

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS
DE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - 2016**

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

GLADYS MILAGROS ACOSTA VELA

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 355-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2717-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre 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	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	21
3.3 Procesos Realizados del Informe	25
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Militar Central Crnl Luis Arias Schreiber, la población atendida son militares en actividad y en retiro, actualmente el hospital cuenta con un Dpto. de Dirección de Cirugía distribuidos por servicios o unidades hospitalarias perteneciente a la Dirección de Salud del Ejército y supeditado por el Ministerio de Salud.

El Hospital Militar Central tiene 11 unidades hospitalarias o servicios de cirugía de diferentes especialidades. La unidad hospitalaria donde laboro tiene 25 camas que está bajo la dirección de la Jefa del Dpto. de Enfermería, supervisoras, jefa de servicio, y enfermeras asistenciales, el universo de pacientes postoperados de colecistectomía convencional alcanzan mayor prevalencia en la atención médica. La aptitud del personal de enfermería asistencial en el cuidado del paciente post operado es una prioridad basado en los años de experiencia. Actualmente con el avance de las especialidades en enfermería se ha consolidado el cuidado quirúrgico del paciente.

Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional de mi servicio de cirugía en el Hospital Militar Central tiene como objetivo describir las intervenciones de enfermería en el paciente post operado de colecistectomía convencional y así contribuir a la mejora continua de calidad del cuidado en el periodo postoperatorio. Descrito en siete capítulos: I Planteamiento del problema 1.1 Descripción de la situación problemática 1.2 Objetivo 1.3 Justificación II Marco Teórico 2.1 Antecedentes 2.2 Marco Conceptual 2.3 Definición de Términos III Experiencia Profesional 3.1 Recolección de Datos 3.2 Experiencia Profesional 3.3 Procesos realizados en el tema del informe IV Resultados V Conclusiones VI Recomendaciones VII Referenciales. Finalmente los Anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en pacientes post operados de colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La Norma Técnica Sanitaria Resolución Ministerial N° 308-2006/MINSA para la Seguridad del Paciente define las políticas, estrategias, conceptos, y herramientas, para lograr que la atención de salud se desarrollen en un entorno seguro en los servicios de salud mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente, siendo dicha norma muy importante en el servicio de la unidad hospitalaria de cirugía y enfermería brinda cuidados en pacientes postoperados de colecistectomía convencional hasta el alta del paciente en una área de hospitalización especializada.¹

A nivel América Latina el Ministerio de la Protección Social de Colombia tiene como base una guía técnica que ha sido mejorado a través del Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización; una de las practicas seguras son procesos asistenciales seguros, uno de los aspectos es detectar, prevenir, y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud, con acciones encaminadas involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas post quirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico.²

A nivel internacional el Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad de España se desarrolló una Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico, dirigido al profesional sanitario en la guía ofrece recomendaciones sobre intervenciones para evitar o prevenir complicaciones y eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía, y mejorar la cultura de la seguridad quirúrgica.³

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud Ginebra/ Washington D.C según han demostrado varios estudios, en los países industrializados se producen complicaciones graves entre un 3% y un 16% de las intervenciones quirúrgicas practicadas en pacientes hospitalizados. Las infecciones y demás complicaciones postoperatorias también representan un grave problema a nivel mundial. Los estudios citados sugieren que la mitad de esas complicaciones podrían prevenirse.⁴

A nivel nacional según Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero del Colegio de Enfermeras (os) del Perú, con Resolución Decreto Ley N° 22315 el cuidado de enfermería según grado de dependencia, consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo. En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes.⁵

A nivel local en el Hospital Militar Central, se cuenta con 11 servicios o unidades hospitalarias en cirugía: A-2-3 Maternidad, A-3-3 Cirugía Oficiales- Civiles, A-4-2 Unidad de Recuperación, B-0-2 Central de Esterilización, B-2-2 Clínica de Técnicos y Suboficiales Cirugía, B-2-3 Cirugía Plástica y Quemados, B-3-3 Neurocirugía, B-4 Centro Quirúrgico, C-2-1 Traumatología Tropa-Técnicos y Suboficiales -Excombatientes, C-2-2 Cirugía de Tropa, C41 Traumatología Oficiales – Civiles.

En relación al recurso humano cuenta con personal especializado y con experiencia en el área 50% y el 50% del personal que labora en las diferentes unidades se encuentra en proceso de especialización y

entrenamiento; en relación a los recursos materiales cuenta con un equipamiento parcial de un servicio de cirugía.

Sin embargo mi experiencia en el servicio donde laboro clínica de técnicos, suboficiales (cirugía) B-2-2 con atenciones en pacientes varones militares en actividad y retiro desde adultos jóvenes hasta adultos mayores, me ha permitido identificar ciertas debilidades falta de una cultura de seguridad del paciente, debido a que (el/los) paciente(s) después de una cirugía post operado mediato manifiesta ansiedad, temor por su estado de salud, porque la parte medica no explico la gestión de riesgos de la cirugía al hacer firmar el consentimiento informado al inicio por colecistectomía laparoscópica y luego la cirugía termine en colecistectomía convencional, como también el consentimiento informado es colecistectomía convencional y en ambos casos el paciente se encuentra en sala de hospitalización del servicio con catéter de Jackson-Pratt o catéter de Penrose insertados en zona postoperatoria área abdomen, cubiertos con bolsas de colostomía u otros tipos de drenes, no hay comunicación de eventos adversos por parte del médico cirujano hacia el paciente debido que no hay respuesta inmediata para soluciones de complicaciones postoperatorias porque cada caso debe tener una junta médica y el paciente tiene una estancia hospitalaria prolongada para su recuperación.

Estas juntas médicas se prolongan debido a que los trámites administrativos y/o presupuesto de la Institución demoran para los exámenes diagnósticos más especializados como también pedidos de materiales, insumos o equipos médicos propios de cirugía para la sala de operaciones.

Hay ciertos casos esporádicos en que los pacientes son dados de alta aun con las vías invasivas como drenes y citados para su seguimiento de control por consultorio externo en cirugía general.

Habiendo mencionado dichas debilidades en el servicio de cirugía, es necesario aplicar el Manual de Organización de Funciones para el mejor desempeño en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central.

1.2 Objetivo

Describir las intervenciones de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central 2016.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía convencional, actividad fundamental en la atención integral del paciente.

En el Hospital Militar Central 2016:

Desde el punto metodológico tiene el propósito de detectar, identificar en forma oportuna riesgos u eventos adversos que pueda presentar en el paciente, porque la colecistectomía convencional es una cirugía tradicional abierta para tratar las enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares, con riesgos postoperatorios debido a la vesícula biliar.

Desde el punto de vista en base al cuidado de enfermería según grado de dependencia, considero importante tener en cuenta las normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero del colegio de enfermeras (os) del Perú, para prevenir las complicaciones en pacientes postoperados de colecistectomía convencional.

Desde el aspecto social sensibilizar, concientizar, al paciente y familia sobre la cultura de la seguridad quirúrgica, beneficiarios el paciente, familia y comunidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

CASTAÑEDA Suarez, Erdwin Roger (2012) En su investigación Factores de riesgo asociados a infección de sitio quirúrgico en pacientes adultos post operados de colecistectomía abierta. Se determinó la prevalencia de infección de sitio quirúrgico (ISQ), los factores de riesgo más influyentes asociados a ISQ en los pacientes operados de colecistectomía abierta electiva en el Hospital Belén de Trujillo, fueron: tiempo operatorio mayor a 100 minutos y uso de drenes. ⁶

DURAN Ávila Francisco Javier (2013) En su investigación Complicaciones asociadas a colecistectomía abierta. Con base en la importancia y frecuencia que tiene la colecistectomía abierta en el Servicio de Cirugía General de este Hospital General de María Lombardo de Caso 2º Nivel de Atención, se decidió estudiar las complicaciones como litiasis residual, lesión vascular, lesión hepática, fistula bilio- cutánea, bilioperitoneo, hemorragia excesiva, problemas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia, eventración, evisceración) problemas cardiovasculares, respiratorios, entre otros asociadas a esta intervención post quirúrgica.⁷

ESTEPA Pérez Jorge Luis; Santana Pedraza Tahiluma; Estepa Torres Juan Carlos (2015) En su investigación Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. La colecistectomía es uno de los procedimientos de tratamiento quirúrgico que ha resistido el impacto del centenario de años. Sigue siendo la vía adecuada cuando no se cuenta con tecnología avanzada.⁸

CARLOS Geovanny Torres Dugarte y Demian Spinetti, (2002) a través de su investigación "Colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía abierta o tradicional. Resultados de una serie de 442 pacientes", publicado en la Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Venezuela, tuvieron como objetivo de estudio presentar la

experiencia de seis años en pacientes atendidos por colecistectomía laparoscópica (CL) y abierta. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo. Se estudiaron 262 pacientes para colecistectomía laparoscópica y 180 pacientes para colecistectomía abierta. Los pacientes del grupo CL tuvieron menor tiempo quirúrgico, requirieron menor analgesia, menor estancia hospitalaria y se incorporaron más rápido a sus actividades. Conclusión: La cirugía laparoscópica es el "gold standard" que ha reemplazado a la cirugía abierta o tradicional como tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática, y a su vez es un procedimiento seguro que puede ser realizado por personal entrenado y con menos complicaciones que la cirugía abierta.⁹

2.2 Marco Conceptual

Litiasis Biliar:

Definición.- Como la formación de concreciones sólidas cálculos o piedras en la vesícula o la vía biliar a consecuencia de alteraciones en la composición de la bilis y la motilidad de la vesícula. La litiasis biliar es la responsable de la mayor parte de las patologías asociadas a la vesícula y a la vía biliar. La mayoría de las veces su presencia no causa síntomas y su diagnóstico es accidental, pero cuando aparecen síntomas derivados de la presencia de litiasis, está indicada la realización de una colecistectomía.¹⁰

La mayoría de las personas que tienen esta enfermedad tienen los cálculos dentro de la vesícula biliar, y así la enfermedad se llama colelitiasis.¹¹

Etiopatogenia: Los cálculos biliares pueden ser de tres tipos atendiendo a su composición: de colesterol, pigmentarios negros y pigmentarios marrones.¹²

Presentaciones de la patología vesicular:

Colecistitis Calculosa Aguda:

Se define colecistitis aguda leve o grado I como aquella que ocurre en un paciente sin comorbilidades, sin datos de disfunción orgánica y con cambios inflamatorios leves en la pared de la vesícula. Por lo tanto, en estos casos se puede realizar una colecistectomía precoz, ya que el riesgo quirúrgico es bajo. La colecistitis aguda moderada o grado II se caracteriza por la presencia de inflamación local importante, que dificulta la realización de una colecistectomía precoz, pero sin datos de disfunción orgánica. Los hallazgos en este grupo de pacientes incluyen leucocitosis, masa palpable en el hipocondrio derecho, duración de los síntomas superior a 72 horas, datos de inflamación local (peritonitis, absceso hepático, colecistitis gangrenosa). En estos casos está indicada la colecistectomía diferida. Por último, la colecistitis aguda grave o grado III cursa con disfunción orgánica (shock, confusión, insuficiencia renal o respiratoria, coagulopatía o trombopenia). Este subgrupo de pacientes requiere de un tratamiento inmediato, sea colecistectomía o colecistectomía.¹⁰

Colecistitis Calculosa Crónica:

Es la forma más frecuente de enfermedad litiásica biliar. Generalmente se desarrolla de forma insidiosa, pero puede ser consecuencia de episodios repetidos de colecistitis aguda. Consiste en una inflamación crónica de la pared de la vesícula. Los síntomas suelen ser leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal y dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio, ocasionalmente irradiado a la escápula derecha, puede existir signo de Murphy. Los estudios de laboratorio no muestran hallazgos relevantes. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía abdominal, aunque los hallazgos tienen poco valor: la vesícula es

pequeña, con engrosamientos difusos o circunscritos de la pared, con ecos fuertes en su interior.¹⁰

Colecistectomía Convencional:

Es la cirugía para extirpar la vesícula biliar, en el cual se emplea un corte quirúrgico abierto en lugar de un laparoscopio.

Los factores más frecuentes que suelen inhabilitar la opción de una colecistectomía laparoscópica son los antecedentes de cirugías abdominales previas con importantes cicatrices.

En el caso de que la vesícula biliar esté muy inflamada, infectada o con cálculos de tamaño importante, también suele ser necesaria una colecistectomía abierta.

Descripción:

Es la cirugía abierta de extirpación de la vesícula biliar, la cirugía se hace mientras está bajo anestesia general (dormido y sin dolor), el cirujano hace el procedimiento se lleva a cabo realizando una incisión de entre 7 y 12cm aprox. justo debajo de la caja torácica, donde se encuentra la vesícula biliar, en el lado derecho del abdomen. Se aparta el hígado, se cortan los vasos y conductos que unen a la vesícula biliar al organismo, y luego se extirpa la vesícula. Por último, se ponen puntos sutura para cerrar la incisión que se ha realizado para acceder hasta la zona. Suele ser necesario quedarse en el hospital de 3 a 5 días tras este tipo de intervención. La cirugía de extirpación abierta de la vesícula biliar toma aproximadamente una hora.

Los riesgos de la cirugía de la vesícula biliar abarcan:

*Sangrado.

*Infección.

*Lesión al intestino delgado o al intestino grueso.

*Pancreatitis (inflamación del páncreas).¹³

Modelos de Cuidados de Enfermería

Un Modelo, es la representación conceptual de la realidad. Por lo tanto, sirve para unificar los métodos docentes, dirigir la práctica profesional y promover la investigación.

Es por lo tanto la guía filosófica con la que se van a aplicar los cuidados dependiendo del Modelo que se elija.

Modelo de Dorothea E. Orem define como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que 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.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

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.¹⁴

Los Planes de Cuidado estándar no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro Plan de Cuidados estándar a cada uno de nuestros pacientes.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

Valoración

Diagnósticos (NANDA)

Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC)

Intervenciones (Actividades) (NIC)

Evaluación

Valoración de Enfermería:

Es la parte más importante en la realización de los planes de cuidado, ya que en una buena valoración inicial, se detectarán los problemas de salud que se traducirán posteriormente en los diagnósticos enfermeros. Es un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando.

Diagnósticos de Enfermería asociados a Dominios y Clases:

Etiquetas Diagnósticas de la NANDA en relación al área de estudio en pacientes postoperados de colecistectomía convencional:

Dominio 2 Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 4 Metabolismo

Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Diagnósticos aprobados:

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Clase 5 Hidratación

Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Diagnóstico aprobado:

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Dominio 3 Eliminación

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 2 Función gastrointestinal

Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

Diagnósticos aprobados:

00015 Riesgo de estreñimiento.

00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.

Dominio 4 Actividad / reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1 Reposo / sueño

Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Diagnóstico aprobado:

00095 Insomnio

Clase 2 Actividad / ejercicio

Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Diagnósticos aprobados:

00100 Retraso en la recuperación quirúrgica.

Clase 4 Respuestas cardiovascular / pulmonar

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad / reposo.

Diagnósticos aprobados:

00032 Patrón respiratorio ineficaz.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

Clase 5 Autocuidado

Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.

Diagnósticos aprobados:

00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

Dominio 6 Autopercepción

Conciencia del propio ser.

Clase 3 Imagen corporal: Imagen mental del propio cuerpo

Diagnóstico aprobado:

00118 Trastorno de la imagen corporal.

Dominio 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales.

Clase 2 Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental

Diagnósticos aprobados:

00148 Temor.

00146 Ansiedad.

Dominio 11 Seguridad / protección

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 1 Infección

Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Diagnóstico aprobado:

00004 Riesgo de infección.

Clase 2 Lesión física: Lesión o daño corporal

Diagnósticos aprobados:

00155 Riesgo de caídas.

00046 Deterioro de la integridad cutánea.

00044 Deterioro de la integridad tisular.

00206 Riesgo de sangrado.

Clase 6 Termorregulación

Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

Diagnósticos aprobados:

00007 Hipertermia.

Dominio 12 Confort

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1 Confort físico: Sensación de bienestar o comodidad

Diagnósticos aprobados:

00132 Dolor agudo.

00133 Dolor crónico.

00134 Náuseas.

00214 Discomfort.

Clase 2 Confort ambiental

Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Diagnóstico aprobado:

00214 Discomfort.¹⁵

Cuidado de Enfermería Según Grado de Dependencia

Grado de dependencia: consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo.

En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes.

Objetivos:

- a) Ubicar a los pacientes en grupos de atención para garantizar un cuidado de calidad.
- b) Determinar las horas necesarias y el personal adecuado acorde a la demanda de cuidados.
- c) Lograr la distribución oportuna y adecuada del recurso humano de enfermería basado en la valoración objetiva y exacta de la gravedad y necesidades del paciente.

Los Grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

GRADO I o ASISTENCIA MÍNIMA: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, pre operatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal con asistencia de enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera

GRADO II o ASISTENCIA PARCIAL: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.

GRADO III o ASISTENCIA INTERMEDIA: Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de

mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de la vida

GRADO IV o ASISTENCIA INTENSIVA: Persona críticamente enfermo, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud; inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

GRADO V o ASISTENCIA MUY ESPECIALIZADA: Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, hígado, riñón, médula ósea, pulmón, que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.⁵

SOAPIE:

Método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, cliente, familia y comunidad, así como las intervenciones y observaciones, y evaluación que realiza la enfermera. También se conoce como estructura o siglas del registro de enfermería.

Registro de Enfermería:

Documento legal y formal escrito o impreso, que se considera como indicador del desempeño de los enfermeros profesionales, referido al cuidado que se brinda a la persona sana o enferma, estructurado según normas en el SOAPIE.

Siglas del SOAPIE:

S: Datos subjetivos

O: Datos objetivos

A: Análisis o Diagnósticos

P: Planificación (va el objetivo del plan)

I: Intervenciones

E: Evaluación o resultado esperado.¹⁷

2.3 Definición de Términos

Colecistitis: Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar, que generalmente se produce por la presencia de cálculos.

Colecistitis aguda: 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.

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

Colelitiasis: Formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Colecistectomía convencional: Operación quirúrgica abierta que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.¹⁶

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

En la recolección de datos se utilizó técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de las intervenciones de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía convencional en el servicio de cirugía.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Organización de Funciones (MOF) del Servicio de Cirugía.

Manual de Bioseguridad.

Registros de Enfermería.

Historias Clínicas.

Cuaderno de Estancia Anual, donde se registra el ingreso, transferencias y egreso de pacientes.

Libros de Enfermería en relación al tema.

Internet páginas Web en referenciales.

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral:

El Hospital Militar Central Crnl. Luis Arias Schreiber, es una institución de salud castrense que fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, durante el gobierno del presidente Manuel Prado. En 1974 fue remodelado y ampliado. Cuenta con las más completas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, estando catalogado como un hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención).

Características geográficas:

El Hospital Militar Central Crnl. Luis Arias Schreiber, se ubica en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima.

Infraestructura:

Se cuenta con 11 servicios o unidades hospitalarias en cirugía: A-2-3 Maternidad/ A-3-3 Cirugía Oficiales- Civiles/ A-4-2 Unidad de Recuperación/ B-0-2 Central de Esterilización/ B-2-2 Clínica de Técnicos y Suboficiales Cirugía/ B-2-3 Cirugía Plástica y Quemados/ B-3-3 Neurocirugía/ B-4 Centro Quirúrgico/ C-2-1 Traumatología Tropa-Técnicos y Suboficiales –Excombatientes/ C-2-2 Cirugía de Tropa/ C41 Traumatología Oficiales- Tcos.-Subof. y Civiles, cuenta con ambientes adecuados y en relación a los recursos materiales hay un equipamiento parcial en los servicios de cirugía; según el reglamento de organización y funciones el hospital, brinda atención de calidad por personal salud especializado.

Experiencia Laboral:

En el año 2001 ingrese a la institución del Ejército habiendo culminado los estudios superiores, la profesión de Enfermería en la Escuela de Enfermería del Ejército convenio con la Universidad Nacional Federico Villarreal; se me destaco los años 2001 a 2002 al Policlínico de Chorrillos, en el año 2003 a 2011 se me asigno laborar en el Hospital Militar Central Crnl. Luis Arias Schreiber, desarrollándome en las diferentes áreas, en la unidad de recuperación A-4-2 (10 meses), en la unidad de hospitalización de medicina y cirugía C-3-1B (10 años y 2 meses), y desde el año 2012 hasta la actualidad laboro en la unidad hospitalaria de cirugía clínica de técnicos- suboficiales B-2-2, en ese intermedio del año 2013 estuve trabajando en la unidad hospitalaria Traumatología de Tropa, Técnicos, Suboficiales y Excombatientes C-2-1 (4 meses), y en el transcurso de

aquellos años labore en unidades de cuidados intensivos polivalente, coronarias, pediátrico, neurocirugía y emergencia, como en otras unidades hospitalarias en calidad de personal de apoyo asignado por la supervisión del Dpto. de Enfermería.

Desde Mayo del año 2001 laboro en el Hospital Militar Central Crnl. Luis Arias Schreiber, hasta la actualidad soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral las inicie en el año 2001 por la modalidad de contrato luego en el año 2004 ingrese en la condición de nombrada, y en los años 2007 y 2016 se me selecciono como la enfermera más destacada del servicio de cirugía, siendo el año 2016 se me asigno como Jefa interina en mi unidad hospitalaria en 02 oportunidades a cargo de 11 enfermeras y 7 técnicas auxiliares de enfermería.

Las funciones que desempeño actualmente como enfermera asistencial según manual de organización de funciones (MOF) en el servicio de Cirugía son:

- Proporcionar cuidado integral y seguro de enfermería al paciente en el pre y post operatorio basado en las necesidades de salud y utilizando el PAE.
- Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente.
- Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería según SOAPIE, aún en proceso de elaborar una guía del servicio de cirugía.
- Participar en el reporte y ronda de enfermería.
- Desarrollar intervenciones de enfermería con buen trato.
- Participar en la visita médica informando el estado del paciente.

- Ejecutar procedimientos técnicos en la atención directa al paciente (SNG, SV, venoclisis, curaciones y otros).
- Trasladar y acompañar al paciente de la UH a SOP y viceversa proporcionándole apoyo físico y emocional.
- Administrar las prescripciones médicas y tratamientos a los pacientes en forma oportuna y eficiente.
- Verificar y utilizar de manera racional los medicamentos, materiales e insumos del paciente asegurando su provisión las 24 horas del día.
- Informar al paciente sobre las normas de conducta y disposiciones que debe cumplir durante su permanencia en el servicio.
- Brindar educación continua al paciente y familia en los aspectos de su autocuidado.
- Supervisar y evaluar las actividades del personal auxiliar de enfermería.
- Verificar la limpieza, orden, y conservación de los ambientes del servicio.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Cuidar los equipos y el funcionamiento de los mismos, material y enseres del servicio.
- Registrar las intervenciones de enfermería en la historia clínica del paciente de acuerdo a normas para facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Participar en las actividades de investigación y capacitación mensual tendientes a mejorar la atención de enfermería que se resta al paciente.
- Cumplir con las comisiones especiales asignadas por el personal mayor jerarquía.
- Participar en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el Tema del Informe

Según las normas se llevan a cabo como están suscriptos en el Manual de Organización de Funciones, las Normas de Gestión de la Calidad de Cuidado del Enfermero CEP (cuidado de enfermería en relación al grado de dependencia), y a su vez siendo el SOAPIE reconocido en el año 2001 por el MINSA como indicador hospitalario, fue la razón emergente que al inicio del año 2016 el departamento de enfermería informo a todo el personal de enfermería de la inclusión de unas nuevas hojas notas de enfermería para aplicar el SOAPIE con NANDA- NOC- NIC en las historias clínicas.

Innovaciones:

En mi servicio está la propuesta de elaborar modelos de Taxonomía II NANDA-NIC-NOC 2015- 2017, por intermedio del SOAPIE en las hojas de Notas de Enfermería de la historia clínica, con una perspectiva de una posible guía en relación a las diferentes especialidades solo de cirugía, que aún está en proceso de adaptación y constante ejercicio del lenguaje enfermero estandarizado (LEE) por parte del personal de enfermería, que nos motiva brindar un cuidado holístico con calidad y calidez, y a su vez estar a la vanguardia de la tecnología debido a la sistematización de la información en las historias clínicas de salud como historias electrónicas de salud (HES), reconocido en el Perú con la Ley N° 30024 publicado en junio del año 2013.

Según el objetivo de mi informe laboral es describir las intervenciones de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía convencional:

Diagnóstico Enfermería:

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (postoperatorio).

- Disminución de la ansiedad:
- Disminución del estrés por traslado.
- Mejora el afrontamiento:
- Potenciación de la seguridad.
- Orientación anticipatoria.
- Apoyo emocional.
- Enseñanza: medicamentos prescritos.
- Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
- Manejo ambiental.
- Monitorización de signos vitales.

Diagnóstico Enfermería:

00004 Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

Objetivo:

Evitará la presencia de microorganismos patógenos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Control de infecciones:
- Cuidado de las heridas.
- Cuidado de las heridas: drenaje cerrado.
- Cuidado del sitio de la incisión.
- Identificación de riesgos.
- Manejo de la inmunización:

- Manejo de la medicación.
- Mejora de la tos.
- Protección contra las infecciones:
- Vigilancia de la piel.
- Apoyo asistido al baño.
- Cambio de posición.
- Manejo ambiental.
- Manejo de la vía aérea.
- Manejo de líquidos y electrolitos.
- Monitorización de electrolitos.
- Monitorización de los signos vitales.

Diagnóstico Enfermería:

00206 Riesgo de sangrado r/c afección gastrointestinal (postoperatorio).

Objetivo:

Evitará la disminución del volumen de sangre que pueda comprometer la salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Identificación de riesgos.
- Manejo de la medicación.
- Prevención de hemorragias:
- Vigilancia (Ejm. hemoperitoneo).

- Cuidados del sitio de incisión.
- Manejo ambiental: seguridad.
- Prevención de caídas.
- Prevención del shock.

Diagnóstico Enfermería:

00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c dolor.

Objetivo:

Realizara o completara por sí mismo las actividades de vestirse.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Ayuda con el autocuidado: vestirse/ arreglo personal.
- Manejo ambiental.
- Manejo de la energía.
- Acuerdo con el paciente.
- Disminución de la ansiedad.
- Enseñanza: individual.
- Manejo del dolor.
- Mejora de la imagen corporal.
- Vigilancia de la piel.¹⁸

Teniendo en cuenta el modelo de D. Orem.

Limitaciones:

En las capacitaciones seminario taller proceso de enfermería claves diagnósticas estuvo dirigido para las jefas de enfermería de las unidades hospitalarias solo de cirugía, que se realizó en este año por el departamento de enfermería se logró consensuar 20 etiquetas diagnósticas que deben desarrollarse para el SOAPIE y perspectiva de una guía de cuidados de enfermería en pacientes postoperados de cirugía y especialidades.

En mi unidad aun el personal de enfermería está en proceso de capacitación y clasificar por prioridad las etiquetas diagnósticas.

Estas etiquetas diagnósticas son:

Riesgo de Infección/ Deterioro de la integridad cutánea/ Deterioro de la integridad tisular/ Retraso en la recuperación quirúrgica/ Riesgo de sangrado/ Dolor agudo/ Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional/ Hipertermia/ Hipotermia/ Náuseas/ Ansiedad/ Temor/ Deterioro de la eliminación urinaria/ Riesgo de estreñimiento/ Déficit del autocuidado: baño/ Deterioro de la deambulación/ Deterioro de la deglución/ Riesgo de caídas/ Deterioro de la comunicación verbal/ Discomfort.

En relación a las buenas prácticas para la seguridad del paciente se sugiere en el personal salud, involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad ya sea en el preoperatorio, como postoperatorio.

Se debe considerar que entre más este el paciente comprometido con su salud, mas ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.

Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? ¿Qué enfermedad tengo?

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

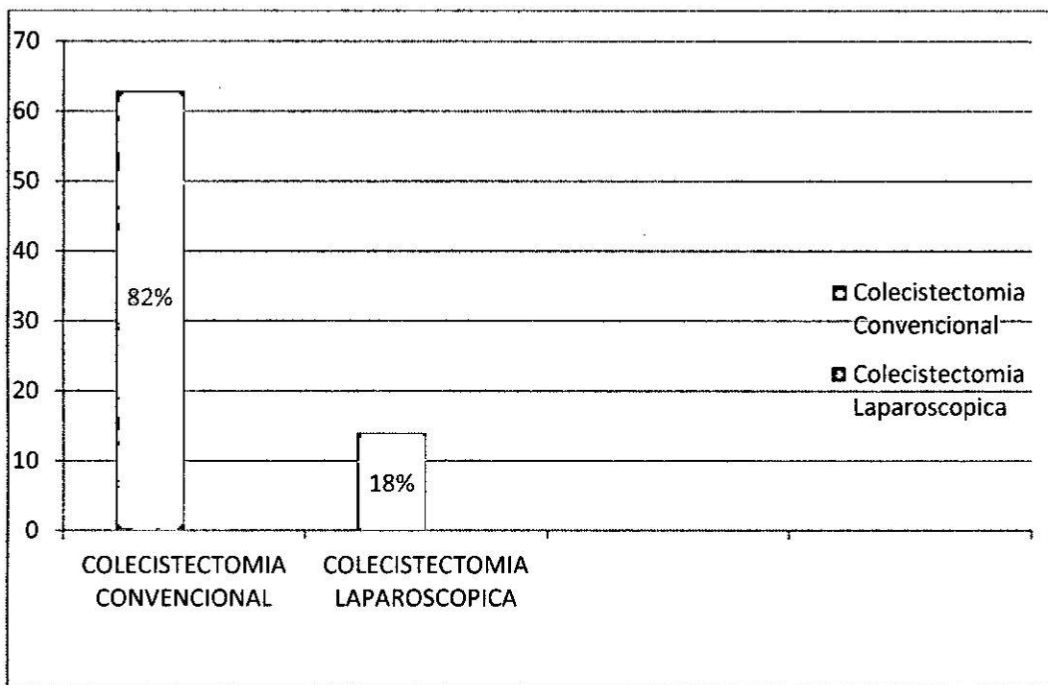
NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL VS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CIRUGÍAS ELECTIVAS COMPARATIVAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL-2016

Cirugías Electivas Comparativas	N° Pacientes Postoperados	%
Colecistectomía Convencional	63	82%
Colecistectomía Laparoscópica	14	18%
TOTAL	77	100%

Fuente: Registro de ingreso y egreso en el Servicio Cirugía 2016

Grafico N° 4.1

NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL VS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CIRUGÍAS ELECTIVAS COMPARATIVAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL-2016



Fuente: Registro de ingreso y egreso en el Servicio Cirugía 2016

Podemos observar en el grafico que las cirugias electivas comparativas existe mas prevalencia en atenciones a pacientes postoperados en el servicio de cirugía en el año 2016 de colecistectomia convencional con un 82%, mientras que los pacientes postoperados de colecistectomia laparoscopica solo es 18% .

Tabla N°4.2

NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL SEGUN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL-2016

Edades	N° Pacientes Postoperados	%
23 - 45 años	18	28%
46 - 55 años	19	30%
56 - 65 años	08	13%
66 a mas años	18	29%
TOTAL	63	100%

Fuente: Registro de ingreso y egreso en el Servicio Cirugía 2016

Tabla N°4.3

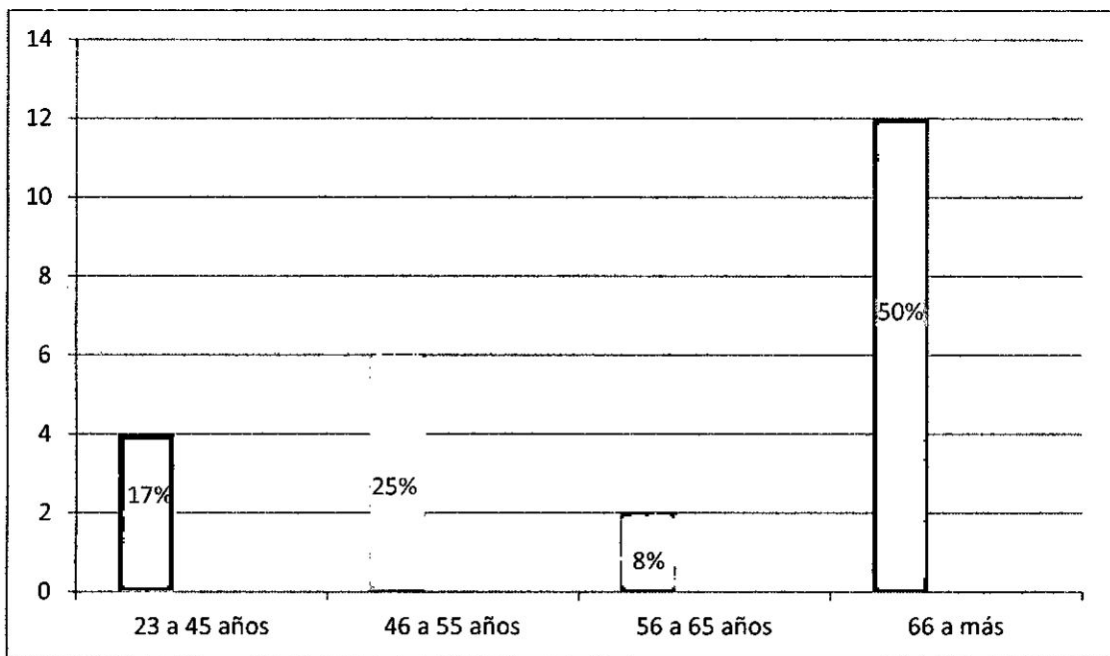
NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL SEGÚN EDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL-2016

Edades	N° Pctes. Postop. Estancia Hospitalaria Prolongada	%
23 - 45 años	04	17%
46 – 55 años	06	25%
56 – 65 años	02	8%
66 a mas años	12	50%
TOTAL	24	100%

Fuente: **Registro de ingreso y egreso en el Servicio Cirugía 2016**

Grafica N° 4.3

NUMERO DE ATENCIONES DE PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL SEGÚN EDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL-2016



Fuente: Registro de ingreso y egreso en el Servicio Cirugía 2016

De acuerdo a la gráfica podemos observar que existe mayor prevalencia en la edad etárea de 66 a más años con estancia hospitalaria prolongada con un 50%, seguido de 46 - 55 años con un 25%, de 23 – 45 años con un 17%, y por ultimo de 56 – 65 años con un 8%.

V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a. Que en el servicio de cirugía el número de intervenciones de enfermería en relación a las cirugías electivas comparativas realizadas fue un total de 77 pacientes postoperados en el año 2016 de colecistectomía convencional con un 82%, y por último la colecistectomía laparoscópica con un 18%.
- b. En el servicio de cirugía podemos apreciar que existe más incidencia de pacientes postoperados de colecistectomía convencional en la edad etárea de 46 – 55 años con un 30%, seguido de 66 a más años con un 29%, seguido de 23 – 45 años con un 28%, y por ultimo de 56 – 65 años con un 13%.
- c. En el servicio de cirugía existe más prevalencia en la edad etárea de 66 a más años con estancia hospitalaria prolongada con un 50%, seguido de 46 - 55 años con un 25%, de 23 – 45 años con un 17%, y por ultimo de 56 – 65 años con un 8%.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Capacitación de enfermería: La gestora de enfermería tendrá en cuenta la educación permanente en salud y capacitación del personal a cargo a fin de garantizar el cuidado calificado. Considerar en cada capacitación del servicio de cirugía el tema a tratar las buenas prácticas seguras que son procesos asistenciales seguros, uno de los aspectos es detectar, prevenir, y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud, con acciones encaminadas involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas post quirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico.
- b. Lograr la distribución oportuna y adecuada del recurso humano de enfermería basado en la valoración objetiva y exacta de la gravedad y necesidades del paciente, para prevenir las complicaciones por colecistectomía convencional.
- c. Concientizar, sensibilizar al paciente y familia sobre la importancia de la cultura de la seguridad del paciente.

VII. REFERENCIALES

1. Ministerio de Salud. Norma técnica sanitaria para la seguridad del paciente. Perú 2008.
2. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Colombia 2010.
3. Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad. Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. España 2010.
4. Organización Mundial Salud. Idea un nuevo instrumento para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. 2008.
5. Colegio de Enfermeras(os) del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Perú 2008.
6. Castañeda Suarez, Erdwin Roger. Factores de riesgo asociados a infección de sitio quirúrgico en pacientes adultos post operados de colecistectomía abierta. Perú 2012.
7. Duran Ávila Francisco Javier. Complicaciones asociadas a colecistectomía abierta. México 2013.
8. Estepa Pérez Jorge Luis; Santana Pedraza Tahiluma; Estepa Torres Juan Carlos. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Cuba 2015.
9. Carlos Geovanny Torres Dugarte y DemianSpinetti. Colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía abierta o tradicional. Venezuela 2002.
10. Tejedor B. A. y Albillos M. A. Enfermedad litiasica biliar. Medicine. España. 2012.
11. Moreira V. y López SR. A. Información al paciente. Rev. Esp. Enferm. Dig. España. 2005.

12. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger and Fordtran Enfermedades digestivas y hepáticas. España 2008.
13. Enfermería quirúrgica. Colecistitis-Colecistectomía. 2012.
14. Pág. Web: Dorothea E. Orem información sobre enfermería. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería en la que explica el concepto de autocuidado. 2015. <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
15. Pág. Web: Listado de Diagnósticos Taxonomía NANDA. Enfermería Actual.
16. Definiciones web: http://es.wikipedia.org/wiki/Colecistitis_aguda.
17. SOAPIE- Registros de Enfermería – Slideshare. 2013 <https://es.slideshare.net/MAXIMA600/soapie-registros-de-enfermeria>
18. Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España 2013.

ANEXOS



FRONTIS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL



**CAPACITACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENSUAL Y
CAMARADERÍA**



**UNIDAD HOSP. CLINICA DE TÉCNICOS Y SUBOFICIALES CIRUGÍA
B-2-2**



**DOCENCIA DE PRÁCTICA CLÍNICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
2011**