

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST
OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ - 2016**

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

HILDA AMALIA APARICIO CAMPOS

**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: 354-2017

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

Resolución Decanato N° 2716-2017-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	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe	24
IV. RESULTADOS	27
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIALES	32
ANEXOS	34

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Central Fuerza Aérea del Perú, la población atendida viene de diferentes distritos y los usuarios son el personal militar FAP y sus familiares, además de pacientes particulares. Actualmente el hospital cuenta con 10 departamentos distribuidos por servicios y unidades pertenecientes al Ministerio de defensa. Uno de los servicios médico-quirúrgicos, el 6to Piso Norte cuenta con 23 camas de hospitalización que está bajo la dirección de la Jefa del Departamento de Enfermería, 01 Supervisora de Sección, 01 Supervisora de Servicio y 01 Jefa de Servicio y 07 enfermeras asistenciales. A pesar de que en la actualidad las técnicas quirúrgicas se vienen desarrollando y modificando para disminuir los riesgos a los cuales va sometido el paciente que enfrenta una cirugía de colecistectomía laparoscópica, aún constituye un procedimiento que puede poner en riesgo la vida del paciente. El cuidado de enfermería al paciente pos operado es vital porque permite identificar precozmente aquellas complicaciones que pueden presentarse en esta etapa. Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional tiene como objetivo describir el Cuidado de Enfermería en el Paciente Pos operado de Colecistectomía Laparoscópica y así contribuir al mejoramiento del cuidado del paciente en el periodo pos operatorio. Está descrito en siete capítulos: Capítulo I. Planteamiento del Problema, con la descripción de la situación problemática, objetivo, justificación. Capítulo II: Marco Teórico, antecedentes, marco conceptual, definición de términos. Capítulo III. Experiencia profesional, recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el trámite del informe, Capítulo. IV Resultados, Capítulo V. Conclusiones, Capítulo VI. Recomendaciones, Capítulo VII. Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Según la OMS más del 75% de defunciones en la Región de las Américas fueron causadas por enfermedades no transmisibles, que son prevenibles en gran medida y donde podemos encontrar a la colecistitis, por ello en su Plan Estratégico 2014-2019 una de sus metas es la de promover la salud y el bienestar mejorando la salud de la población adulta haciendo hincapié en reducir la carga de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (1). Criterios de Tokio 2013 la definen como una enfermedad inflamatoria aguda de la vesícula biliar (2). Es una patología antigua y un problema de salud muy importante que afecta al hombre, debido a sus complicaciones médicas, sociales y económicas, además de ser la responsable del 10% de defunciones a nivel mundial. Su prevalencia global en adultos es de 5,9% y 21,9% con variaciones según la zona geográfica y diagnosticándose cada año un millón de casos nuevos, siendo el sexo femenino quien posee el mayor porcentaje. España, Japón y Alemania presentan una incidencia entre 7% y 9%. En América Latina entre un 5% y 15% la presentan, siendo Chile el que mayor incidencia tiene con un 44% en mujeres y 25 % en varones(3)

En el Perú, las enfermedades biliares y pancreáticas se constituyen en segunda causa de hospitalización, aumentando su incidencia conforme aumenta la edad del paciente, Un estudio epidemiológico en el Hospital Cayetano Heredia en el 2013 concluyó que el 1,7% de todas las atenciones por consulta externa fueron por colecistitis y un 2,67 fueron hospitalizados por la misma causa. Referente a los distritos con mayor incidencia en las consultas de emergencia tenemos a Comas con un 7% (4).

Entre las complicaciones de la colecistitis se encuentran: colecistitis aguda, hidrocolecisto, piocolecisto, colangitis ascendente y pancreatitis, constituyéndose esta última complicación en una de las de mayor incidencia y gravedad. Su tratamiento es quirúrgico (colecistectomía), que se constituye dentro de las cinco primeras causas de cirugía a nivel mundial. A pesar de ser una cirugía con bajo nivel de complicaciones no está exento de ellas, En Chile, se encontró un 26.1% de pacientes sometidos a este procedimiento y que presentaron complicaciones mediatas, siendo la más frecuente la rotura de vesícula en un 15.8% procedimiento. En las complicaciones inmediatas (2.9%), se encontró complicaciones médicas (2%), hemoperitoneo(0.4%). En las complicaciones tardías (5%), la más común fue infección de herida operatoria(2%), y dolor de la misma en un (1.9%). En el Perú un estudio arrojó que un 19.2% de los adultos mayores presentaban complicaciones posoperatorias.

En el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, estadísticas muestran que del total de pacientes operados, un 39% se debió a colecistitis (5). Para prevenir sus complicaciones, se necesita además del conocimiento de los factores etiológicos, la especialización del equipo de salud, en especial de la enfermera pues es ella quien realiza el cuidado del paciente antes, durante y después de la cirugía, en forma específica, En el Servicio 6to piso Norte del Hospital Central FAP se atiende a pacientes con edades comprendidas desde los 15 años, familiares directos de oficiales y que presentan patologías médicas y también quirúrgicas. Cuenta con una enfermera jefe y 7 enfermeras asistenciales quienes rotan durante las 24 horas del día: 2 en la mañana, 1 en la tarde y 1 en el turno noche, con pacientes de grado de dependencia II y III por lo cual es necesario describir los cuidados de enfermería a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica dada la importancia de su cuidado para prevenir las complicaciones propias de ella.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Hospital central de la Fuerza Aérea del Perú 2016.

1.3 Justificación

La colecistitis es una enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar que afectan al hombre desde épocas muy remotas y que tiene serias implicancias médicas, sociales y económicas por su elevada incidencia y complicaciones, sobre todo en la población mayor de 75 años. Su tratamiento es quirúrgico a través de la colecistectomía laparoscópica que es la cirugía más común actualmente.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, actividad fundamental en la atención integral del paciente en el Hospital Central de la FAP 2016, con el propósito de identificar en forma oportuna complicaciones que pueda presentar el paciente disminuyendo la estancia hospitalaria, como así mismo los gastos de su intervención. - Desde el Punto de Vista Metodológico: el presente estudio servirá para fortalecer los conocimientos y teorías respecto al cuidado de enfermería al paciente pos operado de colecistectomía laparoscópica, y así prevenir las complicaciones propias de esta cirugía, además de fomentar la participación del paciente y su familia en su cuidado.

Desde el Punto de Vista Práctico: ofrecer un cuidado holístico, con calidad y calidez al paciente y familia.

Desde el Punto de Vista de la Relevancia Social: sensibilizar a las familias peruanas sobre la prevención de enfermedades no transmisibles como es la colecistitis, y así disminuir las altas incidencias de complicaciones de esta enfermedad, sobre todo en la población mayor.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

MOROCHO CHERRES, Margarita (Guayaquil 2014) en su Investigación **“Actuación de enfermería en el preoperatorio en pacientes con cirugías abdominales en el servicio de cirugía de un Hospital público de Guayaquil”**, Tuvo como objetivo Determinar el proceso de atención de Enfermería, en el post quirúrgico inmediato en la sala de Recuperación del Hospital General Macas, estableciendo las determinantes que influyen en la aplicación del proceso de la atención de enfermería para satisfacer las necesidades básicas del paciente , dando respuestas a procesos adecuados en el manejo del paciente post quirúrgico y ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados. Se usó la encuesta como técnica de recolección de datos. Se concluyó en que la atención del personal en el área quirúrgica debe ser más personal y eficiente y además el personal debe capacitarse en el proceso de atención de enfermería (6).

SORIA Víctor, PELLICER Víctor y AGUAYO José Luis (España 2003) en su Investigación **“Vía Clínica de la Colectomía Laparoscópica asociada a un Plan de Cuidados de Enfermería”**, encontró que la colectomía laparoscópica es un proceso idóneo para iniciar la sistematización de las vías clínicas. La incorporación de planes de cuidado de enfermería, es un valor añadido a la vía clínica que ayuda a sistematizar las asistencias de enfermería. Los resultados han logrado disminuir en forma significativa la estancia hospitalaria, sin aumentar la morbilidad y con un alto grado de satisfacción de los pacientes (7).

SALIRROSAS SEPÚLVEDA, Melisa Flor (Lima 2017) **“Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte 2012- 2015”**, tuvo con objetivo identificar cuáles son los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital de Vitarte, realizando un estudio de caso y de controles, tipo observacional, analítico, retrospectivo, de enfoque cuantitativo. Llegó a los siguientes resultados: conversión, piocolecisto, vesícula y cístico grandes como factores asociados a complicaciones de esta cirugía (8).

CALDERÓN JAVE, Consuelo, Revista peruana de enfermería y obstetricia (Lima 2013) **“Nivel de conocimiento y práctica de auto cuidado del paciente post operado de colecistectomía, antes y después de una intervención educativa en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte”**. Tuvo como objetivo determinar los niveles de conocimiento y práctica de auto cuidado del paciente post operado de colecistectomía antes y después de una intervención educativa. Trabajó con un diseño, cuasi experimental, cuantitativo de corte longitudinal. Uso el cuestionario y la lista de chequeo como instrumentos y la encuesta y la guía de observación como técnicas empleadas. Comprobó que la participación después de una intervención educativa sobre auto cuidado en el periodo pre quirúrgico contribuye a incrementar los niveles conocimientos y de las prácticas de auto cuidado en pacientes sometidos a colecistectomía convencional en el periodo postoperatorio (9).

2.2 Marco Conceptual

Colecistitis Aguda

Enfermedad inflamatoria aguda de la vesícula biliar ocasionada a menudo por cálculos biliares u otros factores como isquemia, trastornos de la motilidad, lesión química directa, infecciones por microorganismos, parásitos, etc.

❖ Etiología

- Litiásica , cuando se presenta por la presencia de un cálculo en algún lugar del sistema de drenaje de la bilis, comprende el 95% de casos, aunque, también se puede ver bilis de éxtasis y bacterias, jugando un rol menor la irritación por jugo pancreático.
- Alitiásica, asociada al mal vaciamiento de la vesícula biliar, nutrición parenteral, cirugía mayor y traumatismos. También la encontramos en enfermedades sistémicas como vasculitis, lupus eritematoso sistémico, brucelosis sistémica, inmunosuprimidos, entre otros. Comprende 5% de casos.

❖ Epidemiología y factores de riesgo

- Sexo femenino (10:1 sobre los varones), debido a los estrógenos
- Terapia hormonal de reemplazo
- Embarazo por el aumento de estrógenos
- Edad avanzada mayor a los 70 años por el mayor riesgo de complicaciones
- Ser nativo americano o hispano
- Diabetes
- Bajar o subir de peso bruscamente

❖ Fisiopatología

Colecistitis aguda litiásica, representa el 95% de las colecistitis agudas. El cuadro se presenta por la obstrucción de la vesícula biliar por un cálculo a nivel del cuello de la vesícula o del conducto cístico, esto produce contracción intensa de la vesícula, de proseguir esta

obstrucción las paredes se inflaman cada vez más liberándose la enzima fosfolipasa que descomponen los lípidos y produce inflamación severa, puede progresar a isquemia y posterior necrosis de la pared vesicular, contribuyendo a esto la trombosis de los vasos císticos por la compresión del bacinete y la hipertensión en el lumen que disminuyen la irrigación de esa zona. La sobreinfección bacteriana puede producir complicaciones severas y hasta letales como la pirocolecisto, gangrena vesicular, absceso pericolecisto, pancreatitis (50%), entre otras.

❖ **Cuadro clínico**

- Dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho del abdomen que se irradia hacia la escápula y espalda de la misma zona, al inicio puede ser progresivo, pero en algunos casos brusco, gana intensidad hasta que se hace permanente e intenso, alcanzando su máxima intensidad a las 48 horas
- Náuseas y vómitos
- Signo de Murphy positivo
- En algunos casos fiebre y ligera leucocitosis
- Ictericia en algunos casos
- Aumento de transaminasas, fosfatasa alcalina y amilasa sobre todo en pancreatitis.

❖ **Tipos**

- Edematosa (2 a 4 días), con presencia de líquido intersticial más capilares y linfáticos dilatados. Pared edematosa pero histopatología normal
- Necrotizante (3 a 5 días), cambios edematosos con hemorragia y necrosis
- Supurada (7 a 10 días). se observan cambios en la pared vesicular de tipo fibrótico
- Crónica, luego de sucesivas colecistitis agudas, donde la pared se atrofia y la vesícula se fibrosa totalmente

❖ **Diagnóstico**

A través de la triada exploratoria y clínica: Murphy (+), náuseas y vómito, fiebre, análisis de sangre donde se confirma leucocitosis, aumento de enzimas hepáticas y una ecografía abdominal donde se comprueba la colecistitis aguda o en algunos casos tomografía abdominal si la ecografía no es clara.

❖ **Complicaciones**

- Píocolecisto, por la presencia de pus en la vesícula biliar
- Gangrena de la pared vesicular
- Pancreatitis
- Peritonitis, por inflamación del revestimiento de la pared abdominal

❖ **Tratamiento**

El tratamiento definitivo de elección en estos casos es la colecistectomía que puede ser abierta o cerrada (laparoscópica), siendo la más usada esta última por tener la menor incidencia de complicaciones, aunque en algunos casos se tiene que convertir por los hallazgos encontrados in situ o menor facilidad en la ubicación de la vesícula biliar. Además se hidrata al paciente, se administra antibióticos en forma profiláctica y posterior a la cirugía se inicia la reinstalación de la vía oral.

Colecistectomía Laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica es la extirpación de la vesícula biliar a través de un aparato médico llamado laparoscópico. La primera colecistectomía laparoscópica realizada en seres humanos la realizó Philip Mouret en Lyon en 1987. Se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o mediante varias incisiones pequeñas. Las disecciones se pueden hacer de forma antero-grada o retrograda (10).

❖ **Indicaciones**

- Cálculos biliares (colecistitis)
- Inflamación por infección (colecistitis)
- Vesícula escleroatrofiada o de porcelana
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar)

❖ **Contraindicaciones**

- Coledocolitiasis
- Hipertensión portal grave
- Gastrectomía previa
- Embarazo
- Obesidad mórbida

❖ **El Equipo**

Consiste en un sistema de imágenes con una videocámara y un procesador, un laparoscópico, una fuente de luz fría y un monitor de alta resolución, un insuflador de CO₂ con un flujo mayor a 9 litros por minuto.

Los materiales a usar son:

- Aguja de Veress
- Trócares con sistemas de protección de 10 mm y 5 mm
- Pinzas de disección endoscópicas
- Pinzas de tracción endoscópicas
- Electrodo de disección con extremos o puntas de formas diferentes
- Tijera endoscópica
- Equipo de irrigación y aspiración

❖ **Técnica Quirúrgica**

Posición del paciente y del equipo quirúrgico

- Posición europea

El paciente en posición de decúbito dorsal con las piernas separadas, colocándose el cirujano entre ellas y sus ayudantes a la izquierda y a la derecha del cirujano

- Posición americana
Paciente en decúbito dorsal el cirujano al lado izquierdo, camarógrafo y asistente al lado derecho del paciente

❖ **Tiempos Quirúrgicos**

- **Instalación de neumoperitoneo**, inyectando en la cavidad abdominal un gas el CO₂ a fin de crear un espacio real que permita trabajar con la mayor libertad de movimiento:

. En la técnica cerrada se introduce la aguja de Veress a través del ombligo y luego de comprobarse que se encuentra en la cavidad, se inicia a insuflar el 2 en forma progresiva

.En la técnica abierta se hace una disección en la pared abdominal llegando al plano peritoneal, posteriormente se introduce un trocar auto-estático de Hasson y se inicia la insuflación del CO₂ por dicho trocar

- **Colocación de los trocares**

Se introduce el primer trocar por el ombligo y se explora la cavidad abdominal a través del laparoscópico. Los otros tres trócares se colocan dependiendo de la técnica empleada. Se tracciona la vesícula y se disecciona hasta el bacinete teniendo cuidado de visualizar bien el conducto cístico, arteria cística y vía biliar principal. Se coloca clip en arteria principal y conducto cístico y luego se disecan. Si el cirujano considera adecuado puede colocarse un catéter en el conducto cístico y por medio de él tomar una colangio-grafía intraoperatoria. Habiéndose clipado y seccionado el cístico y la arteria, solo se despega la vesícula de su lecho, con una disección cuidadosa mediante el gancho mono polar. Completa la liberación de la vesícula se hace hemostasia y se lavan el lecho vesicular y el hígado. Posteriormente la vesícula se retira a través del ombligo.

❖ **Conversión**

Es revertir una cirugía laparoscópica a una cirugía abierta por causas como:

- Sangrado intraoperatorio no controlado
- Sospecha de lesión de la vesícula biliar
- Dificultad para visualizar las estructuras internas
- Presencia de neoplasia maligna no sospechada
- Inexperiencia del equipo cirujano.

❖ **Complicaciones**

Se pueden encontrar en cada tiempo quirúrgico, siendo las más comunes:

- Reacción a los medicamentos:
 - . problemas respiratorios
 - . problemas de coagulación, hemorragias
 - . infección
- De la extracción de la vesícula
 - . lesión a los vasos sanguíneos que van al hígado
 - . lesión del conducto del colédoco
 - . lesión al intestino delgado
 - . pancreatitis, que es la más común

❖ **Recuperación posoperatoria**

Esta técnica quirúrgica es bien tolerada, el paciente vuelve a ingerir alimentos a las seis horas luego de la cirugía, con muy poco dolor y puede salir de alta a las 24 horas

Periodo Pos operatorio

El periodo post operatorio transcurre desde que termina el acto quirúrgico, hasta la recuperación del paciente (11). Se clasifica en:

- . Post operatorio inmediato, las primeras 24 horas desde que concluye la cirugía, el paciente es controlado en la sala de recuperación, se restablecen los reflejos y respuestas homeostáticas.

.Post operatorio mediato, tiempo que va desde el término del periodo inmediato hasta los primeros 07 días, coincide con el alta hospitalaria y hasta que el paciente este restablecido.

.Post operatorio tardío, se encuentra dentro del segundo mes o hasta los 365 días posteriores a la cirugía.

Las complicaciones que se pueden presentar en este periodo son:

.Dolor, que se desencadena por la inflamación de los tejidos al realizarse la incisión quirúrgica, su intensidad varía según el acto quirúrgico, tipo de anestesia y de las experiencias previas del paciente. La enfermera especialista debe prevenir y tratar precozmente el dolor ya que su prolongada duración puede traducirse en mayores complicaciones en el paciente tales como:

.Complicaciones Cardiovasculares, un dolor muy prolongado incrementa la frecuencia cardiaca y la resistencia periférica, lo que a su vez se traduce en incremento de la presión arterial, del consumo de oxígeno y del índice cardiaco, retraso de la cicatrización, de los perfiles de coagulación y riesgo de trombo embolismo.

.Complicaciones Respiratorias, al disminuir el proceso de ventilo/perfusión que origina menor aporte de oxígeno a los tejidos, pudiendo producir hipoxemia post operatoria.

.Complicaciones Gastrointestinales, pues disminuye el peristaltismo intestinal, aumenta las secreciones y el tono de los esfínteres, uso de opioides para disminuir el dolor. Tenemos, nauseas, vómitos, íleo paralítico y distensión abdominal.

.Complicaciones Psicológicas, que se desencadenan con el dolor y varían de acuerdo al paciente, experiencias previas, apoyo del profesional de enfermería y así también de la familia. Atenemos ansiedad, miedo y depresión.

Cuidado de Enfermería

Los objetivos del cuidado de enfermería del paciente post operado de colecistectomía laparoscópica, se encaminan a la detección precoz de complicaciones y su pronta recuperación, prevenir daños y su rápida inserción laboral. A pesar de que la colecistectomía laparoscópica viene siendo perfeccionada cada vez más la enfermera debe conocer profundamente todos los aspectos básicos de esta y así identificar las complicaciones que se pueden presentar, previniendo secuelas y/o desenlaces fatales en el paciente, con una intervención segura, eficaz y holística.

Teoría del Cuidado de Virginia Henderson

Henderson nació en Kansas City en 1897 y muere en marzo de 1996. Se graduó en 1921 en la escuela del ejército y en 1927 inició su trabajo como docente e investigadora (12). Su carrera fue muy fructífera pues investigó y nos dio su teoría la cual trata de definir a la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo humanista y de tendencia a suplencia o ayuda y define los siguientes términos:

- **Salud**, es la calidad de la salud más que la propia vida la que permite a una persona desarrollarse y alcanzar un nivel mayor cada vez de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:
 - 1ª Respirar con normalidad, captar oxígeno y eliminar el gas carbónico
 - 2ª Comer y beber adecuadamente, con alimentos en cantidad y calidad suficientes para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía para sus actividades
 - 3ª Eliminar los desechos del organismo, desechando las sustancias perjudiciales e inútiles del metabolismo

4ª Movimiento y postura adecuada, mover todo el cuerpo y una buena postura en forma coordinada y alineada permite un eficaz funcionamiento del cuerpo y la circulación sanguínea

5ª Descansar y dormir, respetando las horas de sueño mínimas

6ª Vestimenta adecuada para apoyar libre movimiento y de las inclemencias del clima

7ª Mantener la temperatura corporal , elegir la vestimenta de acuerdo a la estación así como los alimentos

8ª Mantener la higiene corporal, con baños diarios y lavado continuo de manos

9º Evitar los peligros del entorno, protegiéndose de toda agresión externa e interna para así mantener su integridad física y psicológica

10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras

11º Ejercer culto a Dios, acorde con la religión a la cual respetamos, sin distinción por parte del enfermero

12º Trabajar para mantenerse realizado. Desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13º Participar en todas las formas de recreación y ocio. Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener descanso físico y psicológico

14º Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal de la salud, adquiriendo conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos es decir aprender.

- **Cuidado**, dirigido a suplir los déficit de autonomía del individuo para que actúe independiente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales
- **Entorno**, que afecta positiva o negativamente sobre el individuo. El entorno es dinámico e incluye las relaciones con la familia y las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidado
- **Persona**, constituida integralmente es decir con componente biopsicosocial y espiritual que se mantienen en equilibrio

Henderson planteó que la enfermera debe valorar las condiciones, los estados patológicos y no solo las necesidades del individuo, pudiendo modificar estos en beneficio del paciente, familia y comunidad.

Estableció tres tipos de niveles en la relación que establece la enfermera con el paciente en el proceso de cuidar:

- Nivel de sustitución, la enfermera sustituye al paciente totalmente
- Nivel de ayuda, la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar
- Nivel de acompañamiento, permaneciendo a su lado desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson define a la enfermera como asistir al individuo sano o enfermo en aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, o a una muerte serena, actividades que haría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento y voluntad necesaria todo para lograr su independencia lo más rápido posible.

2.3 Definición de Términos

- ❖ Paciente pos operado, es aquel se encuentra en el periodo en que ya terminó su cirugía y se extiende hasta su rehabilitación.
- ❖ Cuidado, es prestar atención a un individuo en forma integral y holística evitando su perjuicio.
- ❖ Enfermería, ciencia y arte del cuidado, integral y que busca satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad.
- ❖ Colecistitis, inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar debida generalmente a la presencia de cálculos.
- ❖ Complicaciones, situación imprevista resultante de la ocurrencia de un hecho.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó usando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados en el servicio de cirugía, así como los registros de enfermería, informes mensuales . Las fuentes de recolección de datos fueron:

.Manual de Normas Procedimientos y protocolos del servicio

.Manual de Normas de Bioseguridad

.Registro estadístico de Ingresos y Egresos del año 2016

.Registros estadísticos servicio de Estadística e Informática HCFAP

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral

El Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú es una institución de salud de Nivel III-1. Se creó por Decreto Supremo N° 010-70 del 08 de julio de 1970, como Dependencia de la Comandancia General de la Fuerza Aérea del Perú, posteriormente mediante Resolución Ministerial N° 0037-71/AC del 13 de enero de 1971, se aprueba la ordenanza de la organización del HCFAP en la cual se consideran tres ramas que dependen directamente de la Dirección, siendo la Rama Paramédica la que tiene ascendencia superior sobre el Departamento de Enfermería, quien supervisa a su vez a las unidades asistenciales.

El Hospital tiene como misión brindar atención integral de salud y de alta complejidad al personal militar FAP, para optimizar su capacidad operativa y calidad de vida extendiendo su accionar a los familiares y a la comunidad. Brinda atención de consulta externa y hospitalización altamente especializada. Atiende a población que viene de todo el Perú. Cuenta con servicios de alta complejidad y tiene funciones de recuperación y rehabilitación especializada, de los servicios de UCI, UTI, Hemodiálisis, así como servicios de ayuda al diagnóstico especializados. Brinda atención integral, según daños trazados de alta complejidad. El servicio 6to Piso Norte tiene como misión brindar atención de calidad en forma integral al paciente y familiar FAP, contribuyendo a su pronta inserción a su medio laboral y familiar.

Características geográficas

El Hospital está ubicado en la calle Andrés Aramburú cdra. 2 s/n , en el distrito de Miraflores. Colinda al Norte con la Av. Andrés Aramburú, al Este con la calle Petit Thouars, al Oeste con la calle Tacna y al Sur con la calle Sevilla.

Su acceso es fácil para toda la población que se atiende, pudiendo llegar por la Av. Arequipa y a través del Metropolitano en la Vía Expresa. Sin embargo se encuentra ubicado en una zona muy estrecha con viviendas muy cercanas a su alrededor, por lo que en el caso de un desastre natural la única vía de seguridad es la Av. Aramburú.

Infraestructura

El Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú cuenta con una infraestructura antisísmica, moderna con consultorios externos con salas de espera con cable, distribuidas en cinco pisos, asimismo el área de hospitalización 10 pisos y 2 sótanos, distribuidos en dos alas, norte y sur, además de un helipuerto ubicado en una explanada accesa al 5to piso.

En los sótanos podemos ubicar la zona de parqueo de los autos de las principales autoridades del hospital, y una zona de ambulancias. El servicio de emergencia se ubica en el 1° piso en la zona sur, también los servicios de fisioterapia, ayuda diagnóstica, la capilla. Hacia el lado norte los consultorios externos, que se ubican desde el primer hasta el 5° piso, la farmacia externa y central de citas. El Departamento de Enfermería se ubica en el segundo piso lado norte. A partir del 3° hasta el 9° podemos encontrar los diversos servicios de hospitalización 3° Norte, neurología, neurocirugía, cirugía de tórax, 3° Sur cirugía, 4° Norte pediatría, 4° Sur, traumatología, 5° Norte medicina-cirugía varones oficiales, 5° Sur medicina-cirugía suboficiales, 6° Norte medicina-cirugía damas oficiales, 6° Sur medicina cirugía suboficiales, 7° piso, UTI, UCI, hemodinamia, SOP, recuperación, central de esterilización, farmacia de SOP, 8° Norte ,RN., 8° Sur GIOB, 9° Norte, psiquiatría, 9° Sur quemados, y transmisibles. En el 10° piso funciona el comedor del personal. El Hospital Central de la FAP tiene modernos equipos biomédicos de diagnóstico como el Resonador Multicorter.

El 6to piso Norte se encuentra en el ala Norte del Hospital. Cuenta con 11 habitaciones bipersonales y una habitación unipersonal, en cada una de ellas encontramos dos camas clínicas o quirúrgicas, dos veladores dos mesas de comer, porta sueros, luz blanca tenue en la cabecera de cada cama, timbre para solicitar la atención del personal del servicio, una o dos tomas de oxígeno empotrado, una toma de succión al vacío, cortina separadora de ambiente y otra en la ventana que da al exterior. Cada habitación además posee un baño con ducha de agua fría/caliente un timbre de llamado al personal, porta papel y luz blanca. El lavadero esta fuera del servicio higiénico al lado derecho se encuentra el dispensador de jabón desinfectante. La estación de enfermería se ubica frente a la habitación de los pacientes de grado de dependencia III, al medio del servicio, ahí podemos encontrar todos los registros de enfermería, las historias clínicas antiguas y actuales de los pacientes y todo aquello que

se requiera para que la jefa desarrolle su función administrativa. Hacia el lado izquierdo de la estación encontraremos el tóxico con los medicamentos de cada paciente, sueros, conexos, etc. y por detrás de él la zona de limpieza y desinfección con las soluciones desinfectantes para la limpieza de todo material que entro en contacto con el paciente, hacia el lado derecho de la estación la ropería con ropas de cama y de paciente, además de una zona estéril para colocar material estéril en sus contenedores respectivos. Todo el servicio tiene iluminación blanca tenue y piso antideslizante. Cerca de la estación de enfermería además podemos encontrar una central de comunicación del personal con los pacientes. Finalmente encontramos una sala de reunión para la discusión de los casos clínicos y de enfermería con retroproyector, negatoscopio, pizarra acrílica, etc.

En setiembre de 1996, ingresé al Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, desarrollándome en las diferentes áreas como:

Unidades Críticas

❖ **7ª piso: Recuperación**, desde setiembre de 1996, hasta diciembre de 1998, desarrollando las siguientes funciones:

- **Funciones asistenciales** en la atención directa del paciente en el periodo post operatorio inmediato de diversas cirugías como, gastrectomías, colecistectomías, safenectomías, apendicetomías, laminectomías, drenajes de hematomas subaracnoideos, rafis de próstatas, prostactetomías, entre otros. Desarrollé mayor experiencia y habilidades en el uso de tecnologías como ventilador mecánico no invasivo o PR2, bombas infusoras de una o dos canales, sistemas de drenajes como hemovack, hemosuck, neurosuck,, manejo de líneas arteriales, de PVC, vías centrales, periféricas, monitores de valoración de paciente, a pacientes de

todas las edades titulares, familiares FAP, o del servicio privado. Pude aplicar mis conocimientos y habilidades adquiridos en los años de pregrado, así como de las teorías de enfermería que me permitieron un cuidado integral, eficiente y humanitario.

❖ **3ª piso Norte: Neuro cirugía**, desde enero de 1999, hasta octubre del 2000. Brindando las siguientes funciones:

- **funciones asistenciales** en la atención integral del paciente neuroquirúrgico, de cirugía cardiovascular, neurológico y neumológico. Potencí mis habilidades en la atención de pacientes con grado de dependencia II y III agudos y crónicos, con glaswgo deteriorado y revascularizados, así mismo incrementé mis habilidades en el uso de sistemas de drenajes como neurosuck, hemosuck, aspiración continua en circuito abierto y cerrado, participé en la rehabilitación del paciente postoperado de laminectomía hasta su alta, haciendo uso de equipos biomédicos de alta complejidad.

❖ **6ª piso Norte: medicina-Cirugía**, desde enero del 2001, hasta la fecha, desarrollando las siguientes funciones:

- **Función asistencial**, en la atención integral a los pacientes con diagnóstico médico y quirúrgico hospitalizados de diferentes especialidades, cirugía, traumatología, neurocirugía, neurología, neumología, otorrinolaringología, cirugía plástica, entre otros. Apliqué mis conocimientos adquiridos durante mis experiencias en otros servicios, así como adquirí otros nuevos relacionados con el tipo de paciente y sus patologías de esa unidad. Se elaboró un Plan de Cuidados de Enfermería en pacientes post operados de colecistectomía la en el año 2016, para la atención de los pacientes que bajaban del servicio de Recuperación.

- **funciones administrativas y de gestión** al rotar como jefa interina los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2009 y en diciembre del 2015 donde desarrolle todas aquellas actividades relacionadas con la gestión del servicio como manejo de recursos humanos, elaboración y presentación del POA para el año 2010, el Plan de Capacitación Anual para el año 2010, así como las estadísticas y evaluación de la gestión del año 2009 y del 2015.

Periódicamente rotaba un mes en diversos servicios mientras me encontraba laborando en el 3° Norte, 6° Norte, debido al exceso de personal, así pasé por trasmisible, 6° Sur, GIOB, aprovechando al máximo mis experiencias por esos servicios.

También tuve la experiencia de representar a mi institución ante el Consejo Regional III de Enfermeras como delegada institucional durante los años 2008, 2009 y 2010, aplicando mis conocimientos, experiencias y actitudes que logré en mi institución para participar en la discusión y recomendaciones a la Ley de la Enfermera(o) peruano y así lograr un mayor desarrollo de nuestra profesión.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Desde el año 1996 laboro en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, desde enero de 1994 soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, participando como delegada institucional para el Consejo Regional III desde el 2008 hasta el 2010. Mi experiencia laboral las inicié en el año 1996 por la modalidad de contrato luego ese mismo año postulé e ingresé por la condición de contrato permanente y en el 2001 mi condición pasó a ser nombrada y me asignaron como enfermera asistencial al servicio 6° Piso Norte. He asumido cargos de enfermera asistencial en los diversos servicios por los que he rotado, así como

asumido la jefatura interina por vacaciones de la enfermera jefa del servicio.

Según la OMS la enfermera es un recurso humano importantísimo para la salud, abarca la actuación autónoma y dispensada a personas de todas las edades, familia grupos y comunidades en cualquier circunstancia, promoviendo, promocionando, rehabilitando, enseñando y ejecutando investigaciones para mejorar la salud de la población.

Caso Relevante

En el año 2015 en el mes de julio realicé la primera trasfusión de Células Madre en mi servicio a una paciente con el diagnóstico de Leucemia Mieloide, refractaria a su tratamiento quimioterápico y cuya condición en esos momentos era la ideal para el trasplante, además era una paciente adulta mayor muy colaboradora de profesión enfermera, esposa y madre de familia con muchas expectativas de vida. Durante el procedimiento no hubo mayores complicaciones, sin embargo por la presencia de catéter port unido a su bajo sistema inmunitario hizo infección de este, pero con los cuidados eficientes, eficaces, integrales y holísticos del personal que laboramos en la unidad la paciente superó esa complicación sin tener que ser trasferida a la Unidad de Cuidados Intensivos, posteriormente salió de alta y en el 2016 un año después de la trasfusión de Células Madre en contacto con ella refirió que se encontraba estable sin signos de la enfermedad aguda.

Aportes- Innovaciones

Durante mi participación como delegada institucional ante el C.R.III del CEP. colaboré activamente en la revisión de la Ley de La Enfermera(o) Peruana con el fin de introducir cambios que logran las mejoras de las enfermeras en todas las funciones en que se desempeña.

Referente a la función de investigación en el servicio de Recuperación elaboré un Protocolo de Atención al Paciente Pos operado de Colgajo,

basándome en las normas y teorías vigentes, aplicando los principios y valores para el cuidado del paciente en forma integral y holística. Asimismo en el servicio de Neurocirugía elaboré una Guía del Cuidado de Enfermería al paciente con "Tumores Cerebrales", lo que potenció aún más los conocimientos científicos-técnicos de la enfermera en la atención de este tipo de pacientes.

Referente a mi experiencia como jefa interina en el 6º Piso Norte tuve la oportunidad de desarrollar todas las actividades propias de la gestión como la elaboración y presentación del POA, Manual de Capacitación, horarios de trabajo, evaluaciones del desempeño profesional, evaluación de indicadores de rendimiento y a su vez potenciar mis habilidades en esta función

En los diversos servicios por los que he rotado apliqué mis experiencias previas en el área asistencial con pasión, profesionalismo y holísticamente con el objetivo de cuidar al paciente en todo su proceso de salud-enfermedad.

Teniendo en cuenta el modelo de teoría de Jean Watson presento este informe Laboral Profesional aplicando sus principios en todos los niveles de mi experiencia profesional.

IV. RESULTADOS

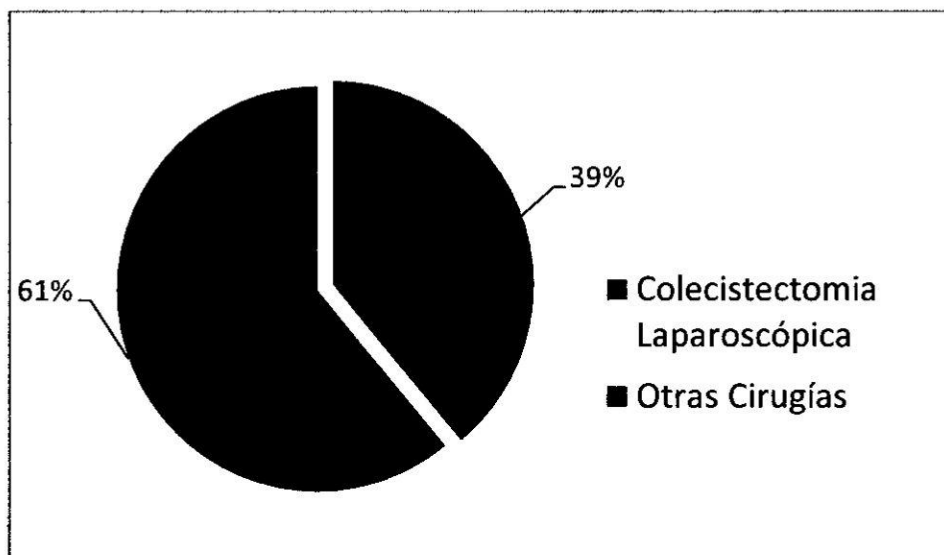
TABLA 4.1

INGRESO DE PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS EN EL HCFAP 2016

TIPO DE CIRUGÍA	N°	%
Colecistectomía Laparoscópica	166	39
Otras Cirugías	262	61
TOTAL	428	100

Fuente: Registros estadísticos 6° Norte, Estadísticas FAP

GRÁFICO 4.1



Interpretación: Se observa que del total de cirugías realizadas el 39% son Colecistectomía Laparoscópica, que refleja una alta incidencia de esta patología en nuestro país.

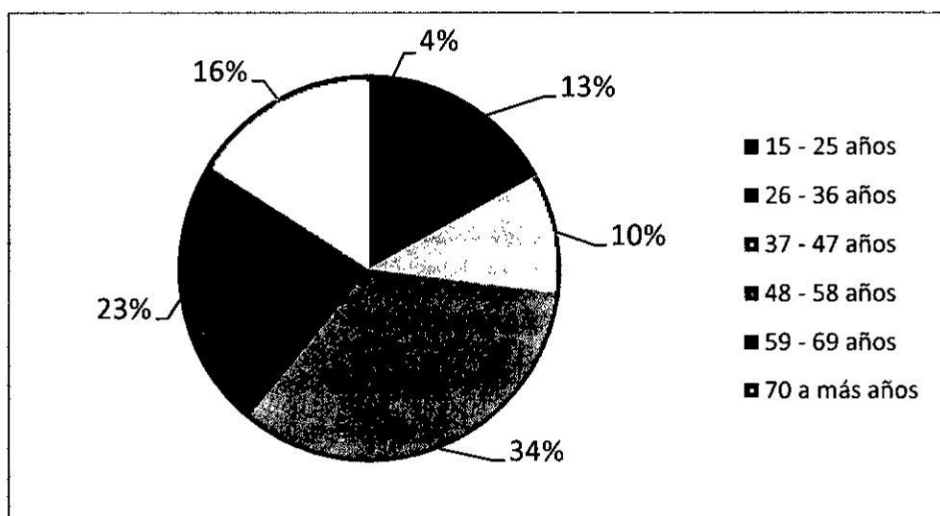
TABLA 4.2

**EDADES DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HCFAP 2016**

EDADES	Nº	%
15 - 25 años	7	4
26 - 36 años	21	13
37 - 47 años	16	10
48 - 58 años	56	34
59 - 69 años	38	23
70 a más años	27	16
TOTAL	166	100

Registros Estadísticos 6ª Norte, Estadísticas FAP

GRÁFICO 4.2



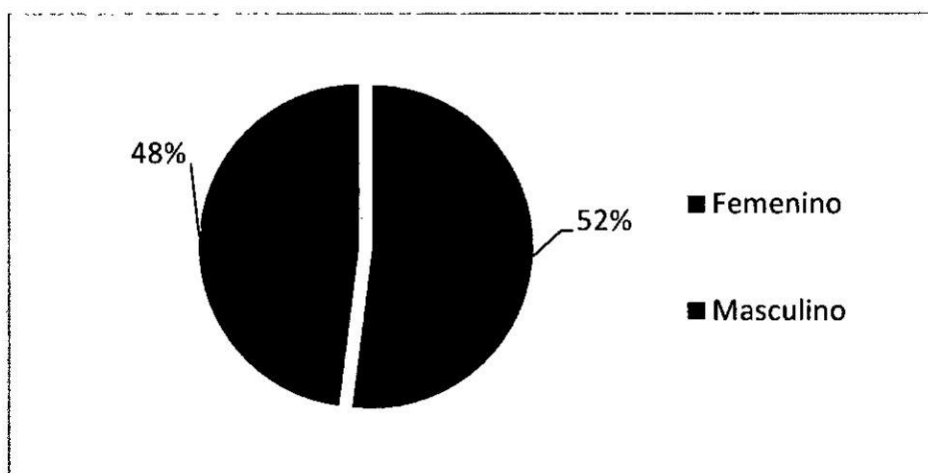
Interpretación: En el presente cuadro se puede observar que en el intervalo de 48 - 58 años de edad se operó un 34% de pacientes, y con un menor porcentaje, pero no menos importante, se encontró en el intervalo de 70 a más años con un porcentaje de 16%.

TABLA 4.3
SEXO DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HCFAP 2016

SEXO	Nº	%
Femenino	87	52
Masculino	79	48
TOTAL	166	100

Fuente: Registros Estadísticos 6º Norte, Estadísticas FAP

GRÁFICO 4.3



Interpretación: Podemos observar un porcentaje de 48% en el sexo femenino y un 52% en el masculino. En cuanto al sexo de los pacientes, post operados de Colecistectomía Laparoscópica, hay una ligera diferencia del 4% del femenino sobre el masculino.

V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a. Que en el HCFAP el número total de pacientes pos operados fue de 428, en el año 2016.
- b. El número de casos de colecistectomía laparoscópica fue de 166, con un porcentaje de 39% en relación al total de cirugías en el mismo año.
- c. El mayor porcentaje de colecistectomía laparoscópica se realizaron a pacientes con edades comprendidas entre los 48-58 años (34%), y en menor porcentaje en edades comprendidas entre 15-25 años(4%).
- d. Sin embargo, los casos comprendidos en edades de 70 a más años se tuvieron 27(16%),
- e. Referente al sexo fue el femenino el que presentó más casos con 87(52%).
- f. Los Registros como el cuaderno de Estadística son muy importantes cuando se realizan estos estudios porque permitió la obtención de datos en forma precisa y real.
- g. Se puede observar que los resultados referente a edad, sexo y número de casos presentados guardan similitud con estadísticas mundiales de las colecistitis como son la edad, sexo y porcentaje, por ello la importancia de los cuidados de enfermería sobre todo en las poblaciones mayores para prevenir complicaciones que retrasarían su recuperación y reinserción a la sociedad.
- h. La capacitación constante del profesional de salud en especial de la enfermera garantiza un cuidado de calidad, integral y holístico del individuo, familia y comunidad lo que permite obtener los objetivos de la salud en nuestro país.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Fortalecer los sistemas de Registros de enfermería, así como los del servicio de Estadística e Informática para optimizar los cuidados que se da al paciente como así mismo facilitar las investigaciones referente a los temas de salud que lo requieran.
- b. Fortalecer las gestiones con otras áreas hospitalarias como la oficina de Estadística e Informática y así facilitar el desarrollo de trabajos de investigación de diversas situaciones problemáticas en salud.
- c. Difusión de este tipo de trabajos de experiencia profesional que enriquecerá el diario quehacer de la enfermera FAP y de otras instituciones de salud.

VII. REFERENCIALES

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. "En Pro de la Salud: Desarrollo Sostenible y Equidad. Washington: ed. OPS; 2013.
2. RENTERÍA A, R. Colelitiasis, colecistitis. Guías de Tokio 2013. 2016.
3. ALMORA Carbonel, L, HERNÁNDEZ Hernández, Zoraida. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Rev. científica médica de Pinar del Río. 2012. Disponible en ISSN 1561-3194.
4. BOCANEGRA CASTILLO Cuadros, María. Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatoria en mayores de 75 años de edad en el Hospital Cayetano Heredia. Rev. de Gastroenterología en el Perú. 2013. 33(2).
5. DEPARTAMENTO DE REGISTROS HOSPITALARIOS. Estadísticas 2016 Hospital FAP.
6. LOZADA Sánchez, J. Actuación de enfermería en el preoperatorio en pacientes con cirugía abdominal en el servicio de cirugía de un Hospital Público de Guayaquil. Guayaquil. 2016.
7. SEPÚLVEDA, Alfredo, LIZANA, Carlos. Cirugía laparoscópica avanzada. 2do Vol. Santiago de Chile; 2013.
8. SALIRROSAS Sepúlveda, M. Factores asociados a complicaciones posoperatorias en pacientes adultas mayores sometidas a colecistectomía laparoscópica en el Hospital de Vitarte. Lima; 2017.
9. CALDERÓN Jave, C. Nivel de conocimientos y prácticas sobre auto cuidado del paciente pos operado de colecistectomía, antes y después de una intervención educativa en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte Rev. Peruana de Enfermería, agosto. 2013.

10. SORIA Acevedo, V. Evaluación de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica. Murcia: Hospital Universitario J.M. Morales Murcia; 2005.
11. CHOQUE López, J. Tiempos quirúrgicos. Revista de Actualización Clínica investiga. 2011; 15
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Ejercicio de la enfermería. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra 1996. Serie de informes técnicos: 860.
13. WESLEY, RL. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.

ANEXOS

**PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA**

Lic. HILDA APARICIO CAMPOS

6TO PISO NORTE

2016

DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
<p>1. Riesgo de depresión respiratoria R/C uso de anestésicos intraoperatorio (03140)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener vía aérea permeable (03140,2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de oxigenoterapia - Monitoreo de funciones vitales y oximetría - Posición de decúbito frontal en ángulo de 45 grados - Evaluación de coloración de piel 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con vía aérea permeable - Saturación mayor de 90 % - Funciones vitales estables - Coloración de piel rosada
<p>2. Dolor agudo R/C intervención quirúrgica (00132)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor(1605) <p>Paciente refiere disminución del dolor en la escala del 0 al 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del dolor: Evaluación del dolor, intensidad, localización, duración. Administrar analgésicos indicados teniendo en cuenta los 5 correctos, evaluando a paciente en busca de reacciones adversas Control de funciones vitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente manifiesta alivio del dolor, según escala del dolor. - Constantes vitales dentro de los rangos normales.

<p>3. Riesgo de sangrado R/C cirugía laparoscópica (00039)</p>	<p>- Prevenir el sangrado en el paciente (4010) Paciente sin signos de sangrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de funciones vitales - Evaluar herida quirúrgica en busca de signos de sangrado - Control de hemoglobina hematocrito - Reforzamiento de apósitos de herida - Infusión de líquidos indicados - Evaluación de drenajes presentes, volumen de secreciones, características. - Evaluar diuresis horaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con funciones vitales dentro de los rangos normales - Herida quirúrgica seca y limpia - Hemoglobina dentro de rangos normales - Apósitos de herida operatoria secos y limpios - Drenajes con secreciones con volúmenes esperados - Diuresis horaria mayor de 30 cm/h
<p>4. Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C restricción de aportes, pérdidas excesivas (presencia de drenajes), náuseas y/o vómitos (00028)</p>	<p>1. Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C restricción de aportes, pérdidas excesivas (presencia de drenajes), náuseas y/o vómitos (00028)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de funciones vitales - Evaluación estado de conciencia - Hidratación adecuada - Balance hídrico estricto - Diuresis horaria - Medición horaria de drenajes y evaluación de características - Control de electrolitos permanente 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente se mantendrá con funciones vitales dentro de la rangos normales así como de su estado de conciencia - Paciente se mantendrá hidratado, con balance hídrico positivo y valores de electrolitos dentro de los rangos normales - Contenido de drenajes de características normales

<p>5. Ansiedad R/C cambio en el estado de salud, intervención quirúrgica (00146)</p>	<p>- Control de la ansiedad (1402)</p> <p>Paciente refiere disminución de su ansiedad</p>	<p>- Apoyo emocional: Información sobre su estado de salud, intervención quirúrgica, uso de analgésicos</p> <p>- Mantener URPA lo más silenciosa posible para el descanso del paciente post-operatorio inmediato.</p>	<p>Paciente se mantiene libre de ansiedad</p>
<p>6. Riesgo de infección R/C intervención quirúrgica y presencia de catéteres invasivos (00004)</p>	<p>- Estado de infección (0703)</p> <p>Se disminuye el riesgo de infección en el paciente</p>	<p>- Control de funciones vitales</p> <p>- Evaluación de herida quirúrgica y características</p> <p>- Control seriado de la temperatura corporal</p> <p>- Vigilancia de la herida operatoria</p> <p>- Cuidados de la piel alrededor de la herida</p>	<p>- Paciente con funciones vitales estables</p> <p>- Paciente con temperatura dentro de valores normales</p> <p>- Herida quirúrgica sin signos de infección</p>

INFORME MEMORIA JEFATURA INTERINA DE ENFERMERÍA MES DICIEMBRE 2015

La jefatura corresponde al mes de diciembre del 2015, realizándose las siguientes actividades:

- Entrega del inventario del servicio 6to piso norte por la jefa de enfermería Lic. Enf. Srta. Rosa Bringas Monge a la jefatura interina Lic. Enf. Sra. Hilda Aparicio Campos.
- Solicitud recepción y valoración de pedidos de almacén correspondientes al mes, constando lo recibido y los faltos según pecosa correspondiente.
- Actualización de kardex de los pacientes según visita médica.
- Coordinación, ejecución y evaluación de funciones y tareas designadas al personal profesional y técnico de enfermería del servicio.
- Coordinación de la atención a los pacientes interconsultados a las diversas especialidades médicas así como, de los exámenes especiales dentro y fuera del hospital.
- Coordinación de arreglo de equipo e inmobiliario del servicio, quedando pendiente la habitación 602(ducha).
- Coordinación y ejecución de la reunión del servicio (día 17 de dic.)
- Coordinación de las actividades propias de la fecha:
 - Arreglo del servicio y construcción del nacimiento.
 - Coordinación de la chocolatada(22 dic.)
 - Fiesta de Fin de año(Restaurant Rústica de Risso; 17 dic. – 8pm)
- Pago de turnos y coordinación de retenes del mes.
- Confección del horario del mes de febrero 2016.

- Coordinación de la entrega de estadísticas, mes nov. y dic. 2015 a supervisora de sección Lic. Enf. Vilma Vega.
- Relevo de jefatura interina Lic. Enf. Hilda Aparicio Campos y jefatura de enfermería del servicio Lic. Enf. Rosa Bringas Monge.

Miraflores, 04 de enero 2016.



Hilda Aparicio Campos
ENFERMERA

Lic. Enf. Hilda Aparicio Campos
NSA. 707956 CEP. 23246



DPTO. ENFERMERIA

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL EN ENFERMERIA

SERVICIO: 6^{to} NORTE

MES: DICIEMBRE 2015

PROCEDIMIENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
Reporte de enfermería	5	6	4	5	2	7	6	7	6	2	2	4	7	6	4	4	4	7	7	7	2	6	2	4	6	6	4	2	2	6	142	
Ronda de enfermería	4	18	6	9	2	21	10	16	6	4	4	4	9	10	4	4	12	12	13	10	2	7	4	8	10	8	6	4	4	6	237	
Control de Funciones Vitales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Administración Medic. VO.	24	32	38	34	18	40	34	37	-	16	10	41	38	50	31	26	22	26	25	29	10	34	8	23	41	36	30	10	13	10	786	
Administración Parenteral	16	24	15	13	4	25	5	-	-	9	6	7	11	12	6	8	22	11	5	7	3	2	8	13	20	30	15	12	12	13	334	
Inserción vía Periférica	1	2	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1	2	1	-	2	-	-	-	-	-	1	1	1	3	1	1	2	-	2	25	
Inserción de S. N. G.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inserción de Sonda Foley	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inserción de Sonda rectal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Manejo de Irrigación Vesical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Manejo de cat. Port-CVC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Aspiración de Secreciones	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	4	7	5	6	3	4	8	10	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	
Curación en Tubo Traqueost.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Nebulización	7	9	9	7	1	5	3	5	13	2	6	12	11	13	8	5	10	8	12	7	2	3	2	2	5	9	4	6	6	4	196	
Administración de Culmot.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Transfusiones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Control de Hemoglucotest	3	4	6	4	-	6	2	2	3	-	2	1	3	4	2	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	2	-	-	-	48	
Asistir Curaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Asistir Procedimientos Espc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Toma de EKG	1	2	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9	
Toma de Muestras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cateterismo vesical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Control de Drenajes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Monitoreo de Diuresis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Monitoreo de Vía aérea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oxigenoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oximetría	14	27	23	23	8	29	21	20	28	7	6	12	18	18	18	11	13	13	13	12	8	12	5	12	19	21	28	12	14	13	478	
Fisioterapia Respiratoria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colocación de vendajes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comodidad y Confort al Pcte.	7	11	8	6	3	7	20	8	13	4	6	4	10	9	8	11	7	9	8	7	4	5	2	5	9	9	7	2	2	5	216	



COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERÚ

DECRETO LEY N° 22315

CONSEJO REGIONAL III - Lima Metropolitana

Jr. Morales Alpaca 243 - 245, Pueblo Libre - Telf.: 717-8086 / 717-8089 Telefax: 717-1106 - Lima Perú
Pag. Web: www.cr3cep.org.pe Email: cr.lima@cep.org.pe

Consejo Directivo Regional

Mg. Silas Hideliza Alvarado Rivadeneyra
Decana

Lic. Nelsa Alina Pacheco Baldeón
Secretaria

Lic. Lidia Marifo Obregón
Tesorera

Lic. Esperanza Llunoc Llunoc
Vocal I

Lic. Soledad Rosa Rodríguez Galindo
Vocal II

CONSTANCIA


LA DECANA DEL CONSEJO REGIONAL III LIMA METROPOLITANA DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU, DEJA CONSTANCIA:

Que la Lic. **HILDA APARICIO CAMPOS**, con CEP N° 23246, **DELEGADA INSTITUCIONAL** del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, participa mensualmente en las reuniones de trabajo del Consejo Regional III L.M.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente.

Pueblo Libre, 02 de agosto del 2010




Mg. SILAS H. ALVARADO RIVADENEYRA
DECANA REGIONAL
CER N° 779



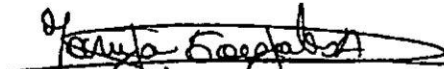
**COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ
CONSEJO REGIONAL III - LIMA METROPOLITANA**

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

OTORGADO A:

**LIC. HILDA AMALIA APARICIO CAMPOS
CEP 23246**

Por su participación en el Comisión de Propuesta para la Ley del Trabajo del Enfermero durante el mes de mayo hasta julio del 2008 y su invaluable aporte a la profesión a través de la Institución.


Lic. Mercedes González Almeida
Decana del Consejo Regional III-L.M.
Colegio de Enfermeros del Perú




Lic. Ana Espinoza Oscanoa
Secretaria del Consejo Regional III - L.M.
Colegio de Enfermeros del Perú



“TUMORES CEREBRALES”

Expositora: Lic. Enf. Hilda Amalia Aparicio Campos



SUMARIO

- 1.- GENERALIDADES**
- 2.- ETAPA PRE-OPERATORIA**
- 3.- ETAPA POST-OPERATORIA**

GENERALIDADES

DEFINICION

Lesión intracraneal localizada, que ocupa espacio en el cráneo y tiende a hacer que aumente la presión intracraneal.

Pueden ser benignos o malignos, dependiendo del tipo de célula del que se origina.

Un 95% se origina en el parénquima cerebral y también en las raíces de nervios craneales y meninges, y el 5% restante son metástasis de neoplasias originadas en otras partes del cuerpo.

La frecuencia mas elevada de tumores intracraneales se observa entre los 50 a 70 años de edad.

CLASIFICACION

- Los que nacen de membranas de recubierta del cerebro. Ejm.: Meningioma Dural.
- Los que aparecen en los nervios craneales o junto a ellos. Ejm.: Neurinoma Acústico.
- Los que se originan en el parénquima cerebral, como los diversos gliomas y lesiones metastásicas originadas en otros sitios del cuerpo.

ETIOLOGIA:

algunos son congénitos; otros guardan relación con factores hereditarios. También pueden ser de origen metastásicos y se ha estudiado que en algunos casos pueden ser secundarios a traumatismos o infecciones.



MANIFESTACIONES CLINICAS

Síntomas generales.- Ocasionados por la compresión gradual del cerebro, debido a crecimiento del tumor.

- Cefaleas *(dolores de cabeza)*
- Vómitos
- Edema de papila óptica, con visión borrosa; diplopia, ceguera.

Síntomas locales.- Aparecen síntomas de localización cuando hay interferencia en lesiones específicas del cerebro que causen signos localmente referibles; anomalías de la sensibilidad y motoras; alteraciones visuales y crisis convulsivas.

TRATAMIENTO

El Tumor cerebral no tratado puede ocasionar la muerte por hipertensión intracraneal cada vez mayor o por la lesión cerebral primaria.

Se consiguen mejores éxitos cuando son tratados precózmemente. El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica cuando es posible; seguida de radiación, *etc.*

... con quimioterapia si está indicado

ETAPA PREOPERATORIA

PROBLEMA Y/O NECESIDAD	OBJETIVO	ACCIONES
1.- Paciente ansioso por incertidumbre del diagnóstico y pronóstico.	- Verbalización de sus miedos y temores	- tranquilizar al paciente adoptando una actitud firme y segura. - Proporcionar educación preoperatoria adaptada a las necesidades específicas del paciente y familia. - Ayudar al paciente durante las pruebas médicas y rutinarias. - Coordinar con el equipo multidisciplinario la atención del paciente; así como la información del diagnóstico final y su pronóstico.
2.- Dolor relacionado con la presencia del tumor	- Disminuir intensidad del dolor	- Valorar dolor y sus características - Administrar analgésicos según la prescripción médica y evaluar su efecto. - Elevar cabecera de las camas para disminuir hipertensión intracraneal - Administrar esteroides y valorar sus efectos.
3.- Deficit del autocuidado por pérdida de funciones motores y/o sensitivas.	- Lograr la máxima independencia del paciente dentro de los límites que sus deficit se lo permitan.	- Valorar la capacidad del sujeto para ejecutar actividades cotidianas. - Coordinar con servicio fisioterapia para que inicie la terapia al paciente.
4.- Riesgo a alteraciones de la integridad de la piel por los trastornos neurológicos que presenta.	- Mantener integridad de la piel	- Valorar estado de piel y anexos, en busca de zonas de presión, equimosis, escaras - Cambios de posición y uso de almohadas y rodetes para las zonas de presión. - Aseo diario para evitar infecciones de la piel. - Medidas de asepsia durante manipulación del paciente. - Preparación del paciente para SOP.: * Colocar sonda nasogástrica y evacuar. * Colocar cateter endovenoso. * Baño estricto y lavado de cabeza * Antibioterapia profiláctica. * Verificar exámenes prequirúrgicos. - Ayuno estricto - CFV

ETAPA POSTOPERATORIA

PROBLEMA Y/O NECESIDAD	OBJETIVO	ACCIONES
1.- Paciente con ineficacia respiratoria por edema cerebral postoperatorio.	- Lograr que la función respiratoria sea la adecuada	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición de cúbito lateral o <i>mixto</i> - Emplear aspiración traqueofaríngea con cuidado para extraer secreciones. - Si el paciente se encuentra con ventilación controlada, valorar gases permanentemente. - Elevar cabecera de la cama 30° para facilitar drenaje venoso del cerebro. - Valorar función ventilatoria en busca de signos de alarma: cianosis, polipnea. - Prevenir reflejo del vómito con SNG. <i>y la uso de antiemético</i> - Mantener oxigenoterapia de acuerdo a estado de oxigenación del paciente.
2.- Edema cerebral como consecuencia de intervención quirúrgica.	- Disminuir el edema cerebral	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar nivel de conciencia del paciente usando test de Glasgow. - Evitar manipulación excesiva <i>se ar</i> al paciente. - Buscar signos de hipertensión intracraneal: <ul style="list-style-type: none"> * Presión arterial elevada. * Bradicardia <i>o taquicardia</i> * Inquietud, <i>o</i> sopor en el paciente. * Cefalea - Balance hídrico estricto. - Uso de agentes deshidratantes osmóticos como Manitol y esteroides para disminuir edema cerebral. - Control de temperatura frecuente. - Uso de medios físicos; <i>o</i> requiere: bolsas de hielo en axila e ingle, baños de esponja con agua tibia.
3.- Posible alteración del volumen hídrico por uso de diuréticos.	- Lograr el equilibrio hidroelectrolítico	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar diuresis del paciente en busca de poliuria u oliguria (riesgo de diabetes insípida) - Medir densidad urinaria - Valorar niveles de electrolitos en sangre. - Peso diario del paciente - Administrar con cautela líquidos vía endovenosa.



PROBLEMA Y/O NECESIDAD	OBJETIVO	ACCIONES
4.- Alteración de la percepción por edema periorbitario y apósitos en la cabeza.	- Compensar la privación sensorial	- Evaluar edema en cabeza así como los apósitos quirúrgicos. - Uso de compresas frías en zona periorbitaria. - Lubricar párpados con vaselina. - Cambios posturales <i>evitando</i> evitando presión en zona de intervención quirúrgica. - Orientar y ayudar al paciente durante los movimientos de inquietud.
5.- Riesgo a infecciones de la herida operatoria.	- Evitar ^{en} infecciones de la herida operatoria.	- Uso de antibióticos indicados. - Evaluación de la herida en busca de signos de infección. - Curación de herida operatoria con asepsia estricta. - Manipulación necesaria de la herida operatoria. - Control de funciones vitales.
6.- Riesgo a convulsión por intervención quirúrgica.	- Prevenir convulsiones	- Administrar anticonvulsivantes indicados y evaluar concentraciones sanguíneas. - buscar signos precoces de convulsiones. <i>- Paciente debe permanecer con bienestar</i> - Control de funciones vitales.
7.- Riesgo a lesión de la integridad de piel anexos por permanencia en cama y/o déficit <i>de movilidad</i>	- Prevención de lesiones de piel y/o anexos	- Cambios posturales c/2 hrs. Si estado del paciente lo permite. - Higiene y aseo de piel y anexos. - Uso de correctas medidas de asepsia cuando se atienda al paciente. - Peso diario del paciente - Administrar con cautela líquidos vía endovenosa.
8.- Paciente con disminución de autoestima por déficit ocasionados por intervención quirúrgica.	- Mejorar autoestima del paciente.	- Apoyar constantemente al paciente durante su rehabilitación. - Fomentar en el paciente a que realice actividades de autocuidado que su estado lo permita: lavado de cara, manos, peinado, vestirse, deambular. - Coordinar con equipo multidisciplinario atención del paciente.