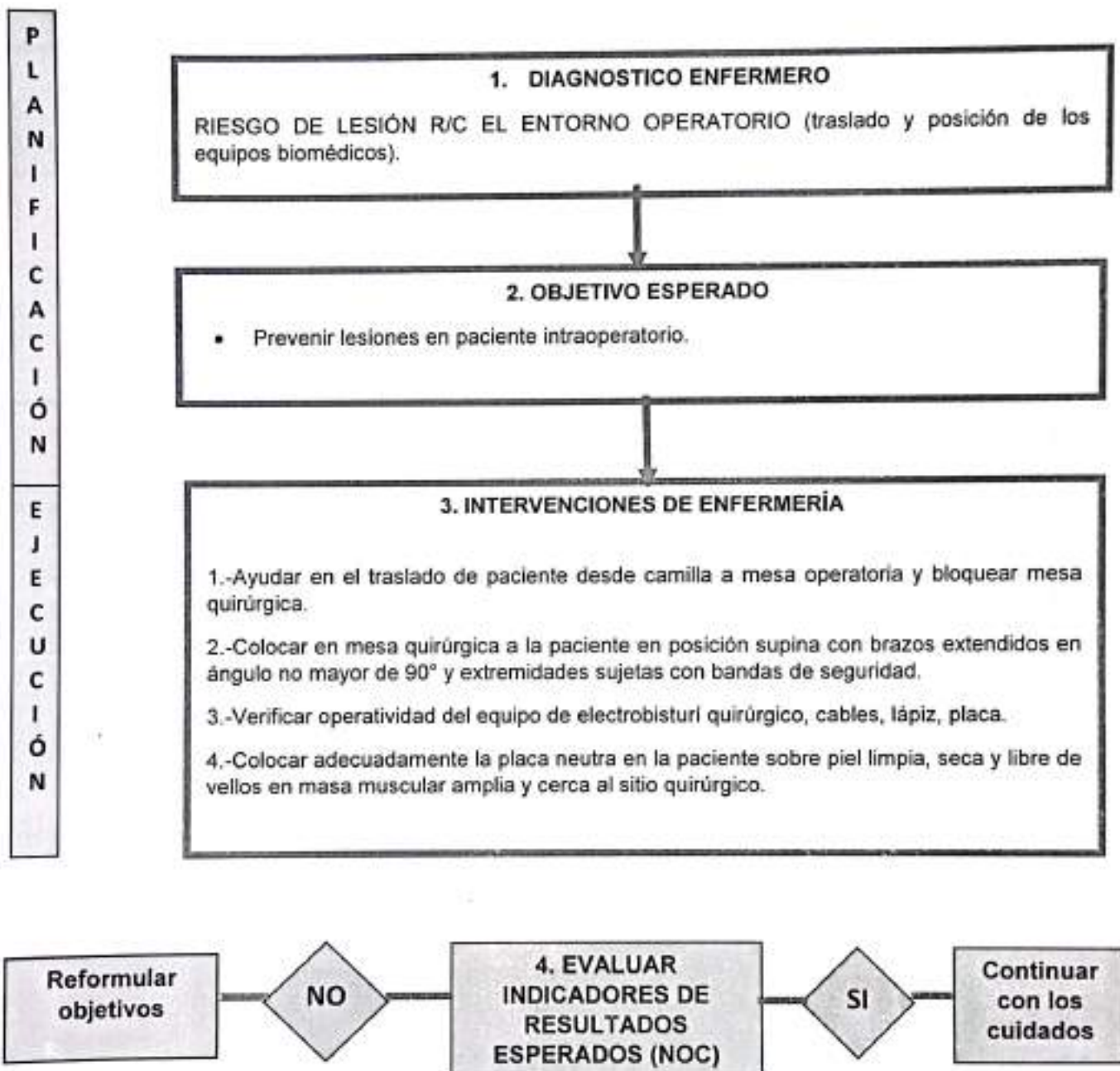




Flujograma 2



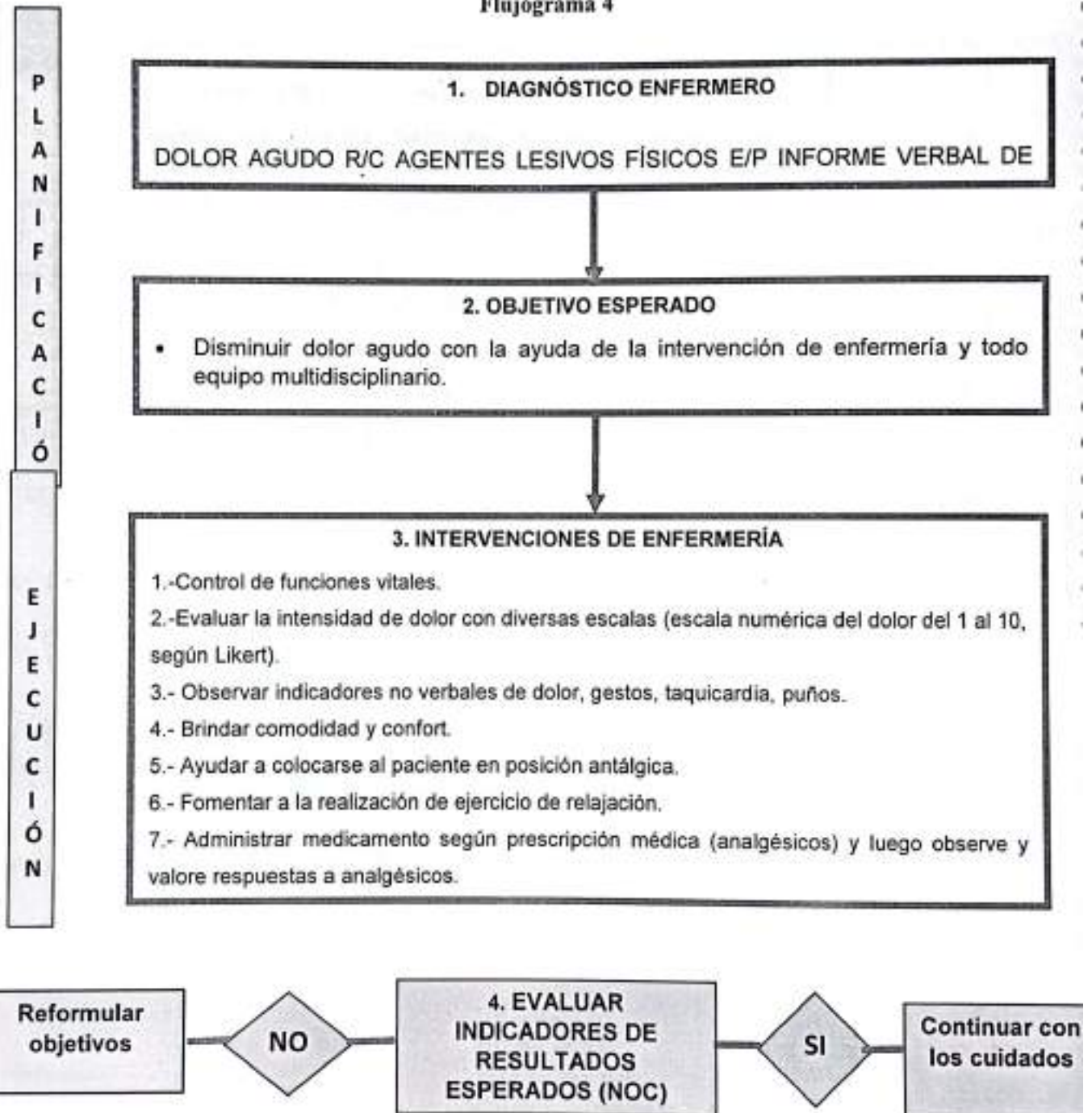
	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 34 - 38

**Flujograma 3**



	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 35 - 38

Flujograma 4





Flujograma 5

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó

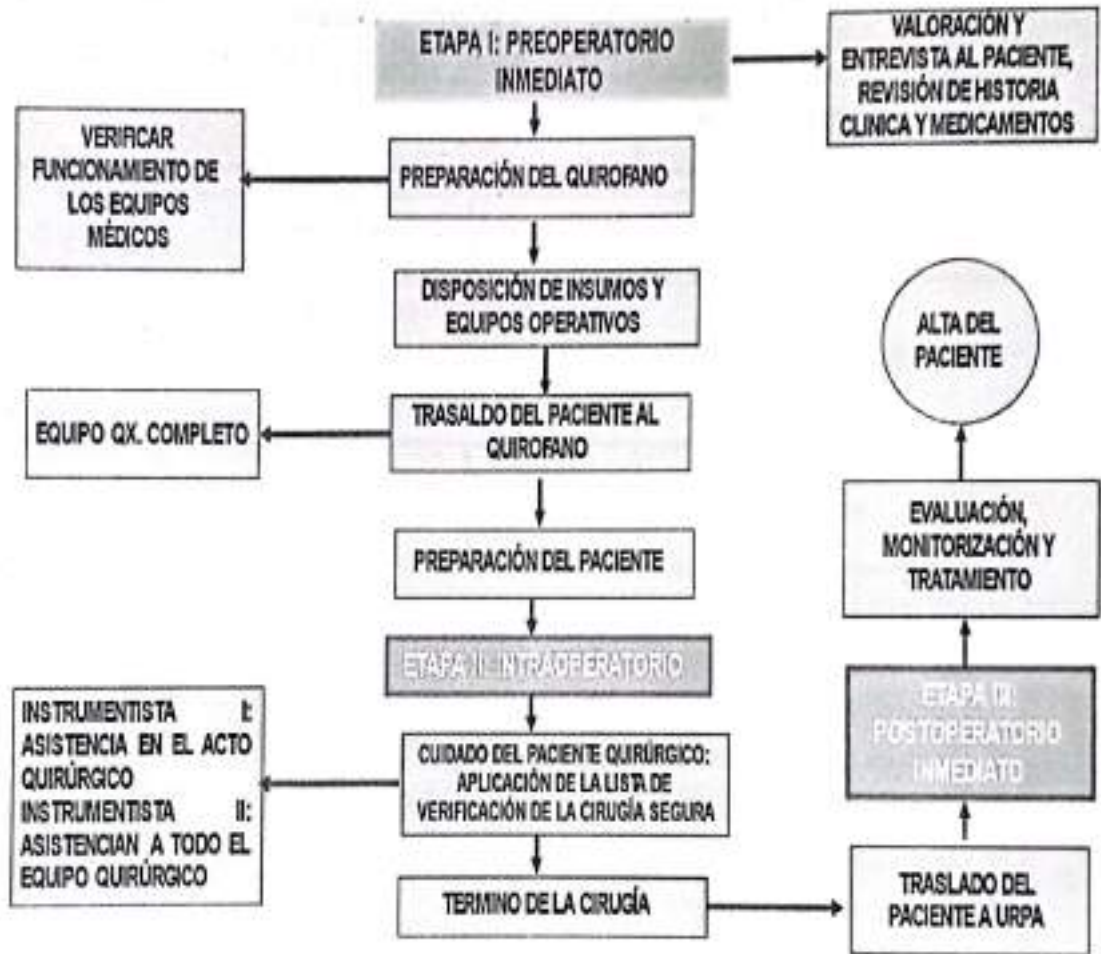
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N





	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N.º 001 Páginas 37 - 38

**VII.- ANEXOS.**

**MANEJO DEL PACIENTE PARA UNA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL PERIODO PERIOPERATORIO**







	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N. ° 001 Páginas 38 - 38

### VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

- Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. La histerectomía Obstétrica. Obstetricia y Medicina Materno fetal. España: Editorial Panamericana; 2007. p. 219-24.
- Akar ME, Yilmaz E., Yuksel B. Emergency peripartum hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol. 2004;113(2):178-81.
- Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG. 2006;108(6):1486-92.
- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Gráficas Marte, SL. 2007;93:809-14.
- Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(3):251-6.
- Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115(3):637-44.
- Gratacós E, Figueras F, Hernández E, Puerto B. Doppler en Medicina Fetal. España: Editorial médica panamericana; 2010. p. 111-146.
- Robert A, Ricci Paolo A, Rodríguez T, Andrés G. Histerectomía posparto: experiencia de clínica "Las Condes". Rev chilena Obstet Ginecol. 2010;75(5):300-5
- Suárez J, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Pérez S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(4): 194-7.
- Kwee A, Bots ML, Visser G. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in The Netherlands. Eur J Obstet and Gynecol Reprod Biol. 2006; 124:187-92.
- Cabezas E. Mortalidad materna, un problema por resolver. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3): 132-6.
- Habek D, Becarevič R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. Fetal Diagn Ther. 2007;22(2)

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 39 - 53

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RAFI EN CENTRO QUIRÚRGICO

### I.- FINALIDAD.

Estandarizar el proceso de atención y el manejo de cuidados post operatorios de enfermería en fracturas expuestas.

### II.- OBJETIVO.

Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en enfermería en instrumentación quirúrgica, en Fractura expuesta, con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante una guía de atención con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

#### 2.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estandarizar el proceso de atención y el manejo de cuidados post operatorios de enfermería que han sido intervenido quirúrgicamente por fracturas expuestas RAFI.
- Describir la atención de enfermería en pacientes post operatorios por fracturas Oseas, humero, tibia, radio, peroné, a fin de optimizar el cuidado del paciente durante el post operatorio inmediato.
- Proporcionar recomendaciones razonadas con sustentante en la medicina basada en evidencia sobre diagnóstico, clasificación y manejo de la fractura, con el fin de contribuir a mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes afectados.

### III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El Hospital de Chancay es un establecimiento de salud de Nivel II-2 En la atención de emergencias, urgencias, programadas donde se atienden cuadros quirúrgicos y médicos que por su carácter de emergencia puede ocasionar complicaciones e incluso muerte, si no son diagnosticados y manejados con oportunidad.

La presente guía técnica se aplica en Centro Quirúrgico – URPA del Hospital Chancay.

### IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

#### DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA.

Los pilares del tratamiento quirúrgico son: la irrigación, el desbridamiento inicial, el tratamiento de los tejidos blandos, la Estabilización de la fractura, el Cierre o cubrimiento cutáneo precoz, la reconstrucción ósea y de los tejidos blandos y finalmente la Rehabilitación.

#### 4.1.- NOMBRE Y CÓDIGO.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RAFI EN CENTRO QUIRÚRGICO

CÓDIGO: 003 – 2022

### V.- CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 5.1.-DEFINICIÓN:

Las fracturas expuestas o abiertas son lesiones complejas de alta o baja energía que afectan tanto al hueso como a los tejidos blandos circundantes, en el cual el grado de severidad depende de la extensión y grado de contaminación de la injuria ocasionada, los objetivos del tratamiento

	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 40 - 53

son prevenir infección que se produzca la consolidación de la fractura y que se recupere la función del miembro o el área afectada.

### 5.2.-ETIOLOGÍA:

Los agentes etiológicos más relevantes para ocurrencia de las fracturas expuestas son lesiones generalmente ocasionadas por mecanismos de alta energía, como atropellos, precipitaciones, caídas de altura en las cuales el foco de la fractura podría tomar contacto con el exterior a través de una herida en piel:

- Golpe directo.
- Accidente de tránsito.
- Heridas por arma de fuego.
- Lesiones deportivas.
- Accidentes con maquinarias industriales.
- Accidentes ocupacionales.

### 5.3.-FISIOPATOLOGÍA:

La piel representa la principal barrera mecánica contra la infección y cuando se produce una fractura abierta la herida resulta contaminada de inmediato por flora de la piel o ambiental. Los tejidos blandos desvitalizados son un entorno ideal para la proliferación bacteriana, y si no se plantea un tratamiento precoz que incluya el desbridamiento, tratamiento con antibióticos y fijación el riesgo de infección es muy alta.

El tejido vivo es la mejor defensa contra la infección, los tejidos con baja perfusión ofrecen el mejor medio a la proliferación bacteriana uno de los pilares del tratamiento de la fractura abierta es extirpar aquellos tejidos que no se encuentran en condición de defenderse de los gérmenes.

La extirpación de los tejidos muertos no elimina por completo los microorganismos, pero reduce su número de forma significativa y los microbios restantes tiene mucha más dificultad para proliferar en los tejidos vivos que quedan.

Las fracturas abiertas se acompañan frecuentemente de pérdida de partes blandas que el desbridamiento puede ampliar, otro, pero fundamentalmente para conseguir una extremidad funcional es la cobertura de esta pérdida.

### 5.4.-ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El Hospital de Chancay, por su ubicación, se presentan accidentes de tránsito y otros y se registra con frecuencia atenciones brindadas por servicio de traumatología entre las patologías que se atienden, fracturas expuestas y otros, que de no ser atendidas adecuadamente pueden generar alteraciones anatómicas significativas e incapacitantes como la amputación de miembro afectado, en un mismo número elevado de casos.



### 5.5.-FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

#### 5.5.1 MEDIO AMBIENTE:

- Insuficiente desarrollo Socio cultural de la población, respecto del seguimiento de las normas básicas de seguridad, educación vial, respecto al uso de semáforos, cruces peatonales, señales de cuidado: no pasar, precauciones piso mojado, hombres trabajando entre otros.

#### 5.5.2 ESTILOS DE VIDA:

- Edad avanzada.
- Osteoporosis.

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 41 - 53

- Mal nutrición.
- Violencia intrafamiliar y social.

### 5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS:

- Alteraciones Oseas genéticas y congénitas.
- Reducción de masa muscular.
- Sexo femenino.

## VI.- CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.

### 6.1.-CUADRO CLÍNICO.

Se denomina fractura expuesta (también llamada "herida grave de miembro") a toda solución de continuidad de un segmento óseo en contacto con el medio exterior, sean visibles o no los extremos fracturarios. La herida está en comunicación con el foco de fractura.

#### 6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS:

Síntomas:

- Dolor.
- Pérdida de la capacidad funcional del miembro.

Signos clásicos del cuadro clínico de una fractura:

- Deformidad del miembro afectado.
- Movilidad anormal.
- Incapacidad funcional del miembro afectado.
- Incremento de volumen.
- Solución de continuidad de extensión y localización variable.
- Crepitación ósea.

#### 6.1.2.- INTERACCIÓN CRONOLOGICA.

En los pacientes el cuadro clínico inicia post caída impacto de alguna superficie sólida contra la zona afectada, seguida de dolor, lesión cutánea en extensión y localización variable, limitación funcional, siendo estos signos los que motivan al paciente a acudir a un establecimiento de salud.

#### 6.1.3.- GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA

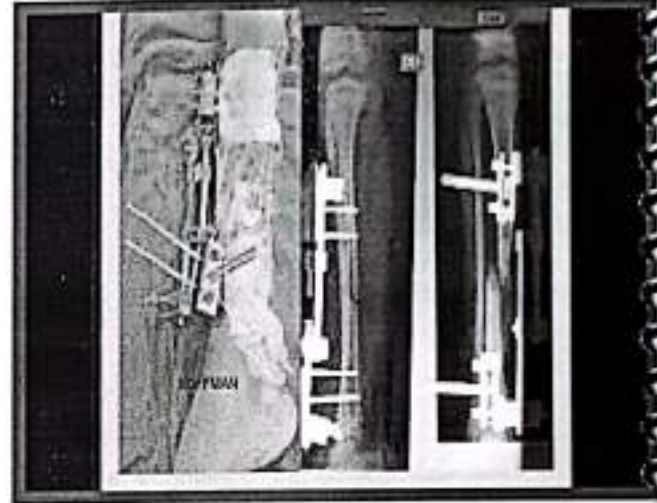
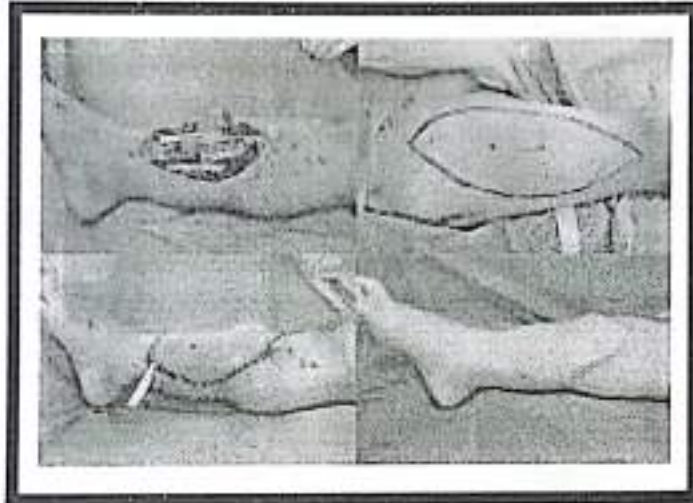


DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO  
QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Edición N° 001

Páginas 42 - 53

### TÉCNICA QUIRÚRGICA DE UNA FRACTURA EXPUESTA



Figuras 8 y 9. Radiografías posoperatorias en vistas anteroposterior y lateral.

#### 6.2.-DIAGNÓSTICO.



##### 6.2.1.- CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.

No aplica.

##### 6.2.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

No aplica.

##### 6.2.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 43 - 53

**DOMINIO 9:**

Afrontamiento/tolerancia al estrés.

**CLASE 2:**

Respuestas al afrontamiento.

- Ansiedad r/c el temor a la intervención quirúrgica, cambio en el entorno, manifestado por llanto.

**DOMINIO 12**

Confort.

**CLASE 1**

Confort físico.

- Dolor r/c lesión tisular por agente lesivo físico.

**DOMINIO 11**

Seguridad / protección.

**CLASE 2**




Lesión física.

- Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo y defensas secundarias inadecuadas.

**5.2.4 FUNCIONES DE LA INSTRUMENTISTA I Y II DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

**FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II:**

- Verificar el plan de operaciones y el tipo de intervenciones que se realizarán.
- Verificar que el quirófano esté operativo, comprobando el funcionamiento de los diversos aparatos: sistemas de aspiración, bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Recibir al paciente, realizar la entrevista, revisar la historia clínica y las medicinas y trasladar juntamente con el anestesiólogo al paciente al quirófano.
- Colaborar en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Colaborar con el anestesiólogo en la inducción anestésica y la preparación de la monitorización.
- Ayudar a vestirse a la enfermera instrumentista I, entregando a la misma todos los elementos necesarios para la operación.
- Ayudar a vestirse a cirujanos y ayudantes.
- Colabora con el personal de instrumentación y los cirujanos durante la intervención en todo lo necesario, actuando desde fuera del campo estéril.
- Controlar durante la intervención el funcionamiento de los sistemas de aspiración, el bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Mantener el quirófano ordenado durante la intervención quirúrgica.
- Colaborar con la enfermera instrumentista I, en el recuento de gases, compresas y demás elementos en la última parte de la intervención. Colaborar en la finalización de la operación, colocando apósitos externos, fijando drenajes y sondas, etc.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla y en su traslado al área de recuperación post anestésica (URPA).
- Realiza el llenado de registros y notas de enfermería, etc.
- Prepara el quirófano para las sucesivas operaciones.

 	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 44 - 53

### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:**



- Conocer de antemano la operación a realizar.
- Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación (instrumental de osteosíntesis, fijadores externos, perforadores, etc.), verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
- Realizar el lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles y poniéndose los guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
- Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes.
- Ayudar a colocar los campos estériles.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Entregar los elementos solicitados por los cirujanos.
- Mantener en todo momento los instrumentales quirúrgicos limpio, para lograr esto, limpiara con una gasa humedecida con agua destilada. Con esta buena práctica se evitarán que la sangre se impregne en los instrumentales, la corrosión del instrumental y mantener una adecuada asepsia.
- Contar juntamente con la Enfermera instrumentista II las gasas con hilo radiopaco, el número de piezas, las agujas, las veces que sea necesario.
- Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.
- Retirar las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.
- Ayudar al traslado del paciente a la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados, así como disponer para el prelavado, limpieza y esterilización.
- Colaborar con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada para la siguiente cirugía.

### **MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS:**

- Electrobisturí.
- Equipo de Aspiración.
- Equipo de limpieza.
- Riñoneras.
- Equipo de Traumatología básico.
- Instrumental de osteosíntesis, fijadores externos, etc.
- Bolos.
- Lavatorio.

### **INSUMOS NECESARIOS:**

- Medicinas de anestesia.
- Insumos y medicinas de cirugía.
- Ropa de Cirugía mayor.
- SUTURAS: Vicryl N° 1 MR 35 con aguja atraumática, Vicryl N° 2/0 MR 30 con aguja atraumática y Nylon N° 3/0 TC 25-30 con aguja cortante.
- Aspirador.
- Tubuladuras de aspiración.
- Lápiz de electrobisturí.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 45 - 53

- Placa de retorno de electrobisturí.
- Gasas y compresas.
- Antisépticos.
- Cloruro de sodio.
- l fco de Agua destilada.

### 6.3.- EXÁMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias

#### 6.3.1.- DE PATOLOGIA CLINICA:

- Hemoglobina, hematocrito y grupo factor RH, para control de sangrado.
- Exámenes preoperatorios completos con riesgo quirúrgico para ingresar a sala de operaciones.

#### 6.3.2.- DE IMÁGENES.

##### 6.3.2.1 RADIOGRAFÍA:

Solicitar de inicio tres proyecciones: antero, posterior, lateral y oblicua incluir articulaciones para descartar luxación asociada o fracturas articulares.

##### 6.3.2.2.- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA:

- Permite apreciar la magnitud del daño óseo articular.
- Se utiliza para observar el cartilago y los tendones alrededor de la lesión.

#### 6.3.3 DE EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.

- Resonancia magnética en duda de diagnóstico en pacientes con politraumatizados
- Angiografía en caso de sospecha de lesión arteriovenosa o politraumatismo severa.

### 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD.



No aplica.

#### 6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS:

Manejo inicial de emergencia:

1. Evacuación inicial del área o áreas comprometidas para la graduación del daño.
2. Indicación y Administración de antibiótico.
3. Evaluación del estado neurovascular.
4. Fotografías del paciente y de la lesión.
5. Toma de cultivos.
6. Retiro de agentes contaminantes macroscópicos.
7. Irrigación con solución salina 9‰.
8. Cubrir apósitos estériles.
9. Reducir angulación severa y verificar estado neurovascular.
10. Instalación de férula temporal o definitivo.
11. Indicación y administración de profilaxis antitetánica por medio una dosis vacuna antitetánica.
12. Indicaciones de radiografía en las 3 proyecciones.
13. Preparación del paciente para ser llevado a SOP.
- 14.- Anamnesis directa o indirecta:
  - a) Fecha y hora del accidente.



 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 46 - 53

- b) Sitio del accidente para definir la posible complejidad de la contaminación.
- c) Mecanismos del accidente permite reconocer el nivel de energía.
- d) Tratamiento preventivo.
- e) Estado de choque.
- f) Lesión asociada.
- g) Fecha y hora de ingreso de emergencia.
- h) Antecedentes médico quirúrgico, tratamiento y alérgico.

#### 6.4.2 TERAPEUTICA MÉDICA.

No aplica.

#### 6.4.3.- EFECTOS ADVERSOS Y COLATERALES.

Los efectos adversos y colaterales están vinculados a los fármacos de tipo profiláctico, analgésico, antibiótico y anestésico que se brinda durante el manejo del cuadro.

#### 6.4.4.- SIGNOS DE ALARMA.

Si el paciente con fractura de radio distal presenta los siguientes síntomas:

- Dolor intenso en área afectada.
- Cambio de coloración y edema de miembro o área afectada.
- Fiebre o sensación de alza térmica.
- Secreción purulenta por la herida
- Sensación de parestesia, anestesia o entumecimiento y debilidad en el miembro o área afectada.

Son signos de alarma ante un posible cuadro de síndrome compartimentar, dado que los hechos pueden ser una fractura abierta o expuesta no condiciona su no aparición y de la misma forma con la infección de la herida.

#### 6.4.5.- CRITERIOS DE ALTA MEDICA.

No aplica.



#### 6.4.6.- PRONÓSTICO MEDICO.

No aplica.

#### 6.5.- COMPLICACIONES.

Las complicaciones por orden de frecuencia son:

- Lesiones ligamentarias.
- Artrosis.
- Pérdida de movilidad tanto de flexo extensión, pronación, supinación y desviaciones.
- Relacionados con el material de osteosíntesis: aflojamiento, ruptura de implante, colocación de tornillos interarticular.
- Lesiones nerviosas.
- Osteomielitis.
- Síndrome doloroso. Mala unión o sinestias.
- Lesiones tendinosas.
- Pseudoartrosis en la consolidación.
- Cicatriz quelite.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 47 - 53

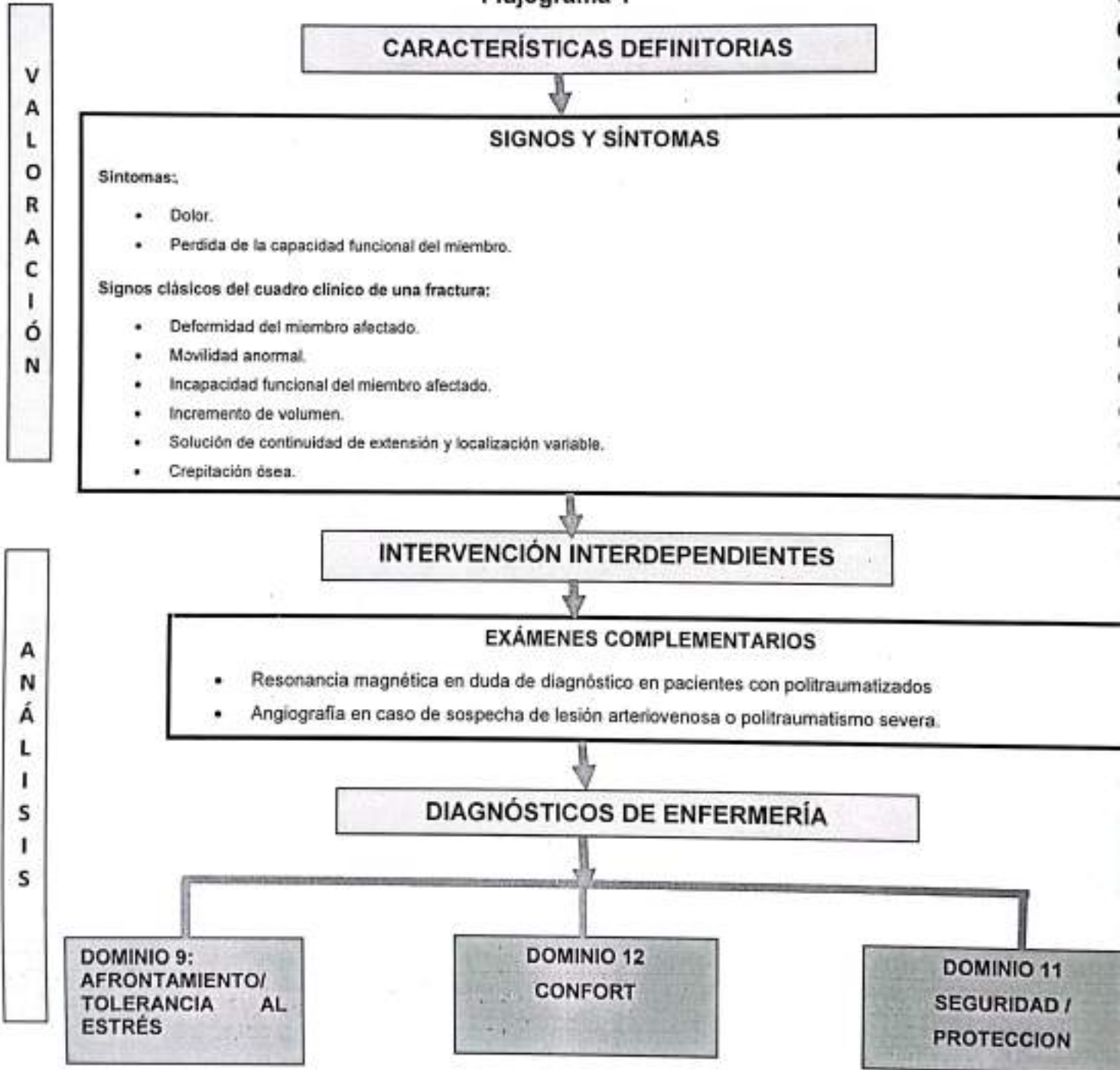
- Infecciones superficiales y profundas de herida.
- Osteopenia.
- Fasciitis necrotizantes.
- Síndrome compartimental.

**6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.**

No aplica.

**6.7.- FLUXOGRAMA.**

**Flujograma 1**

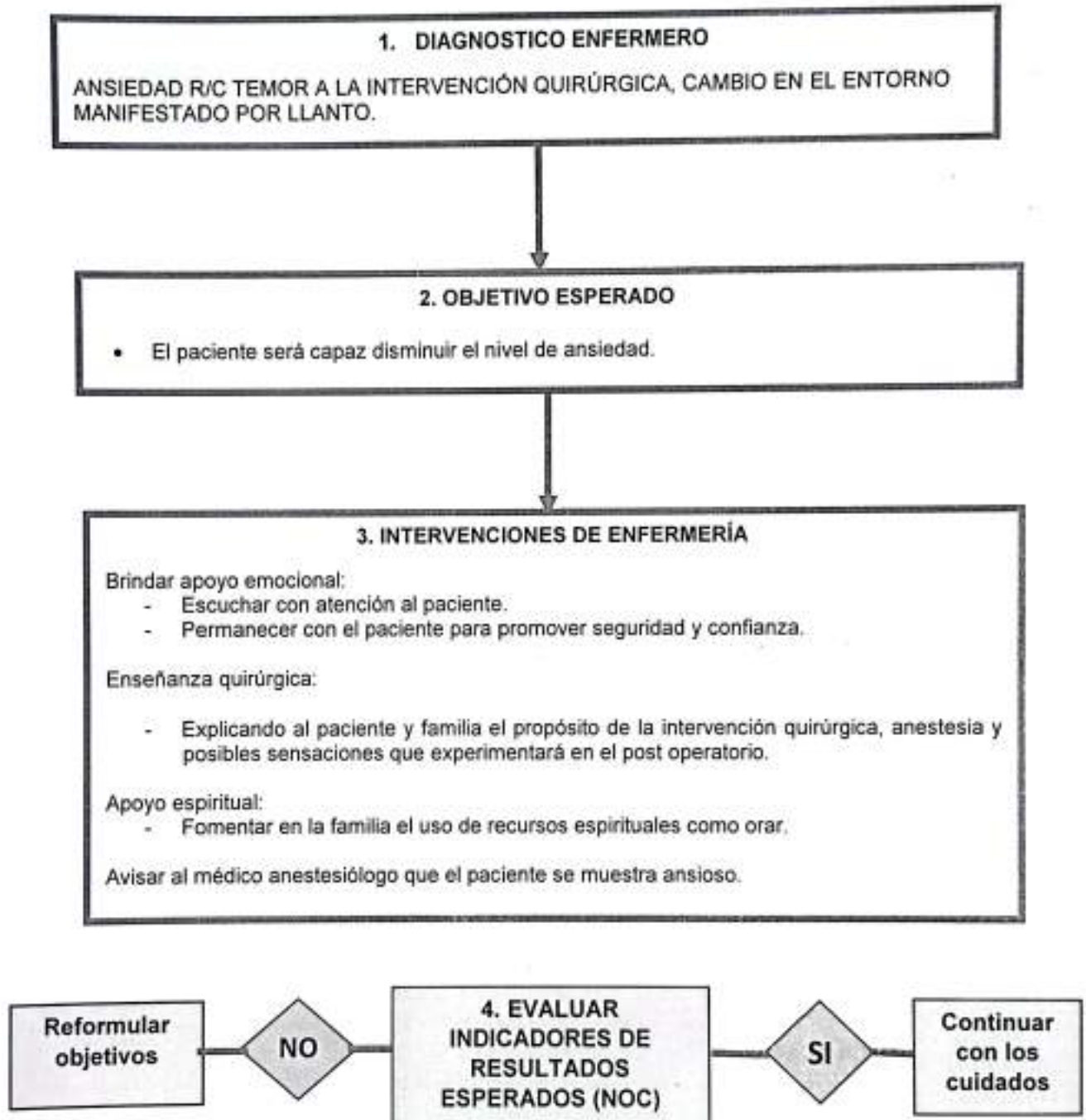




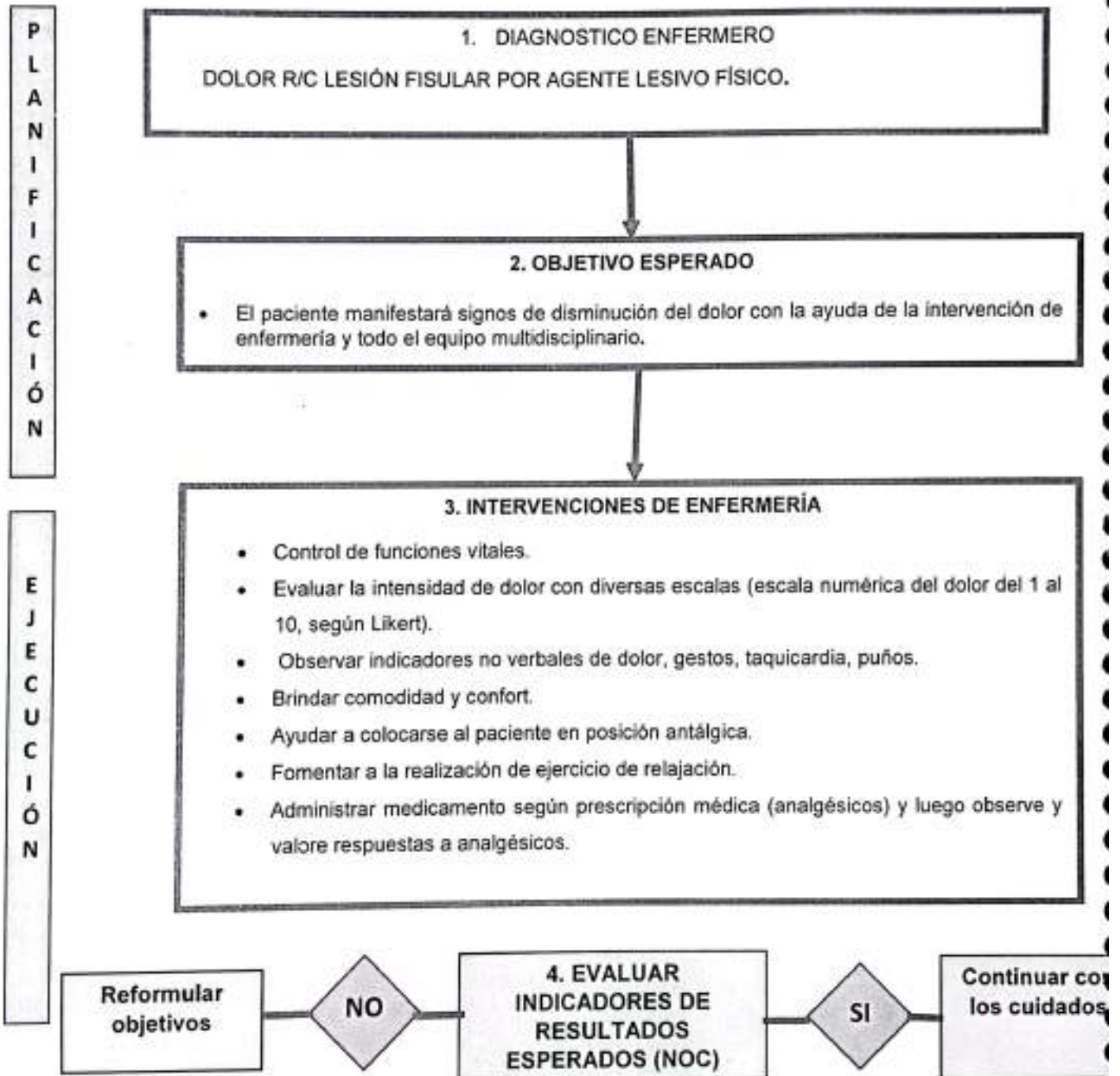
Flujograma 2

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N

E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N

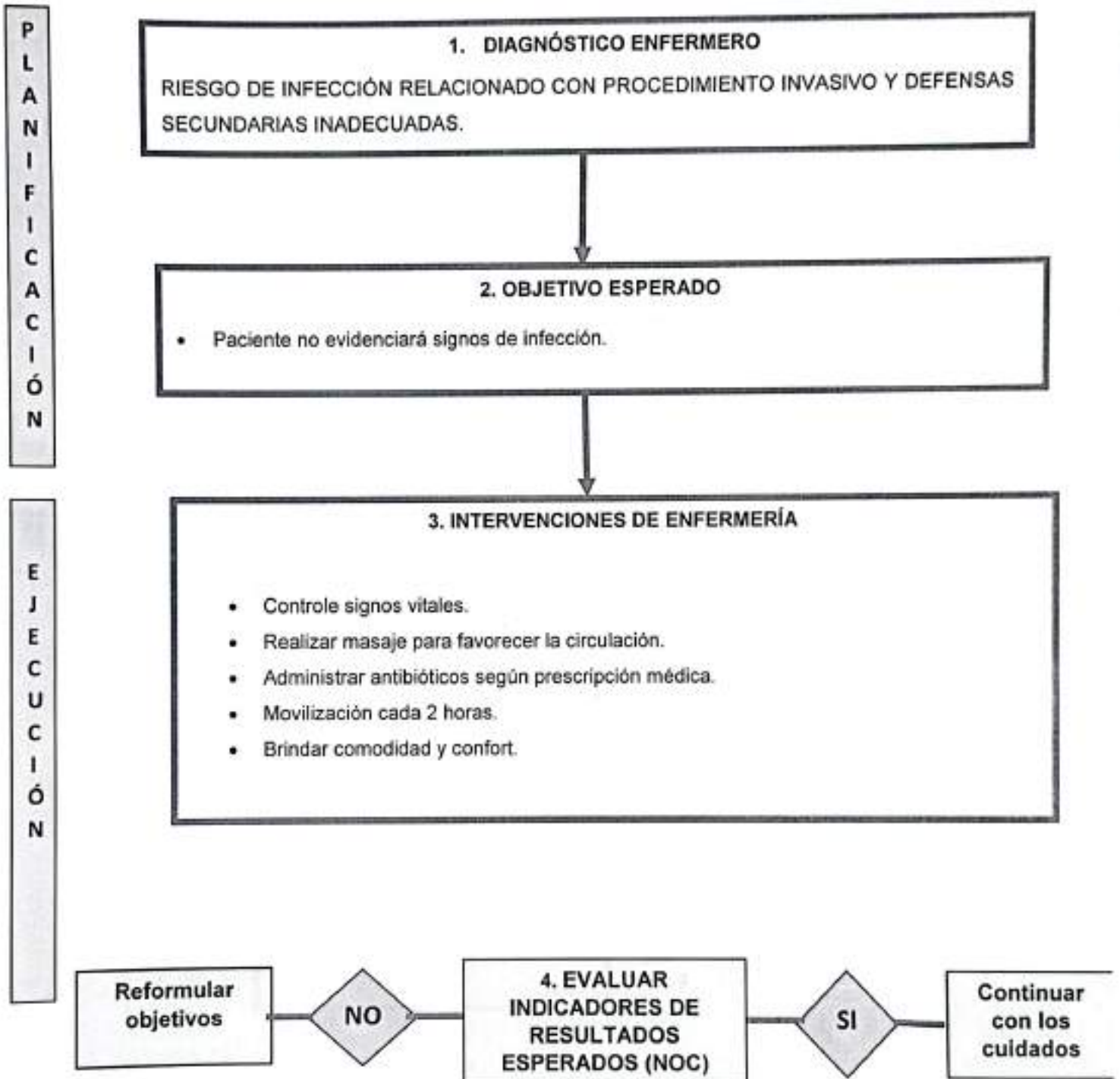


**Flujograma 3**



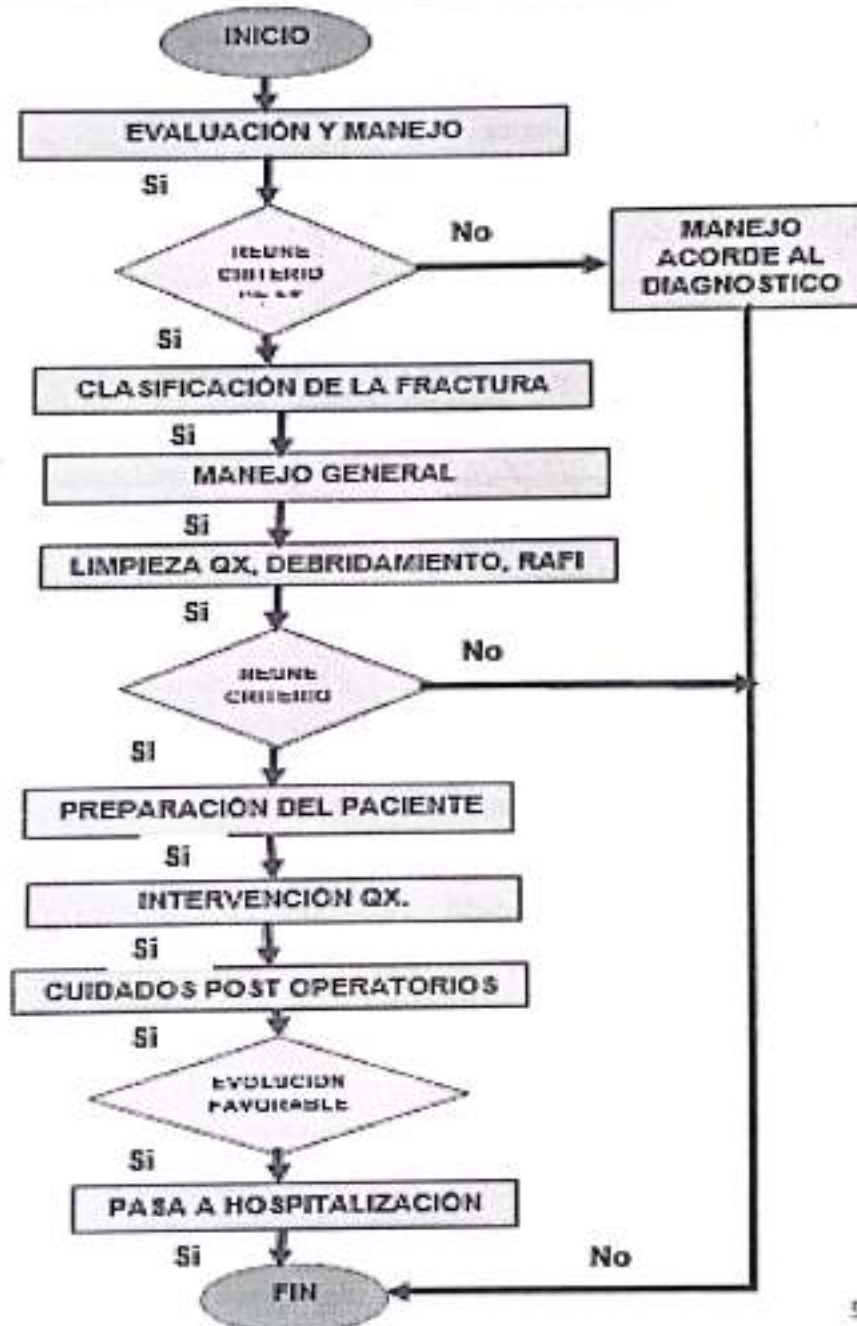




Flujograma 4





VII.- ANEXOS





 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA EXPUESTA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 53 - 53

### VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

- Brent, L., Hommel, A., Maher, AB, Hertz, K., Meehan, AJ y Santy-Tomlinson, J. (2018). Atención de enfermería al paciente fracturado por fragilidad. *Lesion*, 49 (8), 1409 -1412.
- Tellez, S. y Garcia, M. Modelos de Cuidados de enfermería, NANDA, NIC, NOC. MEXICO. Editorial McGraw Hill.
- Desnita, O., Noer, RM y Agusthia, M. (julio de 2021). Efecto de las compresas frías orif posoperatorio en pacientes con fractura. En kaPIN Conference (pags. 133-140).
- Rvedi y Murphy principios AO de tratamiento de fracturas 2003.
- <https://www.z.aofoundation.org>. ingresado el 10 de Mayo, 2017.
- Tang JB, Distal radius fracture, 1st edition. Shanghai (china): Shanghai Science and Technology Press; 2013. P. 209-22.
- Jange SW1, Gans SL, Atema JJ, Solomkin JS, Dellinger PE, Boermeester MA, y et al. Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017.



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 54 - 68

## **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

### **I.- FINALIDAD.**

Aportar un manejo adecuado de pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico en Colecistectomía laparoscópica, brindando una atención garantizada de calidad y a la vez potenciar nuestra atención en el Servicio de Centro Quirúrgico.

### **II.- OBJETIVO.**

Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en enfermería en instrumentación quirúrgica, en colecistectomía laparoscópica, con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante una guía de atención con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

#### **2.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Brindar atención integral con calidad y calidez al paciente quirúrgico en el periodo perioperatorio.
- Uso adecuado de las técnicas apropiadas durante la atención por el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.
- Unificar criterios de atención para pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico en Colecistectomía laparoscópica, en el servicio de centro quirúrgico.
- Implementar las bases para la correcta atención de enfermería en el tratamiento quirúrgico de colecistectomía Laparoscópica.

### **III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente Documento Técnico es de aplicación obligatoria en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay.

### **IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.**

#### **DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO POR PATOLOGÍA.**

La colecistitis crónica generalmente es causada por ataques repetitivos de colecistitis aguda (repentina). La mayoría de estos ataques son causados por cálculos biliares en la vesícula biliar. Estos ataques llevan al engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar, la vesícula comienza a encogerse.

#### **4.1.- NOMBRE Y CÓDIGO.**

- Guía de intervención de enfermería en manejo de pacientes recibirán el tratamiento quirúrgico de colecistectomía Laparoscópica en centro quirúrgico – 2022.



CÓDIGO: 004 – 2022

### **V.- CONSIDERACIONES GENERALES.**

#### **5.1.-DEFINICIÓN:**

Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de pequeñas incisiones en el abdomen, por los cuales se introducen el instrumental y un endoscopio conectado a monitores y fuente de luz para visualizar la cavidad abdominal.

#### **5.2.-ETIOLOGÍA:**

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA          SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 55 - 68

La laparoscopia quirúrgica, tiene múltiples indicaciones:

- Colecistectomía.
- Cálculos biliares.
- Cáncer de vesícula.
- Litiasis vesicular.
- Litiasis biliar.
- Coledocolitiasis.
- Colelitiasis.

### 5.3.-FISIOPATOLOGÍA:

La vesícula biliar no es un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias. Sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado, la cual es concentrada hasta la décima parte mediante la absorción de agua; la presencia de alimentos ingeridos, especialmente grasas, durante la digestión producen la contracción de la vesícula, gracias a su capa muscular, eliminando la bilis concentrada a través del cístico hacia el colédoco y luego al duodeno. La contracción vesicular es estimulada por la Colecistoquinina, producida en el duodeno.

### 5.4.-ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

En el Perú, entre las patologías más importantes de hospitalización en el adulto mayor se encuentran las enfermedades de las vías biliares, vesícula biliar y páncreas, las cuales en conjunto se ubican como la segunda causa de internamiento. Una de las patologías más prevalentes en este grupo de enfermedades es la colecistitis, la cual sabemos que aumenta con la edad y en pacientes de 65 años, la frecuencia se encuentra entre 15 y 30%, incrementándose, en diferentes series a nivel mundial, hasta 38% y 53% en octogenarios, siendo corroborado hasta en un 54% en series de necropsias.

### 5.5.-FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

#### 5.5.1 MEDIO AMBIENTE:

- Edad: La mayoría de las personas con diagnóstico de cáncer de la vesícula biliar tiene más de 70 años.
- Origen étnico: Los estadounidenses de origen mexicano e indio, sobre todo del sudoeste de los Estados Unidos, son más propensos a desarrollar cáncer de vesícula biliar que la población en general.

#### 5.5.2 ESTILOS DE VIDA:

- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Malos hábitos alimenticios.

#### 5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS:

- Sexo: Las mujeres tienen el doble de probabilidades de desarrollar cáncer de vesícula biliar en comparación con los hombres.
- Tener antecedentes familiares de cálculos renales aumenta la probabilidad de padecer enfermedades de la vesícula biliar.

## VI.- CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.

### 6.1.-CUADRO CLÍNICO.

Se produce por la impactación de cálculos en la vesícula provocando la obstrucción del conducto colédoco y/o cístico reteniendo la bilis y por ende la distensión de la vesícula.



### 6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS:

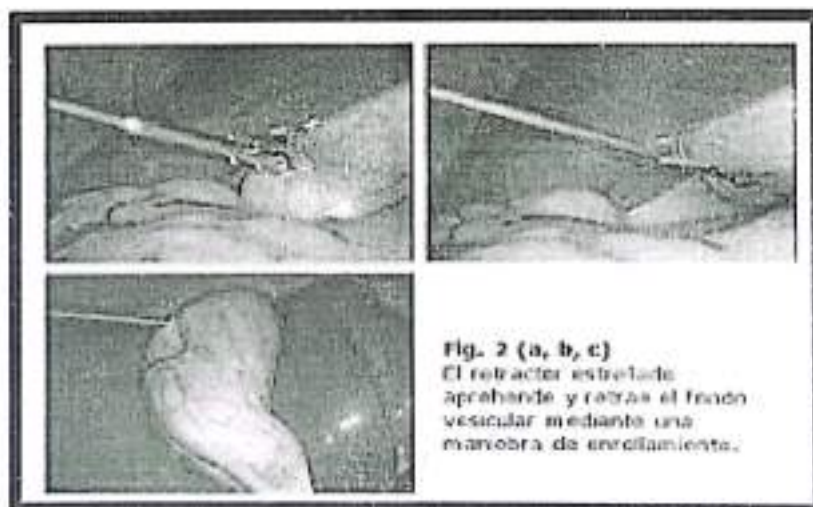
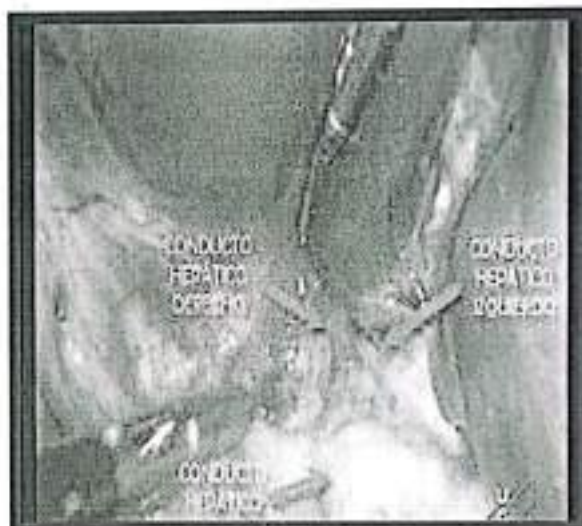
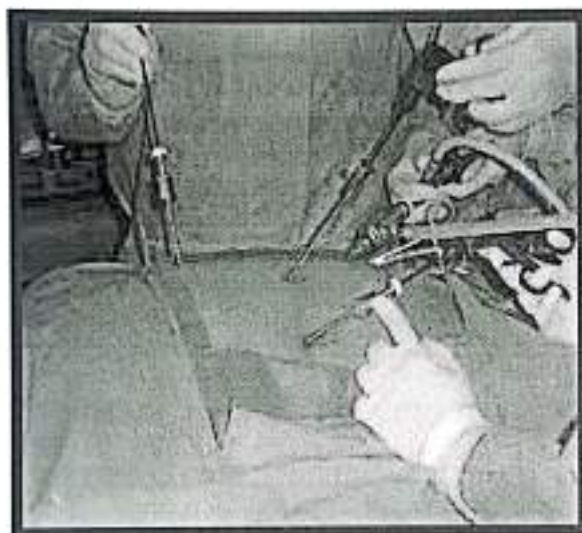
- Dolor intenso en la parte superior derecha o en el centro del abdomen.
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda.
- Dolor con la palpación del abdomen.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Fiebre



### 6.1.2.- INTERACCIÓN CRONOLOGICA.

Puede desarrollarse progresivamente en un tiempo determinado de meses e incluso años.

### 6.1.3.- GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 57 - 68

## 6.2.-DIAGNÓSTICO MEDICO:

### 6.2.1.- CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MEDICO.

No aplica.

### 6.2.2.- DIAGNÓSTICO MEDICO DIFERENCIAL.

No aplica.

### 6.2.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

#### DOMINIO 9:

Afrontamiento /tolerancia al estrés.

#### CLASE 2:

Respuesta de afrontamiento.

- Ansiedad r/ c la intervención quirúrgica.

#### DOMINIO 11:

Seguridad y protección.

#### CLASE 2:

Lesión física.

- Riesgo de lesión r/ c el entorno perioperatorio.

#### DOMINIO 11:

Seguridad y protección.

#### CLASE 2:

Lesión física.

- Riesgo de lesión r/c el entorno perioperatorio.

## 6.2.4 FUNCIONES DE LA INSTRUMENTISTA I Y II DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:



### INSTRUMENTISTA I

#### PRE OPERATORIO INMEDIATO:

- Verificar programación o solicitud para identificación del paciente, tipo de cirugía e instrumental requerido.
- Verificar desinfección de quirófanos y mobiliarios.
- Verificar la operatividad de equipos: torre laparoscópica, cantidad de CO<sub>2</sub>, electrobisturí, equipo de aspiración.
- Equipar quirófano con ropa de cirugía mayor para cirugía laparoscópica, instrumental quirúrgico básico y específico estéril que se emplea en cirugía.
- Verificar insumos de anestesiología y cirugía antes del ingreso del paciente.

#### INTRAOPERATORIO:

- Realizar apertura de paquetes quirúrgicos: 1°empaque de la ropa de cirugía mayor, instrumentales básicos, guantes quirúrgicos estériles, etc.
- Lavado de manos quirúrgico.
- Vestimenta con la indumentaria quirúrgica bata y guantes quirúrgicos estéril.
- Realizar apertura del 2°empaque del paquete, contenedor de instrumentales y otros y realiza conteo de instrumental gasas, agujas juntamente con la enfermera instrumentista II.
- Vestir y preparar mesa mayo, mesa media luna o angular y ordenar colocando instrumental laparoscópico y básico según tiempos operatorios.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 58 - 68

- Vestir con ropa quirúrgica al cirujano y ayudante y calzado de guantes quirúrgico estéril.
- Entregar equipo de limpieza al cirujano para la asepsia y antisepsia de piel del paciente.
- Vestimenta de paciente con ropa estéril, 4 campos, 3 sabanas, 1 poncho, mochila según técnica operatoria.
- Instalar óptica fibra óptica, cable monopolar, tubuladura CO<sub>2</sub>, irrigación y aspiración de campo quirúrgico estéril a la torre laparoscópica juntamente con la enfermera instrumentista II.
- Ejecución de la 2 fase de lista verificación que se debe realizar.
- Inicio de instrumentación quirúrgica según tiempos operatorios.
- Estar pendiente de lo que requiere el cirujano durante la cirugía.
- Recepción de pieza operatoria y hacer entrega a la enfermera instrumentista II
- Recuento final de gasas agujas, instrumental juntamente con enfermera instrumentista II.
- Retiro de óptica, fibra óptica, cable CO<sub>2</sub>, cable monopolar, irrigación y aspiración.
- Realizar limpieza de la piel y cubrir las pequeñas incisiones quirúrgicas.

#### **POST OPERATORIO INMEDIATO:**

- Eliminar y verificar material corto punzante en la caja de bioseguridad.
- Retirar la ropa quirúrgica del paciente y echar en la bolsa correspondiente.
- Traslado de paciente de mesa quirúrgica a camilla de recuperación.
- Colocar el instrumental básico y otros en contenedor con detergente enzimático previo conteo y hacer entrega al personal técnico de enfermería quien realiza el prelavado para luego ser llevado el instrumental al área de Central de Esterilización para la limpieza, enjuague, lubricación, secado, preparación y esterilización.
- Desarticular las pinzas laparoscópicas y sumergir en contenedor o bandeja con detergente enzimático, verificando la condición de la óptica, trasladar al ambiente de lavado, realizar el prelavado para luego ser llevado el instrumental al área de Central de Esterilización, donde la Enfermera recibe el instrumental para que realice la limpieza, enjuague, secado, preparación y esterilización.



#### **INSTRUMENTISTA II**

##### **PRE OPERATORIO INMEDIATO:**

- Verificar el programa operatorio o solicitud de sala de operaciones.
- Verificar desinfección de quirófano y mobiliario.
- Verificar operatividad de equipos: torre laparoscópica. Equipo de aspiración, cialitica, balón que tenga suficiente CO<sub>2</sub>.
- Coordinar con el servicio de hospitalización o emergencia para el traslado de paciente.
- Recepción del verificando historia clínica, consentimiento informado de cirugía, anestesia, exámenes auxiliares, riesgo quirúrgico y toda la indicación de anestesia, medicinas, insumos.
- Realizar evaluación general y apoyo emocional, y permanecer junto con la paciente en todo momento.
- Verificar la vía periférica permeable, este en ayuna, con la vejiga vacía, profilaxis antibiótica si está indicado, y paciente tenga gorra cubierta el cabello, vendaje, botas, no alhajas, no prótesis, uñas cortas sin esmalte.
- Traslado al paciente al quirófano con el anestesiólogo.
- Ejecución de la primera fase de la lista de cirugía segura.

##### **INTRAOPERATORIO:**

- Colocar al paciente en mesa quirúrgica con apoyo del equipo, en posición dorsal y luego de anestesia colocar posición francesa o americana según técnica operatoria.
- Asistir al anestesiólogo durante la inducción de la anestesia.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 59 - 68

- Colocar la placa de retorno en masa muscular y bien adherida.
- Asistir a la enfermera instrumentista I, cirujano, ayudante durante la vestimenta bata estéril y con lo que requiere.
- Pasar al cirujano antiséptico para la asepsia y antisepsia de zona operatoria.
- Instalación en la torre laparoscópica cable de CO<sub>2</sub>, óptica, fibra óptica, cable monopolar, y tubuladura de irrigación y aspiración.
- Colocar el pedal al pie del cirujano, cialitica colocar en el campo operatorio encender al inicio de cirugía y luego apagarlo cuando el cirujano lo pida.
- Conteo de gases y compresas juntamente con la enfermera instrumentista.
- Ejecución de la segunda fase de la lista de cirugía segura.
- Permanecer pendiente de todo el requisito durante la cirugía de la enfermera instrumentista II, cirujano y anestesiólogo.
- Recepción de pieza operatoria de la enfermera instrumentista I, y preguntar al cirujano nombre de la muestra rotular.
- Conteo del instrumental.
- Al término de la cirugía retirar la cablería de la torre laparoscópica, óptica, fibra óptica, cable CO<sub>2</sub>, cable monopolar y apagar fuente de luz y todo el equipo de la torre.
- Asistir al anestesiólogo en el periodo de extubación del paciente.
- Apagar el equipo de aspiración, la luz de la cialitica, electrobisturí.
- Ejecución de la 3 fase de lista de cirugía segura.

#### **EQUIPOS NECESARIOS:**



- Equipo de Instrumental básico cirugía laparoscópica.
- Contenedor con instrumental de pinzas laparoscópicas para colelap.
- Fibra óptica.
- Cable monopolar.
- Cable CO<sub>2</sub>.
- Óptica 0-30°.
- Equipo de aspiración.
- Electrobisturí.

#### **TORRE LAPAROSCOPIA:** Consta de:

- Monitor.
- Cámara y procesador de imágenes.
- Insuflador de CO<sub>2</sub>.
- Fuente de luz.
- Equipo de video o grabación.

#### **MATERIALES:**

- Medicinas e insumos de anestesia general.
- Medicina e insumos cirugía colelap.
- Paquete de ropa cirugía mayor.
- Equipo de limpieza.
- Riñonera.
- Bolo.
- 2 contenedores metálicos cuadrado.
- Hoja bisturí N° 11.
- Equipo de irrigación.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 60 - 68

- Tubuladura de aspiración.
- Placa de retorno
- Manga laparoscópica.
- Bolsa para extracción de pieza operatorio.
- 1 frasco para recepción de la muestra patológica.
- Guantes quirúrgicos estériles de todas las medidas.
- Suturas: Vicryl 1 MR 30 o 35 con aguja atraumática, Nylon 4/0 TC 25 con aguja cortante.
- Gasas chicas.
- Antisépticos.
- 01 fco. de agua destilada.
- Frascos de Cloruro de sodio 9<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

### 6.3.- EXÁMENES AUXILIARES. (Actividades interdisciplinarias)

Los problemas en la vesícula biliar, los conductos biliares o el hígado pueden elevar el nivel de bilirrubina en la sangre. El médico también puede hacer pruebas para verificar los niveles de albúmina, enzimas hepáticas (fosfatasa alcalina, AST, ALT y GGT) y otras sustancias en la sangre.

#### 6.3.1.- DE PATOLOGÍA CLÍNICA.

Es más probable que la vesícula cause problemas si algo obstruye el flujo de bilis por los conductos biliares. Eso suele ocurrir con los cálculos biliares. Los cálculos se forman cuando hay sustancias en la bilis que se endurecen. En forma menos común se puede desarrollar cáncer en la vesícula




#### 6.3.2.- DE IMÁGENES.

Pruebas de diagnóstico por la imagen son:

- Ecografía. La ecografía es la mejor prueba de diagnóstico por la imagen para encontrar cálculos biliares.
- Colescintigrafía.

#### 6.3.3.- DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.

- Ultrasonido abdominal: Este es, por lo general, el primer test que se hace para evaluar la presencia de la colecistitis. El ultrasonido utiliza ondas sonoras para producir imágenes de la vesícula biliar y de los conductos biliares. Se utiliza para identificar señales de inflamación que involucran la vesícula biliar y es muy bueno para mostrar la presencia de cálculos biliares.
- La tomografía computarizada (TC) utiliza rayos X para producir imágenes detalladas del abdomen, del hígado, de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del intestino, para ayudar a identificar la presencia de inflamación en la vesícula biliar o un bloqueo en el flujo biliar. A veces (pero no siempre) también puede mostrar la presencia de cálculos biliares
- Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM): La CPRM es un tipo de examen por RMN que produce imágenes detalladas del hígado, de la vesícula biliar, de los conductos biliares, del páncreas y del conducto pancreático. Es muy buena para mostrar la presencia de cálculos biliares, de inflamación de la vesícula biliar o del conducto biliar, y de bloqueo del flujo biliar. Vea la página de Seguridad sobre Resonancia magnética para más información.
- Imágenes nucleares hepatobiliares: Este estudio por medicina nuclear utiliza una radiosonda que se inyecta para ayudar a evaluar trastornos del hígado, de la vesícula biliar, y del conducto biliar (sistema biliar). En el caso de la colecistitis aguda,

 	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 61 - 68

puede detectar el bloqueo del conducto cístico (el conducto que siempre está bloqueado en el caso de la colecistitis aguda).

#### **6.4.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.**

No aplica.

##### **6.4.1.- MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.**

Esta guía será de utilidad para estandarizar el procedimiento, así como ayuda a todo el personal nuevo que se incorpore al servicio de centro quirúrgico del Hospital de Chancay.

##### **6.4.2.- TERAPEUTICA MÉDICA.**

No aplica.

##### **6.4.3.- EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO MÉDICO.**

Algunos medicamentos pueden ocasionar efectos secundarios. Informe a su médico si alguno de estos síntomas es intenso o no desaparece:

- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Náuseas.
- Indigestión.
- Mareos.
- Dolor de cabeza.
- Vómitos.
- Tos, fiebre, dolor de garganta, secreción nasal u otros síntomas de infección.
- Dolor de espalda.
- Dolor muscular.
- Hinchazón, dolor o rigidez de las articulaciones.
- Pérdida del cabello.

##### **6.4.4.- SIGNOS DE ALARMA.**

Los signos de alarma que se presenten en el paciente post operado de colecistectomía laparoscópica son:

- Fiebre o tiritona.
- Enrojecimiento o supuración a través de las heridas.
- Náuseas y/o vómitos.
- Dolor abdominal intenso.
- Piel y/o ojos amarillos.
- Orina de color oscuro (como la Coca-Cola).

##### **6.4.5.- CRITERIOS DE ALTA MÉDICA.**

No aplica.



##### **6.4.6.- PRONÓSTICO MÉDICO.**

No aplica.

#### **6.5.- COMPLICACIONES.**

La colecistitis puede ocasionar una serie de complicaciones graves, entre ellas:



 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 62 - 68

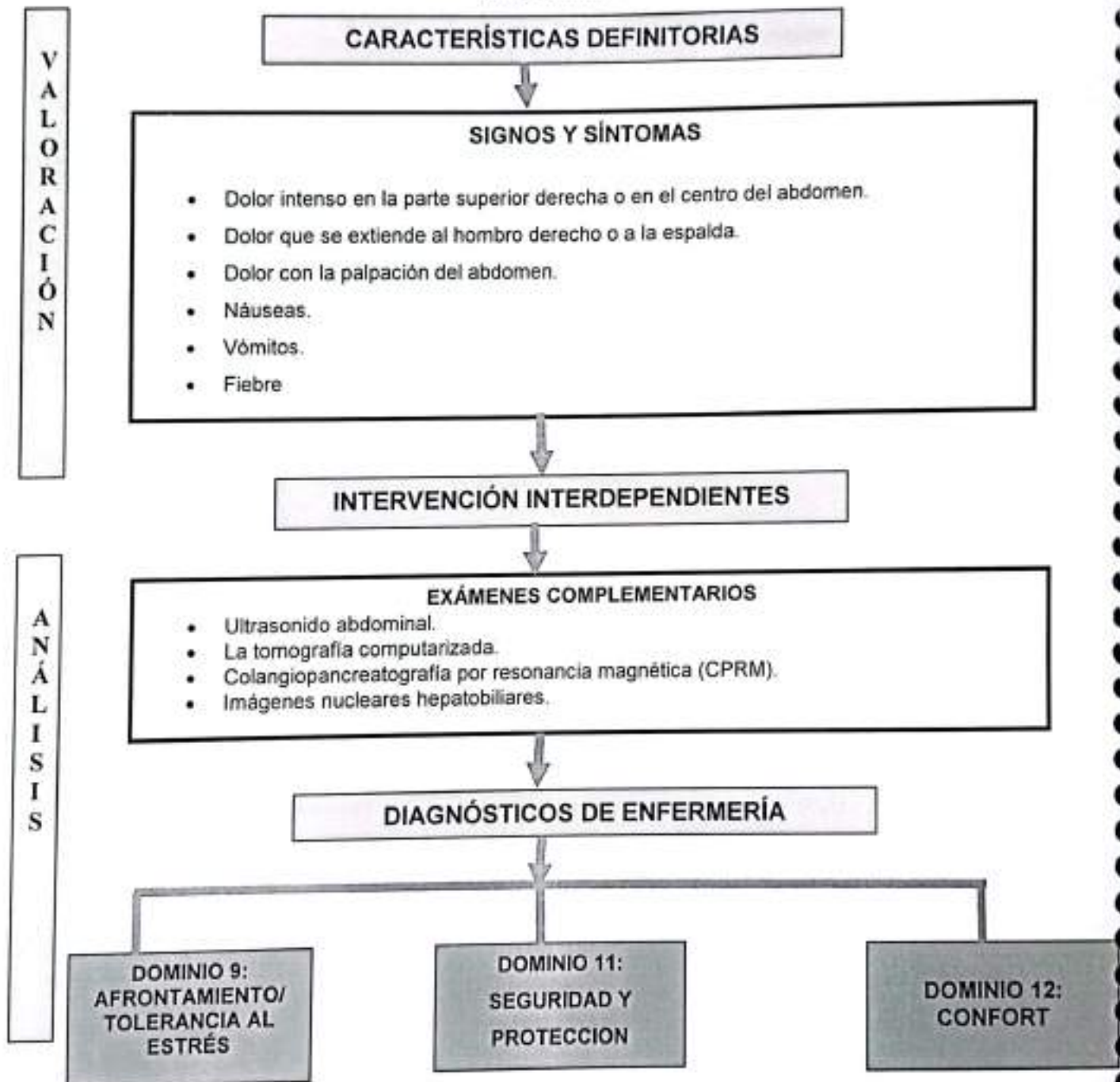
- **Infección en la vesícula:** Si se acumula bilis en la vesícula, lo que provoca colecistitis, esta se puede infectar.
- **Muerte del tejido de la vesícula:** Si la colecistitis no se trata, puede provocar la muerte del tejido de la vesícula (gangrena). Es la complicación más frecuente, especialmente, en las personas mayores, las que tienen diabetes y quienes esperan para recibir tratamiento. Esto puede provocar un desgarro o una rotura en la vesícula.
- **Desgarro de la vesícula:** Un desgarro (una perforación) en la vesícula se puede producir a partir de una inflamación, una infección o la muerte del tejido de la vesícula.

#### 6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

No aplica.

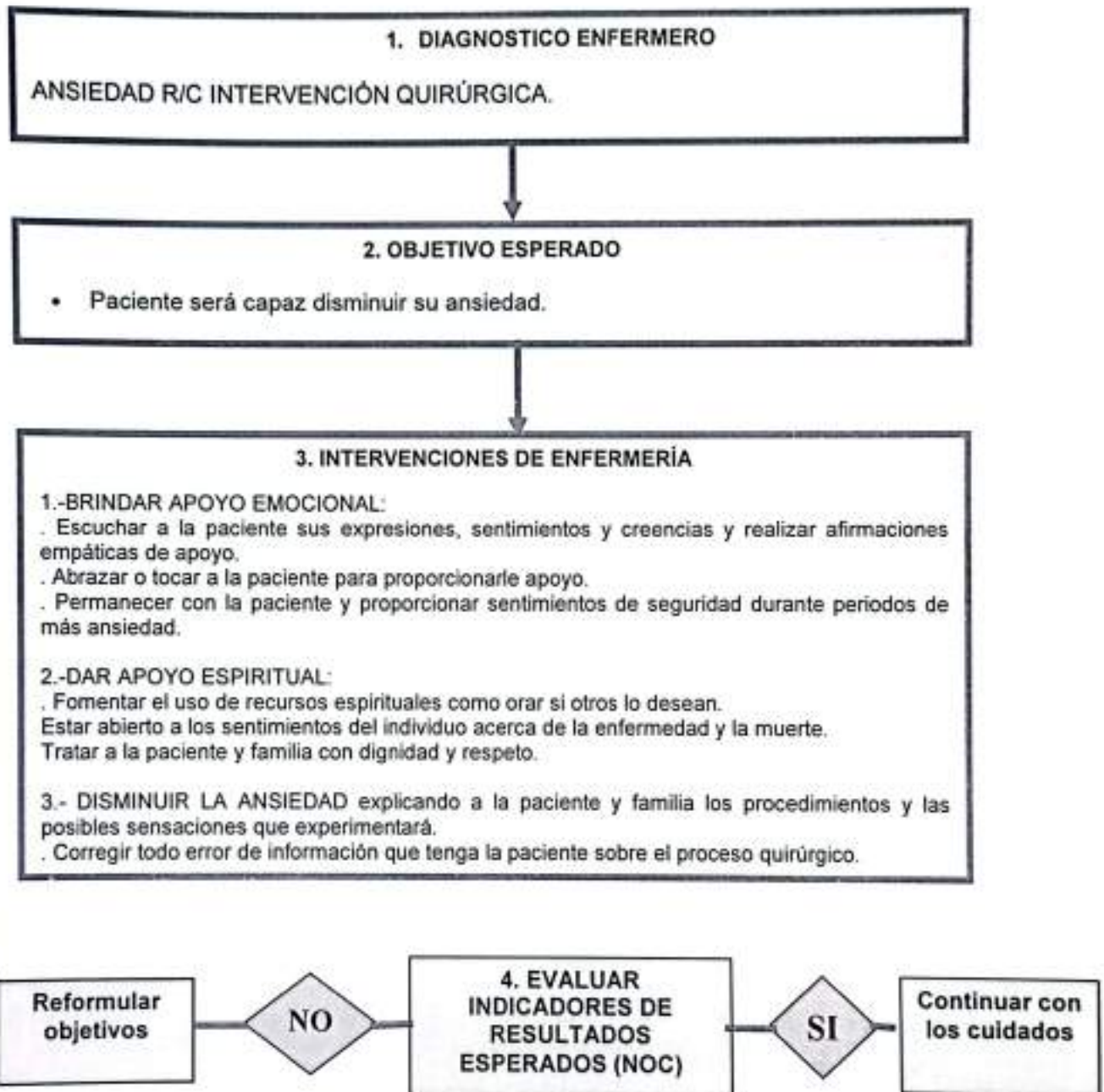
6.7.- FLUXOGRAMA.



Flujograma 1



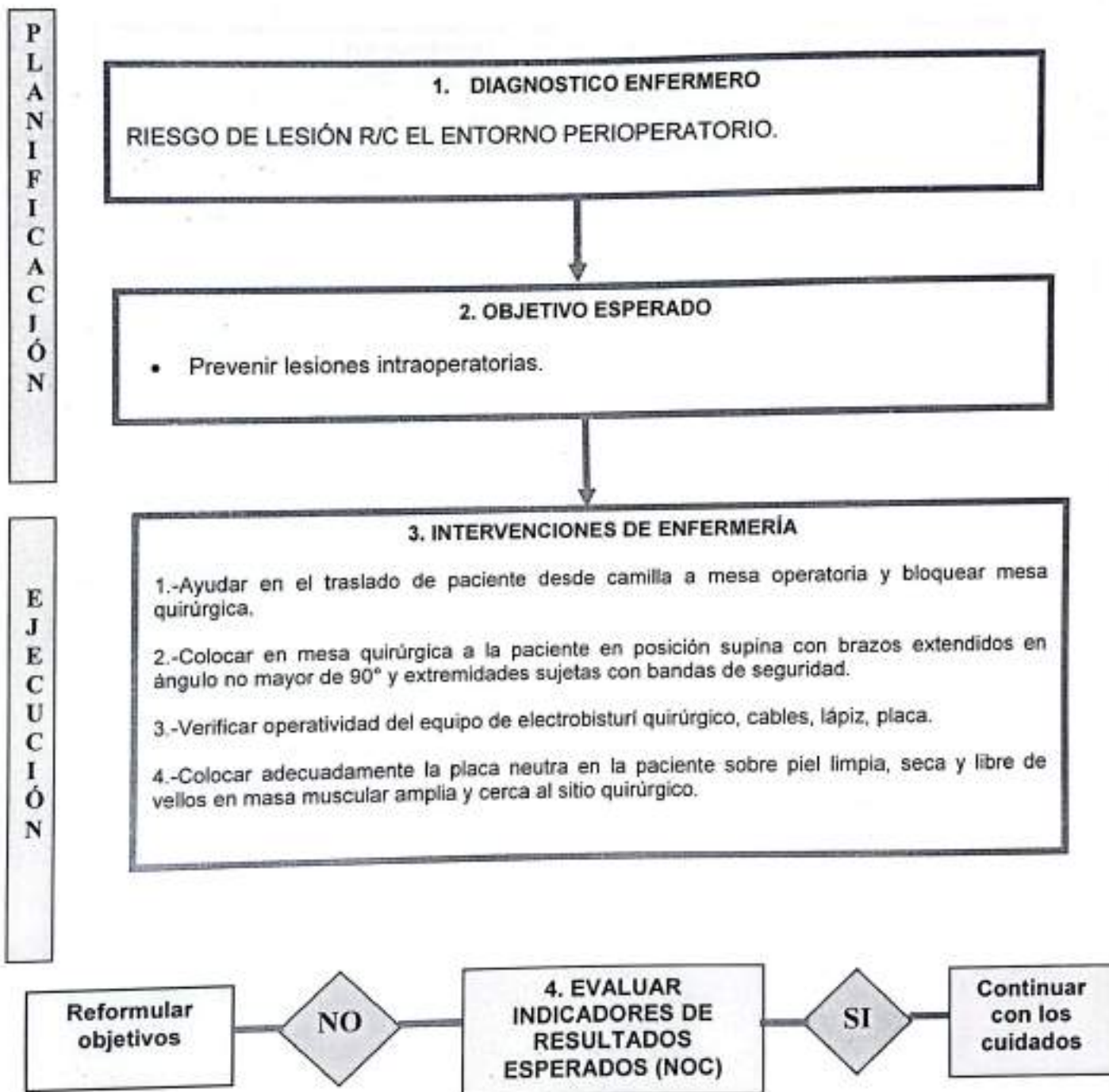




### Flujograma 2



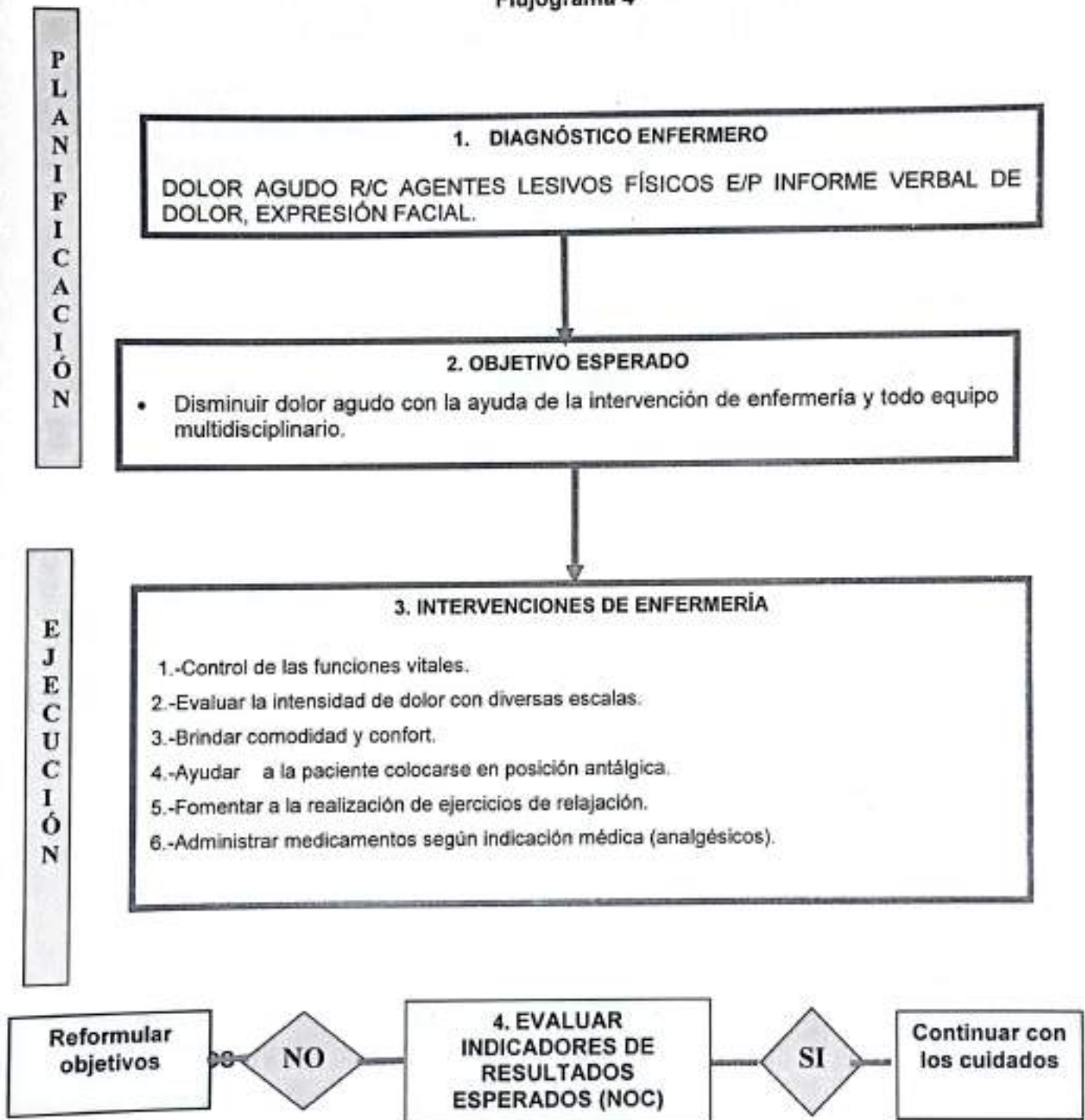
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA          SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 65 - 68



**Flujograma 3**



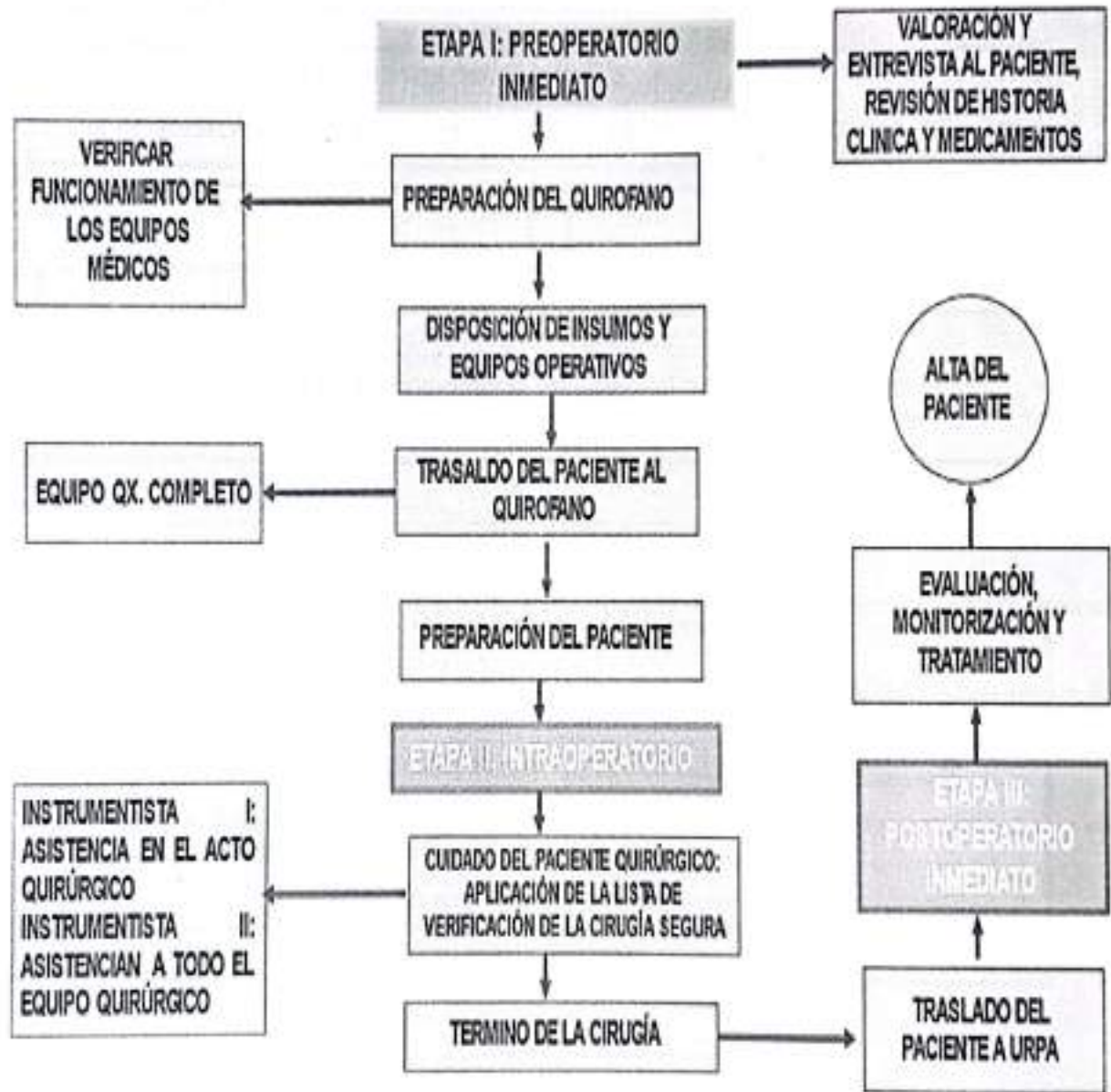
 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 66 - 68



Flujograma 4



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 67 - 68

**MANEJO DEL PACIENTE PARA UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL PERIODO PERI OPERATORIO**



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>	Edición N° 001 Páginas 68 - 68

### VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

- [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_183\\_Ves%C3%ADculas%20y%20v%C3%ADDas%20biliares.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_183_Ves%C3%ADculas%20y%20v%C3%ADDas%20biliares.htm)
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cholecystectomy/about/pac-20384818>
- <https://www.sages.org/publications/patient-information/informacion-para-el-pacientecolecistectomia-laparoscopia/>
- [https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medicine\\_technology.colelap&hl=es&gl=US](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medicine_technology.colelap&hl=es&gl=US)
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000117.htm>
- <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/CPRE%20Colelap%20Raul>



PERU Ministerio de Salud

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA**





**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

Edición N° 001

Páginas 69 - 68



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 69 - 84

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL

### I.- FINALIDAD.

Aportar un manejo adecuado de pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico en Hernioplastia Umbilical, al cumplimiento de la guía de atención, brindando una atención garantizada de calidad y a la vez potenciar nuestra atención en el Servicio de Centro Quirúrgico.

### II.- OBJETIVO.

Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en enfermería en instrumentación quirúrgica, en la plastia de hernia umbilical, con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante una guía de atención con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

#### 2.1.- Objetivos específicos:

- Brindar atención integral con calidad y calidez al paciente quirúrgico en el intraoperatorio y post operatorio inmediato.
- Uso adecuado de las técnicas apropiadas durante la atención por el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.
- Unificar criterios de atención para pacientes que recibirán el tratamiento quirúrgico de hernia umbilical, en el servicio de centro quirúrgico.
- Implementar las bases para la correcta atención de enfermería en el tratamiento quirúrgico de Hernioplastia umbilical.
- Incorporar un criterio homogéneo en el manejo tratamiento quirúrgico de Hernioplastia umbilical.

### III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Documento Técnico es de aplicación obligatoria en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay.

### IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.



#### 4.1.- NOMBRE DE LA GUÍA DE CUIDADOS: CÓDIGO.

Guía de intervención de enfermería en manejo de pacientes recibirán el tratamiento quirúrgico de hernioplastia umbilical en centro quirúrgico – 2022.

**CÓDIGO: 005 - 2022**

### V.- CONSIDERACIONES GENERALES.

La hernia umbilical es una patología con gran prevalencia en la población actual. Supone entre el adulto supone entre el 3% y 14% de las hernias de la pared abdominal, siendo la segunda en frecuencia tras las hernias inguinales. Su aparición es más frecuente entre la edad de los 40-60 años y se relaciona con factores que favorecen la distensión abdominal como obesidad, cirrosis hepática, ascitis, pacientes sometidos a diálisis peritoneal o mujeres principalmente multíparas y obesas.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 70 - 84

Debido al riesgo de incarceration está indicada la reparación quirúrgica desde el momento que el medico realiza el examen clínico concluyendo en el diagnóstico definitivo. De tal forma que se evitaría complicaciones posteriores que pondrían en riesgo la vida del paciente.

### 5.1.-DEFINICIÓN:

Es una técnica quirúrgica cuya finalidad para reparar una hernia umbilical. Una hernia umbilical es un saco (bolsa) formado del revestimiento interno del vientre (cavidad abdominal) que se abre camino a través de un agujero en la pared abdominal a nivel del ombligo.

### 5.2.-ETIOLOGÍA:

Cualquier actividad o problema de salud que incremente la presión del tejido y los músculos de la pared abdominal puede llevar a una hernia, incluso: estreñimiento crónico y pujar (hacer esfuerzo) fuertemente para defecar. Tos crónica o estornudos.

### 5.3.-FISIOPATOLOGÍA:

Una hernia umbilical se produce cuando una parte del intestino sobresale a través de la abertura de los músculos abdominales cerca del ombligo. Las hernias umbilicales son frecuentes en los bebés, pero también pueden afectar a los adultos.

### 5.4.-ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Las hernias inguinales representan 75% de las hernias de la pared abdominal, siendo más frecuente en el sexo masculino con respecto al femenino, presentándose con más frecuencia entre las edades 30 y 59 años. Las hernias indirectas son las más frecuentes, representan el 79% de todas las hernias inguinales, las directas le sigue con un 18% y por ultimo las femorales 3%. La reparación de la hernia inguinal constituye el procedimiento quirúrgico más realizado por cirujanos generales, mientras que a nivel mundial es la segunda cirugía más frecuente. Se realiza aproximadamente 20 millones de operaciones para la reparación de hernias inguinales al año. Esto da una noción de la importancia que significa la patología herniaria en la región inguinal a nivel mundial, así como la repercusión económica que causa la hernia inguinal, desde su diagnóstico hasta su reparación y manejo, así como las posibles secuelas que pudiese darse.



**5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:** En muchos estudios sistemáticos, se ha descrito mayor prevalencia en mujeres de 30 a 59 años, personas obesas y mujeres multiparas,

#### 5.5.1 Medio ambiente:

No aplica.

#### 5.5.2 Estilos de vida:

- Constipación crónica: El esfuerzo durante la defecación es una causa frecuente de hernias inguinales.
- Tos crónica: Una tos crónica, como la de fumar, aumenta el riesgo de hernia inguinal
- El sobrepeso: Obesidad moderada a severa aumenta la presión sobre el abdomen.
- Embarazo: Puede tanto debilitar los músculos abdominales, como causar aumento de la presión dentro del abdomen.
- Ciertas ocupaciones: Tener un trabajo que requiera estar de pie por largos períodos o haciendo trabajo físico pesado aumenta el riesgo de desarrollar una hernia inguinal.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 71 - 84

### 5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS Y OTROS.

- El sexo: Los varones son mucho más propensos a desarrollar una hernia inguinal. Además, la gran mayoría de los recién nacidos y los niños que desarrollan hernias inguinales son varones.
- Antecedente de hernia inguinal: Si se ha tenido una hernia inguinal, es mucho más probable que desarrolles otra, por lo general en el lado opuesto.

## VI.- CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.

### 6.1.-CUADRO CLÍNICO:

Los pacientes presentan una amplia variedad de cuadros clínicos, desde la ausencia de síntomas hasta un padecimiento que pone en peligro la vida por lo cual es originado por estrangulación del contenido encarcerado de la hernia inguinal. En personas asintomáticas puede diagnosticarse la hernia inguinal durante un examen físico de rutina o cuando buscan atención médica por un abultamiento doloroso en la ingle. Es más probable que induzcan síntomas las hernias indirectas que las directas. Es un problema el dolor intenso de la ingle consecutivo a tensión inguinal porque muchas veces los sujetos también tienen una hernia inguinal asintomática concurrente, que se descubre cuando se centra la atención en la tensión inguinal. Si se determina de modo inapropiado que el dolor proviene de la hernia, se establece el medio para el síndrome doloroso posterior a herniorrafia. Las descripciones de los pacientes de la molestia por hernias sintomáticas son muy variables. Muchos comentan una sensación de pesadez o tiramiento incómodo que tiende a empeorar a medida que transcurre el día. El dolor suele ser intermitente y es común que se irradie al testículo. Se presenta el dolor agudo localizado o difuso. Los individuos con dolor en especial intenso tal vez necesiten reclinarsse durante un tiempo breve o utilizar otras técnicas que alteran la postura. En ocasiones, los enfermos deben reducir de forma manual la hernia para obtener alivio. Aunque las hernias inguinales tienden a ocurrir con mayor frecuencia en quienes llevan a cabo labores pesadas, es muy raro un antecedente de inicio súbito de dolor después de un episodio específico de levantamiento de un objeto pesado, excepto en trabajadores.

#### 6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS.

El cuadro clínico se presenta con dolor en zona donde se encuentra la hernia, área umbilical.  
Protuberancia a nivel de zona umbilical.  
Protuberancia en la parte supra umbilical.

#### 6.1.2.- INTERACCIÓN CRONOLOGICA.

Puede desarrollarse progresivamente en un tiempo determinado de meses e incluso años.

#### 6.1.3.- GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.



PERÚ

Ministerio de Salud

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTIA UMBILICAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

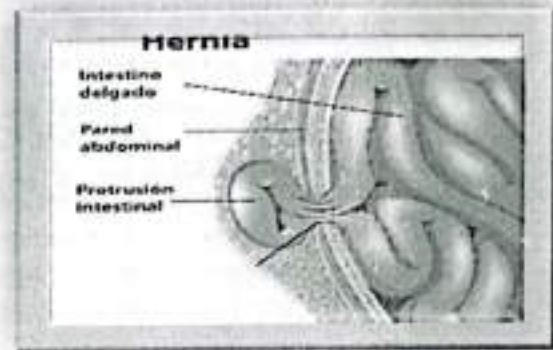


Edición N° 001

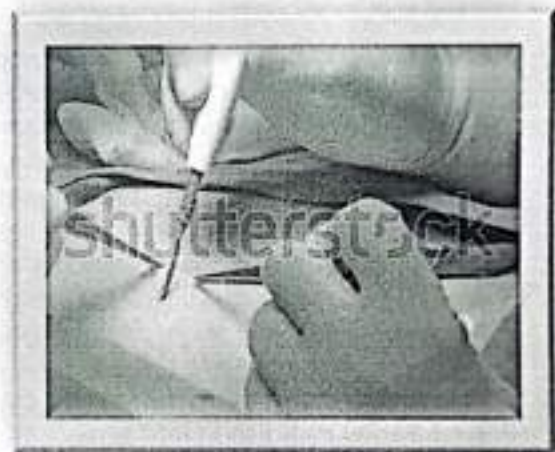
Páginas 72 - 84

## TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HERNIOPLASTIA UMBILICAL

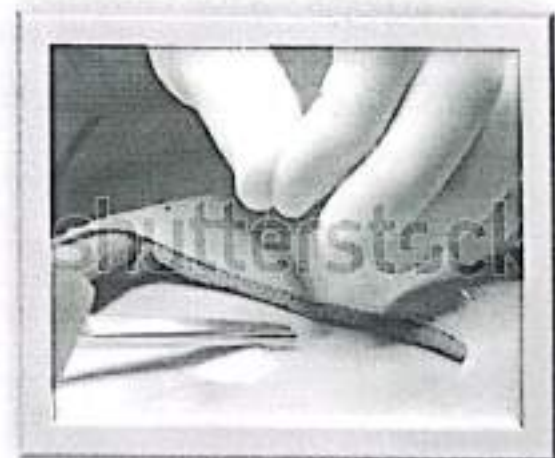
IMAGEN DE HERNIA UMBILICAL





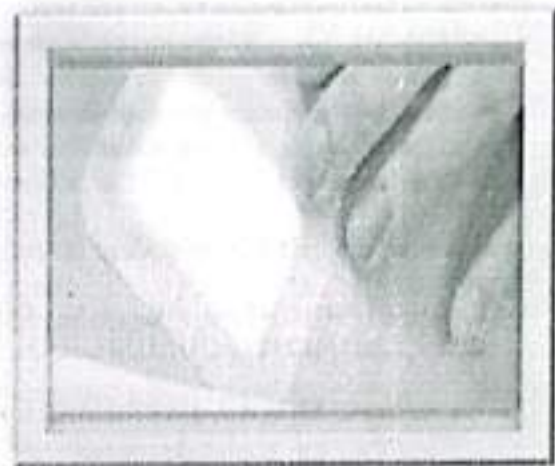
USO DE ELECTROBISTURI



TÉCNICA DE CIERRE DE INSICIÓN QUIRÚRGICA



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 73 - 84



#### **6.2.-DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

No aplica.

##### **6.2.1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MEDICOS.**

No aplica.

##### **6.2.2.- DIAGNÓSTICO MEDICO DIFERENCIAL.**

No aplica.

##### **6.2.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.**

###### **DOMINIO 9:**

Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

###### **CLASE 2:**

Respuestas al afrontamiento.

- Ansiedad r/c el temor a la intervención quirúrgica, cambio en el entorno, manifestado por llanto.

###### **DOMINIO 11:**

Seguridad y protección.

###### **CLASE 2:**

Lesión física.



- Riesgo de lesión r/c el entorno operatorio (traslado y posición de los equipos biomédicos)

###### **DOMINIO 12**

Confort.

###### **CLASE 1**

Confort físico.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 74 - 84

- Dolor r/c lesión tisular por agente lesivo físico.

#### **DOMINIO 11**

Seguridad y protección.

#### **CLASE 2**

Lesión física.

- Riesgo de infección r/c el procedimiento invasivo y defensas secundarias inadecuadas.



### **6.2.4 FUNCIONES DE LA INSTRUMENTISTA I Y II DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

#### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA II:**

- Verificar el plan de operaciones y el tipo de intervenciones que se realizarán.
- Verificar que el quirófano esté operativo, comprobando el funcionamiento de los diversos aparatos: sistemas de aspiración, bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Recibir al paciente, realizar la entrevista, revisar la historia clínica y las medicinas y trasladar juntamente con el anestesiólogo al paciente al quirófano.
- Colaborar en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Colaborar con el anestesiólogo en la inducción anestésica y la preparación de la monitorización.
- Ayudar a vestirse a la enfermera instrumentista I, entregando a la misma todos los elementos necesarios para la operación.
- Ayudar a vestirse a cirujanos y ayudantes.
- Colabora con el personal de instrumentación y los cirujanos durante la intervención en todo lo necesario, actuando desde fuera del campo estéril.
- Controlar durante la intervención el funcionamiento de los sistemas de aspiración, el bisturí eléctrico, lámpara cialítica, etc.
- Mantener el quirófano ordenado durante la intervención quirúrgica.
- Colaborar con la enfermera instrumentista I, en el recuento de gasas, compresas y demás elementos en la última parte de la intervención. Colaborar en la finalización de la operación, colocando apósitos externos, fijando drenajes y sondas, etc.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla y en su traslado al área de recuperación post anestésica (URPA).
- Realiza el llenado de registros y notas de enfermería, etc.
- Prepara el quirófano para las sucesivas operaciones.

#### **6.2.5 FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:**

- Conocer de antemano la operación a realizar.
- Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
- Realizar el lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles y poniéndose los guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
- Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTIA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 75 - 84

- Ayudar a colocar los campos estériles.
- Participar en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura.
- Entregar los elementos solicitados por los cirujanos.
- Mantener en todo momento los instrumentales quirúrgicos limpio, para lograr esto, limpiara con una gasa humedecida con agua destilada. Con esta buena práctica se evitarán que la sangre se impregne en los instrumentales, la corrosión del instrumental y mantener una adecuada asepsia.
- Contar juntamente con la Enfermera instrumentista II las gasas con hilo radiopaco, el número de piezas, las agujas, las veces que sea necesario.
- Limpiar la zona intervenida y cubrir la herida con apósito estéril.
- Colaborar en la desinfección final.
- Retirar las hojas de bisturi, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.
- Ayudar al traslado del paciente a la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados, así como disponer para el prelavado, limpieza y esterilización.
- Colaborar con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada para la siguiente cirugía.



#### **EQUIPOS NECESARIO:**

- Equipo de Hernia.
- Equipo de anestesia epidural.
- Aspirador.
- Electrobisturí.
- 1 equipo de limpieza para la zona a intervenir.
- 1 riñonera.
- Bolos.

#### **MATERIALES NECESARIOS:**

- Medicinas de anestesia.
- Insumos y medicinas de cirugía.
- Ropa de Cirugía mayor.
- Suturas: Vicryl del N° 1 MR 30 o 35 con aguja atraumática, Nylon N°1 MR 35 con aguja atraumática, Nylon N° 3/0 MR 25 con aguja cortante.
- Malla de polipropileno.
- Sistema de aspiración.
- Lápiz de electrobisturí.
- Placa de retorno.
- Gasas y compresas.
- Antisépticos.
- Frascos de Cloruro de sodio.
- 1 fco de Agua destilada.

### **6.3.- EXÁMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTIA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 76 - 84

La hernia umbilical se diagnostica mediante un examen físico. En algunas ocasiones, los estudios de diagnóstico por imágenes, como una ecografía abdominal o una exploración mediante una tomografía computarizada, se emplean para detectar complicaciones.

#### **6.3.1.- DE PATOLOGÍA CLÍNICA.**

Una hernia umbilical se produce cuando una parte del intestino sobresale a través de la abertura de los músculos abdominales cerca del ombligo. Las hernias umbilicales son frecuentes y, en general, son inofensivas. Las hernias umbilicales son más frecuentes en los bebés, pero también pueden afectar a los adultos.

#### **6.3.2.- DE IMÁGENES.**

Cuando el diagnóstico de una hernia no está claro o se barajan otras opciones, es necesario recurrir a pruebas diagnósticas más avanzadas. La primera opción sería la realización de una ecografía o ultrasonido, dependiendo del área donde se sospeche la lesión herniaria se realizaría el ultrasonido correspondiente.

#### **6.3.3.- DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.**

La hernia umbilical se diagnostica en ocasiones mediante estudios de diagnóstico por imágenes, como:

- Ecografía abdominal.
- Tomografía computarizada.

### **6.4.-MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.**

#### **6.4.1.- MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.**

- Tratamiento a la obesidad.
- Tratamiento de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Tratamiento de enfermedades que originen aumento de la presión intrabdominal.

#### **6.4.2.- TERAPEUTICA MÉDICA.**

No aplica.

#### **6.4.3.- EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO.**

Los efectos adversos son los efectos indeseables, pero mayormente temporarios que puede tener después del procedimiento son:

- Rechazo al material protésico en caso se utiliza.
- Reacción al componente de sutura.
- Recidiva de hernia umbilical.
- Granuloma.

#### **6.4.4.- SIGNOS DE ALARMA.**

- Cambios cutáneos.
- Infección de sitio operatorio.
- Aparición de masa.





#### 6.4.5.- CRITERIOS DE ALTA

- No aplica

#### 6.4.6.- PRONÓSTICO MEDICO.

- No aplica

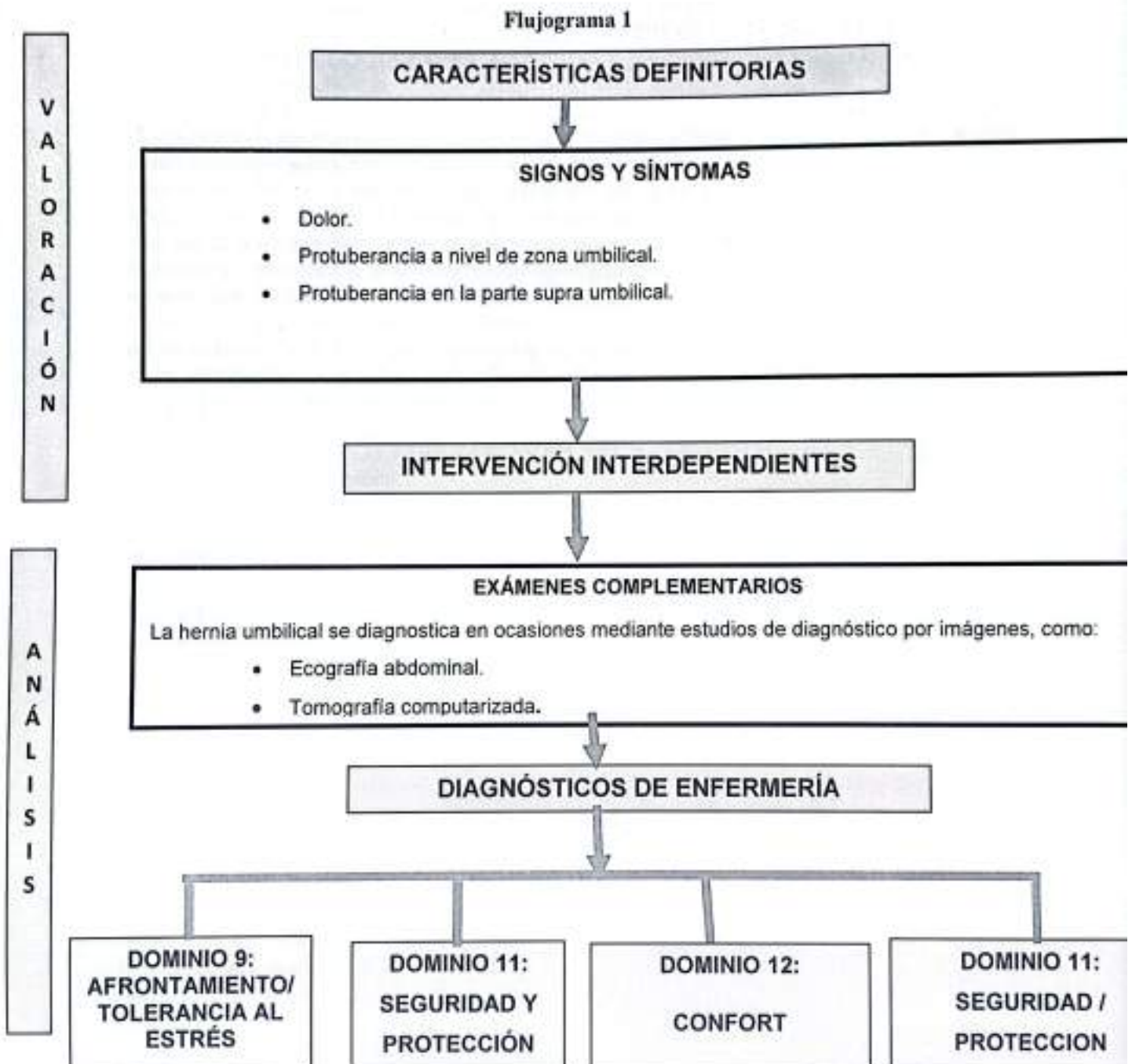
#### 6.5.- COMPLICACIONES.

- En los niños, las complicaciones de una hernia umbilical son poco frecuentes. Las complicaciones pueden producirse cuando el tejido abdominal que sobresale queda atrapado (encarcelado) y no se puede empujar para que vuelva a la cavidad abdominal. Esto disminuye la irrigación sanguínea en el segmento de intestino atrapado y puede producir dolor abdominal y daño en el tejido. Si al segmento de intestino atrapado se le corta por completo la irrigación sanguínea, puede haber muerte del tejido. La infección puede diseminarse a toda la cavidad abdominal y provocar un cuadro que pone en riesgo la vida.
- Los adultos con hernia umbilical son un poco más propensos a la obstrucción de los intestinos. En general, se requiere una cirugía de urgencia para tratar estas complicaciones.

#### 6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

No aplica.

### 6.7.- FLUXOGRAMA.







P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N

E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N

Flujograma 2



 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 80 - 84

Flujograma 3

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó  
N

**1. DIAGNOSTICO ENFERMERO**  
 RIESGO DE LESIÓN R/C CON EL ENTORNO OPERATORIO (traslado y posición de los equipos biomédicos).

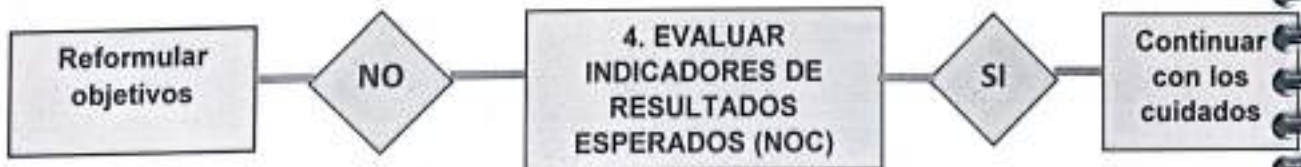
**2. OBJETIVO ESPERADO**



- Prevenir lesiones en paciente intraoperatorio.

**3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Ayudar en el traslado de paciente desde camilla a mesa operatoria y bloquear mesa quirúrgica.
- Colocar en mesa quirúrgica a la paciente en posición supina con brazos extendidos en ángulo no mayor de 90° y extremidades sujetas con bandas de seguridad.
- Verificar operatividad del equipo de electrobisturí quirúrgico, cables, lápiz, placa.
- Colocar adecuadamente la placa neutra en la paciente sobre piel limpia, seca y libre de vellos en masa muscular amplia y cerca al sitio quirúrgico.

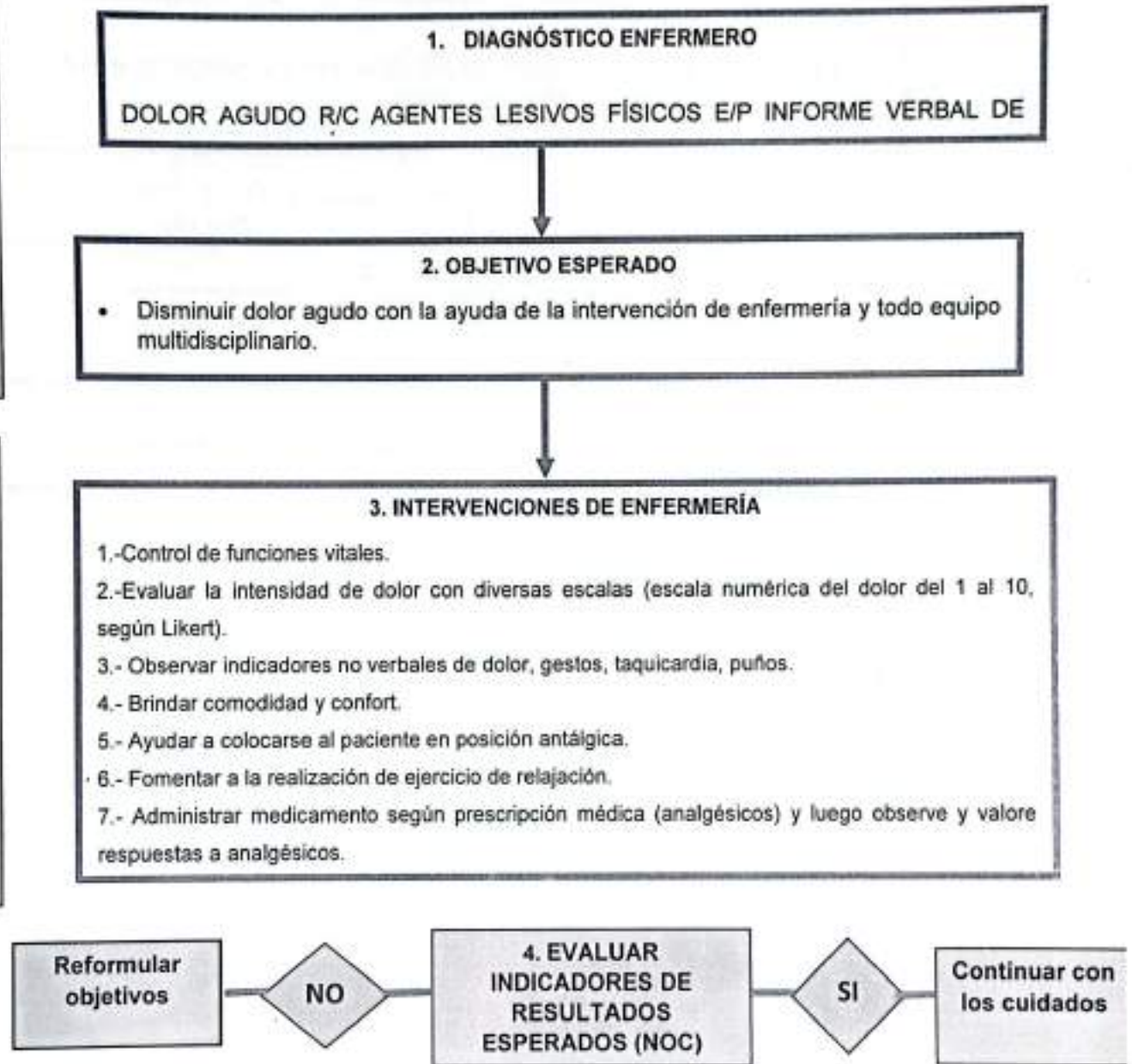
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N



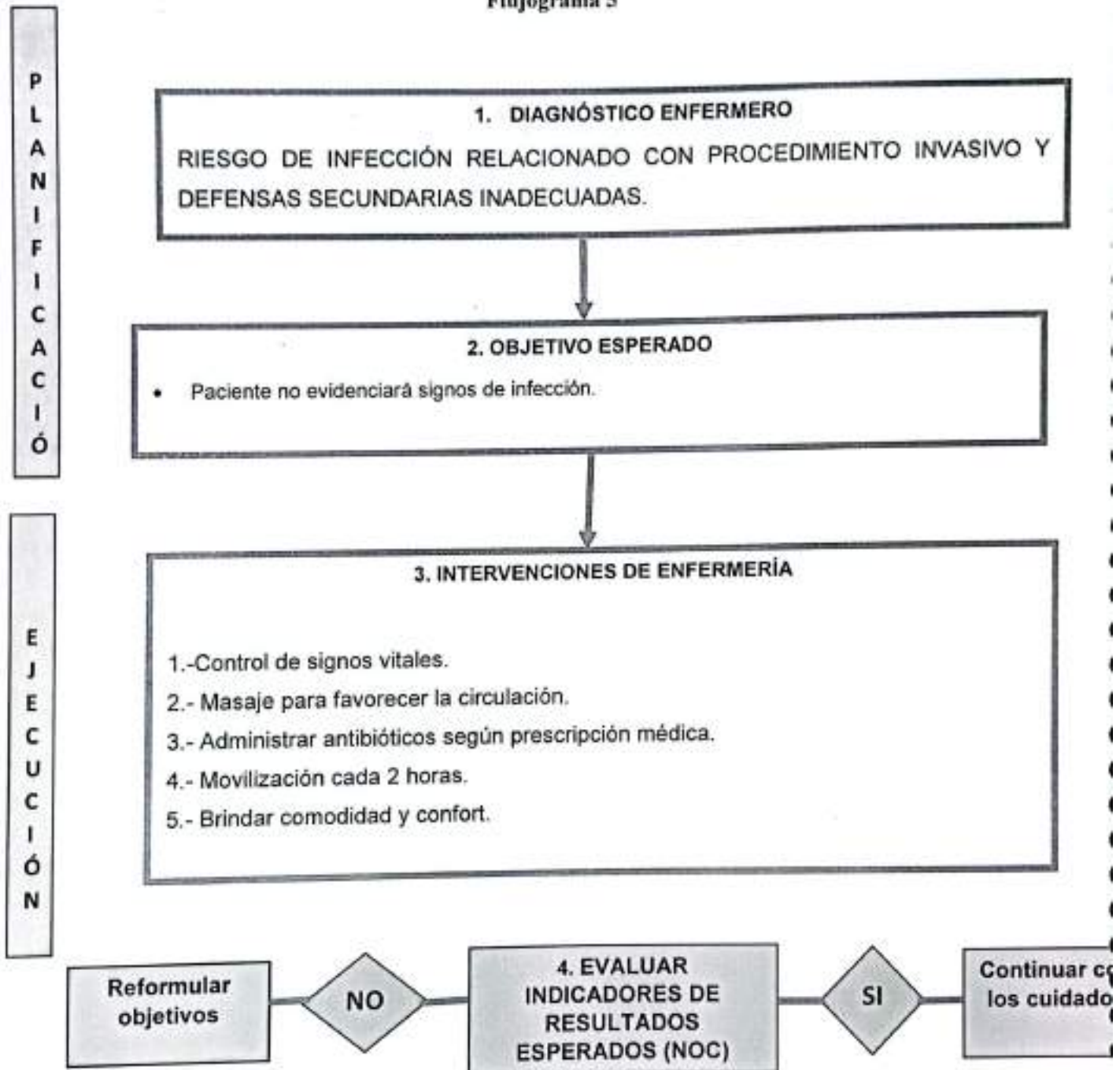
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 81 - 84



Flujograma 4

PLANIFICACIÓN  
  
 EJECUCIÓN



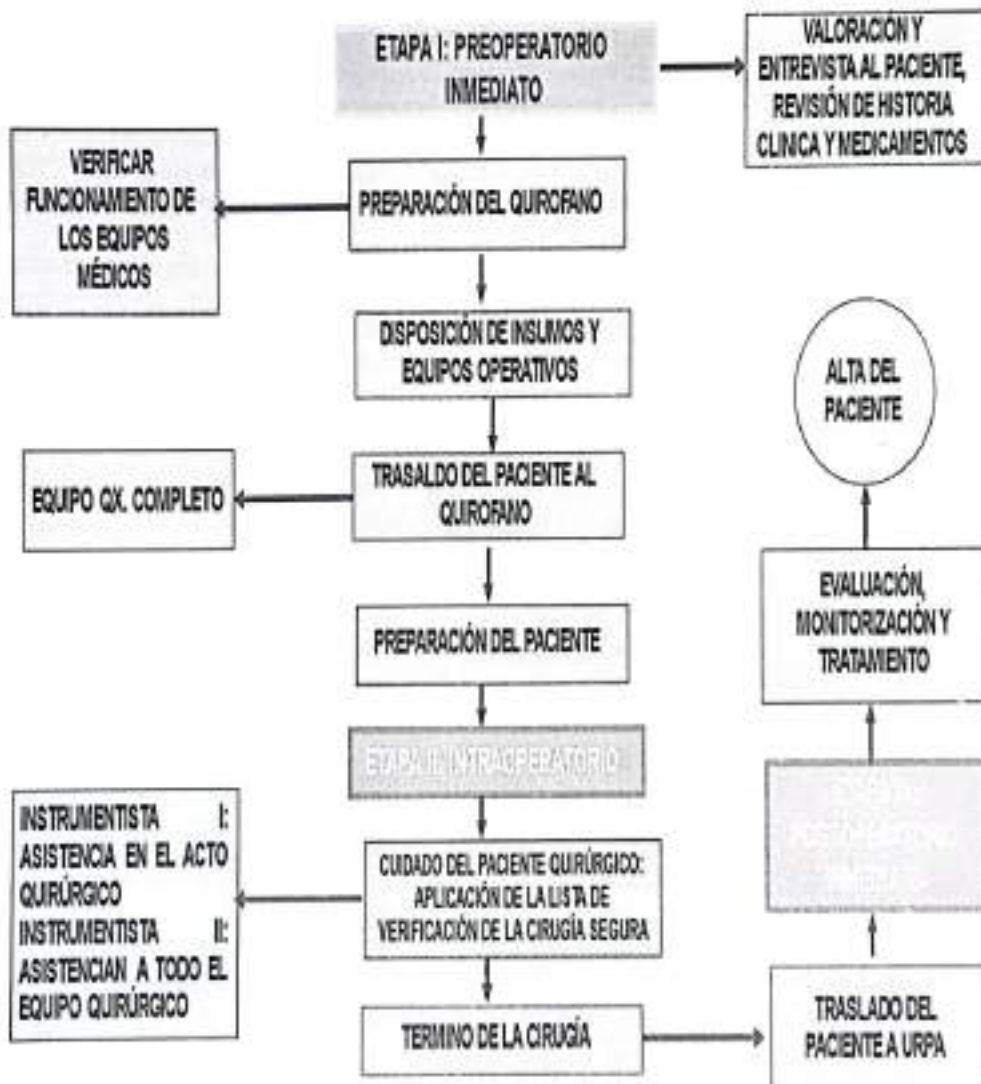
Flujograma 5






 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 83 - 80

**VII.- ANEXOS.**

**MANEJO DEL PACIENTE PARA UNA HERNIOPLASTIA UMBILICAL EN EL PERIODO PERIOPERATORIO**





  PERU Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN HERNIOPLASTÍA UMBILICAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 84 - 80

#### VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

- García VF. Hernias umbilicales y otras de la pared abdominal. En: Ashcraft KW, editor. Cirugía pediátrica. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 684-686.
- Hernia Inguinal: Cirugía Laparoscópica VS. Cirugía abierta [Internet]. Lima, Perú: Clínica Santa María [Citado el día 20 de septiembre 2017]. Disponible en: <http://clinasantamaria.pe/cirugia-hernias-lima/>
- Hernia inguinal. [Internet]. México: Omega [Citado el 27 de jul. del 2017]. Disponibles en: [http://www.onmeda.es/enfermedades/hernia\\_inguinalmas-informacion-33299ht.ml](http://www.onmeda.es/enfermedades/hernia_inguinalmas-informacion-33299ht.ml).
- Pinzon f, Rincon F, Espitia E, Dominquez L. Herniorrafia inguinal abierta versus laparoscópica y con nuevos materiales protésicos: análisis de su efectividad clínica y económica para el paciente, el hospital y el sistema sanitario. Rev. Colomb. Cir. [Internet]. 2011, Oct. [Citado el 14 de Agos. Del 2017]; 26 (4): pp. 242-259. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822011000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822011000400003)



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 85 - 101

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA

### I. FINALIDAD.

La finalidad de esta Guía es unificar criterios de Recuperación Post Anestésica en los pacientes post-operados de colecistitis crónica calculosa con técnica de cirugía laparoscópica, para identificar factores que puedan incrementar riesgos o efectos adversos post operatorios inmediatos.

### II. OBJETIVO.

El objetivo de esta guía de práctica clínica es dar a conocer la importancia que tienen los cuidados post anestésicos y post quirúrgicos en la recuperación del paciente y el valor que tiene la calidad en la atención de estos, que se va a ver reflejada en una menor incidencia de errores humanos y de complicaciones, incluso los mismos riesgos que atañen a estos procedimientos, pueden ser reconocidos y manejados precozmente.

#### 2.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Brindar atención integral con calidad y calidez al paciente quirúrgico en la Unidad de Recuperación post Anestésica (URPA).
- Unificar criterios de atención para pacientes post operados inmediato en URPA.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Guía de Procedimiento es de aplicación por el personal profesional de enfermería en la unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), del hospital de Chancay y será utilizada a todos los pacientes post operados con técnica de cirugía laparoscópica, independientemente del grupo étnico y sexo al cual pertenezca.

### IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA.

#### 4.1.- NOMBRE Y CÓDIGO.



Pacientes Post Operado de Colecistitis Crónica Calculosa con técnica de cirugía Laparoscópica en URPA.

CÓDIGO: 006 - 2022

### V. CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 5.1.- DEFINICIÓN.

- Colelitiasis asintomática: Se conoce como colelitiasis a la presencia de cálculos en la vesicular biliar sin desarrollar síntomas, siendo el diagnóstico un hallazgo indirecto de un examen de imágenes de la región abdominal.
- Cólico biliar: Es el dolor abdominal generado por la contracción de la vesícula y movilización de los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b> <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	 Edición N° 001 Páginas 86 - 101
---	---	--

obstrucción transitoria. Los síntomas aparecen durante la obstrucción del cístico y posteriormente ceden. En la mayoría de los pacientes (59%) cursa como dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio. En un 24% el dolor puede ser torácico. El dolor es constante, de intensidad variable, puede irradiarse hacia la escápula derecha y asociarse a diaforesis, náuseas y vómitos.

- **Colecistitis crónica:** Consiste en una inflamación crónica de la pared de la vesícula. Los síntomas suelen ser leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal y dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio, ocasionalmente irradiado a la escápula derecha.
- **Colecistitis aguda:** Es una de las complicaciones de la colelitiasis, desencadenado por la obstrucción persistente del conducto cístico. Esto conlleva un aumento de la presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, produciendo una inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis.
- **Coledocolitiasis:** Es el hallazgo de cálculos vesiculares en el conducto colédoco, que sucede a consecuencia de la migración de los cálculos de la vesícula biliar. La coledocolitiasis puede manifestarse por dolor abdominal e ictericia.

#### **5.2.- ETIOLOGÍA.**

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Cuando un cálculo queda retenido en el conducto cístico y lo obstruye en forma persistente, se desarrolla una inflamación aguda. La estasis biliar promueve la liberación de enzimas inflamatorias (p. ej., fosfolipasa A, que convierte a la lecitina en isolecitina, mediador de la inflamación).



#### **5.3.- FISIOPATOLOGÍA.**

Los cálculos biliares de colesterol se forman principalmente debido a la secreción excesiva de colesterol por las células hepáticas y la hipomotilidad o el deterioro del vaciado de la vesícula biliar. Los síntomas y las complicaciones de la colelitiasis se producen cuando las piedras obstruyen el conducto cístico, los conductos biliares o ambos. La obstrucción temporal del conducto produce dolor cólico biliar, pero por lo general es de corta duración. Esto se conoce como colelitiasis sintomática. La obstrucción persistente del conducto puede provocar una colecistitis aguda. A veces, un cálculo biliar puede pasar a través del conducto cístico y alojarse e impactar en el conducto biliar común, causando obstrucción e ictericia. Esta complicación se conoce como coledocolitiasis.

#### **5.4.- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.**

En el Perú, un estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins estima que la incidencia de la colelitiasis es alrededor del 10%, sin embargo, esto puede variar según la ubicación geográfica. Teniendo como complicaciones la colangitis hasta en un 30% y pancreatitis hasta en un 11%. Además, se estima que alrededor del 14% de la población es portadora asintomática de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres.

La mayoría de las personas con cálculos en la vesícula biliar, no desarrollan síntomas y el diagnóstico se realiza de forma incidental al realizar un examen diagnóstico de imágenes en la región abdominal. Las personas con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos pueden nunca desarrollar síntomas o complicaciones.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 87 - 101

El desarrollo de síntomas puede manifestarse como dolor abdominal, cólico biliar, acompañarse de fiebre: colecistitis aguda o ictericia si el cálculo obstruye la vía biliar: coledocolitiasis.

### 5.5.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

En muchos estudios sistemáticos., se ha descrito mayor prevalencia de colelitiasis en mujeres de 30-59 años, personas obesas y mujeres multiparas, motivo por el cual los siguientes tres puntos no se desarrollan.

#### 5.5.1.- MEDIO AMBIENTE.

- Origen étnico: Los estadounidenses de origen mexicano e indio, sobre todo del sudoeste de los Estados Unidos, son más propensos a desarrollar cáncer de vesícula biliar que la población en general.

#### 5.5.2.- ESTILOS DE VIDA.



- Consumo de esteroides sexuales, varios estudios han demostrado que la administración exógena de estrógenos incrementa la frecuencia de colelitiasis y es posible que la progesterona también constituya un factor litogénico, dado que aumenta la saturación biliar de colesterol en humanos.
- Consumo de drogas que predisponen a la colelitiasis destacan algunos hipolipidemiantes como el clofibrato, que reduce los niveles plasmáticos del colesterol aumentando su secreción biliar, además de disminuir la síntesis y el pool de sales biliares, lo que crea condiciones de riesgo para el desarrollo de cálculos.
- La obesidad predispone a la enfermedad litiásica, atribuyéndose a una mayor secreción del colesterol biliar probablemente relacionado a un aumento en la síntesis corporal total del colesterol.

Las personas deben eliminar de la dieta los siguientes alimentos:

- Cualquier comida o bebida denominada "light".
- Yemas de huevo, por su alto colesterol. Huevos duros.
- Carnes rojas, embutidos y patés.
- El exceso de grasa puede producir piedras en la vesícula.
- Pescado azul.
- Verduras y hortalizas que producen gases, como la coliflor, el repollo o los pimientos.
- Frutas ácidas o confitadas.
- Aceites, frituras y frutos secos como las nueces y almendras o encurtidos como las aceitunas.
- Dulces, por su alto contenido en azúcar, que dificultan su digestión.
- Comida picante.
- Bebidas con estimulantes, como el café, el té o el alcohol.

#### 5.5.3.- FACTORES HEREDITARIOS.

- Edad: La mayoría de las personas con diagnóstico de cáncer de la vesícula biliar tiene más de 70 años.
- Sexo: Mujer.

 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 88 - 101

- Existen varios fenotipos derivados de genes que son responsables de las variaciones en los diferentes tipos de lipoproteínas y que a su vez afectan la cantidad de colesterol disponible en la vesícula.
- Patologías como diabetes, insuficiencia de la vesícula biliar para vaciar la bilis cirrosis hepática o infecciones de las vías biliares.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

### 6.1.- CUADRO CLÍNICO.

#### 6.1.1.- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

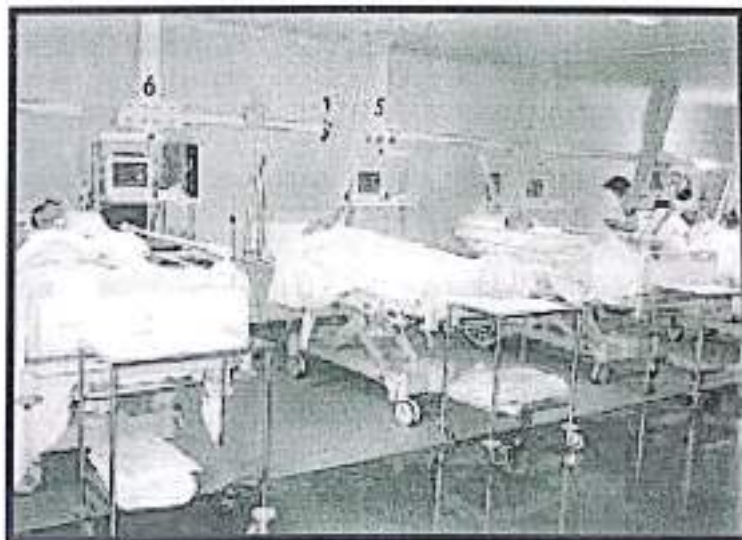
Muchos pacientes con cálculos biliares no manifiestan síntomas y son descubiertos de manera incidental. Sin embargo, con el paso de los años los cálculos biliares asintomáticos pueden desarrollar complicaciones que presentaran diversos síntomas dependiendo de la patología.



PATOLOGÍA	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Colelitiasis.	Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen.
Colecistitis aguda.	Masa, dolor, hipersensibilidad en cuadrante superior derecho. Fiebre > 38°C
Coledocolitiasis.	Ictericia.

#### 6.1.2.- INTERACCIÓN CRONOLOGICA.

Puede desarrollarse progresivamente en un tiempo determinado.

#### 6.1.3.- GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS.



 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 89 - 101

## 6.2.- DIAGNÓSTICO.

### 6.2.1.- CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.

No aplica.

### 6.2.2.- DIAGNÓSTICO MÉDICO DIFERENCIAL.

- No aplica.

### 6.2.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

#### DOMINIO 12

Confort.

#### CLASE 1

Confort físico:

- Dolor r/c traumatismo de los tejidos secundario a intervención quirúrgica e/p fascie de dolor.

#### DOMINIO 11

Seguridad y protección.

#### CLASE 2

Riesgo de asfixia.

- Alteración del patrón respiratorio R/C disminución del estado de conciencia evidenciado por efectos residuales de anestesia.

#### DOMINIO 12

Confort.

#### CLASE 2

Confort físico.

- Náuseas r/c la estimulación por fármacos anestésicos.

#### DOMINIO 11

Seguridad y protección.

#### CLASE 2

Lesión física.

- Riesgo de caídas relacionado a administración de anestésicos, evidenciado por disminución del estado de conciencia.

#### DOMINIO 11

Seguridad y protección.



#### CLASE 2

Lesión física.

- Riesgo de Sangrado relacionado a intervención quirúrgica evidenciado por apósitos húmedos en sangre.

## 6.3.- EXÁMENES AUXILIARES DE REQUERRIMIENTO MÉDICO.

### 6.3.1.- DE PATOLOGÍA CLÍNICA.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001  Páginas 90 - 101

- Colecistitis Enfisematosa.
- Colecistitis Crónica Litiásica.
- Colecistitis Alitiásica Aguda.
- Colecistitis Alitiásica Crónica.
- Colecistitis tífica.
- Colecistitis tífica aguda.
- Colecistitis tífica crónica y estado de portado.

### 6.3.2.- DE IMAGENES.

Las pruebas de diagnóstico por la imagen son fundamentales para confirmar los trastornos de las vías biliares y son importantes para detectar lesiones localizadas.



- Ecografía: La vía tradicional es la transabdominal y requiere un período de ayuno, permite obtener información estructural, pero no funcional. Este método es menos costoso, más seguro y sensible.
- Ecografía Doppler: Este método no invasivo se emplea para determinar la dirección del flujo sanguíneo y la permeabilidad de los vasos sanguíneos que rodean el hígado, en particular la vena porta.

### 6.3.3.- DE EXÁMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS.

- Tomografía computarizada (TC): Suele utilizarse para identificar masas hepáticas, en particular metástasis pequeñas, con una especificidad > 80%.
- Colegammagrafía: Con el paciente en ayunas, se inyecta por vía intravenosa un compuesto iminodiacético marcado con tecnecio (Ej., ácido hidroximinodiacético o diisopropil iminodiacético [HIDA o DISIDA, respectivamente]), que se incorpora en el hígado, se excreta con la bilis e ingresa en la vesícula biliar.
- Gammagrafía con HIDA.
- Resonancia magnética (RM): Se utiliza para obtener imágenes de vasos sanguíneos (sin contraste), conductos y tejido hepático. La RM es superior a la TC y la ecografía para el diagnóstico de hepatopatías generalizadas.
- La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM): Es más sensible que la TC o la ecografía para diagnosticar trastornos en el conducto colédoco, en particular cálculos.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): Combina la endoscopia a través de la segunda porción del duodeno con imágenes con contraste de los conductos biliares y pancreáticos. La técnica consiste en la canulación de la papila de Vater a través de un endoscopio introducido en la porción descendente del duodeno, con inyección posterior de un medio de contraste en los conductos pancreáticos y biliares.

## 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

No aplica.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 91 - 101

#### 6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.

Si consideramos que uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cálculos de vesícula es el ayuno prolongado, por lo tanto, una de las medidas preventivas es:

Respetar los horarios de comidas: Mantener horarios de alimentación diarios podría evitar su aparición y con ello los problemas con la vesícula

#### 6.4.2.- TERAPEUTICA MÉDICA.

No aplica.

#### 6.4.3.- EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO MÉDICO.

Tras la cirugía se pueden experimentar algunos efectos adversos como:

- Gases o flatulencia.
- Acidez de estómago.
- Malestar abdominal.
- dolor tolerable

#### 6.4.4.- SIGNOS DE ALARMA.

- Color amarillo en los ojos o en la piel de forma generalizada.
- Dolor intenso que no mejora con analgésicos orales.
- Herida quirúrgica endurecida y muy dolorosa, enrojecida, caliente o que tenga secreción de pus (material amarillento, verdoso, con sangre u olor fétido) a través de la herida.
- Temperatura mayor a 38.2 C.
- Sangrado profuso por la herida que no cede. (En este caso, primero deberá hacer presión durante 10 minutos con su mano, utilizando una gasa directamente sobre el sitio donde sangra).
- Intolerancia a la vía oral (quiere decir que todo lo que come lo vomita).
- Distensión o inflamación abdominal, que tenga ausencia de deposiciones con ausencia de flatos o gases durante más de 24 horas.
- Dificultad para respirar.
- Alteración del estado de conciencia (es decir que esté demasiado somnoliento, que no abra los ojos, que no responda cuando se le habla).

#### 6.4.5.- CRITERIOS DE ALTA.



No aplica.

#### 6.4.6.- PRONÓSTICO MÉDICO.

No aplica.

#### 6.4.7 MONITORERO RECUPERACIÓN.

- Los criterios para evaluar son:

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b> <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b> <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	 Edición N° 001 Páginas 92 - 101
---	---	--

- ✓ Signos vitales estables con valores no mayores o menores del 20% de los iniciales incluyendo frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, y temperatura.
- ✓ Puntaje en la escala de Aldrete modificado mayor de 8, cuando va a sala de hospitalización.
- ✓ Ausencia de signos de dificultad respiratoria.
- ✓ Estado de alerta y orientación.
- ✓ Ausencia de vómitos.
- ✓ Control del dolor.
- ✓ Recuperación de actividad motora y sensitiva de acuerdo con estado previo.
- ✓ Sistemas de drenajes permeables.
- ✓ Gasas y apósitos de herida operatoria limpias y secas.
- ✓ Coordinar y registrar el alta en la historia clínica.

• **Aplicación de la Escala de Aldrete:**

**Puntaje de recuperación post - anestésica (Aldrete)**

**1. Actividad:**

- ✓ Capaz de mover las cuatro extremidades = 2
- ✓ Capaz de mover dos extremidades = 1
- ✓ Incapaz de moverse = 0

**2.- Respiración:**

- ✓ Capaz de respirar y toser profundamente; sin dificultad respiratoria = 2
- ✓ Con dificultad respiratoria, respiración superficial o disnea = 1
- ✓ Apnea o en ventilación mecánica = 0

**3- Circulación (al comparar con el valor preoperatorio):**

- ✓ Presión arterial < 15% = 2
- ✓ Presión arterial > 20% Y < 50% = 1
- ✓ Presión arterial > 50% = 0

**4.- Estado de Conciencia:**

- ✓ Completamente despierto = 2
- ✓ Despierta al llamado = 1
- ✓ No despierta al llamado = 0



**5.- Saturación de Oxígeno (Porcentaje de SpO2):**

- ✓ Capaz de mantener SpO2 > 92%, sin oxígeno = 2
- ✓ Necesita oxígeno para mantener SpO2 > 90% = 1
- ✓ SpO2 < 90%, aún con suplemento de oxígeno = 0

**6.5.- COMPLICACIONES.**

- Infección de sitio quirúrgico superficial.
- Atelectasia.
- Seroma en herida quirúrgica.
- Complicaciones moderadas que requieren administración de antibióticos intravenosos, antiarrítmicos, nutrición parenteral total, transfusión sanguínea.
- Hemorragia postoperatoria.



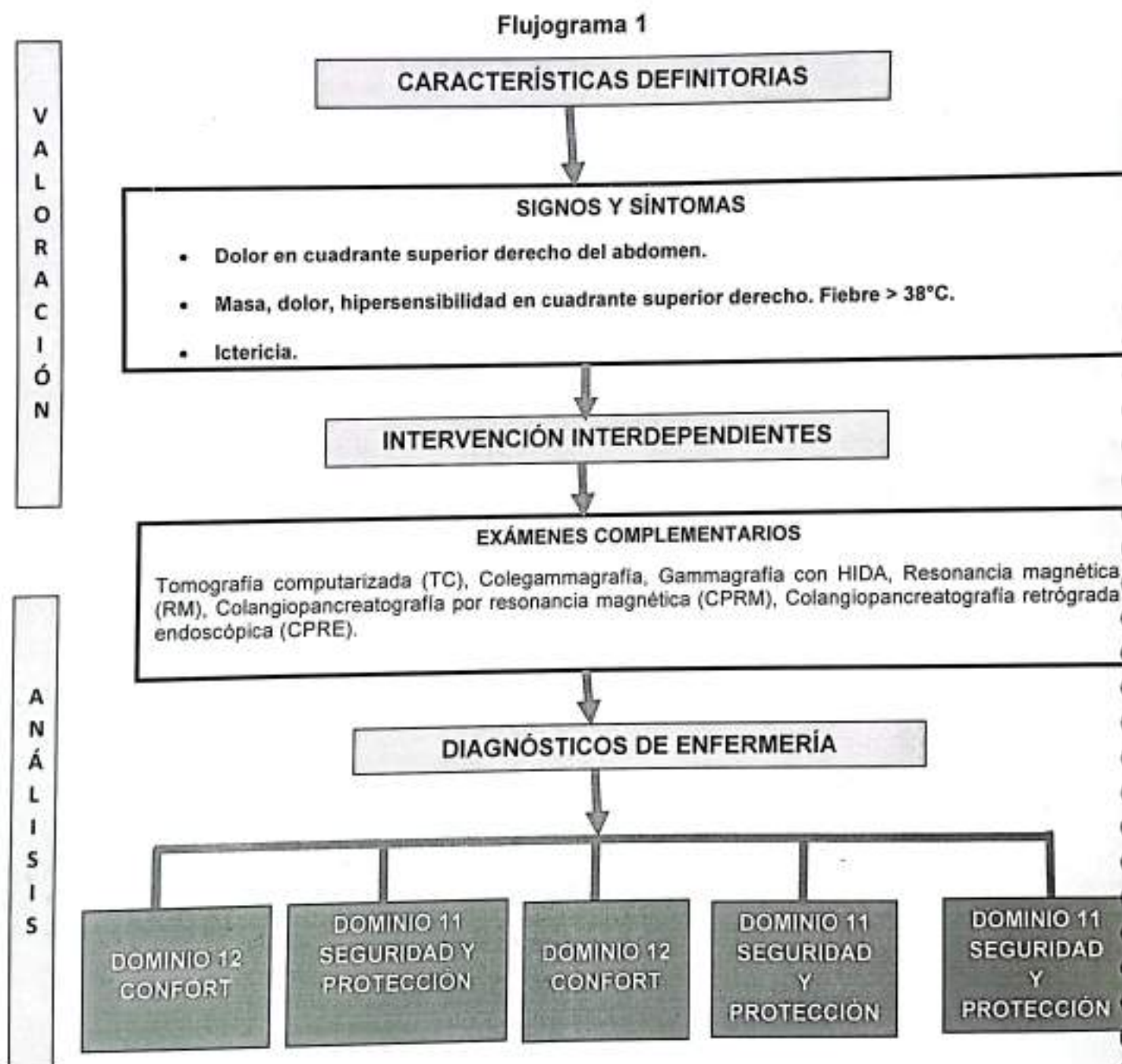
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 93 - 101



- Fístula biliar.
- Pancreatitis aguda.
- Complicaciones severas que requieren intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica.
- Coledocolitiasis residual.
- Hernia postincisional.

#### 6.6.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

No aplica.

### 6.7.- FLUXOGRAMA.



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO	Edición N° 001 Páginas 95 - 101

**Flujograma 2**

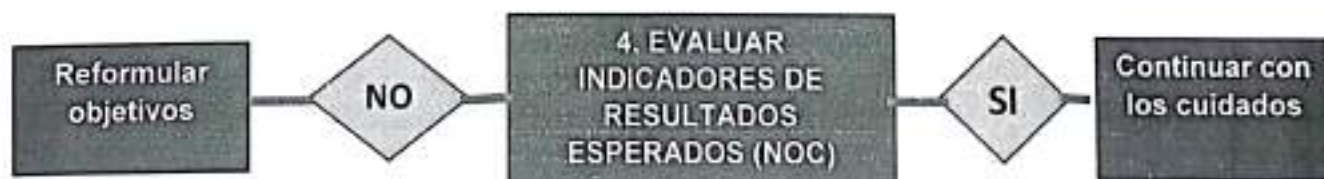
P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó



**1. DIAGNÓSTICO ENFERMERO**  
 DOLOR R/C TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS SECUNDARIO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA E/P FASCIE DE DOLOR.

- 2. OBJETIVO ESPERADO**
- Dolor Referido.
  - Gestos de dolor.
  - Manejo ambiental.

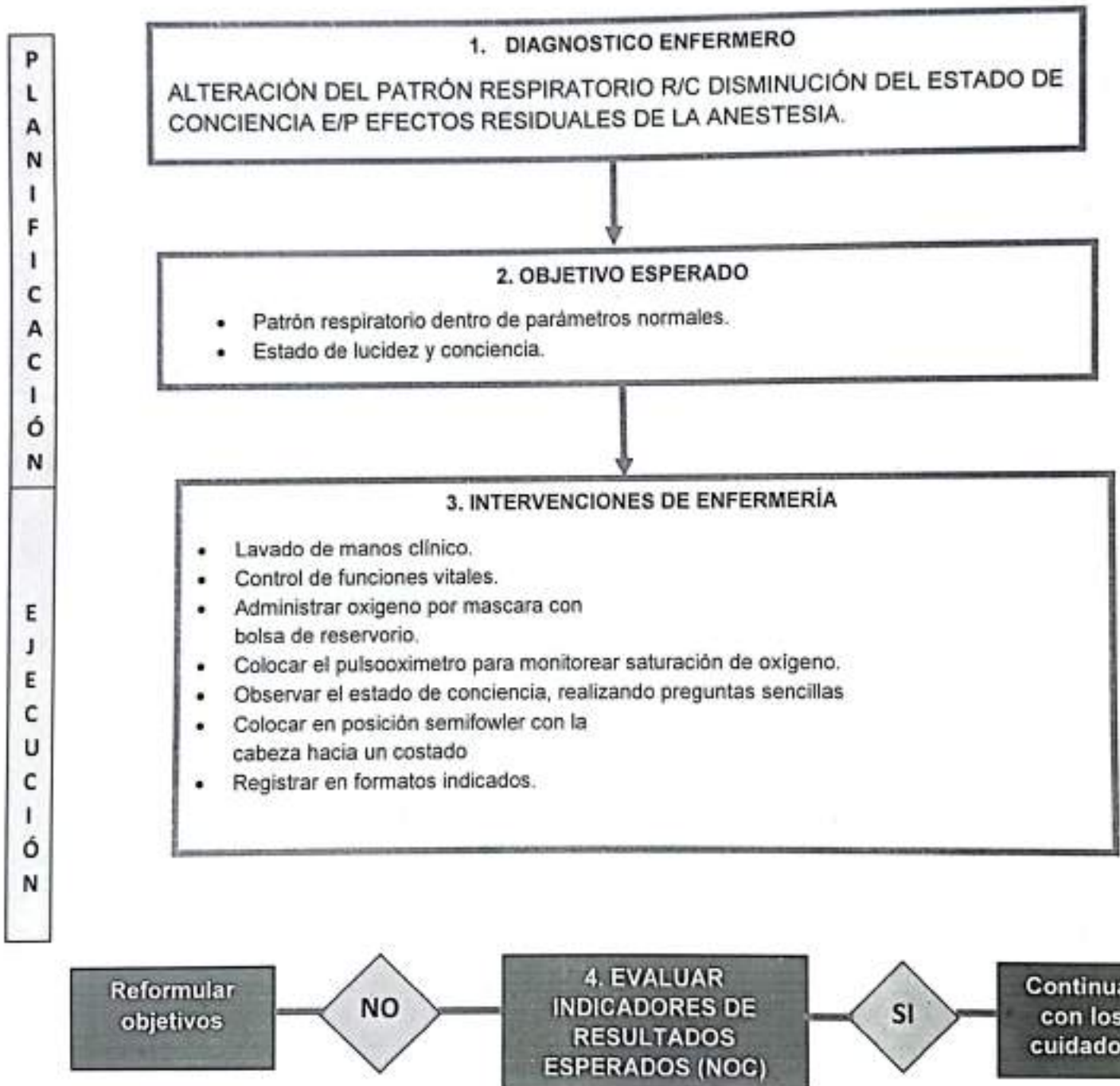
- 3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**
- Lavado de manos clínico.
  - Control de funciones vitales.
  - Evaluar la intensidad de dolor con diversas escalas (escala numérica del dolor del 1 al 10, según Likert).
  - Observar indicadores no verbales de dolor, gestos, taquicardia, puños.
  - Administrar analgésicos según indicación médica y evaluar respuesta a los mismo.
  - Explicar que dolor disminuirá gradualmente.
  - Brindar comodidad y confort.
  - Ayudar a colocarse al paciente en posición antálgica.
  - Registrar en formatos indicados.

E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó



 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 96 - 101

**Flujograma 3**





Flujograma 4

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó

E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó

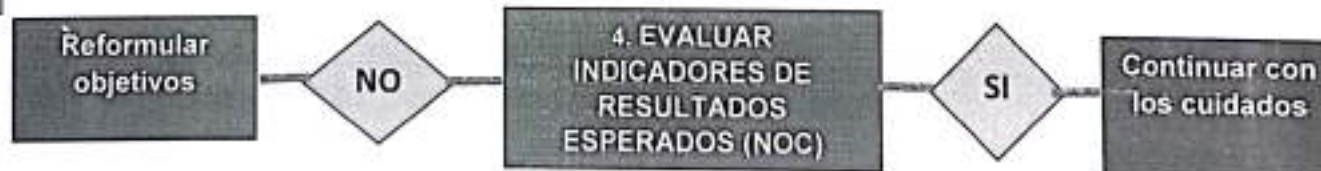
**1. DIAGNÓSTICO ENFERMERO**  
NAUSEAS R/C LA ESTIMULACIÓN POR FARMACOS ANESTÉSICOS.



**2. OBJETIVO ESPERADO**

- Gravedad del síntoma.

**3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Lavado de manos clínico.
- Control de funciones vitales.
- Verificar administración de medicamento antiemético durante el intraoperatorio.
- Mantener en posición semi-fowler
- Comunicar resultados de administración de antieméticos si estos no actúan oportunamente al médico anesthesiologo.
- Registrar en formatos indicados.



 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 98 - 101

### Flujograma 5

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
Ó

**1. DIAGNÓSTICO ENFERMERO**  
 RIESGO DE CAIDAS R/A LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS, EVIDENCIADO POR DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

**2. OBJETIVO ESPERADO**

- Conducta de prevención de caídas.

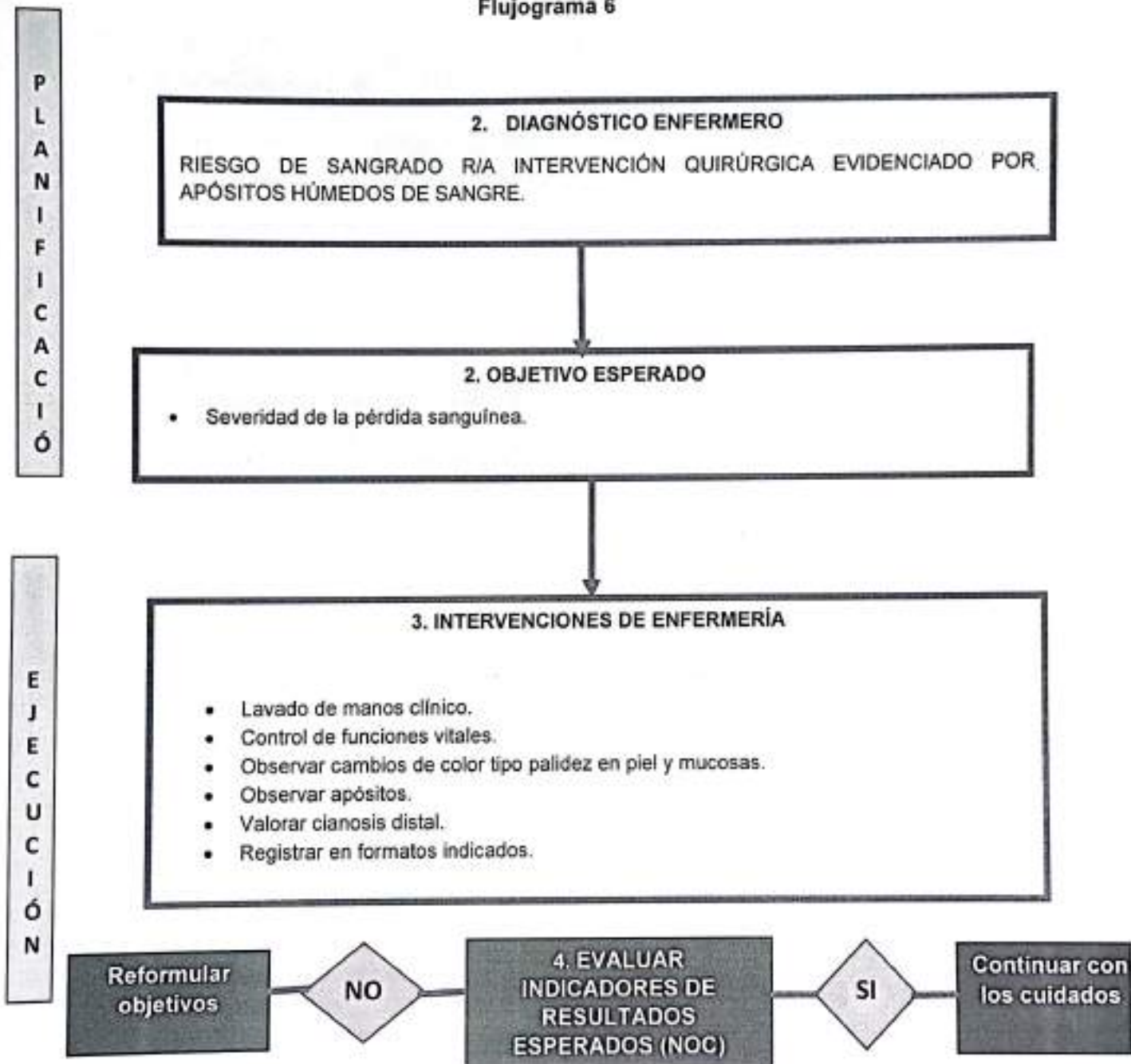
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
Ó  
N



**3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Lavado de manos clínico.
- Control de funciones vitales.
- Colocación de barandas en las camillas.
- No dejar solo al paciente.
- Evaluar estado de conciencia.
- Si está orientado fomentar el autocuidado.
- Registrar en formatos indicados.



**Flujograma 6**





 <b>PERU</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b> DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO	 Edición N° 001 Páginas 100 - 101
---	---	---

**VII.- ANEXOS.**

**MANEJO DEL PACIENTE POST OPERADO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA (URPA)**





 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO</b>	Edición N° 001 Páginas 101 - 101

## VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

- NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Ed. ELSEVIER.
- Victoria TB. Cuidados de enfermería en pacientes postoperados Inmediatos de colelap en el servicio de URPA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza2017 [Internet]. Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230584239.pdf>.
- Mirada Mendoza NS. Satisfacción De Los Pacientes Frente a Los Cuidados De Enfermería Durante El Postoperatorio Inmediato En La Unidad De Recuperación Post Anestesia - Hospital 111 Daniel Alcides Carrión Tacna 2014.
- International N. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2018-2020. 11a Edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a Edición. Barcelona: Elsevier; 2018