

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN
BAUTISTA - HUARAL, 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN CUIDADOS QUIRURGICOS**

FANNY ELIZABETH GONZALES SALAZAR

Fanny Elizabeth Gonzales Salazar

**Callao, 2017
PERU**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA : PRESIDENTE
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO : VOCAL

ASESORA : Mg. ANA ELVIRA LOPEZ Y ROJAS

Nº DE LIBRO : 05

Nº DE ACTA : 202 - 2018

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 02 de Marzo del 2018

Resolución de Decanato Nº 584-2018-D/FCS de fecha 22 de Febrero de 2018 de designación del Jurado Examinador del Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	23
IV. RESULTADOS	27
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIALES	32
ANEXOS	35

INTRODUCCIÓN

El presente informe describe la experiencia laboral profesional en el **Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral** la cual ostenta la categoría de hospital de mediana complejidad (II.2), además brinda atención de salud a los pobladores de 11 distritos ubicados en la Costa y Sierra de la Provincia de Huaral. Su estructura es horizontal, una planta está diseñada para los servicios de consulta externa, hospitalización de **Pediatría y Medicina, Gineco - obstetricia, centro obstétrico y Neonatología** con su servicio de Cuidados Intensivos, contamos además con un **Centro Quirúrgico, y Central de Esterilización.**

El presente informe tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería a los pacientes postoperados de **Colecistectomía Laparoscópica** en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2015 - 2017. Así mismo contribuirá a impulsar, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional. Este informe beneficiara a los gestores y/o teóricos del cuidado, a la jefatura de Enfermería tanto del servicio y del Hospital y a los(as) licenciados(as) en enfermería que están al cuidado de los pacientes postoperados de **Colecistectomía Laparoscópica.**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la situación problemática.

En La Colecistitis Aguda existe una mayor incidencia en mujeres que en hombres, llegando en algunos países en 10:1 mujeres: hombres. Las edades con mayor predominio son de 20 a 40 años. (1)

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que la mayor incidencia de la enfermedad ocurre en el adulto entre los 30 y 80 años de edad. Puede presentarse en un 20-30 % de los casos sin antecedentes de otras manifestaciones de la enfermedad previa. Aproximadamente un 50 % de los pacientes han tenido síntomas al menos 48 horas antes del ingreso. (2)

En España Existe una amplia variabilidad en el abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda. Se presenta una encuesta a los miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) para analizar sus preferencias en el tratamiento de la colecistitis. La mayoría de los cirujanos que responden no declara ninguna superespecialidad (41,6%), el 21% son cirujanos hepatobiliopancreáticos, seguidos por cirujanos colorrectales y esofagogástricos. El 92,3% prefiere la colecistectomía durante el primer ingreso, aunque solo el 42,7% la realiza. Las razones más frecuentes para cambiar su práctica preferida son: pacientes no aptos para cirugía (43,6%) y poca disponibilidad de quirófano de urgencias (35,2%). El 88,9% realiza la colecistectomía por laparoscopia. La mayoría de

cirujanos de la AEC aconseja la colecistectomía en el primer ingreso para la colecistitis, pero solo la mitad de ellos la aplica en su entorno clínico. (3)

En América Latina se informa entre el 5 y el 15 % de la población con la **patología de colecistitis, la población de mujeres chilenas se encuentra** entre las de más alto riesgo de desarrollar litiasis vesicular con una **prevalencia de alrededor de 50% en mujeres, la población de mujeres chilenas presenta las más altas tasas de mortalidad ajustada por complicaciones no neoplásicas de publicadas a nivel mundial. La litiasis vesicular es bien conocida como un fuerte factor de riesgo para el cáncer vesicular, esta asociación se encuentra del 74% a 92% de los casos, mientras que la prevalencia de litiasis vesicular en la población general es del 10% .Estas tasas son tres a siete veces mayores que las observadas en las poblaciones de Europa occidental.(4)**

En el Perú, las patologías más importantes de hospitalización se encuentran relacionadas a las enfermedades que comprometen las vías **biliares, vesícula biliar y páncreas, las cuales en conjunto se ubican como la segunda causa de internamiento llegando a ocupar el primer lugar de las causas de egresos hospitalarios entre los años 2002 y 2010 en nueve departamentos: Arequipa, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Loreto, Moquegua, Pasco y Puno (5)**

En el Hospital San Juan Bautista de Huaral, los pacientes atendidos por **Colecistectomía Laparoscopia en el año 2015 fueron un total de 148 pacientes siendo 128 pacientes femeninos y 20 de sexo masculino, en el**

año 2016 la incidencia fue de 258 pacientes siendo 201 pacientes mujeres y 57 pacientes varones, en el 2017 el número total de pacientes postoperados de Colectomía Laparoscópica fue de 260 pacientes siendo 195 pacientes mujeres y 65 pacientes varones. (6)

1.2.- Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería que se brinda a los pacientes postoperados de Colectomía Laparoscópica en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2015 - 2017.

1.3.- Justificación

En la actualidad se ha evidenciado el incremento de pacientes postoperados de Colectomía laparoscópica atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral. La atención de enfermería se realiza en base a la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

Así mismo se pretende que el personal de enfermería identifique los factores de riesgo y actúe de una manera preventiva en la aparición de complicaciones en el paciente postoperado de Colelap.

Este informe beneficiará a todo licenciado de enfermería como guía de atención en el cuidado del paciente postoperado de Colectomía laparoscópica y/o ser el inicio para la implementación de protocolos de atención en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral, así mismo contribuirá al sistema de salud en la reducción de costos que requieren la atención y/o cuidado de Enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

DOMÍNGUEZ, Luis Carlos. (Colombia) en el año 2014, realizó un estudio titulado: Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores, con el objetivo de evaluar los resultados del procedimiento, efectuando un análisis discriminado por subgrupos de edad. El presente estudio fue de análisis descriptivo de los factores demográficos, clínicos, bioquímicos y de imágenes diagnósticas, en una población de adultos mayores sometidos a colecistectomía por laparoscopia de urgencia en comparación con la población general; Se incluyeron 703 pacientes (18,3% adultos mayores). La hipertensión, la diabetes, la colangitis, la coledocolitiasis y la clasificación ASA III-IV fueron factores significativamente estadísticos en los adultos mayores. Las tasas de reintervención, de conversión y de hemorragia fueron estadísticamente significativas en los adultos mayores, la diabetes y la tasa de conversión fueron superiores en los adultos mayores de 75 años, comparados con los de 65 a 74 años. Las tasas de lesión de la vía biliar, infección y mortalidad, no mostraron diferencia en ninguno de los grupos.; concluyendo que la colecistectomía de urgencia por laparoscopia continúa siendo un procedimiento relevante en adultos mayores con colecistitis

aguda. Se debe tener precaución pues las tasas de hemorragia, reintervención y conversión, son ligeramente superiores en este grupo. (7)

GONZÁLEZ RUÍZ, Vicente. (México) en el año 2013, realizó un estudio titulado: **Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: experiencia del Hospital General de México, con el objetivo de dar a conocer los resultados del empleo de la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de litiasis vesicular y sus complicaciones en el adulto mayor, experiencia tal, ocurrida en el Hospital General de México. El tipo de estudio es clínico, descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Del total, 367 colecistectomías fueron realizadas en mujeres (74.5%) y 139 en hombres (25.5%). La mayor parte de los pacientes (82%) tuvo un tiempo quirúrgico de 45 a 50 minutos. La estancia hospitalaria para la mayor parte de los pacientes (65%) fue de 24 a 36 horas; concluyendo que la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección para la litiasis vesicular y para sus complicaciones en el adulto mayor en un marco de atención integral, que garantizan las mejores condiciones del paciente, previamente a la cirugía. (8)**

ULLOA GÓMEZ, Felipe Ismael. (Ecuador) en el año 2016, realizó un estudio titulado: **Colecistectomía Laparoscópica: experiencia de 20 años en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos, Cuenca, con el objetivo de Identificar los factores socio-demográficos y clínicos en la colecistectomía laparoscópica: en sus 20 años de experiencia en el**

Hospital Militar de la ciudad de Cuenca, desde enero de 1996 hasta julio del 2015. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en los últimos 20 años, y según los criterios de inclusión, se trabajó con 468 fichas clínicas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22 y Microsoft Office. Utilizamos estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes. Un 61,8% fueron mujeres y un 38,2% varones con una edad media de 50,77 años (DS = 0,727). Las indicaciones quirúrgicas fueron colelitiasis 60.2%, colecistitis aguda 29,2%, poliposis vesiculares 4,7%, coledocolitiasis 4,5% vesícula esclerotrónica 0.9%. La estancia postoperatoria fue de 80.6% menos de tres días de ≤ 3 días y el 19,4% ≥ 4 días; con un = 1,09 y un DS = 0,292. La tasa de conversión a cirugía abierta de 0%. El tiempo quirúrgico fue del 50.2% dentro de 31-60min y el 46.2% más de 60 minutos con un = 42,43min y un DS = 0,564. En general, los resultados obtenidos son aceptables y comparables al resto de las series de la literatura. (9).

SOSA SÁNCHEZ, Liliana Patricia (España) en el 2013, realizó un estudio titulado estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico. evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas; con el objetivo de evaluar el dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas.

Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado (ensayo clínico) de 100 **pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva por colelitiasis sintomática en el Hospital General Universitario de Elche durante el periodo comprendido entre Marzo del 2010 y Enero del 2011.** Concluyendo que el abordaje con 3 trócares en línea media es un procedimiento seguro para la realización de la colecistectomía laparoscópica al no mostrar mayor tasa de incidencia de complicaciones intra y postoperatorias al compararlo con una técnica habitual. **El dolor postoperatorio, cuantificado mediante escala analógico-visual, tras el abordaje con 3 trócares en línea media es significativamente menor que tras el abordaje francés clásico (10)**

2.2 Marco conceptual

2.2.1. Colecistitis

Es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios notorios a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, pasan por una fase de supuración, otra de gangrenación y otra de perforación. **Resulta todo una consecuencia de la respuesta inflamatoria que se genera. Y esta comienza con el infiltrado celular, la extravasación de líquido y la consecuencia fisiológica que puese ser curación espontanea o formación de absceso y aparición de complicaciones como sepsis, perforación, formación de un plastrón (raro) y fistula. La colecistitis se debe en la gran mayoría de los casos (95%) a**

la presencia de cálculos en el interior del órgano, que terminan ocluyendo el conducto cístico, que desemboca en el colédoco. (11)

2.2.2. Anatomía

La vesícula biliar es un reservorio o bolsa que se localiza en el lado derecho de la región hepática). Se constituye por 4 regiones conocidas como cuerpo, fondo, cabeza y cuello. Tiene un tamaño aproximado de 10 × 5 × 4 cm. Desemboca en el conducto cístico (que al unirse con el conducto hepático da lugar al colédoco), que mide entre 2-5 cm, con un diámetro aproximado de 5 mm. (12)

2.2.3 Causas

La colecistitis aguda puede ser litiásica, cuando se genera por la impactación de un cálculo en algún sitio del sistema de drenaje de bilis y alitiásica cuando la anatomopatología no existe cálculo. Esta es más compleja de explicar, de entender y de diagnosticar, ya que sus causas obedecen fundamentalmente a virus como es el caso del virus de Epstein-Barr, la familia Herpesviridae, o a bacterias como el género Salmonella, entre otras.

La colecistitis crónica obedece en su gran mayoría a la presencia de un cálculo incapaz por su tamaño de impactar contra el conducto. Se abre paso a la horadación constante de la mucosa, con la consecuencia siempre clásica, de lo que sucede cuando un tejido es sometido a un daño cronicado: a saber la patología neoplásica.(13)

2.2.4 Epidemiología

Existe una mayor incidencia en mujeres que en hombres, llegando en algunos países en 10:1 mujeres:hombres. Las edades con mayor predominio son de 20 a 40 años. Se consideran factores predisponentes el hecho de ser mujer esto debido a las hormonas estrogénicas, ya que estas aumentan las proteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés) al igual que las proteínas de muy baja densidad (VLDL) y el colesterol en el jugo biliar y disminuyen dentro del mismo la concentración de ácidos y sales biliares lo que facilita la formación de litos dentro de la vesícula. Debido a los niveles de hormonas estrogénicas que se presentan en el embarazo el hecho de que las mujeres sean multíparas (o multigestas) se considera como un factor de riesgo al igual que el sobrepeso ya que el perfil lipídico en estas pacientes suele ser más alto.

2.2.5 Cuadro Clínico

Se caracteriza por dolor en región de cuadrante superior derecho del abdomen, el cual puede ser de moderado a intenso, tipo cólico o punzante. El dolor aumenta con la ingesta de alimentos muy condimentados, irritantes, grasas, café, chocolate; y disminuye con la deambulación y el ayuno (en algunas ocasiones).

Este dolor puede tener una duración mínima de 5 a 10 minutos o durar varias horas. En muchas de las ocasiones este dolor se puede irradiar a la espalda o hacia el hombro derecho. La intensidad del dolor y su duración no es proporcional al grado de lesión o afectación. En algunas

ocasiones se suele acompañar de descargas vagales o adrenérgicas, que se manifiestan por sudoración fría excesiva, náuseas, y vómitos de contenido gástrico. (14)

2.2.6 Exploración física

Se encuentra paciente diaforético con facies dolorosa, encontrándose en la mayoría de las ocasiones con distensión abdominal, doloroso a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen. A la palpación se obtiene un signo clásico, el signo de Murphy: dolor de aparición abrupta al presionar con el dedo en el punto de Murphy, punto localizado en el reborde costal y que pasa por la línea hemiclavicular derecha.

2.2.7 Diagnóstico

La colecistitis aguda suele producir dolor en cuadrante superior derecho persistente, típico en la exploración física por el médico. Puede acompañarse de náuseas, vómitos e inquietud. En caso de infección, suele aparecer fiebre, malestar general e ictericia (no siempre está presente, la coloración amarilla típica de la piel y las membranas en la ictericia se acompaña de orinas más oscuras y de heces blandas de color claro). Junto a la historia clínica y la exploración física, el diagnóstico suele confirmarse mediante la ecografía abdominal. Actualmente es muy frecuente, ante la clara sospecha de litiasis biliar, la realización de la ecografía por laparoscopia intraoperatoria, que permite la extirpación de la vesícula biliar si se confirma el diagnóstico en la misma operación.

El dolor referido al hombro derecho en los procesos agudos hepatobiliares y postcirugía laparoscópica se explica por la irritación del peritoneo de la región afectada. Este se encuentra inervado por el nervio frénico (que inerva al músculo diafragma) originado en el plexo cervical (III a IV) el que también origina nervios sensitivos y motores para la región del hombro. Este síntoma también suele verse en el embarazo ectópico por irritación de la sangre en el espacio subfrénico. Algo similar puede encontrarse en las pancreatitis agudas con dolor referido al hombro izquierdo (signo de Von Eisemberg).

En casos en los que mediante la ecografía no es posible confirmar el diagnóstico, puede ser necesario realizar otras pruebas complementarias como el estudio con contraste de las vías biliares (colangiografía) y CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica) tipo de endoscopia en el cual se pasa a través del esfínter de Oddi para observar la vesícula biliar y el páncreas.

Las complicaciones sistémicas aparecen con una frecuencia similar a la observada en otros procedimientos quirúrgicos de magnitud equiparable, generalmente en relación con el empleo de anestesia general y la edad avanzada. Es preciso mencionar los problemas respiratorios, la obstrucción intestinal y la hemorragia digestiva. Para reducir la incidencia de embolias pulmonares en pacientes con riesgo, es importante la deambulación precoz además de la profilaxis tromboembólica.

Uno de los principales argumentos críticos contra la hernioplastia laparoscópica (HL) es el riesgo de complicaciones específicas de la anestesia general. La incidencia de complicaciones generales puede reducirse con un mayor empleo de la anestesia local o regional, especialmente en pacientes de edad avanzada o con elevado riesgo quirúrgico. La complicación más frecuente de la anestesia general regional es la retención urinaria, siendo la incidencia mayor en pacientes con hipertrofia prostática benigna, por lo que en estos casos es preferible realizar primero una resección transuretral, o realizar ambas cirugías en el mismo acto operatorio. Con la anestesia intradural puede suceder una cefalea postoperatoria y lesiones neurológicas. Las complicaciones con la anestesia local son mínimas si se evita las sobredosis e inyección del anestésico en vena. (15)

2.2.8 Complicaciones

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos a:

- Fístulas externas e internas
- Ileo biliar
- **Pancreatitis aguda**
- Vesícula perforada
- **Piocollecisto**
- Hidrocolecisto
- **Peritonitis localizada (Absceso subfrénico)**

- Peritonitis generalizada
- Empiema vesicular.

2.2.9 Tratamiento

El tratamiento definitivo de la colecistitis es una intervención quirúrgica, llamada colecistectomía; existen dos tipos, la abierta y la laparoscópica. La laparoscópica es preferente ya que tiene una recuperación más rápida que con la abierta, debido a que solo son de tres a cuatro incisiones pequeñas en el abdomen; quedando puertos quirúrgicos más no una herida quirúrgica de gran tamaño y la colocación de un drenaje (penrose) en un ojal cutáneo al costado de la herida quirúrgica, haciendo esto para prevenir abscesos.

El momento de realizar dicho tratamiento suele depender del tiempo de **evolución del cuadro clínico. Una colecistitis aguda de menos de 48 horas de evolución puede ser de urgencia, mientras que si lleva ya más de 48 horas se realiza cirugía diferida a los 3-4 meses con tratamiento médico y controles, siguiendo una dieta baja en grasas.**

El tratamiento médico es terapia antibiótica y analgésica. (16)

2.2.10. Cuidados de Enfermería a pacientes postoperados de Colecistectomía Laparoscopica

PREOPERATORIO:

Requisitos de autocuidado universal:

Aislamiento e interacción social.

Ansiedad r/c la intervención quirúrgica.

Promoción de la normalidad.

Dolor agudo r/c la intervención quirúrgica.

POSTOPERATORIO:

Requisitos de autocuidado universal:

Eliminación.

Déficit de autocuidado: uso del WC r/c la dificultad de movimientos.

Movilidad.

Deterioro de la movilidad física r/c intervención quirúrgica.

Aislamiento e interacción social.

Ansiedad r/c la intervención quirúrgica.

Prevención de accidentes

Deterioro de la integridad tisular r/c la herida quirúrgica.

Promoción de la normalidad.

Déficit de autocuidados: baño/higiene r/c inmovilidad.

Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento r/c inmovilidad.

Dolor agudo r/c la herida quirúrgica.

Náuseas r/c intervención quirúrgica. (17)

2.2.11 Teoría de Watson

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el

rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de **Nightingale (enfermera)**, Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), **Gadow y Yalom (psiquiatra)**, elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería

La teoría del autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

La teoría del déficit de autocuidado

Se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con

ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. **Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.**

La teoría de sistemas de enfermería

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente **al individuo.**

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las **actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.**

La fuente de dificultad del beneficiario de cuidados enfermeros es la incapacidad de decidir, de realizar o de efectuar una acción orientada a **mantener su vida, salud y bienestar, y esto en relación a sus habilidades,** su edad, etapa de desarrollo.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de **autocuidado.**
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración **del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.**
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que **participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.**
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de **cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.**

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una **acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.** No obstante, las personas pueden elegir la no acción, es decir, **pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.**

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida **que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.** La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo **para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en**

cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. (18)

2.3 Definición de términos

2.3.1 Cuidado

El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

2.3.2 Cuidado enfermero

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad. (19)

2.3.3 Colecistitis aguda.

Es la hinchazón e irritación repentina de la vesícula biliar. Este fenómeno causa dolor abdominal intenso. La colecistitis aguda consiste en la inflamación y posterior infección de la vesícula biliar debido al bloqueo de los conductos biliares por colelitiasis.

2.3.4 Colectomía laparoscópica

La colectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

La colectomía laparoscópica es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas, sin abrir el abdomen. (20)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de enfermería del servicio de Hospitalización de Cirugía del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral, se realizó la revisión de los libros de registro de los pacientes atendidos postoperados de Colectectomía Laparoscópica y de la información proporcionada de la Oficina de estadística en los periodos 2015-2017.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral.

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de Enfermería del servicio a fin de obtener acceso a los registros anteriores.

3.2 Experiencia profesional

Estudie en la Universidad José Faustino Sánchez Carrión – Huacho.

El Serums lo realice en el Puesto de Salud “La Perla” en el distrito de Atavillos Bajos, provincia de Huaraz, durante el año 2001 – 2002

realizando atención de salud en 03 comunidades (La Perla – Piscocoto – Pallac) contando solo con una enfermera y un personal técnico.

Acabando el Serums de Diresa Lima Norte III, me contrató como Jefa de la **Microred Añasmayo** teniendo a cargo **03 puestos de salud**, así como la atención integral en 12 comunidades, experiencia inolvidable porque logró la **ampliación del puesto de salud Huayopampa** y se elevó de nivel a centro de salud.

Desde el año 2009 se elaboró en el Hospital de Huaral en el servicio de **Medicina, Cirugía y Pediatra. (Hospitalización II)** hasta la actualidad, aplicando el cuidado humanizado en los pacientes y con resultados **favorables**

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

La Función Básica en el servicio de Enfermería de cirugía:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados en la ejecución de actividades medicas propios del Servicio de Enfermería de cirugía para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Cirugía son:

- a) **Organizar, coordinar y evaluar la atención de enfermería durante el pre y postoperatorio del usuario** aplicando los procesos y

- protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo **su operatividad realizando un uso racional de los materiales**, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
 - c) **Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos** completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
 - d) **Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de** medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a **medicamentos**.
 - e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
 - f) **Cumplir con el tratamiento médico indicado.**
 - g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por **paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente** comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
 - h) Actualizar el kardex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa **para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.**
 - i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, **garantizando la calidad de la información que contribuirá a la** pronta recuperación del paciente.

- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, **asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno**, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes **relacionado con el paciente.**
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Cirugía para **prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.**
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de **Cirugía.**
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que **realizara el personal profesional de las salas de cirugía.**
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) **Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal** técnico durante del turno.
- p) Realizar **informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que** se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de **cirugía durante su turno.**
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora **en ausencia de la enfermera(o) jefa.**
- s) Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

Innovaciones y Aportes

Aplicación de escalas de valoración de Aldrete para identificar complicaciones postoperatorias.

Capacitaciones al personal técnico.

Se inicio la participación permanente del acompañante del paciente.

Reuniones mensuales del servicio para evaluar el trabajo en conjunto.

Limitaciones para el desempeño profesional

Insuficiente número de personal de Enfermería en el servicio de cirugía.

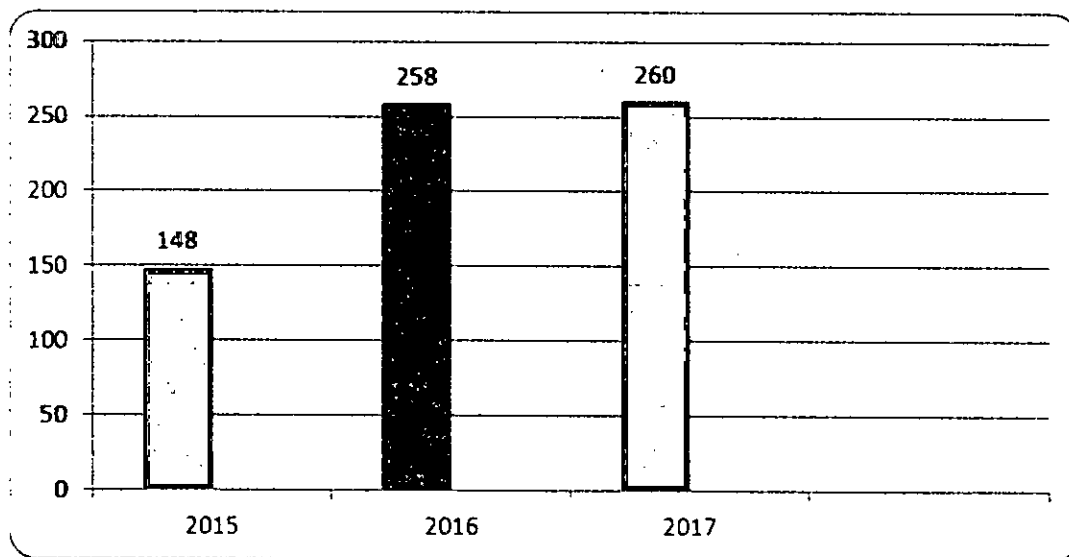
No se cuenta con una Base de datos digitalizados en el servicio.

No se cuenta con un servicio de hospitalización de cirugía, exclusivo para el cuidado a pacientes varones y mujeres postoperados por especialidad médica.

IV. RESULTADOS

Grafica 4.1

**PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL DEL 2015 - 2017**

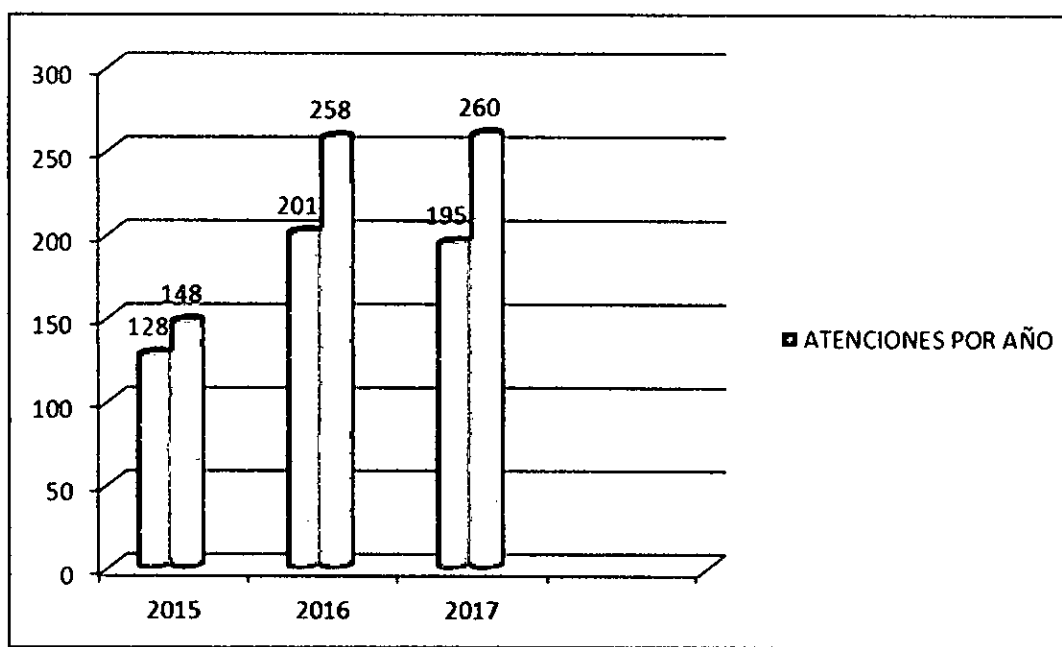


Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la grafica 4.1, se observa que el año 2015 se tuvo un total de 148 **pacientes postoperados de Colelap**, la cual fue aumentando para el 2016 con un total de 258 pacientes, se observa que el ingreso de pacientes con esta problema ha hido incrementándose, es así que el año 2017 se atendió a un total de 260 pacientes.

Grafica 4.2

**PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES DE
SEXO FEMENINO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL DEL 2015 - 2017**

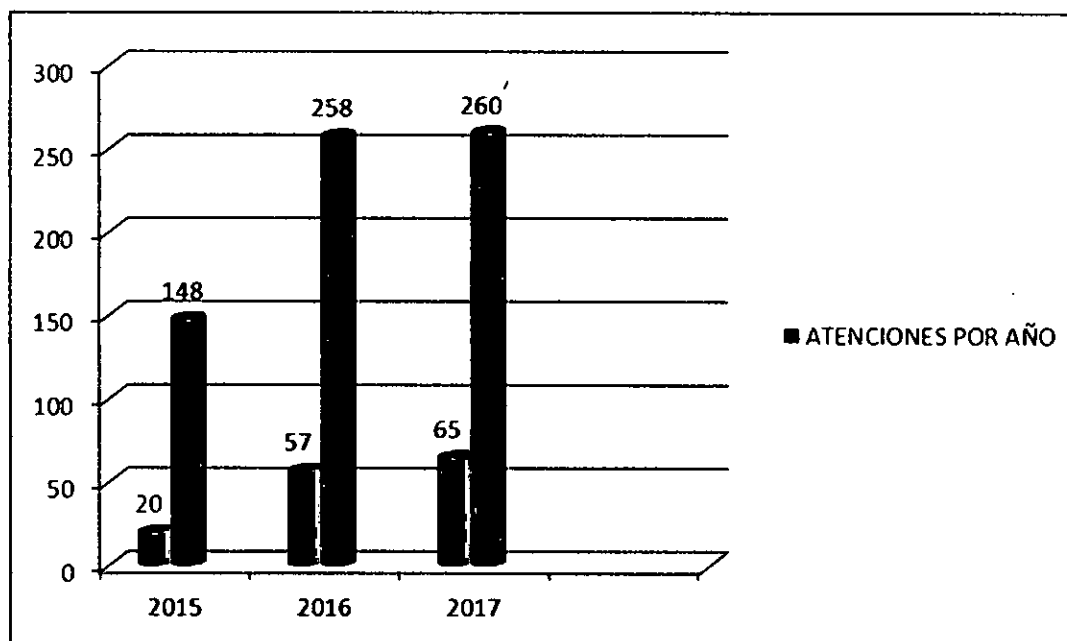


Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la grafica 4.2 se observa que entre el año 2015 al 2017 se tuvo un total de 524 pacientes del sexo femenino postoperados de Colecistectomía Laparoscópica, la cual representa aproximadamente el 79% del total de números de pacientes postoperados por año en dicho servicio.

Grafica 4.3

**PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES DE
SEXO MASCULINO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL DEL 2015 - 2017**



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la grafica 4.3 se observa que entre el año 2015 al 2017 se tuvo un total de 142 pacientes del sexo masculino postoperados de Colecistectomía Laparoscópica, la cual representa aproximadamente el 21% del total de números de pacientes postoperados por año en dicho servicio.

V. CONCLUSIONES

- a) Se evidencia que los pacientes postoperados de **Colecistectomía Laparoscópica ha venido incrementándose gradualmente cada año,** siendo la tendencia en aumento.
- b) **Las intervenciones de enfermería deben sustentarse con una base** teórica, realizando siempre un Proceso de Cuidado de Enfermería para garantizar la adecuada atención en salud.
- c) **Se evidencia que los pacientes postoperados de Colecistectomía** Laparoscópica en su mayoría son de sexo femenino.
- d) **Los pacientes postoperados varones representan el 21% del total** de pacientes atendidos durante el año.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la institución elaborar la implementación de un **servicio de Cirugía.**
- b) Se recomienda que cada servicio de Cirugía cuente con un mínimo de **enfermeros especialistas en Cuidados Quirúrgicos. Es importante** que el profesional de enfermería ponga en práctica todas sus **habilidades en el cuidado especializado y/o proceso de atención de enfermería** que beneficiará en nuestra atención de todos nuestros pacientes; de esta manera permitirá su pronta mejoría y **recuperación.**
- c) Se recomienda que todo Servicio debe contar con el personal **completo; es muy importante el recurso humano para así prestar una** buena atención de calidad y calidez a nuestros pacientes y una pronta atención.
- d) **Se recomienda la elaboración y actualización de una guía de** intervención de enfermería a pacientes postoperados de **Colecistectomía Laparoscópica.**

VII. REFERENCIALES

1. CARRANZA CASTILLO José. Actualización en el manejo de la **Colecistitis Aguda. 2012**
2. GARCÍA RODRÍGUEZ, Oscar. Litiasis vesicular indicación del **tratamiento Quirúrgico. Nuevos Criterios**
3. BADIA, JOSEP M. Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda. **Resultado de una encuesta a los cirujanos españoles.España.2014**
4. BOUCHET A, CUILLERET J: Anatomía descriptiva, topográfica y **funcional. Barcelona, editorial médica panamericana 1980.**
5. CAYETANO ARANA Cinthya. Prevalencia de complicaciones **intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el hospital militar central "Crl. Luis Arias Schreiber" Perú. 2016**
6. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Oficina de Estadística. 2017
7. **DOMÍNGUEZ, Luis Carlos. Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores. Colombia. 2014.**
8. GONZÁLEZ RUÍZ, Vicente. Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: experiencia del Hospital General de **México. México. 2013**

9. **ULLOA GÓMEZ, Felipe Ismael.** **Colecistectomía Laparoscópica: experiencia de 20 años en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado** Cobos, Cuenca. Ecuador . 2016.
10. **SOSA SÁNCHEZ, Liliana Patricia.** **Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico. evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas.** España. 2013,
11. **NÚÑEZ BARTOLOME, María Reyes.** **Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas (2da edición).** Elsevier, España. 1991.
12. **BUGOSEN M, TAGLE M, HUERTA-MERCADO T.** **Pólipos Vesiculares: Características Clínicas y Anatomopatológicas en Pacientes Colecistectomizados en la Clínica Anglo Americana entre los Años 1999-2007.** Rev. Gastroenterol. Perú; 2011.
13. **Sociedad Valenciana de Cirugía. Consenso entre cirujanos. Cirugía de la pared abdominal.** Valencia: Sociedad Valenciana de Cirugía; 2000
14. **PALANIVELU C.** **El arte de la cirugía laparoscópica. (Vol. II) Editorial Amolca. India; 2011.**
15. **ARTUSI G, TRIPOLONI D, CITTADINO A.** **Técnica de la Colecistectomía Laparoscópica Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009.**

16. CARRANZA JL, HERNÁNDEZ G. Control del dolor postoperatorio de colecistectomía laparoscópica. *Revista Dolor*. 2010
17. HENDERSON, Virginia. Principios básicos de los Cuidados de Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. 1961
18. DAZA C, MEDINA L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Revista: cultura de los cuidados*. 2006.
19. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. La investigación de Enfermería: instrumento de acción. 2008
20. GARCÍA ROJAS R, MURADÁS Augier M, LÓPEZ RODRÍGUEZ MS, PÉREZ DELGADO M. Anestesia para colecistectomía laparoscópica. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir*. 2006.

ANEXOS

