

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS
INMEDIATOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

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

GRICELDA LILIANA CAHUA CORDOVA

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTE
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 299

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/11/2016

Resolución Decanato N° 1302-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. Descripción de la situación problemática	03
1.2. Objetivos	04
1.3. Justificación	04
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	09
2.2.1 Teoría de Dorotea Orem	09
2.2.2 Principales problemas Intestinales	09
2.2.3 Colecistitis	11
2.2.4 Colectomía Laparoscópica	13
2.2.5 Cuidados post operatorios al paciente operado de colectomía laparoscópica	13
2.2.6 Signos y síntomas en el post-operatorio inmediato	14
2.2.7 Posibles Complicaciones en pacientes post operados inmediatos de colectomía laparoscópica.	14
2.3 Definiciones de términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de datos	20
3.2 Experiencia Profesional	20
3.3 Procesos realizados en el Tema del informe	21
IV. RESULTADOS	26
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
VII. REFERENCIALES	31
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por finalidad analizar cuáles y como deben ser los cuidados de enfermería en los pacientes postoperados inmediatos de colecistectomía laparoscópica, en vista que la colecistectomía como tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática ha presentado importantes cambios en los últimos años. El postoperatorio más benigno que presentan los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica frente a la tradicional técnica convencional ha hecho que esta técnica se haya difundido ampliamente en la comunidad quirúrgica y haya presentado una rápida aceptación.

Los principales problemas que se presentan en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica son las náuseas, vómitos y el dolor postoperatorio. Estos han demostrado ser la causa más frecuente de ingreso, readmisión y convalecencia prolongada, por ello la intervención de enfermería es de vital importancia para brindar al paciente la debida atención después de haber sido intervenido quirúrgicamente. Los pacientes aceptaban el dolor postoperatorio como parte inevitable de la experiencia quirúrgica, pero actualmente con el desarrollo de una mayor conciencia de la epidemiología y fisiopatología del dolor se presta más atención al control del mismo.

En el presente trabajo describiremos la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes pos operados de colecistectomía laparoscópica en la sala de recuperación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más practicados en el mundo, realizándose alrededor de un millón al año. Actualmente la colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el manejo de la patología vesicular y un procedimiento de mínima invasión, el cual genera múltiples beneficios a los pacientes intervenidos por esta vía. No obstante, existen algunos casos en los cuales la colecistectomía no puede ser completada laparoscópicamente y se hace necesaria la conversión a colecistectomía abierta, en virtud de algunas complicaciones que pueden sucederse durante la misma o con el propósito de evitarlas. (1)

Universalmente, la tasa de conversión de cirugía laparoscópica varía entre 5% y 40%; en América Latina diferentes estudios indican que la tasa de conversión oscila entre el 0,8% y el 11%. En Colombia, la conversión se presenta entre el 0,8% y el 12%. (2)

La mayor parte de las veces ocurre cuando el grupo apenas inicia su experiencia en el procedimiento, por falta del equipo, sangrado y también se incluyen otras causas tales como neoplasias malignas inesperadas o cuando se sospecha de una lesión de la vía biliar principal. Es más frecuente en ancianos y en pacientes con colecistitis aguda. Actualmente la conversión a cirugía abierta no se considera una complicación, sino una decisión de buen juicio quirúrgico para el beneficio del paciente. (3)

En cuanto al Perú, las patologías más importantes de hospitalización se encuentran relacionadas a las enfermedades que comprometen las vías biliares, vesícula biliar y páncreas, las cuales en conjunto se ubican como la segunda causa de internamiento, llegando a ocupar el primer lugar de las causas de egresos hospitalarios entre los años 2002 y 2010 en nueve

departamentos: Arequipa, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Loreto, Moquegua, Pasco y Puno (4).

En el Hospital Rebagliati M. Se atiende un promedio de 60 pacientes por día distribuidos tanto en el segundo piso como en áreas satélites de todas las especialidades (cirugías de abdomen, de cabeza y cuello, de traumatología, neurocirugía, ginecología, gineco obstetricia.(5)

Para fines de detallar los cuidados y la experiencia profesional me voy a referir a las cirugías de colecistectomía laparoscópicas siendo la más frecuente en los últimos tiempos.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de recuperación del HNERM 2016

1.3. Justificación

Es importante la intervención en cuidados de enfermería porque el incremento de los días de estancia hospitalaria post quirúrgica y sus complicaciones representa una problemática en la salud pública, elevando la morbilidad, decreciendo la disponibilidad de camas y generando un alza en los costos e indicando indirectamente la calidad de atención.

El presente trabajo proporcionará a la institución datos que permitirán mejorar y garantizar una atención de calidad con la intervención de enfermería en los cuidados pre- trans- post operatorio de colecistectomía en la elaboración de guías de atención, MOF, ROF actualizados para brindar una atención integral, optima de calidad, dotar de materiales e insumos insuficientes. Siendo los beneficiarios la institución, disminuyendo costos, nosotras las enfermeras especialistas siendo permanente la atención de calidad y para los pacientes reincorporándose a la familia y sociedad en continuidad de su salud.

Al finalizar el informe serán los pacientes los que se verán beneficiados porque se convertirá en una herramienta fundamental para el personal de enfermería el cual generaran cambios para la mejora de la atención brindada, cumpliendo así con los requisitos establecidos de calidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

SERRALTA y otros (2002). "Evolución del dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica bajo anestesia-analgesia multimodal en régimen ambulatorio". Cuyo objetivo es el valorar la cinética del dolor postoperatorio y la convalecencia de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva utilizando un régimen multimodal de anestesia-analgesia. Método: Ensayo clínico controlado, prospectivo, con asignación aleatoria en 2 grupos. Los pacientes del grupo intervención recibían información adicional sobre el proceso quirúrgico mediante una visita prequirúrgica estructurada de enfermería, mientras que los pacientes del grupo control recibían la atención prequirúrgica habitual del centro. Los niveles de ansiedad en ambos grupos se cuantificaron mediante el cuestionario autoadministrado de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la presencia de dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Resultados: El índice de sustitución fue del 90,5% y la estancia hospitalaria postoperatoria media de $7,2 \pm 0,9$ horas. 8 pacientes requirieron estancia de una noche. El 27,3% de los pacientes no requirieron analgesia postoperatoria. Entre los pacientes que precisaron consumo de analgésicos ambulatoriamente el tiempo medio hasta la toma de la primera dosis fue de $17,3 \pm 11,8$ horas tras el alta. Más del 80% no requirieron analgésicos y más del 75% refirieron dolor leve o ausente al tercer día postoperatorio. El 50% de los pacientes podía realizar sin ayuda sus actividades cotidianas al cuarto día postoperatorio y el 50% se reincorporó a su trabajo habitual al undécimo día postoperatorio. Se concluyó que el régimen de anestesia-analgesia multimodal propuesto permite un alto porcentaje de régimen ambulatorio de los pacientes tras la colecistectomía laparoscópica y un buen control del dolor y náuseas postoperatorios con una rápida reincorporación de los pacientes a sus actividades habituales.(6)

CHIRVECHES-PEREZ y otros (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor". Cuyo Objetivo fue evaluar la eficacia de una visita prequirúrgica estructurada de enfermería sobre el grado de ansiedad prequirúrgica, el dolor posquirúrgico y la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería y el proceso quirúrgico. Método: Ensayo clínico controlado, prospectivo, con asignación aleatoria en 2 grupos. Los pacientes del grupo intervención recibían información adicional sobre el proceso quirúrgico mediante una visita prequirúrgica estructurada de enfermería, mientras los pacientes del grupo control recibían la atención prequirúrgica habitual del centro. Los niveles de ansiedad de ambos grupos se cuantificaron mediante el cuestionario autoadministrado de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la presencia del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Resultados: Se obtuvo información completa de 350 pacientes: 183 del grupo control y 167 del grupo intervención. Ambos grupos de estudio eran comparables respecto a sus características basales. Se observó una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad situacional del grupo intervención respecto al grupo control y un aumento de la satisfacción de los pacientes del grupo intervención respecto al proceso quirúrgico. No se detectaron diferencias entre ambos grupos respecto a la percepción del dolor agudo postquirúrgico. Se concluye que una visita prequirúrgica estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional, mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico y no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio (7)

RUIZ Aquino, Mely 2011. "Satisfacción del Paciente pos operado frente a los Cuidados del personal de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Tingo María"- El objetivo de dicho trabajo fue describir el nivel de satisfacción del paciente post operado frente a los cuidados de enfermería en el servicio de cirugía del hospital de Tingo María.

Resultados.- Las dimensiones de la satisfacción percibida por los pacientes post operados frente a los cuidados de enfermería, que más sobresalieron fue: la satisfacción con el tratamiento integral de enfermería y la prevención de riesgos en un 25,5%(12), un 61,7% (10) mostró mediana satisfacción con las necesidades fisiológicas y el 59,6% (28) refirió insatisfacción con la accesibilidad a los servicios de enfermería. De manera global, el nivel de satisfacción por los cuidados de enfermería durante el post operatorio, evidenció mediana satisfacción [51% (24)], seguido del 32%(15) de pacientes insatisfechos y 17% (8) de pacientes satisfechos, del mismo modo, los cuidados de enfermería, durante el post operatorio, percibido por la población muestral en estudio, fueron de nivel regular [47% (22)]. Se concluyo que existe mediana satisfacción percibida, frente al nivel regular de cuidados post operatorios que brinda el profesional de enfermería.(8)

BOCANEGRA Del Castillo, Ronald (2013) En su trabajo de investigación titulado "Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011". Tuvo como objetivo describir los parámetros preoperatorios, comorbilidades, tasa de conversión a cirugía abierta y las complicaciones post colecistectomía laparoscópica en una población de adultos mayores con más de 75 años de edad. Realizó un estudio descriptivo, en el cual se recolectaron los datos en forma retrospectiva donde se encontró 52 pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio. Se encontró que las edades oscilaron entre los 75 a 92 años con una media de 81,45 años y el 59,62% del total fueron mujeres; las comorbilidades cardiológicas fueron las principales con 46,15%. Se concluyó que la indicación para la intervención quirúrgica más común fue la colecistitis crónica litiásica con 73,08% y la tasa de conversión a cirugía abierta fue 13,46%, por lo que estos resultados se ajustan a los valores encontrados en la literatura. (9)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría de Dorotea Oré

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.(10)

La 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, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- 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: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. (9)

La 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.

La teoría de 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, donde la acción de la enfermera es cumplir con el autocuidado terapéutico del paciente y compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y lo protege.
- Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores.- Donde el personal de enfermería proporciona autocuidados, y desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente. La acción del paciente esta encaminada a

desempeñar algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación.- Donde 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.(11)

2.2.3 Colecistitis

Definición.- Es la inflamación de la vesícula biliar. La causa más frecuente de que esto suceda es que haya piedras en la vesícula, aunque no es indispensable. En 90 a 95 % de los pacientes la colecistitis aguda es secundaria a cálculos biliares. (12)

El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía de preferencia la laparoscópica temprana en el transcurso de dos o tres días tras la enfermedad. La tasa de conversión a colecistectomía abierta es más alta (10 a 15%) en casos de colecistitis aguda respecto a la crónica.

Etiología.- Hay varias causas que pueden producir o agravar un cuadro de colecistitis:

- La presencia de piedras (cálculos) o sedimentos en la vesícula biliar ya que ocasiona un mal drenaje de la bilis así el duodeno.
- Una infección en el conducto biliar.
- Un tumor en el hígado o en el páncreas

Signos y síntomas:

- Masa en el cuadrante superior derecho.
- Dolor en el cuadrante superior derecho.
- Náuseas.
- Vómito.

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Distensión abdominal.
- Taquipnea.
- Acidosis metabólica.

Tratamiento.- Usualmente se necesita la cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía) en presencia de cálculos. Esta operación se debe realizar lo más pronto posible, aunque algunos pacientes no necesitan cirugía inmediatamente. Existen dos tipos de cirugías la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica.(12)

Complicaciones.-

- Empiema (pus en la vesícula biliar).
- Gangrena (muerte del tejido) de la vesícula biliar.
- Lesión de las vías biliar que drenan el hígado (una complicación ocasional de una colecistectomía).
- Pancreatitis.
- Peritonitis (inflamación del revestimiento del abdomen)

Tratamiento de la Colecistitis.-

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que esta inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. Hoy en el día tratamiento de elección actualmente para la extirpación de la vesícula es la colecistectomía laparoscópica. En los Estados Unidos se realizaban 500 000 colecistectomías antes de la era laparoscópica. Actualmente el número de colecistectomías anuales es de 1 100 000, de las cuales 935 000 se realizan por laparoscopia. (13)

2.2.4 Colectomía Laparoscópica.-

Se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas.

La cirugía con el uso de un laparoscopio es la manera más común de extirpar la vesícula biliar. Un laparoscopio es un tubo delgado e iluminado que le permite al médico ver el interior del abdomen.

La cirugía de extirpación de la vesícula biliar se realiza mientras el paciente está bajo anestesia general. (13)

2.2.5. Cuidados postoperatorios inmediatos a pacientes operados de colectomía laparoscópica.

Comienza cuando el paciente ingresa a la sala de recuperación hasta que es dado de alta para su ingreso a la unidad de hospitalización en su servicio de especialidad de cirugía. Para ello realizamos los siguientes cuidados:

- Control de signos vitales.
- Administración de oxígeno.
- Monitorizar funciones vitales durante la primera hora después de la cirugía y continuamente cada 10 minutos, posteriormente cada media hora, cuando ya se ha estabilizado será cada hora.
- Control de volumen urinario, realizando un balance hídrico estricto.
- Observar signos y síntomas que nos pueden indicar hemorragias, hipertensión, taquicardia, intranquilidad, piel fría y sudorosa, palidez (revisar apósitos o gasas en busca de sangre evaluar los drenajes cantidades y características) Comprobar la realización de pruebas cruzadas.
- Administrar medicación prescrita indicada en su post-operatorio.

- Realizar fijación de catéter para evitar desplazamiento.
- Vigilar la postura del paciente.
- Proceder a la intubación si es necesario.
- Valorar la función respiratoria a través del control de gases arteriales.

2.2.6. Signos y síntomas en el post-operatorio inmediato.-

Dolor.- El dolor post-operatorio es un síntoma subjetivo, una sensación de sufrimiento causada por lesión de los tejidos, en el que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como resultado de la intervención quirúrgica. Es uno de los temores más frecuentes que el paciente manifiesta al recuperar el estado de conciencia. El dolor post-operatorio máximo se presenta durante las primeras 12 a 32 horas posteriores a la cirugía, y suele disminuir después de 48 horas. Es importante Identificar la localización.

2.2.7 Posibles complicaciones en pacientes post operados inmediatos de colecistectomía laparoscópica.-

Hipotermia.- El 60% de los pacientes experimentan tener una temperatura central inferior a los límites normales. Una hipotermia generalizada ocurre cuando el paciente presenta temperatura inferior a las 35°C durante el postoperatorio con una ligera subida durante 24-48 horas. Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores. (14)

Hipertermia.- Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas.

Náuseas y vómitos.- Problema frecuente en el postoperatorio, ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado, puede

también producirse por dolor intenso, distensión abdominal, miedo, medicamentos, comer y beber antes de haber reanudado el peristaltismo, iniciación de reflejo de náuseas, etc.

- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Colocarlo en decúbito lateral.
- Eliminar la ingesta por vía oral.
- Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor.
- Ayudarle a realizarle una higiene bucal con frecuencia.
- Reiniciarle la dieta por vía oral una vez que los vómitos hayan desaparecido.

Retención Urinaria

- Problema frecuente en el postoperatorio. Si presenta retención de las 8-10 horas posteriores, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor.
- Se puede producir por: efecto de la anestesia, analgésico y narcótico.
- Actividades: ayudar al paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia, dejar correr el grifo de agua, o bien un pequeño masaje en la zona. Si estas técnicas no dan resultado habrá que sondar al paciente.

Complicaciones Respiratorias

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes que acontecen tras la cirugía en el periodo postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%. Cuando la intervención afecta a la región torácica o al hemiabdomen superior su incidencia oscila entre el 6 y el 65%, alcanzando especial relevancia ya que contribuye en gran medida a la

morbimortalidad postoperatoria. Éstas se manifiestan por la presencia de cambios radiológicos como atelectasias, neumonía y derrame, así como de signos físicos evidentes: taquipnea, tos, expectoración, fiebre y/o cianosis. Hay que tener en cuenta que la complicación más frecuente es la aparición de atelectasias. El dolor es uno de los principales responsables del deterioro de la función respiratoria en el periodo postoperatorio.(15)

Complicaciones Cardiocirculatorias

Las alteraciones cardiovasculares son, junto a las complicaciones pulmonares, una de las causas importantes de mortalidad postoperatoria. Cerca del 23% de las muertes en el postoperatorio se asocian a complicaciones cardiovasculares. Éstas se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática que comporta la existencia de dolor. Tiene lugar un aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Estas alteraciones pueden no tener gran repercusión en un paciente sano y en cambio, resultar trascendentales en pacientes con patología de riesgo, pudiendo llegar a ocasionar una descompensación aguda de su estado, precipitando la aparición del infarto o el fallo cardíaco durante el postoperatorio inmediato, ya que es en este periodo cuando el dolor suele alcanzar una mayor intensidad. Además, la disminución de flujo sanguíneo por la hiperactividad simpática, puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica.(16)

Complicaciones endocrino - metabólicas

La agresión quirúrgica provoca una respuesta endocrinometabólica, siendo el dolor postoperatorio uno de los factores implicados en la producción de dicha respuesta, consecuencia de la activación del sistema simpático y estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. La estimulación nociceptiva directa a través de las fibras nerviosas, así como la liberación de mediadores por los tejidos dañados en la zona quirúrgica, y los macrófagos (interleuquinas, factor de necrosis tumoral, etc.), provocan la estimulación de sustancias hormonales. Esta estimulación se traduce en un aumento de la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), hormonas de la hipófisis anterior (ACTH, GH, FSH, LH, PRL), de la hipófisis posterior (oxitocina y ADH), péptido natriurético atrial y beta-endorfinas. La estimulación hipotalámica comporta a su vez un aumento de la agregación plaquetaria y de la coagulación, favoreciendo así la aparición de flebotrombosis y trastornos vasculares locales. Esto se acompaña de un incremento en la liberación periférica de cortisol, aldosterona y glucagón. La insulina, testosterona y tiroxina parecen estar disminuidas en el periodo postoperatorio.(17)

Complicaciones digestivas

La actividad digestiva se encuentra disminuida postoperatoriamente como consecuencia de los reflejos segmentarios y de la hiperactividad simpática, motivados por el estímulo e influjo nociceptivos, así como de la inactividad del paciente en el postoperatorio inmediato. Por tanto, las complicaciones digestivas postoperatorias vienen determinadas por este descenso en la actividad digestiva e incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos, o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva, todo ello motivado por un aumento del tono de

los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular a nivel de estómago y colon. Estas alteraciones, además de producirse en la cirugía que afecta a la región toracoabdominal, pueden ocurrir también en cirugía de extremidades o de cualquier otra parte del cuerpo indistintamente.(17)

Nauseas: Las náuseas son una sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar. Se presentan como una situación de malestar en el estómago, asociada a la sensación de tener necesidad de vomitar (aunque frecuentemente el vómito no se da).

Vómito: Expulsión violenta del contenido del estómago por la boca. Se trata de un acto reflejo generalmente precedido de náuseas, secreción abundante de saliva, eructos y modificaciones del ritmo respiratorio. Muchas veces representa un mecanismo fisiológico para expulsar una sustancia nociva, aunque también es síntoma de diversos estados patológicos como gastritis, apendicitis , colecistitis, meningitis, tumores cerebrales o enfermedades del metabolismo. El tratamiento consiste en atacar sus causas, corregir la deshidratación y la pérdida de sales y administrar antieméticos y antiespasmódicos. También se denomina némesis.

2.2 Definición de Términos

Cuidado de Enfermería.- Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, donde la enfermera pone a disposición de la persona su conocimiento y su parte humana (Valores, creencias, principios y su filosofía de vida), para la consecución de resultados en beneficio del paciente y el profesional de Enfermería. (18)

Post-operado Inmediato.- Períodos de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. Al despertar de la anestesia suele ir acompañado de sesiones dolorosas según el tipo de intervención, por lo que los períodos post operatorios exigen cuidados especiales. (18)

Colecistectomía Laparoscópica.- Es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de video y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas sin abrir el abdomen.(18)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

El presente informe se elaboró, en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo de enero. Junio 2016 para la elaboración recurrimos como fuente de información a las estadísticas del servicio de recuperación para obtener los datos relevantes para el presente informe de experiencia profesional. Siendo las cirugías abdominales que se realizaron en este periodo de 1530 pacientes entre hombres y mujeres.

3.2 Experiencia Profesional

Ingresé a este hospital en el año 2002 siendo asignada en el área crítica como es el servicio de recuperación hasta la actualidad. Este servicio consta en la actualidad de tres áreas 2b 3b 9b donde se reciben a los pacientes de diferentes patologías de alto grado de complejidad.

En el área de 3b y 9b trabaja una enfermera y un técnico muchas veces no se cuenta con medico anesthesiologo por lo que la enfermera afrontara las emergencias que se puedan presentar esto es beneficioso para la enfermera ya que ella será la primera en actuar ya que el tiempo es vital para el paciente.

En el 2b en el día trabajan 3 enfermera y 3 técnicos de enfermería la capacidad es de 16 pacientes pero muchas veces tenemos un promedio de 25 pacientes esta cantidad de pacientes es recepcionada por el personal de guardia que son de 2 enfermeras y de 2 técnicas de enfermería siendo insuficiente ya que el grado de complejidad es de iv v no pudiendo brindar una atención integral al paciente el ingreso de cirugías laparoscópicas tienen adicional antecedentes como portadores de marcapaso, fibriladores hipertensos diabéticos insuficiencia renal crónicas terminal por lo que son pacientes dependientes aparte tenemos

los pacientes en ventilación mecánica siendo el personal insuficiente lo mismo ocurre por el turno de día pero hay más personal donde se aprovecha para la educación de paciente cuando despierta sea demostrado que con una sola palabra se puede mitigar el miedo a lo desconocido . Como por ejemplo cogerlo de la mano y decir le tranquilo ya paso todo estas en el servicio de recuperación pronto estarás en tu habitación el paciente se tranquiliza, se le enseña como toser la importancia de la movilización que hable poco durante las primeras horas esto influye que en que disminuyan las complicaciones.

Otro de los puntos que sea observado es el incremento dolor es mayor durante las primeras horas de pos operado motivo por lo cual se aplicara la terapia de dolor siguiendo el protocolo establecido.

Cuando se realiza la evaluación del paciente no se trata de mirar solo el monitor en cada evaluación se evaluara la herida operatoria en busca de algún signo de alarma lo que nos permitirá actuar inmediatamente

3.3 Procesos realizados en el cuidado al paciente sometido a cirugía de colecistectomía laparoscópica

Periodo Preoperatorio. La preparación del paciente es importante con respecto a la preparación psicológica tanto al paciente como a los familiares, asegurarse del ayuno preoperatorio, identificación del paciente, verificación de las constantes vitales, verificación de la vía intravenosa, verificación de vendajes o medias anti embolicas, la observación del paciente de no poseer ningún objeto (joyas, prótesis, objetos de metal, etc.), uñas limpias y sin esmalte, rasurado de zona operatoria si fuera necesario, ingreso con indumentaria adecuada y preparación de la piel según norma.

Durante mi experiencia en el periodo preoperatorio es la enfermera instrumentista la que recepciona al paciente y procede a la revisión de la historia clínica pruebas diagnósticas, firma de consentimiento informado tanto de la cirugía como de la anestesia que se empleara y verificar la identificación del paciente se procede a una breve encuesta con respecto al ayuno preoperatorio, alergias, antecedentes de importancia, medicamentos que pueden consumir, se procede al traslado del paciente a sala de operaciones y durante el trayecto se va conversando con el paciente intentado darle confianza con muestras de seguridad verbal se explica los procedimientos que se harán de forma clara y comunicando que será la enfermera que estará presente durante su cirugía, se verifica que el paciente no tenga ningún material adicional como prótesis, joyas, lentes de contacto u objetos de metal, se verifica el vendaje de miembros inferiores a menos que la cirugía sea de traumatología en la que solo es vendado el miembro inferior que no será intervenido, en este caso se verifica el recorte de uñas, también se verifica que el paciente ingrese con la indumentaria establecida (gorra, bata y botas quirúrgicas), se verifica también que las uñas no contengan esmalte y el rasurado de la zona operatoria si es necesario se procede a la ubicación del paciente en la mesa operatoria y mientras se le va brindando apoyo psicológico se colabora con el anestesiólogo en la inserción de la vía periférica y en la monitorización del paciente pudiendo observar las constantes vitales con las que el paciente está ingresando previo a la cirugía; la debilidad institucional que tenemos es que hospitalización muchas veces no se abastece para el ingreso de un día antes de los pacientes el paciente llega al servicio el mismo día que serán intervenidos y muchas veces vienen mal preparados de casa muchas veces este ha sido causal de suspensiones, sería necesario la implementación de un consultorio de enfermería quirúrgica para reforzar la preparación física y psicológica del pacientes antes de la cirugía.

Periodo Intraoperatorio La enfermera debe observar las constantes vitales con la que el paciente permanece en el quirófano, asegurar su intimidad, ayudar en la intubación u otro tipo de anestesia que vaya a administrar, colocación de sonda si fuera necesario, realización de la asepsia del campo operatorio, minimizar la palanca de la vía aérea artificial utilizando montajes flexibles, evitar la hiperextensión de las articulaciones vigilando los apoyos de miembros superiores e inferiores y colocar correctamente la placa del electrobisturí y el llenado adecuado de la lista de chequeo "check List" o cirugía segura.

Dentro de las actividades que realizamos en el hospital durante la etapa del intraoperatorio se cumple con todos los aspectos que corresponde a la enfermera a excepción de las cirugías ginecológicas y de traumatología ya que son los médicos los que realizan la asepsia del campo operatorio de la paciente, se asegura la intimidad del paciente, se coloca la placa de electrobisturí en zona muscular, el conteo de gasas y agujas se realizan conjuntamente instrumentista 1 e instrumentista 2; se verifica que los brazos estén sobre apoyos para evitar la hiperextensión; la cubierta de la herida operatoria es realizada por la enfermera, cabe resaltar que el material a utilizar es verificado antes de la cirugía, el aporte es que ya no se re esteriliza material de laparoscopia descartable ya que anteriormente se realizaba el proceso hasta para 3-4 intervenciones, se llegó a establecer que el uso del DAN será solo para material externo, mas no materiales que ingresen a cavidad.

Periodo Post Operatorio La enfermera interviene en la recuperación de la anestesia, la observación del estado neurológico y del nivel de conciencia, controlar el ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, eliminar la humedad excesiva de la piel, proporcionar estimulación verbal y táctil,

observar el estado, color y temperatura de la piel, colocar oxígeno, brindar confort y abrigo, al término se trasladara al paciente de forma suave y lenta, cubrir al paciente con frazada o manta caliente y trasladarlo a la unidad de recuperación post anestésica.

En el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins el Post operatorio del paciente en el centro quirúrgico la enfermera cubre la herida operatoria con gasas o apósitos, interviene en la recuperación post anestésica, se realiza la limpieza de la piel y se retira todo el exceso de humedad de la piel, permanecemos con el paciente durante la entubación observando el ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, se observa el estado de neurológico y el nivel de conciencia, se coloca el oxígeno y así poder mejorar el intercambio gaseoso, terminado todo el proceso se procede a trasladar al paciente de la mesa operatoria a la camilla de transporte lentamente y con apoyo del cirujano y anesthesiólogo, se cubre al paciente con una frazada abrigadora y se procede al trasladar al paciente a la unidad de recuperación post anestésica, la debilidad que tenemos en este aspecto es que no contamos con mantas térmicas en muchas oportunidades ha sido necesario cubrir al paciente hasta con 2 frazadas para poder abrigarlo, se hace necesario solicitar la implementación de mantas térmica.

Se dejó establecido el no reuso del material descartable que hasta ese momento se hacia el todo el proceso de lavado y secado de material desechable hasta para 4 usos, del mismo modo quedo establecido que todo material que ingrese a cavidad no será procesado en desinfección de alto nivel (DAN), se encontró disconformidad por la parte medica pero se logró dejar constancia que solo se procesara en el DAN material de uso externo como por ejemplo fibra óptica, reductores etc.

Se incrementó el uso de la lista de chequeo conocido como "check list" el cual se está haciendo uso aunque no de la manera debida ya que no se hace las pausas respectivas que exige su correcto llenado; posteriormente se logró un incremento de material para cirugía laparoscópica llegando a 6 equipos con el cual es posible realizar al menos de 15 a 20 operaciones de colecistectomía semanales, en lo que respecta a cirugías de traumatología solo contamos con un equipo completo que al momento está en desuso.

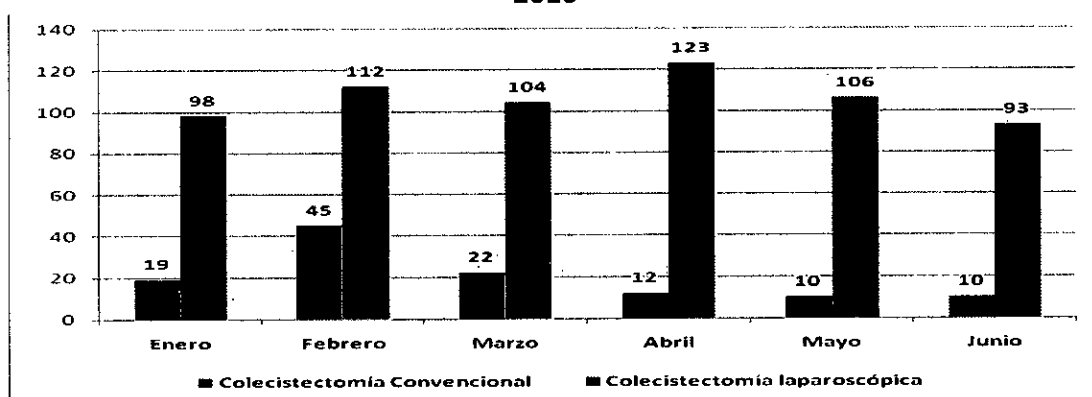
IV. RESULTADOS

TABLA No. 4-1
NUMERO DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS
Y CONVENCIONALES DE ENERO – JUNIO 2016 – 2do. "B"
RECUPERACIÓN - HNERM - 2016

MESES	No. De COLECISTECTOMÍAS CONVENCIONALES	No. De COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS
ENERO	18	98
FEBRERO	45	112
MARZO	22	104
ABRIL	12	123
MAYO	10	106
JUNIO	10	93
TOTAL	117	636

Fuente: 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM - ESSALUD - 2016.

GRAFICO No. 4-1
NUMERO DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS Y CONVENCIONALES DE
ENERO – JUNIO 2016 – 2do. "B" – SERVICIO DE RECUPERACIÓN - HNERM -
2016



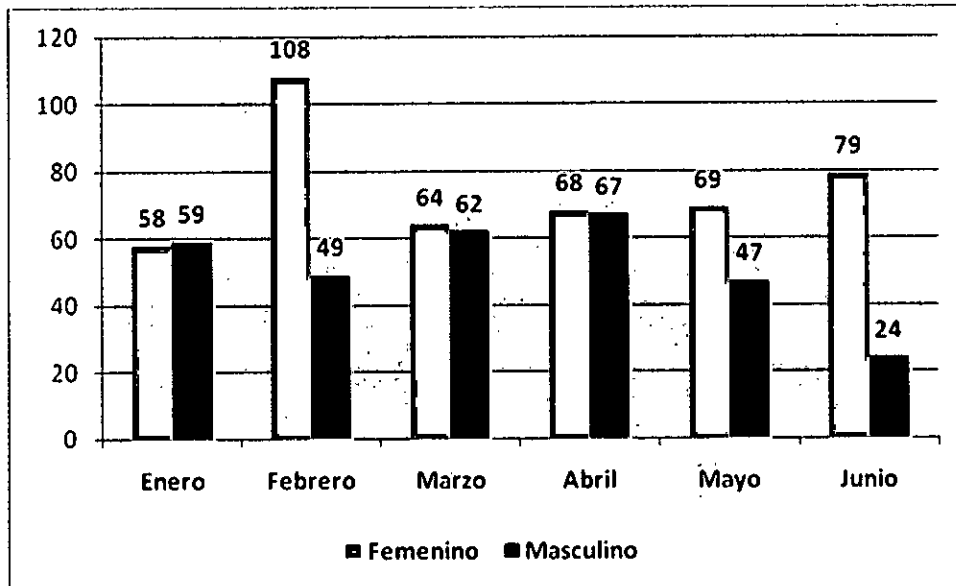
Interpretación.- Se puede visualizar en el grafico que los Pacientes post operados en colecistectomía Convencional tiene un máximo de 45 en el mes de febrero y Colecistomía Laparoscópica el nivel más elevado es en el mes de Abril con 123.

TABLA No. 4-2
NUMERO DE PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA
CONVENCIONAL Y LAPAROSCÓPICA SEGÚN SEXO DE ENERO – JUNIO
2016 – 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – 2016

SEXO	MESES					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
MASCULINO	59	49	62	67	47	79
FEMENINO	58	108	64	68	69	24

Fuente: 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – ESSALUD – 2016.

GRAFICO No. 4-2
NUMERO DE PACIENTES POST-OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA
CONVENCIONAL Y LAPAROSCÓPICA SEGÚN SEXO DE ENERO – JUNIO
2016 – 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – 2016



Fuente: 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – ESSALUD – 2016.

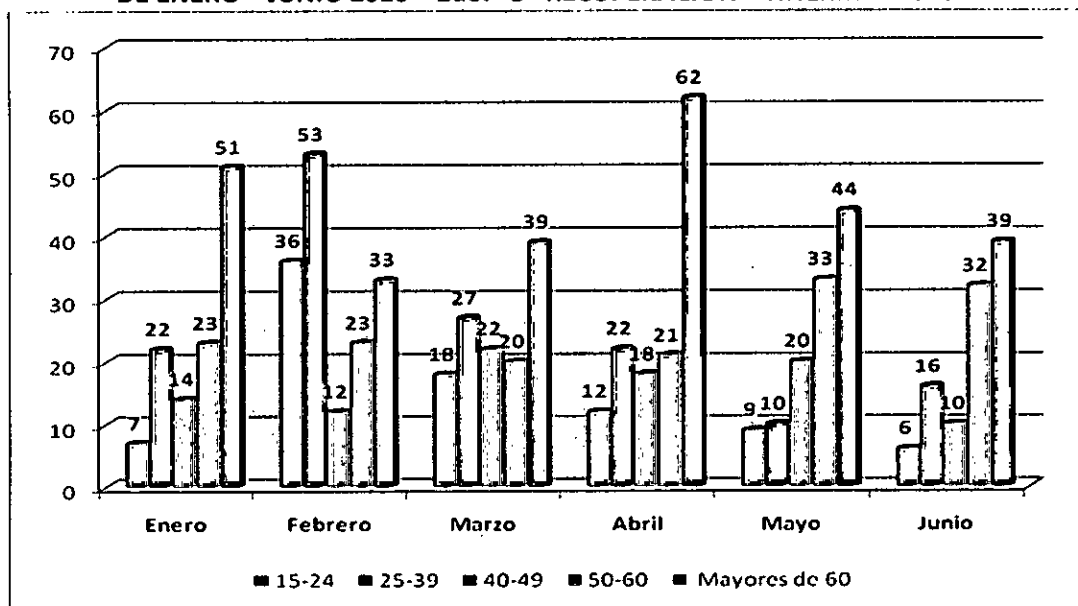
Interpretación.- Se puede visualizar en el grafico que los Pacientes Grupo etario pos operados en colecistectomía Convencional y Colecistectomía Laparoscópica el más alto en femenino es en el mes de febrero con 108 pacientes y Masculino en el mes de abril con 67 paciente.

TABLA No. 4-3
NUMERO DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS SEGÚN GRUPO ETAREO
DE ENERO – JUNIO 2016 – 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – 2016

NUMERO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS SEGÚN GRUPO DE EDADES	MESES					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
15 A 24	7	36	18	12	9	6
25 A 39	22	53	27	22	10	16
40 A 49	14	12	22	18	20	10
50 A 60	23	23	20	21	33	32
60 A MAS	51	33	39	62	44	39
TOTAL	117	147	126	135	116	103

Fuente: 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – ESSALUD – 2016.

GRAFICO No. 4-3
NUMERO DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS SEGÚN GRUPO ETAREO
DE ENERO – JUNIO 2016 – 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – 2016



Fuente: 2do. "B" RECUPERACIÓN - HNERM – ESSALUD – 2016.

Interpretación.- Se puede visualizar en el grafico que los Pacientes Grupo etario pos operados en colecistectomía Convencional y Colecistectomía Laparoscópica el pico más elevado es de Mayores de 60 con 62 pacientes

V. CONCLUSIONES

- a) El mayor porcentaje de pacientes hospitalizados en el Servicio de Recuperación de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica pertenece al del sexo femenino del grupo etéreo entre los 50 y 60 años que fueron sometidos a dicha cirugía.
- b) Brindar los cuidados de la enfermera en forma individual y eficiente a todos los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica para contribuir en el desarrollo y éxito de la cirugía.
- c) Educar al paciente y familia antes del alta para sus cuidados en el hogar.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A la Institución el incremento del personal profesional especializado para evitar la postergación de citas programadas a los pacientes.

- b) A la Institución que tenga los materiales necesarios para evitar posibles complicaciones con los pacientes

- c) A la Jefatura de Enfermería que exija al personal de enfermería del Servicio de Recuperación para que actualice los protocolos y guías de educación a pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica y sus familiares

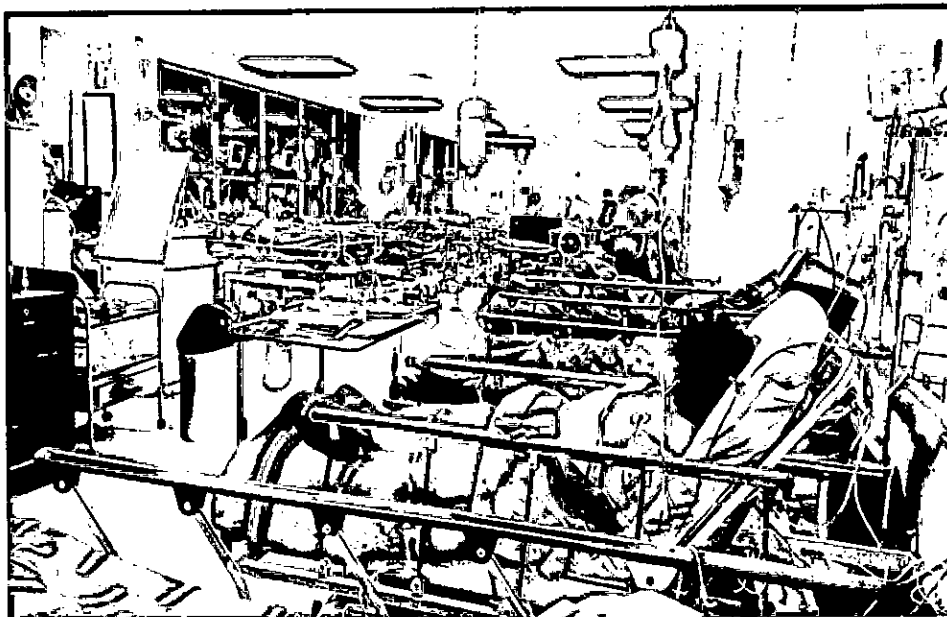
VIII. REFERENCIALES

1. PANDURO Delgado, Almeria. Colectomía Laparoscópica. Departamento de Cirugía. Hospital II. Iquitos. 2014
2. RAMOS Reyna L. Conversión de colectomía laparoscópica en colecistitis aguda vs colecistitis crónica [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2014.
3. CORNETERO V. Población y Enfermedades no Transmisibles. Perú 2002- 2010. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
4. ESTEPA. PJ, Santana PT, Estepa TJ. Colectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [Internet]. 2015 Feb [citado 17 Set 2016]; 13(1): 16-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100004&lng=es. Rev. 20.10.2016
5. Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Área de estadística del servicio Libro de registro 2016 del área de recuperación del servicio del 2 B.
6. SERRALTA y otros (2002). "Evolución del dolor postoperatorio en la colectomía laparoscópica bajo anestesia-analgésia multimodal en régimen ambulatorio"
7. CHIRVECHES-PEREZ y otros (2006) Efecto de una visita pre quirúrgica de eNFERMERÍA PERI OPERATORIA SOBRE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR"
8. RUIZ Aquino, Mely 2011 Satisfacción del Paciente pos operado frente a los Cuidados del personal de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Tingo María.
9. BOCANEGRA Del Castillo, Ronald (2013) En su trabajo de investigación titulado "Colectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011".

10. POPPER, C. [Internet] (citado 25 Mar 16) disponible en: es.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autociodado-dorothea-orem; [9https://pe.search.yahoo.com/yhs/search](https://pe.search.yahoo.com/yhs/search). Rev. 08.11.2016
11. IYER.P, Proceso de atención y diagnóstico de enfermería. 3era Edición. Mac Graw-Hill. México 1995-
12. TEJEDOR, Enfermedad Litiasica Biliar. Medicine [internet] 2012 [citado 14 de mayo 2016] España: Medicine, 2012. Vol. 8, págs. 481 - 488. Enfermedad litiásica biliar.
13. OCADIZ, J. y et. Conversión de la colecistectomía laparoscópica, más allá de la curva de aprendizaje. 21 de Octubre - Diciembre de 2011, Vol. 9, 4.
14. ARPI Cañizares J. Asitimbay Saotamba M. Causas de conversión de la colecistectomía Laparoscópica, departamento de Cirugía, Hospital Homero Castanier, 2013 [tesis] cuenca Ecuador 2014
15. Hospital General Universitario de Alicante. Plan de cuidados al paciente colecistectomizado- [internet] citado octubre 2010 disponible en cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18114/Plan+de+cuidados+al Rev. 02.11.2016
16. Hospital Santa Rosa. Guías de atención de enfermería dpto. de Cirugía [internet] disponible en <https://pe.search.yahoo.com/yhs/search>
17. DÁVILA, S. y Chávez, R. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaína vs placebo. Ensayo clínico. Abril - Junio de 2010, Vol. 32, 2.
18. BAEZ Hernández, Francisco. Conceptos y significados de los cuidados de enfermería, colecistectomía laparoscópica en pacientes post operados. Universidad de la Sabana. México 2008

ANEXOS

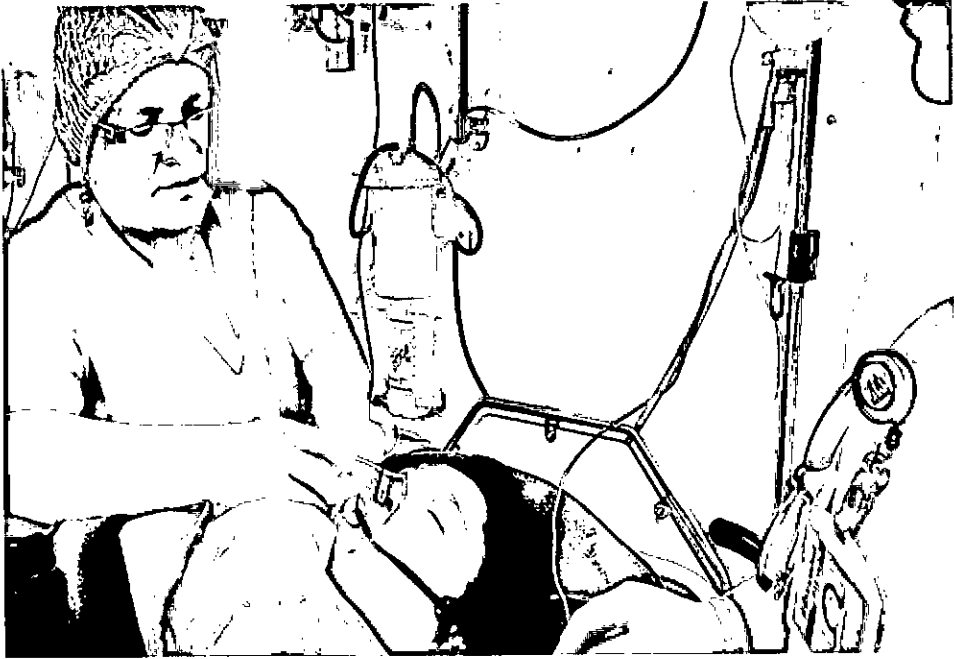
Turno Noche



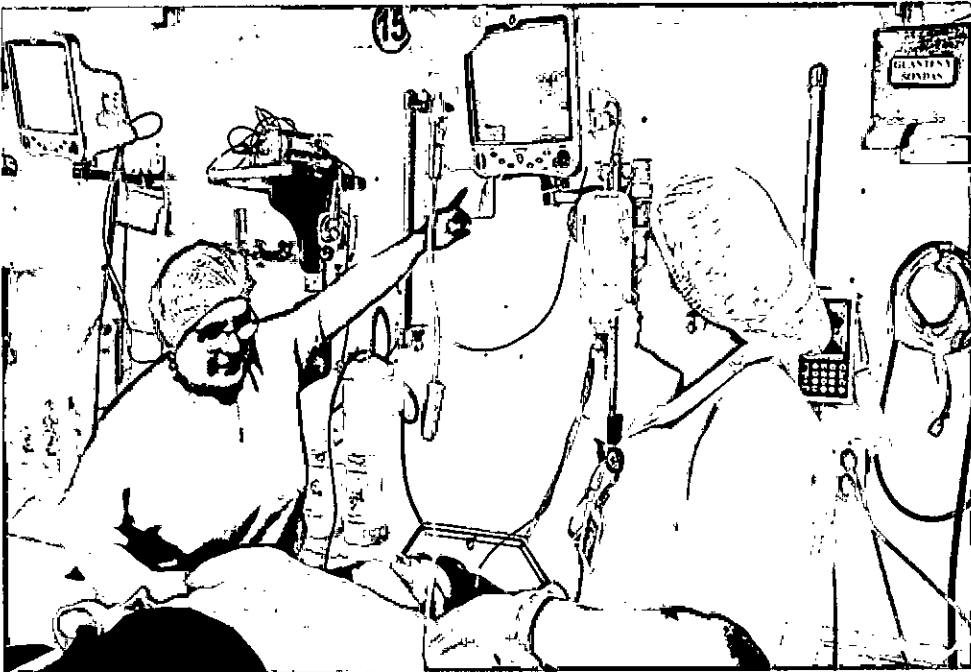
Recepción del paciente



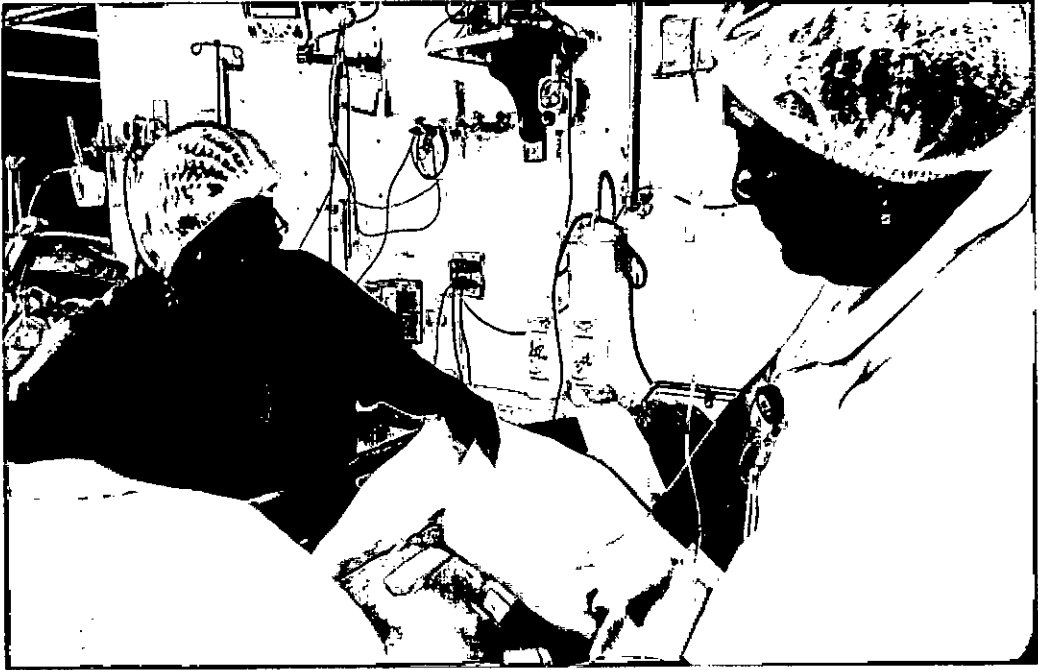
Valoración del paciente



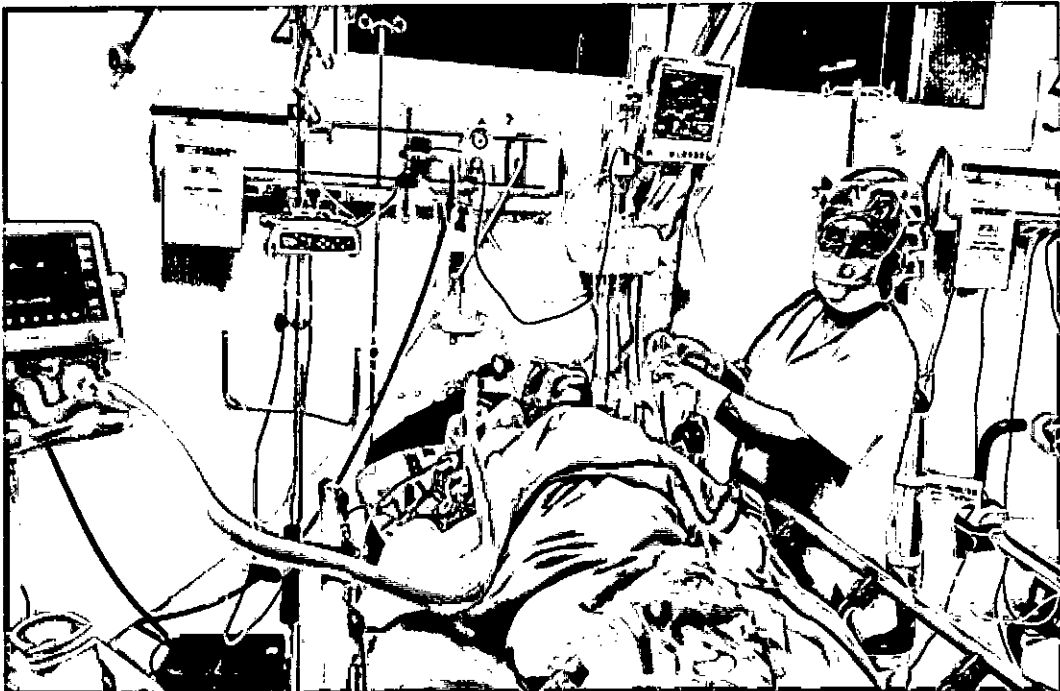
Monitorización del paciente



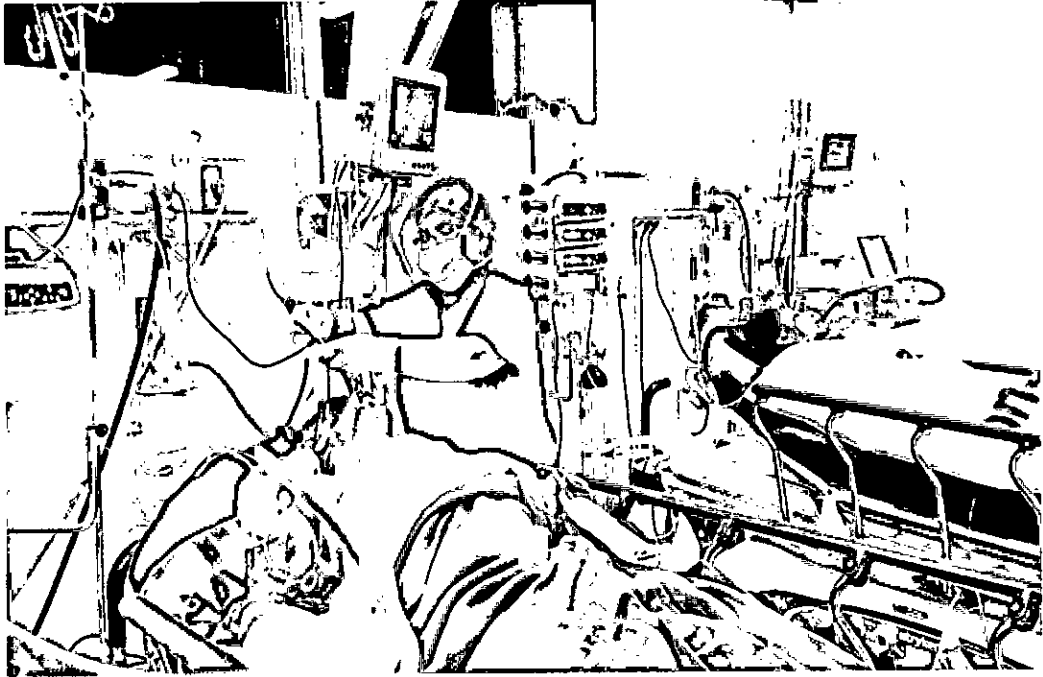
Evaluación del paciente



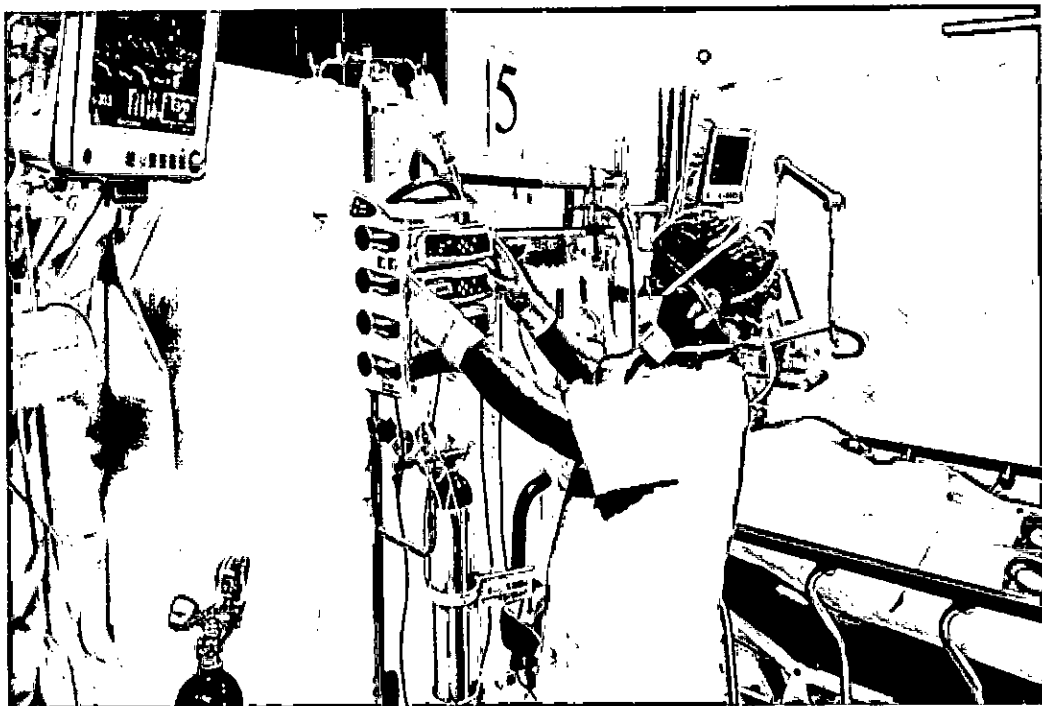
Aspiración de secreciones



Aspiración de secreciones



Administración de medicamentos



Alta Del Paciente

