

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST-OPERADOS DE  
COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL II  
JORGE REÁTEGUI DELGADO - ESSALUD, PIURA**

**2013 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**TERESA DE JESÚS ALBIRENA LÓPEZ**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY     | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA       | VOCAL      |

### ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 213

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1670-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. Planteamiento del problema.....	4
I.1 Descripción de La situación problemática.....	4
I.2 Objetivo.....	5
I.3 Justificación.....	5
II. MARCO TEÓRICO .....	7
II.1. Antecedentes.....	7
II.1.1. Antecedentes internacionales .....	7
II.1.2. Antecedentes nacionales .....	8
II.2. Marco conceptual.....	9
II.2.1. Marco conceptual .....	9
II.2.2. Bases teóricas.....	21
III. Experiencia Profesional .....	30
III.1 Recolección De Datos.....	30
III.2. Experiencia Profesional.....	30
III.3 Procesos Realizados En El Tema Del Informe .....	31
IV. Resultados.....	33
V. Conclusiones .....	36
VI. Recomendaciones.....	37
VII. Referencias .....	38
Anexos .....	41

## INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una de las patologías más comunes en el mundo; se considera la 2ª causa de abdomen agudo después de la apendicitis. Es frecuente motivo de consulta a diario en los servicios de emergencias y urgencias. (1)

La enfermedad litiásica vesicular es una dolencia frecuente con mayor incidencia en las mujeres en edad reproductiva y constituye una enfermedad que hasta en 15% conlleva complicaciones graves con elevada morbilidad y mortalidad: colecistitis aguda, coledocolitiasis piocolecisto, pancreatitis aguda, vesícula escleroatrófica y, finalmente, carcinoma de la vesícula biliar. (2)

Inicialmente la colecistitis aguda se consideraba una contraindicación de la cirugía laparoscópica, pero a medida que los cirujanos dominaron esta técnica y desde el año 1991, se han comunicado resultados favorables que la convierten en una colecistectomía segura y eficaz. (3)

La colecistectomía laparoscópica se considera como el método de referencia del tratamiento programado de la colelitiasis sintomática, la transición hacia el abordaje laparoscópico implicó un nuevo paradigma científico, tecnológico y de destreza (4) (5). En 1987 Mouret practicó la primera colecistectomía laparoscópica y revolucionó la cirugía biliar, este método se transformó indiscutiblemente en el tratamiento de elección para la patología biliar, así lo evidencian numerosos estudios y experiencias de distintos centros, donde se ha comprobado científicamente su superioridad comparándola con la cirugía convencional. (6)

Simons elaboraron un estudio en el que comparan los beneficios de la colecistectomía laparoscópica con respecto a la colecistectomía convencional, encontrando diferencias a favor del abordaje laparoscópico, hallando descenso significativo de estadía hospitalaria, con la consiguiente

reducción de los costes y de las complicaciones sépticas, lo que conlleva a un mejoramiento en la calidad y eficiencia de los servicios médicos (7)

Domínguez realizó una cohorte en 703 pacientes con colecistitis aguda, en donde se evidenció que la tasa de conversión fue de 13.8% (8); basándose éste en que la tasa universal de conversión de colecistectomía laparoscópica de urgencia varía entre 5 a 40 %. Dentro de los factores asociados se consideran la edad > 70 años, hipertensión arterial, colangitis, CPRE previa, coledocolitiasis, bilirrubina total > 2 mg/dl, ictericia, recuento de leucocitos > 12.000 mm<sup>3</sup>, ASA III-IV y engrosamiento de la pared de la vesícula por ecografía. (3) (8)

Sin embargo dichas frecuencias y factores asociados han sido descritos en su mayoría en países extranjeros donde las condiciones de vida y de servicios de salud son diferentes al de nuestro país.

Para lo cual dada la experiencia laboral en el hospital Jorge Reátegui Delgado en donde se realizan intervenciones quirúrgicas de este tipo de padecimiento, se presenta el informe denominado: **Cuidados de Enfermería en Pacientes Post Operado Inmediato de Colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Jorge Reátegui Delgado - EsSalud, Piura, 2014 – 2016**, permite describir e implementar dichos cuidados de enfermería donde la etapa postquirúrgica es la fase de cuidados que empieza cuando el paciente termina la cirugía. Tiene el propósito de complementar las necesidad psicológicas y físicas directamente después de la cirugía, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez lo que ayudará al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez seguridad y comodidad que sea posible.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **I.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Cuando apareció la cirugía laparoscópica, logró una aceptación impresionante, tanto por los pacientes como por la comunidad médica, debido a las ventajas que ofrece con respecto a la cirugía abierta. (9) En 1991 el 10% de las colecistectomías se realizaban por vía laparoscópica. Para 1992 el porcentaje aumentó hasta un 90%. La colecistectomía laparoscópica ha sido aceptada como el método de elección para el tratamiento de las patologías quirúrgicas de la vesícula biliar. Actualmente, el 85 a 90% de las colecistectomías son realizadas con este método. Este abordaje se debe intentar en todos los casos de patología de la vesícula biliar (excepto cuando existan contraindicaciones para la cirugía laparoscópica), incluso en ancianos con colecistitis aguda, siempre y cuando las opere un cirujano experimentado. Sin embargo, a pesar de que es considerada un procedimiento laparoscópico básico, en ocasiones debe convertirse a un procedimiento abierto. En la mayoría de las series, la conversión está entre 3 y 5%. (10)

En términos generales, la conversión debe hacerse 15 a 30 minutos después de iniciada la cirugía si no hay progreso en la disección por dificultad para identificar las estructuras o por problemas técnicos. De esta forma pueden evitarse la mayor parte de las complicaciones catastróficas. (11)

Por lo que es importante estimar la frecuencia en que las cirugías laparoscópicas se convierten, así como conocer los factores que se asocian a esta conversión, con la finalidad de orientar el abordaje quirúrgico e inducir la sospecha de la necesidad de realizar este procedimiento.

El hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD Piura, cuenta con un área de servicio de cirugía la cual tiene 20 camas para la especialidad de cirugía y 6 para la especialidad de ginecología se atienden a pacientes mujeres y varones ya sea por intervenciones quirúrgica y otras cirugías.

La colecistectomía laparoscópica es considerado como un mito que revoluciono la medicina para beneficio de los pacientes.

Como es menos dolor post operatorio, estancia hospitalaria mínima reincorporación precoz a sus labores.

## **I.2 OBJETIVO**

Describir la experiencia laboral profesional en Cuidados de Enfermería en Pacientes Post Operado Inmediato de Colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Jorge Reátegui Delgado - EsSalud, Piura, 2014 – 2016

## **I.3 JUSTIFICACION**

Post operatorio es aquel periodo que transcurre desde que termina la cirugía hasta que se reanuda espontáneamente las funciones fisiológicas normales, y que pueden dividirse en inmediato (primeras 24 – 48 horas) después de la operación inmediata (hasta la recuperación del paciente), en dicha etapa el profesional de enfermería realiza una valoración cuidadosa y segura consistente en establecer el equilibrio fisiológico del paciente y prevenir complicaciones.

Actualmente este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia, a los cuidado de enfermería a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica del servicio de cirugía del Hospital Jorge Reátegui Delgado del 2014 - 2016, a identificar la causa que lleva a falencia en el cuido de enfermería en pacientes post operados revertirlo y llevarlo a un nivel de mayor satisfacción en los cuidados de los usuarios y así mejorar la imagen institucional.

El presente informe tiene relevancia científica al generar evidencia científica a partir de los resultados y constituye un valioso aporte para la realización de otra posible investigación, así como para promover el desarrollo de estrategias de mejoras e incentivos continuos para así motivar al usuario interno que elabora en nuestro hospital.

Relevancia profesional porque permite que nuestra institución a través de su personal motivado, brinde una atención de calidad y pueda satisfacer las necesidades de los usuarios externos que acudan hacer uso de los servicios brindados en el hospital.

Relevancia profesional porque permite fortalecer al usuario interno su rol y estatus profesional.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

#### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **DOMÍNGUEZ LRIGOYEN. (Colombia-2011).** Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores. Colombia. 2011. Evaluaron una cohorte de adultos mayores sometidos a colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda. La cohorte se dividió en sujetos menores de 65 años (población general) y en adultos mayores de 65 años. A su vez, el grupo de adultos mayores fue subdividido en mayores de 65 a 74 años y mayores de 75 años, para efectuar una nueva comparación. Se analizaron 703 pacientes, de ellos, 18,3% eran adultos mayores (129) y 81,7% (574), población general. El 64,4% eran mujeres: 58,1% entre las adultas mayores, y 65,8% entre la población general. La hipertensión arterial sistémica (adulto mayor, 45,7%; población general, 15,6% ( $p < 0,001$ )), diabetes mellitus (adulto mayor, 12,4%; población general, 3,4% ( $p < 0,001$ )), colangitis [adulto mayor, 5,4%; población general, 0,87% ( $p < 0,001$ )].
- **LADRA JUAREZ. (España-2009).** Colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 80 años. España 2009. Se incluyó en el estudio a todos los pacientes con edad; 80 años intervenidos en nuestro servicio de cirugía general mediante colecistectomía laparoscópica entre 1992 y 2007. De los 2,380 pacientes que se sometieron a CL en nuestro hospital, 133 tenían 80 años o más, lo que supone el 5,6%, y son el objeto de este análisis. El 86% fue intervenido en los últimos 7 años. De ellos, 84 (63%) eran mujeres y 49 (37%), varones; la media de edad fue 83,23 años. El 13,5% (18 enfermos) son ASA (Asociación

Americana de Anestesia), 1; 94 (71%), ASA 11 y 21 (16%), ASA 111. En 33 (25%) pacientes hay antecedente de laparotomía previa, infraumbilical en 28 (21%). El 71% ingresó de forma urgente, pero sólo 10 (7., 5%) fueron intervenidos con carácter urgente. El diagnóstico clínico ha correspondido a cólico biliar en 39 (29%), pancreatitis aguda biliar en 58 (44%), colecistitis aguda en 14 (10,5%), ictericia obstructiva en 13 (10%) y colangitis en 6 (4,5%). En 3 (2,3%) pacientes la colecistectomía se realizó de forma incidental. El 73% (97 pacientes) presentó algún tipo de comorbilidad. La anatomía patológica macroscópica de la vesícula correspondió a: pared normal en 67 (50%) casos; colecistitis crónicas, 23 (17%); colecistitis aguda en 31 (23%), y vesículas escleroatróficas 12 (9%). No se encontró ningún cáncer de vesícula. Sólo el 7,5% precisó intervención quirúrgica urgente, a pesar de que el 71% ingresó de manera urgente. Hubo un 13,5% de conversiones, un 17% de morbilidad y un 2,3% de mortalidad.

## **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

- **TAPULLIMA PÉREZ, Marilia Janet**, Características Clínico Epidemiológicas y Quirúrgicas de colecistectomías laparoscópicas convertidas en el Servicio de Emergencia; en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde 2013 al 2015. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2016. Durante el periodo de estudio se reportaron 293 casos totales pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica, de los cuales 30 fueron sometidos a conversión, observándose una tasa de conversión del 10.2%. Concluyeron que el perfil del paciente caso de una colecistectomía laparoscópica convertida, es aquella que presenta una edad adulta media o mayor, y pertenece al género masculino, un tiempo de enfermedad entre cinco a ocho días.

- **VILLANUEVA ÁLVAREZ, Armando**, Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía 6 II, Hospital Arzobispo Loayza, 2007 al 2009. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2010. Se encontró que el 78.5% de los pacientes fueron mujeres y el promedio de edad del total fue  $46.2 \pm 14.6$  años. Las complicaciones se presentaron en el 8.3% de los casos, siendo los más frecuentes el sangrado de lecho vesicular (6.55%) y la lesión vascular (1.05%). La colecistitis aguda estuvo relacionada significativamente ( $p < 0.001$ ) con el sangrado de lecho vesicular (OR: 8.5; IC: 2.2-24.9). Las complicaciones de colecistectomía laparoscópica fueron de 8.3% lo que está por debajo de las cifras de diferentes series internacionales. Se concluye también que en el estudio hay una asociación estadísticamente significativa entre colecistitis aguda y sangrado de lecho vesicular.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1. MARCO CONCEPTUAL**

La colecistitis aguda es la afección característica de las vías biliares y constituye la complicación más frecuente de la colecistitis crónica; dada la versatilidad de sus síntomas, precedidos por el dolor, es considerada el principal factor causal de abdomen agudo, especialmente en mujeres de edad avanzada, superada solo por la apendicitis aguda (12) En la mayoría de los pacientes, los cálculos biliares son la principal causa de colecistitis aguda, el proceso principal que causa inflamación es la obstrucción de la vesícula biliar a nivel del bacinete o del conducto cístico, dicha obstrucción resulta en el aumento de la presión intra vesicular. Existen dos factores que determinan la progresión de la colecistitis aguda, el grado de obstrucción y la duración de la obstrucción, si la duración es parcial y de corta duración, el paciente experimenta cólicos biliares; sin embargo, si la duración es completa y de larga duración, el paciente desarrolla colecistitis aguda. Si el

paciente no recibe tratamiento temprano, la enfermedad se vuelve más seria y las complicaciones pueden aparecer. (13) Esta es la clasificación de colecistitis aguda, según la guía de Tokio 2013

**1.- Primera etapa. COLECISTITIS EDEMATOSA (2 a 4 días):** La vesícula tiene fluido intersticial acompañada de dilatación capilar y linfática; la pared se encuentra edematizada.

**2.- Segunda etapa COLECISTITIS NECROTIZANTE (3 a 5 días):** la vesícula edematosa presenta cambios con áreas hemorrágicas y necróticas. Cuando la pared vesicular está expuesta a altas presiones, existe obstrucción en el flujo vascular con evidencia histológica de obstrucción y trombosis vascular, aun así no compromete todas las capas tisulares de la pared vesicular.

**3.- Tercera etapa COLECISTITIS SUPURATIVAS (7 a 10 días):** La pared de la vesícula biliar presenta áreas necróticas y supuradas. En esta etapa la inflamación es evidente, la totalidad de la vesícula comienza a contraerse y la pared se torna más delgada y con proliferación fibrótica. Presenta además abscesos intramurales, sin embargo, no envuelve la totalidad de las capas tisulares de la pared vesicular. Se pueden encontrar abscesos pericolecísticos.

**4 Cuarta etapa COLECISTITIS CRÓNICA:** Esta ocurre cuando hay múltiples episodios inflamatorios, y se caracteriza por atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared vesicular. También puede ser causada por una irritación crónica por la presencia de grandes litos que eventualmente pueden ocasionar colecistitis aguda.

La frecuencia de colelitiasis aumenta con la edad, después de los 40 años, el 20% de los habitantes de occidente padecen de cálculos, el 25% después de los 60 años y el 33 %, después de los 70. (14) Alrededor de dos tercios de los pacientes con colelitiasis presenta cuadros repetidos de cólico biliar.

El diagnóstico de la litiasis biliar por ecografía es altamente efectivo, se diagnostica en el 99 al 100 % de los casos (15) El cólico biliar constituye el síntoma más frecuente de esta patología. El dolor es constante y generalmente dura de 1 a 5 horas. Los ataques suelen durar más de una hora pero subsisten hasta 24 horas. La proporción de pacientes con dolor en hipocondrio derecho del 72 - 93%, el signo de Murphy presenta una sensibilidad de 50 - 60% y especificidad de 79 - 96%, por ello son considerados dentro de los criterios clínicos diagnósticos. Otros síntomas como náuseas y vómitos suelen acompañar a cada episodio, además de distensión y eructo también pueden estar presentes en el 50% de los casos. Fiebre e ictericia son raras en un cólico biliar simple. Las pruebas de función hepática y el examen físico suelen ser completamente normales en pacientes con colecistitis crónica, especialmente si están libres de dolor. Durante un episodio de cólico biliar, puede estar aumentada la sensibilidad del cuadrante superior derecho. (16)

Según la guía de Tokio 2013 (17), mencionan tres parámetros mediante los cuales se puede hacer el diagnóstico de colecistitis aguda:

<b>CRITERIOS DIAGNOSTICO DE COLECITITIS AGUDA</b> Según la guía clínica de Tokio	
<b>MANIFESTACIONES CLINICAS:</b>	
-	Síntomas y signos locales: signo de MURPHY
-	Dolor o sensibilidad aumentada en el cuadrante superior derecho
-	Signos sistémicos
-	Síndrome febril
-	Leucocitosis
-	Elevación de proteína C reactiva
<b>Hallazgos por imagen:</b>	
-	Un hallazgo confirmatorio por US o bien por MN.
<b>DIAGNOSTICO:</b>	
-	La presencia de un signo local o síntoma, un signo sistema y el hallazgo confirmado por cualesquier método de imagen.

Cuadro 1: Criterios diagnósticos para colecistitis aguda. Fuente. Kiriyaama S et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis 2013

Estos criterios muestran una sensibilidad de 92% y especificidad de 96%.

Actualmente, del 10 al 15% de la población adulta en países desarrollados presenta litiasis biliar. En estos individuos, el riesgo anual de desarrollar

complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico, como colecistitis aguda, se estima entre 1-2%. (16)

## **COLECISTECTOMÍA**

La primera colecistectomía fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Carl Johann August Langenbuch, en el pequeño Hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, a través de una incisión en el cuadrante superior derecho. Esta técnica fue mantenida por más de 105 años como tratamiento de elección ante la litiasis vesicular. La laparoscopia comenzó a desarrollarse a comienzos del siglo XX, principalmente en Europa.

Popularizada por Semm, alcanza su mayor desarrollo en el campo de la ginecología, inicialmente como procedimiento diagnóstico y en las últimas décadas del siglo como procedimiento terapéutico. Al final de la década de 1980 una combinación de nueva tecnología y agresividad en los experimentos científicos dieron nacimiento a la cirugía laparoscópica y cambió radicalmente el tratamiento de la litiasis vesicular. La colecistectomía laparoscópica actualmente es el tratamiento de elección de la litiasis biliar sintomática y sus complicaciones. (7)

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que permite tratar diferentes patologías que afectan a la vesícula biliar (18). Consiste en lograr un abordaje a través de la pared abdominal previa anestesia general e insuflación con dióxido de carbono; por medio de la introducción de trocares, que permitirá colocar a través de ellos una fibra óptica conectada a una cámara y a un emisor lumínico que permitirá localizar de esta manera a la vesícula biliar y a su pedículo vascular al igual que al conducto cístico. También permitirá el acceso de diversos instrumentos de tipo cortante y hemostáticos para poder efectuar el tratamiento extirpativo de la vesícula biliar previa ligadura de la arteria y conducto cístico. (6)

## **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

Cuando hablamos de colecistectomías laparoscópicas en colecistitis aguda existe una alta tasa de conversión, debido a dificultades técnicas y a su alta frecuencia de complicaciones asociadas, dentro de ellas, factores preoperatorios como ser de género masculino, cirugías abdominales previas, presencia o historia de ictericia, etc. Por lo que la capacidad predictiva de conversión es limitada (19)

Las complicaciones que se presentan en esta modalidad quirúrgica son por lesiones de la vía biliar y/o por sangrado. Lesiones de la vía biliar. Al aumentar la experiencia del procedimiento laparoscópico, el porcentaje de lesiones de la vía biliar ha disminuido, al grado de ser hoy día similar al informado en la cirugía abierta, sin embargo, la curva de aprendizaje provoca que aumente el número de lesiones a la vía biliar al inicio de esta curva.

El sangrado es una complicación importante, porque a menudo determina la necesidad de re intervención quirúrgica, con incremento de la morbimortalidad del paciente.

Se estima que se presenta en 0.3 a 0.5% y en la mayor parte de los casos su origen es el lecho hepático o la arteria cística. (20) Los criterios de conversión que se utilizan en la actualidad para la colecistectomía laparoscópica son causados por:

1. Procesos inflamatorios agudos de difícil disección.
2. Necesidad de explorar la vía biliar sin contar con el equipo adecuado.
3. Complicaciones post operatorias.

## **Molestias Post Operatorias de Colecistectomía Laparoscópica**

**1.- Náuseas y Vómitos:** Está relacionado con el acto de anestesia general y el procedimiento quirúrgico.

### **Intervenciones de enfermería**

- Estimular a que el paciente respire profundamente para facilitar la eliminación del anestésico.
- Proteger la herida durante la emisión del vomito.
- Mantener la cabeza del paciente en forma lateral para evitar la bronca aspiración.
- Desechar el vómito, ayudar al paciente a enjuagarse la boca y realizar los cambios de sabana si es necesario, si es necesario registrar la cantidad de características.
- Administrar antieméticos por prescripción médica.

**2.- Estreñimiento y flatulencia:** Está relacionado con el traumatismo y manipulación del intestino.

**3.- Hipo:** Es un espasmo intermitente del diafragma debido a la desviación de las cuerdas vocales

### **Intervenciones de enfermería**

- Realizar que el paciente degluta un vaso con agua.
- Colocar una cucharada de azúcar granulada en la parte posterior de la lengua para que el paciente degluta.
- Hacer que el paciente degluta unas gotas de jugo de limón.

**4.- Dolor:** Es un síntoma subjetivo causado por lesión de tejidos en la que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como

resultado de la intervención quirúrgica. Es uno de los temores más frecuentes que el paciente manifiesta al recuperar el estado de conciencia, se presente durante las primeras doce a 32 horas posteriores a la cirugía.

### **Intervenciones de enfermería**

- Administración de analgésicos, entre las comunes que se utilizan son el metamizol y otros analgésicos.
- Cuando el dolor es de mayor intensidad, el médico suele prescribir morfina, valorar la función respiratoria, puede producir depresión pulmonar.
- Brindar apoyo emocional debido al dolor, el paciente puede sentirse ansioso.
- Practicar cambios de posición, disminuir espasmos y tensiones musculares.
- Ayudar al paciente a complementar los efectos de los analgésicos, mediante distracción, ejercicios y respiración profunda.
- Ayudar a practicar técnicas de relajación.

### **Complicaciones Post Operatorios de Colectomía Laparoscópica.**

**1.- Alteración del bienestar:** Dolor r/c inflamación de la vesícula biliar s/a obstrucción del conducto cístico m/p expresión facial de dolor, cuantificado en una escala de 8/10.

### **Intervenciones de enfermería**

- Controlando signos vitales c/4 horas.
- Valorando la intensidad del dolor según escala de 0-10
- Valorando el tipo y las características del dolor, registrando manifestaciones durante el preoperatorio

- Administrando analgésico indicado utilizando los 5 correctos
- Proporcionando medidas de comodidad y confort durante el proceso preoperatorio mediato
- Arreglando unidad terapéutica durante el turno.
- Cuidando su aspecto personal durante el turno.

**2.- Alteración de los procesos familiares r/c** alejamiento del hogar por proceso de hospitalización

#### **Intervenciones de enfermería**

- Involucrando a los miembros de familia en el cuidado de la paciente durante su hospitalización.
- Educando a los familiares respecto a la necesidad de amor y protección que debe ser satisfecha en la paciente durante su hospitalización.
- Informando a los familiares sobre el horario establecido de las visitas, así como de los cuidados realizados: seguridad, confort, higiene, durante su hospitalización.

**3.- Ansiedad r/ c** Estancia hospitalaria Prolongada y llanto

#### **Intervenciones de enfermería**

- Estableciendo una relación terapéutica enfermera/persona, informando a la paciente sobre el tratamiento que se le va a aplicar en cada turno.
- Ayudando a la paciente a identificar mecanismos de afrontamiento durante el turno.
- Consolando durante el llanto cada vez que se propicie.

- Promoviendo situaciones favorables de ánimo la risa durante el turno.

**4.- COMPLICACIONES PULMONARES:** puede ser infección de vías respiratorias superiores, regurgitaciones, aspiración de vómito, antecedente de tabaquismo, obesidad.

**Atelectasia,** ocurre en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, en el que existe incompleta expansión del pulmón o una parte del mismo, los signos que se puedan manifestar son, taquipnea, taquicardia, tos, fiebre, hipertensión, disminución de los ruidos respiratorios.

**Bronco aspiración,** causada por aspiración de alimentos, contenido gástrico, agua o sangre en el sistema traqueo bronquial, los anestésicos y narcóticos deprimen el sistema nervioso central, los síntomas dependen de la gravedad de la bronco aspiración aparecen datos de atelectasia, también taquipnea, disnea, tos, sibilancia y ronquido, expectores, hipoacusia, esputo, espumoso.

**Neumonía:** respuesta inflamatorio en la cual el gas alveolar queda reemplazado por material celular en pacientes post operados el agentes etiológicos son por gram negativos debido a la alteración de la defensa bucofaríngea factor predisponente a atelectasia infección de vías respiratorias severas, secreciones abundantes, bronco aspiración, entubación o traqueostomizados prolongado y tabaquismo.

#### **Intervención de enfermería:**

- Vigilar presencia de signos y síntomas en el paciente fiebre, elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, dolor toraxico, disnea y tos.
- Fisioterapia toraxico, cambios posturales.
- Ejercicios respiratorios.
- Estimulación al paciente para que tosa, para eliminar las secreciones de ambulación temprana, iniciar tratamiento específico.

- Administración de nebulización.
- Colocar al paciente en posición fowler y semi fowler
- Administración de oxígeno por prescripción médica.
- Estimular la ingestión de líquido oral.
- Administración de antibióticos por prescripción médica.

**5.- Alteración de la movilidad física r/ c d dolor en cuadrante superior derecho por presencia de herida operatoria**

#### **Intervención de enfermería**

- Promoviendo medidas cognitivas del comportamiento
- Brindando relajación durante el postoperatorio.
- Proporcionando medios de distracción como televisión, radio y lecturas, durante el turno

**6.- Infección de herida quirúrgica:** Aquella que ocurre en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, involucra piel tejidos subcutáneo o muscular continua siendo una de las complicaciones más frecuentes aumenta riesgo al paciente, aumenta la estancia hospitalaria, la utilización de material de curación, antibióticos así el costo, tiempo, médico y enfermera.

### **Intervención de enfermería:**

- Respetar las reglas establecidas para realizar la intervención quirúrgica, recordar que cuando la herida tenga sudado, fibrina, grasa o tejido muerto, sus bordes no deben suturarse, por cierre secundario.
- Llevar a cabo técnicas de asepsia estricta cuando se realice la curación de la herida quirúrgica.
- Vigilar volumen o característica y localización del drenaje de la herida.
- Asegurar que los drenes están funcionando adecuadamente.

**7.- Atención de herida quirúrgica infectada,** para la curación se recomienda uso de antisépticos de cloroxidante según las condiciones de las heridas se debe utilizar irrigación durante la curación con solución especializada, utilizando jeringa aseo se puede utilizar dren o tapones la herida con gas estéril o apósitos húmedos. Administración de antibióticos por prescripción médica.

**8.- Deshiscencia de herida (ediseración)** ocurre en el quinto u octavo día post operatorio con mayor frecuencia se presenta en las intervenciones quirúrgicas abdominales entre los factores que se relacionan con esta complicación.

- Puntos de sutura no seguros inadecuados o excesivamente apretados (alteran el aporte sanguíneo).
- Hematomas seromas
- Infección tos excesiva.

Medidas preventivas:

- Colocar faja o vendaje abdominal al paciente anciano obeso o con paredes abdominales.

- Toser o vomitar cuando realice esfuerzo.
- Mantener vigilante ante la presencia de distensión abdominal y aliviarla.

#### **Intervención de enfermería:**

- Permanecer con el paciente para tranquilizarlo y notificar al cirujano de inmediato.
- Si están los intestinos expuestos cubrir con apósito, estéril húmedos con solución para irrigación.
- Vigilar signos vitales, valorar presencia de choque.
- Conserva al paciente en reposo absoluto.
- Dar instrucciones al paciente para que flexione las rodillas, colocar en posición semi folwer, para disminuir tensiones sobre el abdomen.
- Preparar al paciente para intervención quirúrgica y reparación de herida.
- Manifestar al paciente que si herida recibirá tratamiento adecuado, mantener al paciente tranquilo, relajado, mantener la calma.

**9.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la expansión pulmonar y a la insuflación de CO2 en el abdomen**

#### **Intervención de enfermería**

- Conservando la posición neutra de la parte dolorosa y fomentando una movilización progresiva en miembros no afectado en el turno.
- Instruyendo a la adulta y ayudando en los cambios de posición durante el turno.

- Ayudando a la adulta a levantarse de la cama hasta una silla durante el turno.
- Promoviendo la de ambulación con pasos cortos y frecuentes al menos 3 veces por turno

### **2.2.2. BASES TEORICAS**

#### **TEORIA DEL AUTOCUIDADO: DOROTHEA OREM. 1970**

Según Dorotea, la enfermera instruye y orienta a cada persona para que lleve a cabo el auto cuidado necesario. El enfermo es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al auto cuidado, ya que no tiene limitaciones e incapacidades. Con este trabajo se quiere demostrar la vigencia de la teoría de Dorothea E. Orem en nuestro quehacer diario, la teoría del autocuidado se adapta a nuestra realidad en todos los campos de la práctica de Enfermería como dijo D. Orem: "La enfermera ayuda al individuo a llevar a cabo y a mantenerse por sí mismo de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"

Dorothea Orem nos dice en esta teoría que el autocuidado debe ser parte de la persona, nos hace referencia de este valor pensando que si no hay autocuidado no hay salud; así mismo Dorothea Orem, hace referencia que debemos saber en qué momento el paciente debe valerse por sí mismo en su autocuidado y dejarlo que ejecute estas acciones por sí sólo, entonces nosotros solo seremos sus educadores, guías y consejeras.

#### **VIRGINIA HENDERSON: 1980**

Se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y

claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. (22)

Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Las necesidades se pueden afectar en razón de dos tipos de factores:

1. Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

## 2. Variables: estados patológicos.

- Falta de oxígeno
- Conmoción
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios)
- Exposición del frío o calor
- Estados febriles
- Una lesión local, heridas, infección o ambas
- Una enfermedad transmisible
- Estado preoperatorio
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
- Dolores persistentes que no admiten tratamientos.(22)

Virginia Henderson en su teoría hace relevancia a las 14 necesidades; menciona a las más importantes en ella, nos dice que hay factores que pueden alterar estas necesidades, estos factores pueden ser permanentes o transitorios, y definitivamente cuando se alteran por estos factores una de las necesidades que ella enuncia, se altera el entorno ya sea físico, social o emocional de la persona; por eso me sustento en esta teoría porque los pacientes colostomizados ya sea en forma temporal o definitiva van a requerir de cuidados especiales, ya que físicamente no hay integridad de piel, mucosas y órganos anexos. (22).

## **TEORÍAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

### **a. Definición de teoría de enfermería**

Es una filosofía, que es el amor a la sabiduría esta ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales. La filosofía es una ciencia que abarca la lógica, ética, estética, metafísica y teoría del conocimiento. Estudio de ciertos problemas fundamentales relacionados con cuestiones tales como la existencia, el conocimiento, la verdad, la belleza, la mente y el lenguaje. La filosofía se distingue de otras maneras de abordar estos problemas (como el misticismo y la mitología) por su método crítico y generalmente sistemático, así como por su énfasis en los argumentos racionales.

He realizado una revisión de las teorías de enfermería y considero las que tienen mayor vinculación con mi experiencia profesional.

### **b. teoría de Dorothea Orem**

La práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar.

## **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES**

- 1.- Mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos
- 2.- Procesos de eliminación
- 3.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.
- 4.- Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y soledad
- 5.- Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento el bienestar humanos.

6.- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales, según el potencial de la persona y sus limitaciones, así como el deseo de ser normal, entendiendo este término, como lo que se considera esencial y según las características genéticas, constitucionales y de personalidad.

La Persona.- Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

La Salud.- Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, Inter personales y sociales, incluye por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El Entorno.- Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

La Enfermería.- Los cuidados de Enfermería deben centrarse en “Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”.

Virginia Henderson, teoría de las 14 necesidades humanas básicas

La valoración de enfermería en consecuencia está relacionada con la recolección de información, validación/verificación de los datos, organización de los mismos, comprobación de las primeras impresiones y registro/comunicación de los datos.

Las técnicas de las que dispone el personal de enfermería para llevar a cabo la recolección de información, son: la observación, la entrevista y el examen

físico, el cual se realiza a partir de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Las catorce necesidades básicas que describe V. Henderson, son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Por esta razón, a lo largo de la historia se han creado numerosas doctrinas filosóficas y religiosas. Es importante definir una serie de conceptos como son: Religión: Conjunto de creencias y normas o valores que utiliza una

determinada comunidad en relación con un ser absoluto y en particular con sus prácticas de salud. Cultura: Conjunto de conocimientos acumulados por un pueblo. Valores: Conjunto de normas adquiridas por la comunidad que regulan el comportamiento humano en sociedad. Creencia: Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa. Fe: Creencia en algo sin necesidad de que esté probado. Ideología: Conjunto de ideas que caracterizan a una persona. 14 son parte de cuidado de enfermería.

Los métodos para la valoración del contemplan: Entrevista, Exploración física, Observación, Escalas y cuestionarios La técnica de entrevista es imprescindible para el registro de los datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno, debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse a los compañeros de habitación y familiares que salgan de la estancia si es posible mientras se realiza. El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente el cuidador principal, si se cree conveniente o él lo prefiere. Se debe tomar en cuenta que el desarrollo de este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que debe procurarse un ambiente propicio; se utilizará un lenguaje accesible, las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas. Se consideraran tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas. Al comenzar, se llamará al paciente por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida. El registro consta de los siguientes apartados: Datos administrativos: registro, nombre completo, fecha de nacimiento, etc., y verificar con los correspondientes que tiene anotados en la pulsera de identificación que se ha entregado en la documentación escrita pertinente en aquellos centros que así lo tienen establecido y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad. Se registrarán, también, los objetos personales entregados al hospital y responsable directo (trabajador social, seguridad, personal de enfermería). Ingreso actual: En el apartado de "motivo" se hará constar la razón por la que el paciente dice que acudió a buscar la asistencia

- de un profesional de la salud (dolor, fiebre, accidente, para operarse, etc.); en "diagnóstico médico" se registrará el que se le hace al paciente al ingreso; en cuanto a la "procedencia" se reflejará de dónde viene: domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital etc.; y las "constan, Valoración de Enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson 49 test vitales" serán las que se valoren al paciente una vez ingresado en su habitación, si no hay signos o síntomas que hagan aconsejable tomárselas en el momento del ingreso. En el rubro de "antecedentes de salud", se reseñarán, las enfermedades anteriores ya sean crónicas o agudas y las intervenciones quirúrgicas más importantes; así como los aspectos positivos que la persona cuenta a su favor para preservar su estado de salud. En el punto "caídas previas", se constatará el número de caídas sufridas en los últimos 12 meses. Los "hábitos tóxicos" se refieren al consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas. Se registrará el tipo de "alergia" que manifieste el paciente o conste en cualquier documento y si es portador de algún sistema de apoyo como marcapasos, estomas, drenajes entre otros. La "medicación en el domicilio". Se refiere al tratamiento médico prescrito y su pauta de administración. Si el paciente no conoce alergias se escribirá "no conocida al ingreso" o si no ha sufrido caídas en el último año o no tiene ninguna ostomía o bien no está tomando ningún tratamiento médico, se hará constar "no" para asegurar que el punto ha sido valorado.

El presente material didáctico es el resultado de una revisión exhaustiva desde una perspectiva epistemológica sobre el modelo de Virginia Henderson que transita a un plano metodológico por medio del proceso de enfermería para ser ubicado en la etapa de valoración, obteniendo como producto un instrumento actualizado, accesible, que armoniza las catorce necesidades a través de un formato en el que se integran diagramas, esquemas y escalas que permitirán a los alumnos abordar la valoración de forma integral y dirigida utilizando diferentes métodos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son consideradas un trastorno orgánico, funcional y discapacitante, como los pacientes pos operado de hernia umbilical que modifica el estilo de vida de la persona que las padece, y por sus repercusiones se han constituido en un problema de salud pública debido a las alteraciones que ocasionan a nivel social y familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el número de fallecimientos y discapacidades debidos a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares que juntos ocasionan la muerte de más de 12 millones de personas anualmente en todo el mundo, puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos nacionales sencillos y costo eficaces y medidas individuales encaminados a reducir los principales factores de riesgo como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y el hábito de fumar.

La mayoría de los beneficios de esas intervenciones combinadas se pueden alcanzar al cabo de cinco años, porque la progresión de las enfermedades cardiovasculares es relativamente fácil de detener. Si no se toman medidas para mejorar la salud cardiovascular y continúa la tendencia actual, la OMS estima que para 2020 se perderá en todo el mundo un 25% más de años de vida sana debido a las enfermedades cardiovasculares. La mayor parte de este aumento corresponderá a los países en desarrollo.

Barrera y cols. (2000) señalan que la "enfermedad crónica es permanente, multicausal y requiere de largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control" (1-5). Por otro lado, la OMS resalta que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus (DM) son un problema de salud pública y constituyen, respetivamente, el primer y tercer problema de salud pública en el mundo.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCION DE DATOS**

Para el presente informe se recolectó la información del Centro Quirúrgico:

- Reporte de intervenciones quirúrgicas frecuentes como fuente de datos del Hospital Jorge Reátegui Delgado – EsSalud, Piura.
- Historias clínicas de cada paciente intervenido quirúrgicamente.
- Para este presente informe se acudió al Unidad de estadística e informática del nosocomio.

Los cuales fueron procesados en el programa de SPSS, Excel en los cuadros estadísticos y gráficos.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Mi experiencia laboral inicia con SERUMS en el año 2007 y culmina en el 2008, luego laboré en el establecimiento de salud San José Piura en el año 2009 al 2011 como Enfermera asistencial en Prevención y Control de Dengue, Vigilancia entomológica y capacitación, brindé charlas en centros Educativos en los temas de Prevención de Dengue, Influenza AHN1, además de capacitar a Personal de Salud y Promotoras de Salud. A partir del año 2013, continué trabajando en el Hospital Jorge Reátegui Delgado de Piura en el área de consulta externa, en Procedimientos de Tópico de Cirugía, además de Hospitalización del Servicio de Cirugía, inyectables y nebulizaciones.

En el año 2014 hasta la actualidad trabajo en el área de Hospitalización de Cirugía y Ginecología, además de Imagenología – Tomografía; en el área de Emergencia – Hospitalización de Pediatría – Neonatología. En Tópico para Inyectables y Nebulizaciones, en Dermatología para aplicar el tratamiento de Soriasis.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

La enfermería se ocupa de atender a la persona en diversas situaciones relativas a su salud. De modo que vinculamos la medicina con la curación del paciente, y la enfermería con los cuidados que recibe. Su labor es fundamental para la comunicación con el paciente, su apoyo emocional y la minimización de los efectos secundarios.

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente. Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Este cuidado debe estar segmentado en el método científico efectivizándose el en PCE(Proceso de Cuidado de Enfermería), aquí agregamos también las guías de intervención, los protocolos de procedimientos que toda entidad debe tener y que nos ayudan para brindar cuidados estandarizados.

#### **Aportes e innovaciones técnico administrativas:**

- Diseñé en coordinación con las colegas del Servicio de Cirugía las Guías de Intervención de Enfermería Año 2017, la cual está para su revisión y aprobación en la unidad de capacitación.
- Actualicé del servicio de cirugía en coordinación con los superiores del servicio de cirugía.
- Protocolos de Procedimientos Año 2017, la cual está para su revisión y aprobación en la unidad de capacitación.

- En el hospital Jorge Reátegui Delgado-Essalud, piura- cuenta con el equipo de cirugía laparoscópica desde el año 2007.

### **LIMITACIONES**

- No se encontraron datos estadísticos en el Servicio sobre el número de intervenciones de este tipo de pacientes.
- La información es obtenida de la Unidad de estadística e informática.

## IV. RESULTADOS

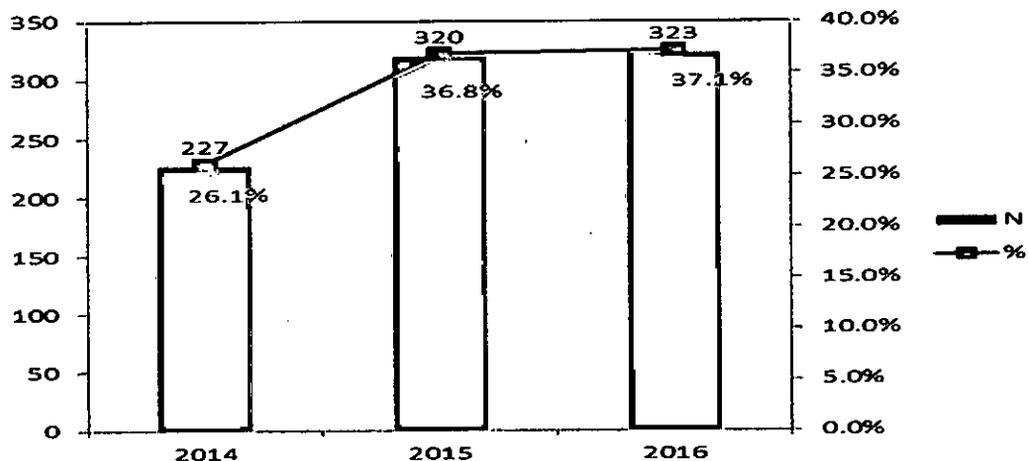
CUADRO 4.1

NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA POR AÑO: 2014, 2015 Y 2016 EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO

AÑO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	
	N	%
2014	227	26.1%
2015	320	36.8%
2016	323	37.1%
Total	870	100.0%

FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

GRAFICO 4.1



FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

### INTERPRETACIÓN 4.1:

En el gráfico 4.1 se observa que el mayor número de colecistectomía laparoscópica se realizaron en el año 2016 y el menor número de colecistectomía laparoscópica en el 2014. Con un total de 870 colecistectomía realizadas en los últimos 3 años.

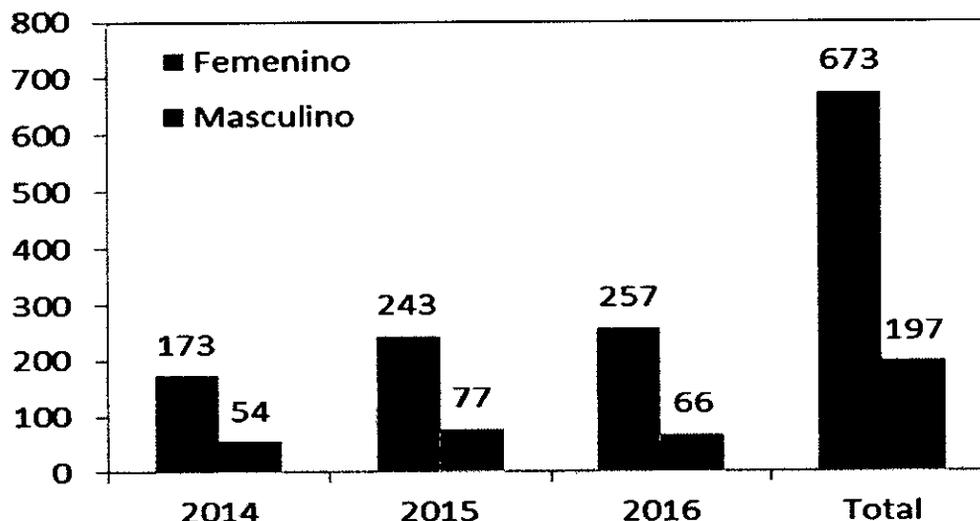
### CUADRO 4.2

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SEGÚN SEXO Y AÑO: 2014, 2015 Y 2016 EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO

Sexo	AÑO							
	2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	173	76.2%	243	75.9%	257	79.6%	673	77.4%
Masculino	54	23.8%	77	24.1%	66	20.4%	197	22.6%
Total	227	100.0%	320	100.0%	323	100.0%	870	100.0%

FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

### GRAFICO 4.2



FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

### INTERPRETACIÓN 4.2

Según el gráfico 4.2, se observa que la mayor cantidad de pacientes operados de Colecistectomía Laparoscópica en los años 2014, 2015 y 2016 son del sexo femenino, con un total de 673; y la menor cantidad de pacientes operados son de sexo masculino, con un total de 197.

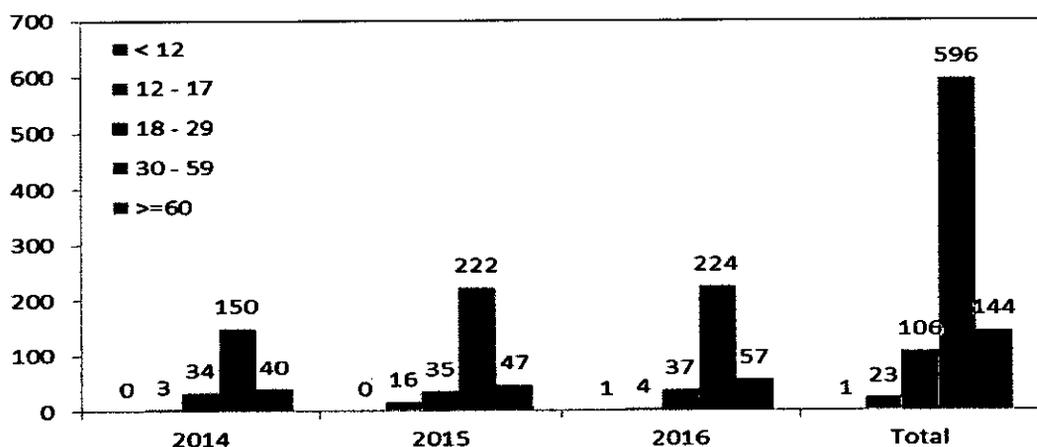
### CUADRO 4.3

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SEGÚN GRUPO ETAREO AÑO: 2014, 2015 Y 2016 EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO

Grupo Etareo	AÑO							
	2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 12	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
12 – 17	3	1.3%	16	5.0%	4	1.2%	23	2.6%
18 – 29	34	15.0%	35	10.9%	37	11.5%	106	12.2%
30 – 59	150	66.1%	222	69.4%	224	69.3%	596	68.5%
>=60	40	17.6%	47	14.7%	57	17.6%	144	16.6%
Total	227	100.0%	320	100.0%	323	100.0%	870	100.0%

FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

### GRAFICO 4.3



FUENTE: Libro de intervenciones Quirúrgica

### INTERPRETACIÓN 4.3

Según el gráfico 4.3, en el año 2016 el mayor grupo de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica se centra en los de 30 a 59 años, lo que no sucede en el grupo Etareo de menores de 12 años.

## V. CONCLUSIONES

- 1.** El conocimiento científico a través de la especialización es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos y eficaces de acuerdo a la respuesta de la persona planeadas con logros significativos involucrando nuestros conocimientos adquiridos, se debe crear un ambiente de armonía el cual favorece el estado emocional del paciente y la familia, consiguiendo el apoyo total del paciente.
- 2.** Funciones del enfermero como administración, docencia e investigación, permite socializar las intervenciones de enfermería.
- 3.** La aplicación de un plan de trabajo así como los instrumentos permite alcanzar nuestros objetivos con satisfacción en cada etapa del proceso de recuperación del paciente.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Que la especialización de enfermería es la piedra del desarrollo profesional y personal que repercute en la calidad de atención del paciente y familia y que la institución apoye dando facilidades para estos estudios de post grado.
2. Funciones del enfermero como administración, docencia e investigación, permite socializar las intervenciones de enfermería con mejor visión.
3. Que la aplicación de un plan de trabajo sea una guía de implementación y mejora constante en el servicio de cirugía de la Institución y satisfacción de recuperación del paciente.

## VII. REFERENCIALES

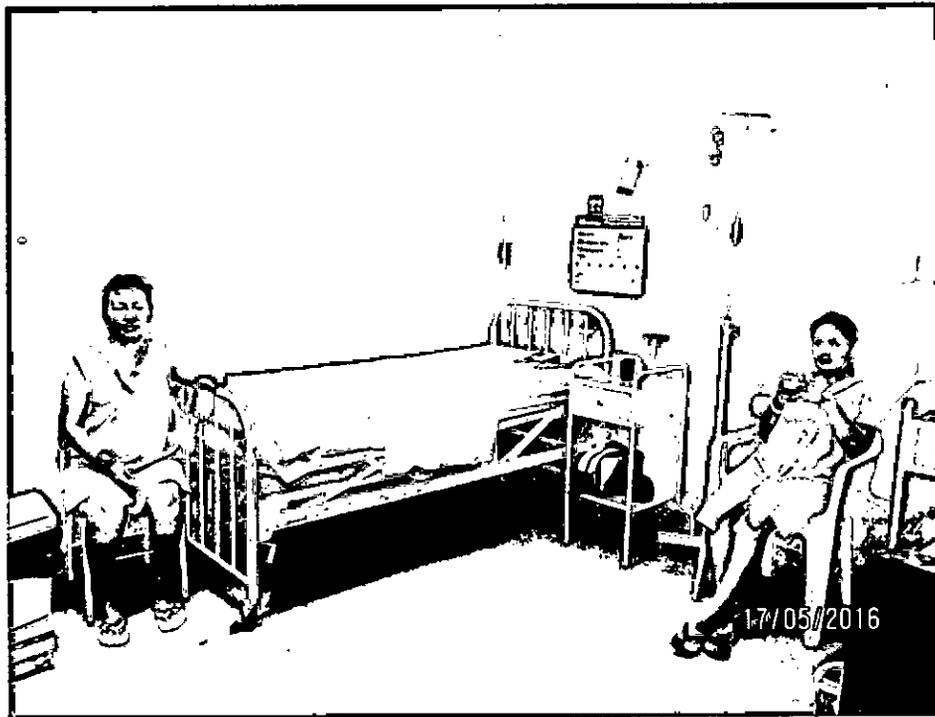
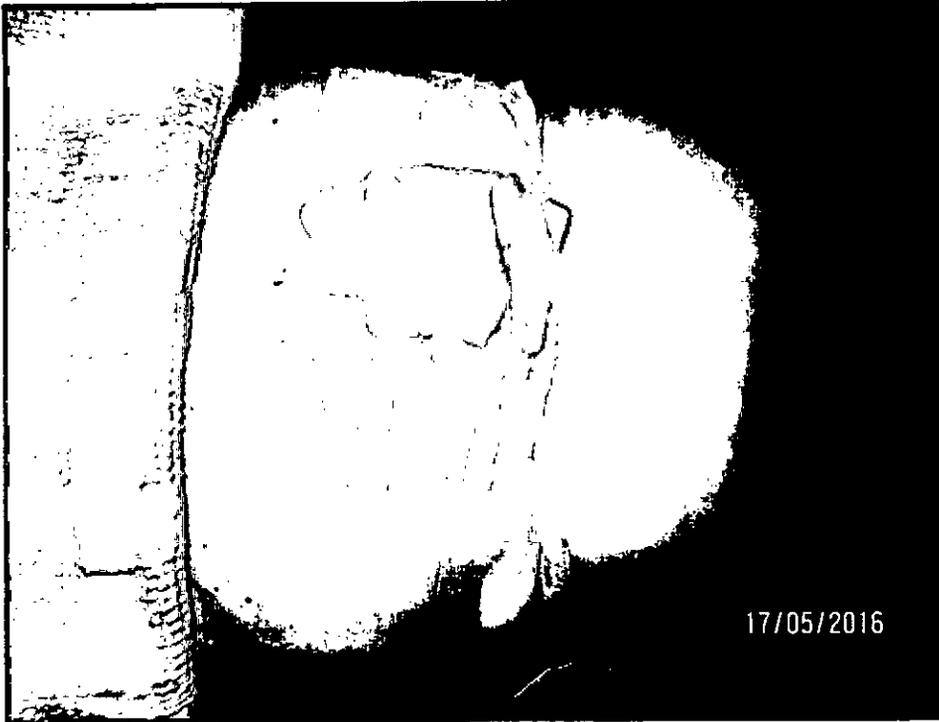
1. Cárcamo C, Ventuleri A, Kuschel C, Murúa A. Colectomía Laparoscópica. Experiencia del Hospital Clínico Regional Valdivia. Revista Chilena de Cirugía. 2002 Abril; 54(2).
2. Angelo W, Herfarth A, Arnica G. Colectitis Aguda Correlación clínico bacteriológica. Revista Médica del Nordeste. 2003 abril;(4).
3. De la Concepción A, Soberón I, Hernández J. Resultados del tratamiento laparoscópico de la colectitis aguda. 2009. artículo original.
4. Johansson M. Randomized Clinical trial of day-care versus overnightstay laparoscopic cholecystectomy. British journal of surgery. 2006 may; 93(40).
5. Gadacz T. actualización en colectomía Laparoscópica. Clínica quirúrgica de norte América. 2000 may; 80.
6. Locatelli J, Carbajal S, Valsechi R. Colectomía Laparoscópica. Análisis de 234 casos. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2003 diciembre;(134).
7. Gonzales L, Rodríguez S, Sánchez C, Acosta L. costes: Colectomía Laparoscópica frente a colectomía convencional. revista cubana de cirugía. 2006 agosto; 45(3-4).
8. Herrera L, Domínguez A, Rivera C, Bermudes W. Análisis de los factores de conversión durante colectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colectitis aguda. Revista de cirugía española. 2011 enero; 89(5).

9. Dávila F, Dávila u, Montero J. Colectomía Laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5 mm. asociación mexicana de cirugía endoscópica A.C. 2001 enero; 2(1).
10. Verganud, Lopera, Penagos. colecistomía Laparoscópica en colecistitis aguda. revista colombiana de cirugía. 2002 marzo; 17(1).
11. Cicero A, Vadez J, Decanini A, Golffier C, Cicero C. Factores que predicen la conversión de colecistomía laparoscópica: Cinco años de experiencia en el Centro Médico ABC. asociación mexicana de cirugía endoscópica. 2005 abril; 6(2).
12. Mule M, Cisneros c, Bolaños S, Dosouto V, Rosales Y. Parámetros ecográficos específicos de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda. MEDISAN. 2011 junio; 15(8).
13. Yasutoshi K, Tadahiro T, Strasberg S, Pitt H, Gouma D. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. Journal of hepato-biliar-pancreatic sciences. 2013 enero; 20(8).
14. Pérez M, Pérez R, Hartmann A. Enfermedad litiasica biliar en pacientes embarazadas. Estudio ecográfico. revista cubana de ginecología y obstetricia. 2001 junio; 27(2).
15. Pérez R. frecuencia de litiasis vesicular en la consulta de ultrasonido en el municipio de baracoa. 1993-1995. revista española de documentación científica. 1996 junio; 10(2).
16. Vega A. Incidencia de conversión de la colecistomía laparoscópica en colecistomía abierta en el HGRO No1 LIC.IGNACIO GARCIA TELLEZ. 2014. Tesis de posgrado para obtener el grado de especialista en cirugía general.

17. Masamichi Y, Tadahiro T, Strasberg S, Solomkin J. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. Journal of HepatoBiliary-Pancreatic Sciences: 2013 January; 20.
18. M M, Ferrer, Yuste. resultados y consolidación de la colecistectomía laparoscópica en un Hospital general. Revista de cirugía Andaluza. 1996; VII (27).
19. Yuichi Y, Tadahiro T, Strasberg S, Pitt H. TG13 surgical management of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-pancreatic Sciences. 2013 January; 20.
20. Granados J, Nieva R, Olvera G, Londaiz R, Cabal k, Sánchez D, et al. Criterios de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta y complicaciones poscolecistectomía: Una estadificación preoperatoria. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. 2001 julio; 2(3).
21. Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
22. Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16. Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml#ixzz4fvn86l1T>

# ANEXOS







# LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL II JORGE REATEGUI DELGADO

## Presente, pasado y futuro



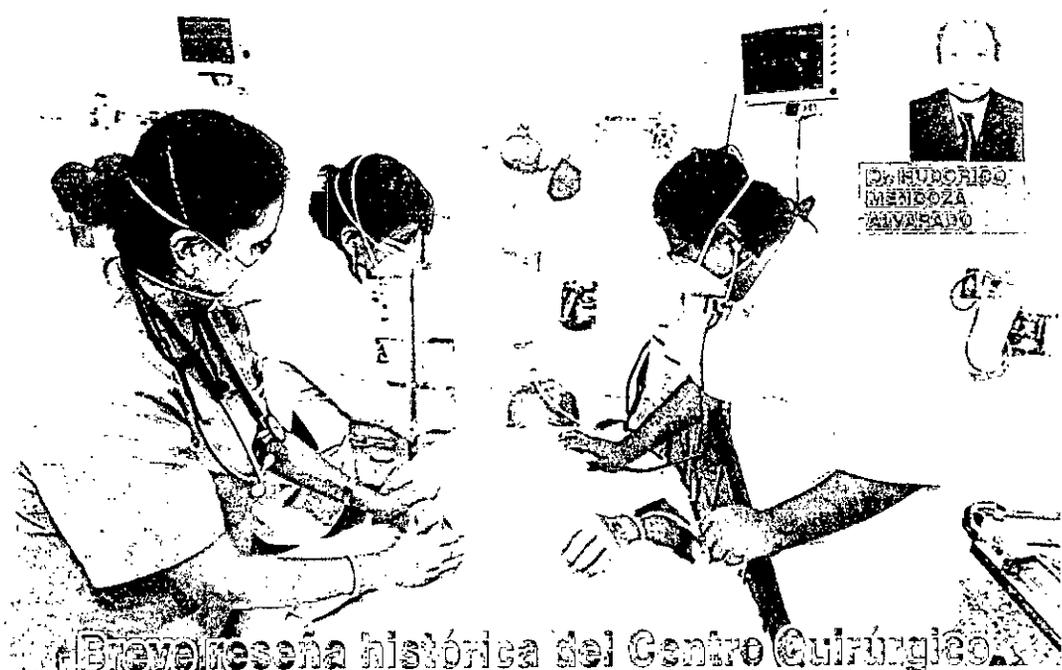
DR. JORGE V. ESPINOZA

**E**n esta 2016, la cirugía laparoscópica cumple 9 años en nuestro hospital, Alma Mater de la Seguridad Social en Piura. Desde nuestros inicios en las primeras colecistectomías laparoscópicas con el acompañamiento de SAGES y los entrenamientos en FLS, comenzando a formarse un equipo quirúrgico entre cirujanos, anestesiólogos y enfermería, que logró progresivamente avanzar en el desarrollo de la cirugía considerada el Gold estándar.

Mientras caminábamos en el intento de la excelencia en cirugía tuvimos una sentida pérdida, del que en ese momento era el Jefe de Servicio, nuestro amigo Adán y siguiendo uno de los principios del Jefe de Departamento de ver en cada momento difícil o problemático una oportunidad para crecer, aprender o desarrollarse, el Servicio comienza a tener excelentes resultados quirúrgicos con pacientes satisfechos, demostrando los reales beneficios de la cirugía laparoscópica como menos dolor postoperatorio, estancia hospitalaria mínima, reincorporación precoz a las labores etc. Con estos logros alcanzados nuestra lista de espera para llegar a una intervención quirúrgica laparoscópica de más de 30 días por lo que en conjunto con Centro Quirúrgico, haciendo muestra de un verdadero

espíritu de equipo, se logra realizar cuatro colecistectomías laparoscópicas en un mismo día, hasta llegar a tener seis días a la semana de turnos quirúrgicos de laparoscopia en doble horario. Los retos se siguen presentando y se comienza a realizar cirugía de hernias inguinales laparoscópicas con técnica TEP y apendicectomías laparoscópicas de emergencia. El ingreso de nuevos compañeros en las diferentes áreas, han logrado sumarse al equipo quirúrgico, mirando los objetivos futuros y tomándose como propios.

La situación coyuntural del Perú, con el Aseguramiento Universal a puertas y una verdadera categorización del hospital, con los nuevos requerimientos para nuestro nivel, la atención de emergencia de 24 horas, nos hace ver el futuro con retos importantes: cirugía laparoscópica de emergencia y la cirugía de avanzada, junto con el recambio generacional de los profesionales y la participación del resto de especialidades quirúrgicas del Departamento de Cirugía. De cara al futuro, vemos las diferentes áreas de soporte a la labor asistencial, su importancia para soportar nuestros deseos de crecimiento, con la correcta sustentación de nuestros requerimientos y el compromiso de la Gerencia de la Red Piura.



## Breve reseña histórica del Centro Quirúrgico

### Hospital Il "Jorge Reátegui Deigado" - Piura

El funcionamiento de nuestro Centro Quirúrgico está íntimamente relacionado con la evolución histórica de nuestro hospital. Inició sus funciones en el año 1951 con la atención de escasos pacientes de Cirugía General y de Ginecología. En el transcurso de los años la catología quirúrgica accedió a la atención de mayores complejidades operativas tanto cualitativa como cuantitativamente en sintonía con el avance tecnológico y científico de la medicina. Con el concurso del personal médico quirúrgico y de enfermería, se llegó a cubrir todas las camas de hospitalización del servicio de Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Traumatología y Urología principalmente, siendo las cirugías más frecuentes en atención: colecistectomías abiertas, hernioplastias, eventroplastias, cirugía intestinal y gástricas, apendicectomías, hemorroidectomías, entre otras. En ginecología: cesáreas, histerectomías abdominales y vaginal, legrados uterinos, colporrifias. En urología: prostactomías, prostatectomías, ureterolitomías, nefrolitotomías, cura quirúrgica de hidroceles y varicoceles, entre otras. En traumatología: reducción de fracturas tanto cruentas como incruentas.

Nuestra capacidad de hospitalización está reducida a 80 camas. Corresponde al servicio de cirugía general 20 camas, ginecología 4 camas, obstetricia 12 camas. Nuestro centro quirúrgico tiene una área física aproximadamente de 400 m<sup>2</sup>, teniendo principalmente 4 quirófanos, correspondiendo 1 a emergencia, 2 quirófanos para cirugía electiva y 1 quirófano para cirugía oftalmológica.

De 1992 a 1994 se remodeló el Hospital Jorge Reátegui convirtiéndose en Policlínico.

Desde 1994 a 2000 en el Centro Quirúrgico se desarrolló la Cirugía de Día.

Desde el año 2000 se reinició la atención de la cirugía

mayor de mediana complejidad y cirugía mayor de baja complejidad y de cirugía menor.

Desde 2007 se inició las intervenciones con cirugía laparoscópica siendo las cirugías más atendidas: colecistectomía laparoscópica (Colelap), apendicelap, herniolap y laparoscopias diagnósticas. En ginecología: broqueo tubárico laparoscópico, ooforectomía de ovario laparoscópico, histerectomías apoyadas con laparoscopia.

El número de atenciones quirúrgicas en todas las especialidades, incluidas las intervenciones pequeñas o de cirugía menor es alrededor de 250 al mes. Debo señalar que nuestro centro quirúrgico adolece de serias deficiencias en diferentes aspectos: el quirófano de emergencia adolece de una adecuada máquina de anestesia y necesita urgentemente reposición; los otros quirófanos disponen de máquinas de anestesia relativamente moderna pero que tienen varios años de funcionamiento por lo cual ya necesitan reposición, por lo que ya han sido reparados en varias oportunidades. El ambiente de recuperación es adecuado, tiene una capacidad de 5 camas, faltando equipos de monitoreo de funciones múltiples (3 equipos). No disponemos ambientes ni equipos adecuados para la esterilización del instrumental quirúrgico y el instrumental disponible para cirugía laparoscópica es insuficiente. Finalmente, la atención quirúrgica es limitada a 12 horas en el día, debiéndose programar guardias diurnas y nocturnas, incluyendo domingos y feriados, requiriéndose mayor personal tanto de cirujanos como anestesiólogos y de enfermería. Todo esto requiere mayor presupuesto.

En el centro quirúrgico atienden 5 anestesiólogos, 5 cirujanos generales, 7 ginecólogos, 3 urólogos, 3 traumatólogos, 4 oftalmólogos, 8 enfermeras, 7 técnicas de enfermería, 1 digitador, 2 trabajadores que realizan el control de limpieza.

# AVANZANDO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



Reducción del saco herniario

Colocación de la malla preperitoneal

Desde sus inicios hace ya 40 años la cirugía laparoscópica ha sido uno de los hitos que revolucionó la medicina para beneficio de los pacientes, tanto los antibióticos, las vacunas, las técnicas anestésicas y los diagnósticos por imágenes lo fueron en su momento. Prácticamente no hay especialidad quirúrgica que no se haya beneficiado de este gran avance.



**DR. ORESTES  
CASTILLO  
TAMAYO**

El Servicio de Cirugía del Hospital Jorge Reátegui Delgado se ha propuesto como meta en los siguientes años liderar la cirugía laparoscópica en toda la región Piura. Si bien es cierto empezamos bastante tarde en el año 2007 cuando se consiguió que nuestro hospital sea implementado con equipamiento de última generación el deseo de mejorar ha sido constante, realizando rotaciones a los hospitales Almenara y Rebagliati así como salidas al extranjero y también trayendo maestros de gran nivel y experiencia como los cirujanos de SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopy Surgeons) y profesores nacionales como el Dr. Javier Sandoval Jáuregui, destacado colo-

proctólogo laparoscopista quien operó varios pacientes en nuestro hospital hace unos meses.

Hace aproximadamente un año se empezó a realizar hernioplastias laparoscópicas usando la técnica TEP (Totalmente Extra Peritoneal) sin balón que a diferencia de la TAPP (Trans Abdominal Pre Peritoneal) no ingresa a

la cavidad abdominal, reproduce los principios clásicos de la vía preperitoneal y permite una visión directa de toda la pared inguinal, pudiéndose evidenciar otras hernias no diagnosticadas en el examen clínico inicial así como hernias bilaterales, procediéndose a la reducción de las hernias y colocación de la malla, siendo el tratamiento de elección en las hernias recidivadas.

Entre las metas a corto plazo del servicio están el tratamiento laparoscópico de las eventraciones, cirugía de colon y cirugía bariátrica para lo cual el hospital deberá contar con un servicio de USIN, nuevos tipos de mallas sintéticas de politetrafluoretileno, suturas mecánicas, selladores vasculares tipo LigaSure y sobre todo constante capacitación.

## “Deportes Ruiz”

¡Donde visten los campeones!



**WALON**

Uniformes deportivos,  
de las mejores marcas

- balones para fútbol, vóley y basketball - trofeos
- zapatillas - chimpunes - buzolas
- raquetas - colchonetas.

Email: Frederic\_ruiz01@hotmail.com



## CONSULTORIO MÉDICO

Dr. Segundo Palacios Navarro

C.M.P. 21337 - R.N.E. 10070

MÉDICO PEDIATRA

Celular: 969434537 - 969150838

E-mail: secondpai@hotmail.com

Consultorio Centro Médico Mundo Pediátrico

Jr. Huancavelica 1053  
Piura