

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL INTRA OPERATORIO DE LA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA EN CENTRO QUIRURGICO
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY,
2015-2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MARGARITA HUAMAN ROBLES

CALLAO - 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 333

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	17
2.3 Definición de Términos	32
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Recolección de Datos	34
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe	41
IV. RESULTADOS	43
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	57

INTRODUCCION

EL Cuidado de enfermería es el cuidado directo de las personas y comunidades, basándonos en valores humanos y velando por el bienestar de la población. Este cuidado se fundamenta y cubre las diferentes esferas vitales con una mirada compleja. Se cuida desde una perspectiva personal global y sistemática social se atiende a las personas en su vertiente biológica, psicológica, cultural y social según nuestras competencia, que incluyen el cuidado asistencial directo, la docencia y la investigación, esencial para mejorar y actualizar los cuidados. (1)

Además es importante señalar el cuidado de enfermería durante la etapa intraoperatoria, en toda ocasión la comunicación con el paciente es favorable atizando las variables como: empatía, solidaridad, calidad y calidez de atención humana en respuesta sus necesidades.

La colecistectomía laparoscópica en estos últimos años se ha incrementado debido a las ventajas y menores complicaciones y disminuir los costos en salud a fin de obtener mejores resultados, disminuir la estancia hospitalaria la morbilidad y mortalidad, por lo que es importante conocer esta técnica y establecer nuevos cuidados estandarizados.

Por ello realizo este presente informe experiencia profesional titulado Cuidados de enfermería en la colecistectomía laparoscópica en el Intraoperatorio con el fin de describir cuidados de enfermería en un quirófano, para minimizar los riesgos y posterior complicaciones, en comparación al procedimiento de una laparotomía. En este trabajo no solo quiero destacar que el personal de enfermería realiza una gran labor dentro del quirófano, sino también describir como realizar los cuidados hacia el paciente de manera óptima y eficiente sin poner en ningún momento en riesgo la vida del mismo. Fomentando la recuperación de su salud mediante la satisfacción de sus necesidades.

El presente informe consta de VII capítulos los cuales se detallan a continuación: Capítulo I describe del planeamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos justificación en el capítulo II incluye los antecedentes, marco conceptual y la definición de los términos, el capítulo III incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de los términos, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados capítulo V conclusiones capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII referencia bibliográfica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El Hospital Guillermo Díaz de la vega de Abancay es un establecimiento de salud de mediana complejidad de categoría II-2 cuya población objetivo son pacientes con escasos recursos económicos y cuenta con seguro integral de Altos porcentajes de complicaciones posoperatorias, él promedio de tiempo operatorio, el incremento de los cotos hospitalarios, por lo que se implementa la cirugía laparoscópica especialmente para los pacientes del seguro integral de salud del año 2015-2017 (se han operado a 684 pacientes) por lo que se observa un alto crecimiento de la técnica laparoscópica y menor porcentaje de la cirugía convencional.

El cuidado intra operatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa al quirófano y culmina cuando el acto quirúrgico finaliza e ingresa a la sala de recuperación pos anestesia.

En esta fase el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. (2)

En esta etapa el cuidado intra operatorio,

El paciente se encuentra muchas veces inconsciente por los efectos de la anestesia y únicamente depende de la atención del profesional. Aquí, la enfermera se encarga de preparar y disponer el equipo necesario para la cirugía, alcanzar instrumentos y materiales, realizar el conteo de gasas, instrumental entre otros; pero esta labor también está encaminada a proporcionar seguridad, calma y responsabilidad a la persona desde su ingreso al servicio, a través del toque terapéutico, de una relación empática, así como también verificando que las condiciones de quirófano sean las adecuadas. Todo ello podemos comprobarlo mediante la satisfacción y gratitud de algunas personas. (2)

Actualmente la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis biliar en período sintomático debido a

sus indiscutibles ventajas frente al procedimiento convencional, son potenciales cuando se aplica este procedimiento al paciente geriátrico.

La incidencia varía ampliamente en todo el mundo en los Estados Unidos aproximadamente el 10% de la población tiene una coleditiasis, siendo principalmente el colesterol, en América Latina la incidencia es alta 11% incluyendo nuestro país dentro de la estadística. Dentro del estudio epidemiológico se demostró una relación lineal entre la edad creciente y la prevalencia de la coleditiasis. La litiasis mucho más frecuente en el sexo femenino la tendencia a formar cálculos se debe con certeza a cambios hormonales en la función motora de la vesícula y el metabolismo de los lípidos biliares además el incremento es de dos a tres veces en pacientes con obesidad mórbida.

Al final del siglo XIX John Boobc. Cirujano de la India realizó la primera colecistectomía; en 1882 Karl Langernbuch Alemán realizó la primera colecistectomía exitosa. Durante los últimos 100 años la colecistectomía abierta ha sido el tratamiento ideal de la litiasis y en los últimos 10 años el manejo de la enfermedad litiasis se ha revolucionado por la introducción y evolución de la colecistectomía laparoscópica que se ha convertido en método ideal de tratamiento. (3)

coleditiasis es una de las patologías más frecuentes del sistema digestivo de las personas, se debe incidir un principal cuidado sobre las complicaciones que deriva, afecta a las personas sin distinción de edad y por la vulnerabilidad de toda persona sometida a un proceso operatorio, en consecuencia ocasiona grandes costos económicos para el país debido a su morbimortalidad e incidencia.

Se sabe que la prevalencia de la coleditiasis es afectada por muchos factores de riesgo que incluyen, sexo, paridad, edad, obesidad, etc. Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar. Se estima que del 10% al 20% de la población tienen cálculos biliares. Aunque esta varía de una población a otra. Esta es más frecuente en el sexo femenino, la tendencia de mujeres

a formar cálculos se debe casi con certeza a cambios hormonales una de ellas la colecistoquinina que interviene en la función motora de la vesícula y el metabolismo de los lípidos biliares el cual está vinculado al incremento en la concentración de colesterol y así formar cálculos vesiculares. La mayoría de los pacientes con colelitiasis no tienen síntomas y a su vez, muchos pacientes portadores de litiasis vesicular pueden tener síntomas digestivos no atribuibles a esta enfermedad, sino que a otras enfermedades digestivas crónicas altamente prevalentes. (4)

En el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay en el área de centro quirúrgico se ha observado en estos últimos años el incremento de las atenciones de los cuidados de enfermería en el intra operatorio de la colecistectomía laparoscópica en un 85%, siendo la cirugía convencional en un menor porcentaje de 15% de la población atendida.

Para cual se implementa la guía de intervención de Enfermería su aplicación será relevante con gran expectativa en la mejora de nuestro trabajo y satisfacer las necesidades del paciente y su entorno en las colecistectomías a pesar que su atención en emergencias constituye innegablemente una responsabilidad de los servicios básicos de salud, de ahí porqué es imprescindible la elaboración del presente trabajo.

1.2 Objetivo

Describir el cuidado de enfermería en el intraoperatorio de la colecistectomía laparoscópica en centro quirúrgico 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente trabajo se elaboró con la finalidad de que la enfermera especialista en centro quirúrgico brinde los cuidados de enfermería que debe tener con los pacientes quirúrgicos durante el intraoperatorio del procedimiento de colecistectomía laparoscópica y garantizar la "cirugía segura salvar vidas", guías de intervención de enfermería y la aplicación del proceso de enfermería más la capacitación al 100% de todo el

personal de centro quirúrgico y dar a conocer también a los familiares y su entorno las expectativas de la recuperación experiencias y evitar complicaciones posteriores.

Para facilitar y abordar los conocimientos científicos con los nuevos avances de la tecnología concerniente a los cuidados de la colecistectomía laparoscópica ya que la prevalencia de la colelitiasis es afectada por muchos factores de riesgo que incluyen, sexo, paridad, edad y obesidad etc. Por lo que se estima que de la mayor incidencia más frecuente en el sexo femenino.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel Teórico.

El presente informe servirá de referencia para ampliar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en el intraoperatorio de la colecistectomía laparoscópica. Por lo que se brindara capacitación al personal de centro quirúrgico y unidad de recuperación pos anestesia. El informe aporta los lineamientos teórico científico con los nuevos avances de la tecnología moderna y contribuirán la base importante para futuro informes.

Se contribuirá con la guía de Intervenciones más frecuentes de los cuidados de enfermería en el intraoperatorio de la colecistectomía laparoscópica con sus respectivas actividades.

Su justificación es práctica porque genera información que podría utilizarse para tomar medidas tendientes a mejorar este cuidado humanizado del paciente quirúrgico. Los paciente de colecistectomía convencional por las complicaciones la estancia hospitalaria el incremento de los costos la pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

Colecistectomía Laparoscopia, por lo que es importante conocer esta técnica y establecer nuevos cuidados. Por ello realizo este trabajo con el fin de que todo profesional enfermeros conozca cómo se desarrolla un

gran trabajo y un plan de cuidados de enfermería en un quirófano difundir los cuidados en una laparoscopia, para los profesionales de enfermería para un manejo adecuado con la aplicación de conocimientos científicos.
(1)

La colecistectomía Laparoscopia también conlleva riesgos y complicaciones aunque sean menores que los de una laparotomía. En este trabajo no solo quiero destacar que el personal enfermero realiza una gran labor dentro del quirófano, sino también describir como realizar los cuidados hacia el paciente de manera óptima y eficiente sin poner en ningún momento en riesgo la salud del mismo. Además quiero subrayar la colaboración en todo momento con el cirujano, el trabajo en equipo, la capacidad de anticipación y el cuidado y mantenimiento de todos los recursos materiales.

Nivel Metodológico

El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los cuidados requeridos en el profesional de enfermería al establecer los cuidados de enfermería en la colecistectomía laparoscópica en el intraoperatorio evitar posibles complicaciones durante el acto operatorio y anestésico, aplicar la ficha de cirugía segura y el cuidado y mantenimiento de los materiales biomédicos. Para una recuperación de calidad.

Nivel social

El informe beneficiara a los enfermeros que atienden a los pacientes quirúrgicos en el intraoperatorio en centro quirúrgico. Así mismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el área de centro quirúrgico y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes quirúrgicos.

Nivel Práctico

El presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros sobre los cuidados intraoperatorios de una colecistectomía laparoscópica de todo paciente quirúrgico.

Nivel Económico.

Los pacientes quirúrgicos de colecistectomía convencional y colecistectomía Laparoscopia también conlleva riesgos y complicaciones aunque sean menores que los de una laparotomía por las complicaciones la estancia hospitalaria el incremento de los costos sanitarios ocasiona en el paciente: la pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Gonzales Quispe Gian Marco /Arequipa Perú 2014/La tesis
PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS
COLECISTECTOMIZADAS – HOSPITAL GOYENCHE – AREQUIPA
2014

El objetivo del presente estudio es determinar la percepción sobre el comportamiento del cuidado humanizado de enfermería en personas que fueron colecistectomizadas en el Hospital Goyeneche 2014, los alcances podrán ser generalizados a toda la población del estudio con el propósito de establecer un programa de capacitación que ayude a mejorar el desempeño profesional del enfermero.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería de las personas que fueron colecistectomizadas en el Hospital Goyeneche – 2014.

METODOLOGIA

El presente trabajo de investigación de acuerdo al problema y los objetivos propuestos, tiene enfoque Cuantitativo porque sigue un conjunto de procedimientos ordenados y disciplinados para adquirir información del fenómeno observado, que sea cuantificable es decir medible a través de técnicas estadísticas. Es de corte transversal porque se recolectan datos en un solo momento y un periodo determinado. Diseño transversal descriptivo porque su objetivo es observar, describir y documentar aspectos del fenómeno; en este caso la percepción de las personas que fueron colecistectomizadas acerca del cuidado de enfermería; y diseño Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de

Arequipa 64 transversal exploratorio, ya que permite obtener conocimientos al explorar un tema poco estudiado.

PROCEDIMIENTO.- Se seleccionó la población de estudio, la cual estuvo conformada por las personas que están hospitalizadas en los servicios de cirugía varones y mujeres del Hospital Goyeneche. - Se aplicó el consentimiento informado a los participantes de la investigación (Anexo 1), en el que se dio a conocer el objetivo del estudio y su intervención para el trabajo de investigación, así como el carácter voluntario de su participación. - Se aplicó la ficha socio demográfica para obtener datos generales que permitieron caracterizar a la población de estudio; el cual se efectuó en el Hospital Goyeneche en los servicios de cirugía a cada persona colecistectomizada, aplicado por el investigador, con una duración aproximada de 5 minutos. - Se aplicó el instrumento Percepción de los Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería – PCHE, constituido por 50 ítems, aplicado en el Hospital Goyeneche a las personas colecistectomizadas por el investigador con una duración aproximada de 10 minutos. - Análisis y procesamiento de datos: Concluida la recolección de datos, se procedió a la tabulación y elaboración de cuadros estadísticos para la presentación de los mismos, utilizando como medio el programa SPSS 15.0 para Windows y EPI INFO 2002.

MÉTODOLOGIA

La información se recogerá de las personas que accedieron a formar parte del estudio y que superan los criterios de exclusión. Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 67 Se utilizará como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos dos formularios.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La población de estudio estuvo conformada por 63 personas que fueron colecistectomizadas, con predominio del sexo femenino, cuya población fluctúan entre 18 a 22 años y de 28 a 32 años cada grupo respectivamente con el 12.70%; en cuanto al sexo masculino la mayoría de casos se da entre las edades comprendidas de 18 a 32 años con el 9.52%.

SEGUNDA: En cuanto a la percepción global de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería para las personas que fueron colecistectomizadas, es favorable en un 49.21%, medianamente favorable en un 41.27% y desfavorable en un 9.52%.

TERCERA: Con respecto a la categoría: apoyo físico, el 47.61% de la población la percibe como favorable, un 53.97% percibe la categoría disponibilidad para la atención como favorable.

CUARTA: De la categoría sentimientos del paciente las personas la perciben como medianamente favorable con el 50.80%; en cuanto a la categoría características de la enfermera el 47.62% de las personas la perciben como medianamente favorable, el 50.80% de las personas la perciben la categoría de apoyo emocional como medianamente favorable, el 60.32% percibe la categoría cualidades del hacer de la enfermera como medianamente favorable, la categoría de pro actividad el 53.97% la percibe como medianamente favorable, el 53,97% percibe la empatía como medianamente favorable y el 58.73% de las personas perciben la categoría priorización del cuidado como medianamente favorable. (3)

AUTORA: NOEMI TALEGON RAPADO/ ESPAÑA – 2013/ UNIVERSIDAD VILLADOLID

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CUIDADO DE ENFERMERIA
ESPAÑA – 2013 - UNIVERSIDAD VILLADOLID.**

OBJETIVO GENERAL

Definir las tareas e intervenciones de enfermería en el quirófano durante todo el proceso de la cirugía laparoscópica.

CONCLUSIONES

La realización de este trabajo se puede concluir que:

Las ventajas que ofrece este tipo de cirugía frente a la convencional (laparotomía) han quedado demostradas gracias a numerosos estudios, destacando la minimización del dolor postoperatorio del paciente, disminución en los días de hospitalización y menor riesgo de infecciones

A pesar de las numerosas ventajas, uno de los mayores inconvenientes es que requiere más tiempo de aprendizaje y especialización, por lo que no todos los hospitales pueden contar con personal sanitario cualificado para ello. Gracias a un estudio que se ha realizado (20) se ha demostrado que los hospitales que cuentan con enfermeras especializadas en esta técnica, han tenido mayor éxito frente a aquellos que no cuentan con personal enfermero especializado. - No existen protocolos consensuados sobre las actividades que debe realizar la enfermera circulante e instrumentista, así como los cuidados que deben brindar en el pre, intra y postoperatorio inmediato, por lo que en este documento se recaba la información oportuna para poder realizarlo.

Es importante conocer la intervención quirúrgica para poder instrumentarla, así como saber los cuidados que requiere el material para su conservación, evitando costes añadidos a la institución

Se ha descrito como transcurre una intervención de colecistectomía laparoscópica, para que sirva como ayuda y referencia al personal que se integre en el quirófano.

RESUMEN

El trabajo y la colaboración de la enfermera en una cirugía es imprescindible, en este trabajo se describe todos los cuidados que una

enfermera debe llevar a cabo sobre el paciente. Son tan importantes las acciones realizadas durante la intervención quirúrgica como lo que se realiza antes de que el paciente entre en el quirófano y antes de que comience la intervención. En todo quirófano deberá haber dos enfermeras, la que instrumenta que estará estéril y no deberá moverse de la mesa quirúrgica, por lo que será necesaria otra segunda enfermera que es la circulante, encargada de facilitar material, y atender a lo que suceda fuera del campo quirúrgico.

En lo primero que la enfermera debe centrarse es en el paciente pero también, debe prestar atención a todo el material que es utilizado en el quirófano, para cuidarlo y mantenerlo en correcto estado y, así, evitar gastos innecesarios para la sanidad. (4)

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores asociados al egreso temprano de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía de corta estancia del hospital de Ecatepec "Las Américas" durante el periodo de Enero de 2012 a Julio 2013.

METODOLOGIA

Estudio observacional, retrospectivo, transversal analítico El presente estudio fue de tipo observacional según su tipo de intervención con las variables, retrospectiva por el tiempo en que se capta la información, transversal según el número de veces que se estudian las variables y descriptiva por el número de poblaciones y revisión de los resultados-

CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento quirúrgico seguro si se selecciona bien a los pacientes, la inclusión en el programa ambulatorio no es un factor adverso para la morbimortalidad propia del procedimiento. Se aprovechan los beneficios de la cirugía de

mínima invasión, y el paciente puede cursar su convalecencia dentro de su núcleo familiar, disminuyendo la tensión emocional que implica la atención intrahospitalaria. Por otra parte, el hospital mejora la calidad de la atención quirúrgica y del programa de cirugía ambulatoria, así como también se disminuyen los gastos de operación. No pueden ingresar al programa ambulatorio todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, es necesario hacer una selección cuidadosa enfocada a la obtención de los mejores resultados del programa. Algunos factores que podrían establecerse como factores adversos para ingresar al programa ambulatorio de colecistectomía laparoscópica ambulatoria son los siguientes: (a) edad mayor de 66 años, (b) duración de la cirugía > 60 minutos, (c) grosor de la pared vesicular > 3 mm, (d) colangitis, (e) pancreatitis.

RECOMENDACIONES

Gracias a los adelantos tecnológicos, al desarrollo de mejores técnicas anestésicas y a la depurada técnica quirúrgica, la colecistectomía laparoscópica ambulatoria en pacientes electivos, es un método seguro para tratar la litiasis vesicular sintomática incluso en un hospital general que atiende a población abierta, siempre y cuando el grupo quirúrgico y anestésico siga un protocolo bien diseñado, que el paciente entienda y acepte el método y sus beneficios contando con una vía de comunicación y acceso al hospital. La implementación de programas de cirugía ambulatoria es de crucial importancia para hospitales, que como el nuestro, tienen una gran demanda de servicios (2)

OBJETIVO GENERAL

Prevenir la hipotermia moderada mediante la utilización del formato de atención de enfermería, en el adulto mayor durante el periodo intraoperatorio en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia- 2016.

MATERIAL Y MÉTODO.

Investigación cuantitativa, cuenta con un diseño no experimental, descriptivo, observacional y longitudinal. La población se encontrará conformada por 120 pacientes adultos mayores (edad comprendida de 65 años a más) que serán intervenidos quirúrgicamente.

DISEÑO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa, cuenta con un diseño no experimental, descriptivo, observacional y longitudinal. 4.2 POBLACIÓN La población se encontrará conformada por 120 pacientes adultos mayores (edad comprendida de 65 años a más) que serán intervenidos quirúrgicamente en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La oficina de estadística del hospital registra un promedio de 20 pacientes adultos mayores por mes, que son sometidos a cirugía; por consiguiente se tomaron estas cifras como referencia para la población sujeta a estudio en un periodo comprendido de 06 meses. El centro quirúrgico se encuentra ubicado en la zona norte del hospital; consta de 08 salas de operaciones, ubicadas en el primer piso del nosocomio. Pertenece al distrito de San Martín de Porres.

MUESTRA.- La muestra estará conformada por 30 pacientes adultos mayores que serán sometidos a cirugía y a quienes se les aplicará el formato de atención de enfermería para prevenir la hipotermia moderada. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el test de Student, cuya fórmula se detalla a continuación.

$t = \frac{x - \mu_0}{s/\sqrt{n}}$ Donde X es la media muestra, s es la desviación estándar muestra y n es el tamaño de la muestra. Los grados de libertad utilizados en esta prueba se corresponden al valor $n - 1$ (5)

2.2. Marco Conceptual

COLECISTECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA (LAPAROSCÓPICA)

Durante la colecistectomía laparoscópica, el cirujano realiza cuatro incisiones pequeñas en el abdomen. Se inserta un tubo con una videocámara en el abdomen a través de una de las incisiones. El cirujano observa un monitor de video en el quirófano mientras utiliza instrumentos quirúrgicos que los coloca a través de las otras incisiones en el abdomen para extraer la vesícula.

A continuación, puedes someterte a una prueba de imágenes, como una radiografía o una ecografía, si al cirujano le preocupa la presencia de posibles cálculos biliares u otros problemas en las vías biliares. Luego se suturan las incisiones y te trasladan a un área de recuperación. La colecistectomía laparoscópica tarda una o dos horas.

La colecistectomía laparoscópica no es adecuada para todos los pacientes. En algunos casos, el cirujano puede comenzar con un enfoque laparoscópico y determinar que es necesario realizar una incisión más grande debido al tejido cicatricial de operaciones o complicaciones previas.

INTRA OPERATORIO

Comienza cuando el paciente es llevado a quirófano y finaliza con el traslado a la sala de reanimación o URPA.

Ventaja dramática de una sobre la otra. La preferencia del cirujano al respecto estará dada por su entrenamiento y su experiencia.

- **Posición Europea**

El paciente se encuentra en 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**

El paciente está en decúbito dorsal y el cirujano se ubica en el lado izquierdo del paciente junto a él, el ayudante que hace de camarógrafo y un asistente al frente, esto es a la derecha del paciente.

TIEMPOS DE LA CIRUGÍA

Instalación del Neumoperitoneo.- Consiste en inyectar en la cavidad abdominal un gas –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 comprobar que se encuentra en la cavidad, se inicia la insuflación de CO₂ 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.

CONTRAINDICACIONES

En una primera etapa las contraindicaciones fueron muchas, desde la Colecistitis Aguda, Obesidad, Colecistitis reagudizada, etc. Progresivamente pasaron de ser contraindicaciones absolutas o relativas, hasta llegar a ser indicaciones. Actualmente las contraindicaciones son prácticamente las mismas que se tienen en la cirugía convención.

COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

Las complicaciones bajo manos expertas, la tasa de incidencia de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica electiva es muy similar con la del procedimiento abierto. Las complicaciones agudas más

comunes son: lesión de la vía biliar y la perforación intestinal. La incidencia de lesión de la vía biliar y hepáticos comunes es de 0.2-0.4% en comparación con 0.1% de cirugía abierta y dependiente de la curva de aprendizaje de los cirujanos. 9 Complicaciones crónicas: pérdida de cálculos en la cavidad peritoneal, clip metálico puede migrar a la vía biliar común, causando obstrucción biliar y colangitis. La tasa de conversión de colelap a una cirugía abierta oscila entre 1.8-8.5%. Las causas principales de conversión son cirugía gastrointestinal previa, no reconocimiento de la anatomía y el fenómeno inflamatorio por colecistitis aguda que dificulta una disección segura. Luego de una colecistectomía laparoscópica en el 5.8% de los casos se puede presentar recurrencia de eventos biliares. La tasa de mortalidad es muy baja en relación a la cirugía abierta (0.1% vs 0.5%). La muerte se debe principalmente a sangrado, embolismo gaseoso o sepsis. El dolor posoperatorio es mucho menor, la hospitalización se reduce a un solo día en la mayoría de los casos y el tiempo de recuperación es de 7-10 días V/S dolor dura varias semanas y recuperación total demora varios meses.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PREOPERATORIO PERIOPERATORIO Y POSOPERATORIO

DEFINICIÓN:

Es uno de los tres momentos que componen al peri operatorio: preoperatorio intraoperatorio, postoperatorio.

El preoperatorio tiene dos momentos, el mediato que empieza desde el momento en que el medico informa al paciente que su tratamiento médico es quirúrgico, en el cual el paciente puede o no estar internado, hasta las 24 horas antes de la operación en donde comienza el inmediato

CUIDADO DE ENFERMERÍA PREOPERATORIO MEDIATO

Revise indicaciones médicas e identifique al paciente.

Explique amable y cortésmente todo la preparación que se hará según el tipo de cirugía.

- Controle signos vitales, medida, peso, talla y observe estado de la piel.
- Tome muestra de exámenes indicados.
- Recibir el pre quirúrgico, ECG, laboratorio y otros estudios.
- Valoración (siguiendo la secuencia del proceso de enfermería)
- Valore las condiciones psíquicas del paciente que ingresa para ser intervenida quirúrgicamente y a la familia frente a la operación, reconociendo temores y angustias.
- Valore las condiciones socioeconómicas del paciente y su familia
- Evalúe las condiciones físicas del paciente
- Determine el diagnóstico del paciente, el tipo de cirugía que se realizara y las indicaciones específicas del médico cirujano.
- Evalúe la experiencia (si el paciente tubo cirugías anteriores)
- Evaluar la capacidad de comprensión del paciente y la familia frente a la educación que se brinde.
- Evalúe funcionamiento vesical y habito intestinal del paciente.
- Educación al paciente y a la familia
- Se debe realizar educación en el momento adecuado ni demasiado antes ni muy cercano a la cirugía.
- Se debe informar cómo se realizara el proceso quirúrgico
- Enseña cómo cuidar al paciente después de la cirugía

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA OBJETIVO

Conocer las intervenciones de enfermería encaminadas a ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica,

con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posible.

DEFINICIONES

- El postoperatorio se divide en dos etapas:
- Postoperatorio inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la Unidad de Enfermería. Oscila entre 30 minutos y varias horas. Habitualmente tiene lugar en las Unidades de Recuperación Pos anestésicas (URPA).
- Postoperatorio mediato o continuado: se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de Enfermería.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Recepción del paciente en la Unidad de Enfermería

- Acompañar al paciente a su habitación.
- Valorar el estado general del paciente:
- Nivel de consciencia.
- Respiración: comprobar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Coloración de piel y mucosas.
- Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de

FACILITAR UN RETORNO ADECUADO

Tranquilizar al paciente.

- Restringir las visitas.
- Evitar ruidos.
- Proporcionar una iluminación adecuada.

Conocer la historia clínica:

- Tipo de intervención y hora de finalización de la misma.
- Tipo de anestesia (epidural, raquídea, general, local)
- Órdenes de tratamiento.
- Cuidados especiales.
- Hoja de registro de signos vitales, analgesia administrada

- Anotar los datos y cuidados relacionados con las necesidades alteradas, en la hoja del plan de cuidados y el resto de incidencias en la hoja de observaciones de enfermería.

La colecistectomía laparoscópica es actualmente el procedimiento de elección para el tratamiento de la litiasis biliar, por las ventajas que presenta frente al procedimiento convencional por laparotomía 11 y 12 La primera colecistectomía laparoscópica probablemente fue realizada por el Dr. Erich Muhe en Alemania en 1985. Ésta no fue bien publicitada, así que procedimientos subsecuentes hechos en Francia y en Estados Unidos fueron realizados independientemente, sin conocimiento de su logro. El Dr. Philippe Mouret realizó la primera colecistectomía laparoscópica en Francia en 1987 sin utilizar trocares y con algunas incisiones adicionales para permitir el paso de instrumentos comunes.

Primeros trabajos publicados en la literatura mundial que corresponden a series no muy grandes, muestran resultados muy alentadores. Actualmente los porcentajes de morbimortalidad de la colecistectomía laparoscópica, se encuentran por encima que los de una colecistectomía a cielo abierto. Sin embargo, es de esperar que conforme se incrementen los casos y se adquiera mayor experiencia y destreza por parte de los cirujanos, las tasas de mortalidad puedan ser menores. (1)

Pérez, realizó un estudio con 468 pacientes se demostró que Colecistectomía laparoscopia al ser mínimamente invasiva facilita la recuperación y por ende disminuye el tiempo de recuperación este estudio dio como resultado que el 90.6% de pacientes requirieron menos de 3 días de hospitalización post operatorio con un promedio de 1.09 de días. En un 94,4% de los casos no hubo ninguna complicación post operatoria solo 5,6% presento nauseas e hiperglucemia. (3)

Sobrepeso incrementa el colesterol en la bilis, reduce las sales biliares y reduce la contracción de la vesícula biliar. Todo esto puede provocar un riesgo incrementado de cálculos biliares. La actividad física es una parte

importante de la pérdida y mantenimiento de peso. Además, el ejercicio podría ayudar a que la vesícula biliar se contraiga, lo cual podría reducir el riesgo de desarrollar cálculos.

La dieta que pueda tener la persona influye bastante, IMC calculado demostró que la mayor cantidad de pacientes de la muestra eran sobrepesos u obesos con un total de 56 pacientes lo que equivale a un 70%. Tener sobrepeso incrementa el colesterol en la bilis, reduce las sales biliares. (3)

La incidencia de la litiasis vesicular en nuestro medio, se incrementa con la edad, y es más notoria en los pacientes en sexo femenino en las edades de 20-40 años en relación al sexo masculino. La colecistectomía convencional según los casos de estudio es en menor porcentaje más gasto para las instituciones de salud, dicha morbilidad, incapacidad y gastos se ven incrementados cuando es necesaria la conversión a cirugía abierta.

Frente a la situación problemática la prevención de los cuidados de enfermería en colecistectomía laparoscopia se convierte en temas de interés para los profesionales pues se ha convertido en uno de los cuidados de calidad de los indicadores el cuidado de las enfermedades metabólicas prevención promoción de la salud aplicando la reforma de vida.

Mediante la revisión bibliográfica los datos recogidos a nivel local de la colecistectomía macroscópica en pacientes atendidos en centro quirúrgico se muestran un impacto social personal y familiar y a que la recuperación es satisfactoria con buenos resultados cabe mencionar la parte del cuidado de enfermería enfatizar en el cuidado humanizado desde su punto de vista holístico.

PREPARACIÓN DEL QUIROFANO PARA UNA LAPAROSCOPIA

DOTACIÓN DEL QUIROFANO:

El material presente que debe haber en el quirófano es: Torre laparoscópica con monitor de tv y fuente de luz fría, cámara, insuflador de CO2, aspirador, bisturí, carro de material, respirador, mesa quirúrgica y mesa de "riñón" y "mayo".

ENFERMERA CIRCULANTE

Antes de la llegada del paciente al quirófano

La enfermera deberá disponer todo el material que sea necesario para la intervención, para que, posteriormente la enfermera instrumentista lo deposite en el campo estéril.

La enfermera debe tener conocimientos de la resección de vesícula para saber el material que es necesario, así como de la colocación del almacén para poder coger las cosas con más rapidez.

Este tipo de operación suele realizarse en un quirófano inteligente dotado de pantallas móviles por lo que también es tarea de la enfermera tener bien dispuestas las pantallas y las luces para que estén en un lugar cómodo para los cirujanos.

Además, es tarea de la enfermera preparar y ayudar al anestesista. Para preparar la anestesia, la enfermera debe sacar la medicación que se va a emplear: propofol, fentanilo, midazolam y lidocaína (para evitar la molestia del propofol), de la nevera se cogerá cloruro de suxametonio, y bromuro de rocuronio. En una batea se prepara una jeringa de 2cc, 5cc, 10cc y 20 cc con cuatro agujas de cargar.

Para una anestesia general se preparará lo necesario para la monitorización del paciente y la intubación, por lo que en la torre de anestesia se dispondrá: el laringoscopio para intubar con un tubo endotraqueal y una jeringa de 10 cc para hinchar el balón, un güeldel, mascarilla, ventimask, gafas nasales y electrodos para la monitorización.

Es importante tener al alcance esparadrapos para fijar el TED y lubricante para la inserción del mismo.

Pantallas móviles en quirófano inteligente. (Realización propia).

Preparación de la anestesia. (Realización propia).

Antes de la intervención quirúrgica

RECIBIMIENTO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO:

Una vez que el paciente llega a la mesa de operaciones, la enfermera debe comprobar que se trata del paciente correcto, preguntándole el nombre y comprobándolo con el del historial y pulsera de identificación. Del mismo modo, debe encargarse de comprobar si se ha realizado la profilaxis antibiótica y preguntar por las alergias.

Es muy importante que antes de que el paciente entre en quirófano la toma tierra esté conectada a la mesa quirúrgica.

APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE:

En la mayoría de los casos el paciente está nervioso o preocupado por la intervención, por lo que debe hablar con él para calmarle.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Una vez comprobados los datos del paciente, la enfermera procede a la monitorización de este:

a. Electrodo para controlar la actividad cardíaca mediante el ECG: Hombro derecho (rojo), hombro izquierdo (amarillo), línea anterior axilar derecha (negro), línea axilar media izquierda (verde) y zona de esternón (blanco)

b. Manguito para el control de la tensión arterial, por lo general colocado en el brazo opuesto al que se presente la vía venosa periférica.

c. Pulsioxímetro para monitorizar la saturación.

Material necesario para la intubación del paciente. (Realización propia)

Después de monitorizar al paciente se colocará la placa del bisturí en el caso de que se utilice un mono polar, ¡es muy importante! La placa se colocará en el lugar más próximo a la incisión quirúrgica y en un lugar donde el hueso no esté muy superficial. Antes de colocar la placa de bisturí se le debe de advertir al paciente de que esta frío.

Otra cosa importante después de la monitorización es la colocación de las medias de compresión, todos los pacientes de una cirugía laparoscópica deberán de llevarlas debido a la dificultad del retorno venoso provocado por el neumoperitoneo y la posición.

AYUDAR AL ANESTESISTA: Cuando el paciente ya está monitorizado el anestesista (o la enfermera) canalizará una vía venosa periférica para la administración de los fármacos anestésicos.

En caso de ser necesario, se ayudará a la intubación del paciente, y se cerraran los párpados con esparadrapo para evitar que se sequen y se produzcan úlceras.

La enfermera no debe de separarse del anestesista hasta que el paciente este intubado.

DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La enfermera debe estar atenta a las órdenes de los cirujanos y de la enfermera instrumentista. Al comenzar la intervención debe realizar todas las conexiones: la óptica al video laparoscópico, el carbono, el cable al eléctrico y el aspirador.

Una vez que el cirujano haya accedido a la cavidad abdominal y cuando este de la orden, la enfermera tiene que estar preparada para activar el gasl y además, debe estar pendiente durante toda la intervención, porque en el momento de la extracción de la vesícula deberá de pararlo y posteriormente volver a activarlo.

Una vez que ha realizado todas las tareas y cuando vea conveniente rellenará los datos en hojas obligatorias.

Debe estar atenta en todo momento del apagado y encendido de las luces y de las pantallas asegurándose de que la posición de estas es buena para la visión de los cirujanos.

Al igual que se encarga de realizar las conexiones deberá desconectar todo al terminar la intervención quirúrgica y tener especial cuidado con la cámara, por lo que en el momento que se deje de utilizar deberá de guardarla en la caja correspondiente y correctamente sin retorcer demasiado el cable, ya que es fibra óptica y puede dañarse con facilidad, evitando que golpee con superficies duras.

POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La enfermera circulante al terminar la intervención realizará la contabilización de gasas y compresas en colaboración con la enfermera instrumentista. Es muy importante que al comienzo de la intervención cuando la instrumentista ha contabilizado las gasas que tiene en la mesa se lo comunique a la circulante para que lo anote en la hoja de intervención.

También es función e la enfermera colaborar con la enfermera instrumentista en la curación de la herida quirúrgica. Una vez que se ha atendido al paciente se centrará en concluir todos los datos relevantes para la historia clínica así como de llevar las muestras biológicas al lugar destinado en caso de que fuese oportuno.

Cuando el paciente esté listo para salir del quirófano la enfermera circulante (6)

ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO:

El concepto de quirófano va cambiando con el paso del tiempo, la cirugía tiene unos orígenes antiquísimos, pero los procedimientos quirúrgicos se dejaban como último recurso a causa de las complicaciones que aparecían (básicamente la infección). Con la invención de la anestesia, antibióticos, asepsia y antisépticos los conceptos fueron cambiando poco

a poco hasta el momento actual, donde el desarrollo de la cirugía y anestesia es tan espectacular, que han propiciado un aumento de la complejidad de las técnicas quirúrgicas impensable hace siglo y medio. La enfermería, como todo el equipo, avanza para poder anticiparse a los problemas que pudieran surgir. Algunos datos: Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor. Equivale a una operación cada 25 personas (1).

La enfermería ha evolucionado enormemente a través de los años, tanto en los contenidos teóricos como en su aplicación práctica. La actividad asistencial que estaba basada en el empirismo y la técnica, ha pasado a ser un cuidado orientado por un marco teórico que utiliza una metodología científica. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales y de iniciar investigaciones dirigidas a incrementar los conocimientos de su cuerpo disciplinar. Podemos definir la enfermería de quirófano como: "Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine los cuidados de enfermería, a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico" (2)

El equipo quirúrgico está compuesto por profesionales de ámbitos diferentes, que trabajan en equipo teniendo los conocimientos, habilidades, y actitudes necesarias para desarrollar adecuadamente su trabajo. Ello requiere de actualización permanente, no sólo de los conocimientos básicos de la carrera profesional, sino además de los específicos del área quirúrgica.

Seguridad quirúrgica: normativa de la OMS

El enfermo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica se encuentra en una situación de vulnerabilidad, condicionada por numerosos agentes, que van desde la ubicación del área quirúrgica, su limpieza y la adecuación del material a emplear, hasta la disponibilidad del personal necesario, el cumplimiento de las normas establecidas y la

formación de cada uno de los miembros del equipo. El bienestar, la salud y la seguridad del paciente constituyen el objetivo fundamental del equipo quirúrgico. Una actuación inadecuada o incorrecta puede causar daño produciendo lesiones de diferente gravedad. La mayoría de los estudios consideran que las zonas en las que se producen mayor número de efectos adversos en pacientes quirúrgicos, son en primer lugar el quirófano y en segundo las unidades de hospitalización. Un estudio prospectivo de registros de eventos en quirófano mostró que los problema.

DOTACIÓN DEL QUIROFANO:

El material presente que debe haber en el quirófano es: Torre laparoscópica con monitor de tv y fuente de luz fría, cámara, insuflador de CO2, aspirador, bisturí, carro de material, respirador, mesa quirúrgica y mesa de "riñón" y "mayo".

ENFERMERA CIRCULANTE

Antes de la llegada del paciente al quirófano

La enfermera deberá disponer todo el material que sea necesario para la intervención, para que, posteriormente la enfermera instrumentista lo deposite en el campo estéril.

La enfermera debe tener conocimientos de la resección de vesícula para saber el material que es necesario, así como de la colocación del almacén para poder coger las cosas con más rapidez.

Este tipo de operación suele realizarse en un quirófano inteligente dotado de pantallas móviles por lo que también es tarea de la enfermera tener bien dispuestas las pantallas y las luces para que estén en un lugar cómodo para los cirujanos.

Pantallas móviles en quirófano inteligente. (Realización propia).

Preparación de la anestesia. (Realización propia).

Antes de la intervención quirúrgica

RECIBIMIENTO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO:

Una vez que el paciente llega a la mesa de operaciones, la enfermera debe comprobar que se trata del paciente correcto, preguntándole el nombre y comprobándolo con el del historial y pulsera de identificación. Del mismo modo, debe encargarse de comprobar si se ha realizado la profilaxis antibiótica y preguntar por las alergias.

Es muy importante que antes de que el paciente entre en quirófano la toma tierra esté conectada a la mesa quirúrgica.

APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE:

En la mayoría de los casos el paciente está nervioso o preocupado por la intervención, por lo que debe hablar con él para calmarle.

DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La enfermera debe estar atenta a las órdenes de los cirujanos y de la enfermera instrumentista. Al comenzar la intervención debe realizar todas las conexiones: la óptica al video laparoscópico, el carbono, el cable al eléctrico y el aspirador.

Una vez que el cirujano haya accedido a la cavidad abdominal y cuando este de la orden, la enfermera tiene que estar preparada para activar el gasl y además, debe estar pendiente durante toda la intervención, porque en el momento de la extracción de la vesícula deberá de pararlo y posteriormente volver a activarlo.

Una vez que ha realizado todas las tareas y cuando vea conveniente rellenará los datos en hojas obligatorias.

Debe estar atenta en todo momento del apagado y encendido de las luces y de las pantallas asegurándose de que la posición de estas es buena para la visión de los cirujanos.

Al igual que se encarga de realizar las conexiones deberá desconectar todo al terminar la intervención quirúrgica y tener especial cuidado con la cámara, por lo que en el momento que se deje de utilizar deberá de guardarla en la caja correspondiente y correctamente sin retorcer

demasiado el cable, ya que es fibra óptica y puede dañarse con facilidad, evitando que golpee con superficies duras.

2.2.3 TEORIA DE ADAPTACION: CALLISTA ROY

Análisis de los conceptos mencionados en el modelo teórico

De Callista permite enfocar el cuidado de enfermería en la disminución de las respuestas inefectivas, para lo cual se debe identificar las causas de estas y lograr así los resultados esperados

Al revisar y analizar los conceptos del modelo se unifican las relaciones que se producen entre la persona el ambiente y la enfermería, y se involucran dentro de estos los estímulos, que se traducen en respuesta adaptativa o inefectivas, lo cual determina el nivel de adaptación. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para promover las situaciones de bienestar, y así mejorar el nivel de adaptación de las personas y las respuestas adaptativas frente a los diferentes estímulos.

LA TEORIA DE DOROTE OREM

EL AUTOCUDADO

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.

2.3. Definición de terminos

- **CUIDADO DE ENFERMERIA**

Cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, cuidado como una pieza importante en la recuperación de la salud.

Es mucho más que un oficio es una ciencia y un arte, en la que se conjuga el conocimiento, es emblemática al darse el cuidado la actividad de la enfermera tiene un alto valor del servicio a la vida humana.(5)

- **COLECISTECTOMIA**

Es una intervención quirúrgica para extirpar y extraer la vesícula biliar. Es un método común para tratar las enfermedades de la vesícula biliar, como pueden ser la formación de cálculos biliares (colecistitis), la inflamación por infección o el bloqueo de los conductos biliar.

Cuando no es posible la cirugía laparoscópica, se realiza una colecistectomía abierta. (3)

En segundo lugar, el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica en 1990 ha reducido la morbilidad asociada con la cirugía, lo que aumenta la proporción de pacientes a los que cirugía definitiva puede ser ofrecida.

La mayoría de los casos de colecistitis aguda, si se manejan de forma no operativa, se asentarán. En estos pacientes, la necesidad de un manejo definitivo se justifica en función del riesgo de recurrencia.

Síntomas relacionados con cálculos biliares. En la época en que la colecistectomía abierta era la única cirugía abordaje, alternativas a la colecistectomía como litotricia biliar y farmacológica la disolución se investigó extensamente para pacientes con cálculos biliares sintomáticos, fuera del escenario agudo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Para realizar el presente informe Profesional se tuvo que obtener los datos retrospectivo 2015-2017 de las intervenciones que se realizaron a los pacientes en el Centro quirúrgico del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay para el procedimiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional, contando con la siguiente fuente de información:

- Libro de record operatorio.
- Libro de registro de pacientes intervenidos de sala de operaciones
- Libro de registro que se encuentra de la sala (1) Cirugía Abdominal
- Informes estadísticos de las atenciones.

AUTORIZACION: Se contó con la autorización del médico jefe de Anestesiología y centro quirúrgico para poder acceder a toda información relacionado a la presente investigación.

RECOLECCION DE DATOS.- Se obtiene de los libros de atenciones que se encuentra en sala de operaciones se toma el 100% de las atenciones de la cirugía de la colecistectomía laparoscópica convencional en magnético (sistema) y físico.

PROCESAMIENTO DE DATOS.- Se realizó a través del programa informático de Word y Excel.

RESULTADOS.- Los resultados se presentaran mediante gráficos.

ANALISIS INTERPRETACION DE RESULTADOS

- Se ha realizado capacitaciones al personal de Enfermería en CUIDADOS DE LA COLESISTECTOMIA LAPATOSCOPICA EN EL INTRA OPERATORIO frente a un paciente quirúrgico.
- Se viene sustentando y solicitando reiteradamente al área de logística, recursos humanos. la necesidad de implementar con profesional dela

especialidad en centro quirúrgica, materiales logísticos.

- Se ha implementado el área de centro quirúrgica con las guías de intervención y los protocolos según capacidad resolutive.
- Se ha implementado con formatos de atención de cirugía segura, PAE para la atención del paciente quirúrgico

3.2. Experiencia Profesional

En el año 1991 trabajé en el hospital de apoyo II de Urubamba de la región Cusco, el año 1992 trabajé en el hospital de apoyo II de Chalhuanca, 1994 en el centro de salud de pueblo joven centenario posteriormente en 1995 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en el servicio de Cirugía en 1997 ingresé a centro quirúrgico hasta la fecha 2018; En el servicio de centro quirúrgica brindando la atención a pacientes quirúrgicos en tratamiento y cuidados, con la aplicación de la lista de la cirugía segura (ficha check Lis) en la actualidad sigo trabajando brindando en la parte asistencial como Jefa de centro quirúrgico asumiendo la parte asistencia enfermera instrumentista y administrativa.

Previo a la capacitación en el año 2012 en ciudad de Lima en el Hospital Cayetano Heredia según el cronograma y grupos establecidos adjuntos al mismo contando con la aceptación del hospital en referencia y la documentación adjunta de las áreas pertinentes que acreditan las condiciones requeridas y señaladas por la normatividad a efectos de la pasantía; en cual me ha permitido adquirir nuevos conocimientos mediante las prácticas relacionados en los cuidados de Enfermería en el intra operatorio de la colecistectomía laparoscópica

DESCRIPCION DEL AREA LABORAL

Es la unidad orgánica depende del departamento de Anestesiología y centro quirúrgico encargada de realizar la atención especializada de anestesia y analgesia a los pacientes, y en las etapas pre- operatoria e

intraoperatoria, procedimientos de emergencia, terapia de dolor reanimación cardio vascular, y realiza la evaluación a los pacientes a ser sometidos a los diferentes procedimientos quirúrgicos de emergencia y programadas, coordinando con las diferentes unidades orgánicas de cirugía , ginecología, traumatología, y emergencias central de esterilización y unidad de recuperación pos anestesia y los equipos multidisciplinarias correspondientes y pro 'poner ejecutar y evaluar para brindar un cuidado de calidad y calidez a los pacientes quirúrgicos. Verificar el sistema de funcionamiento y mantenimiento de los equipos biomédicos e instrumentos quirúrgicos así como limpieza y desinfección de la sala quirúrgica.

Evaluar la moví mortalidad del servicio periódicamente y asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad

ORGANIZACIÓN

Está organizado dependiendo de la dirección y la jefatura de enfermería Área de anestesiología y centro quirúrgico conformado con servicio de unidad de reparación pos anestesia

RECURSOS HUMANOS

Por los diferente profesionales por jefe (1) de centro quirúrgico y anestesiología (5) médicos asistentes de anestesiología (4) (1) jefa de enfermería del departamento de centro quirúrgico con enfermeras con especialidades en instrumentación quirúrgica (11) enfermeras que cumplen sus funciones de enfermeras I y II, con (5) Lic. Enfermería para la atención pos anestesia internos de enfermería y odontología (5) personal técnico (1) personal de limpieza

INFRA ESTRUCTURA

Es una infraestructura antigua con más de 50 años en proceso de remodelación actualmente se encuentra operativo distribuido en zona

negra, zona blanca, zona gris, centro quirúrgico cuenta con cinco salas operativos

Centro Quirúrgico cuenta con cinco salas operativo y equipados para el diferente procedimiento quirúrgico de la diferente especialidad 3 salas para procedimiento de mayor complejidad y dos cirugías menores de la diferente especialidad cuenta además con la unidad de recuperación pos anestesia, así mismo central de esterilización se encuentra dentro del área de centro quirúrgico razón por cual tenemos algunas dificultades en el trabajo. Por el incremento poblacional el número de atenciones de pacientes quirúrgico.

PRESTACIONES

Presta servicio a todos los asegurados del (SIS) ámbito de Apurímac y sus provincias y Andahuaylas por ser un hospital referencial de mayor Complejidad, presta servicio a Fospoli, particulares, otros convenios, campañas de salud.

El cuidado dentro de la sala de operaciones constituye parte integral del Servicio de enfermería, que cubre una necesidad que no puede ser satisfecha por el paciente solo o su familia.

A medida que aumenta la complejidad de los servicios de diagnóstico y de Sostén, también lo hacen los procedimientos quirúrgicos. Esta complejidad forma Parte del procedimiento sistemático del quirófano. Todo esto, hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas Especializados; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teoría y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método Humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente.

La enfermería quirúrgica profesional implica la atención total de enfermo, cuya Continuidad comprenden las tareas peri operatoria de la enfermera de quirófano.

Esta tarea posee componentes técnicos y profesionales para la ejecución del Proceso de enfermería preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

La fase Preoperatoria se inicia en el momento en que el paciente se traslada a la mesa de Operaciones. La fase transoperatoria, transcurre desde ese momento hasta que se Traslada al individuo a la sala de recuperación. La atención postoperatoria Hasta el período de recuperación inmediata y la rehabilitación total.

La enfermería quirúrgica es una especialidad que se ocupa de la asistencia En la fase crítica y que, si bien es exigente, brinda grandes satisfacciones Personales. Es una actividad dinámica, con cambios constantes, en la que los Cuidados que se brindan al paciente, constituyen un factor decisivo para su Supervivencia postoperatoria.

FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD

CENTRO QUIRÚRGICO

1. Realizar el reporte de Enfermería en forma verbal y por escrito sobre el estado de los pacientes según sea el caso.
2. Asignar y supervisar las funciones, actividades y tareas de Enfermería al personal a su cargo.
3. Planificar, organizar y dirigir las actividades de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico en su turno.
4. Recepcionar a los pacientes verificando la seguridad de la cirugía y de sus condiciones de ingreso CHEK LIST y el cumplimiento de requisitos Pre – Operatorios.
5. Realizar el procedimiento administrativo del paciente verificando la Identidad en la Historia Clínica y registrar los datos requeridos en la hoja grafica de control de constantes vitales, la hoja de indicaciones médicas y del parte diario del usuario programado y de emergencia. Registrar en la historia clínica, datos de pacientes del intraoperatorio.
6. Controlar y evaluar periódicamente el estado físico y emocional del paciente con relación al periodo Post – Operatorio inmediato y post – anestésico.
7. Mantener y fomentar la comunicación y coordinación en el Servicio.

- Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del Servicio, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.
8. Realizar la instrumentación y/o circulación en las cirugías de mediana y alta complejidad.
 9. Registrar las ocurrencias y actividades del Servicio en su turno.
 10. Cumplir y hacer cumplir las normas de Bioseguridad.
 11. Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del Servicio, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.
 12. Ejecutar el proceso de atención de Enfermería (PAE) al usuario del servicio Enfermería en Centro Quirúrgico.
 13. Asistir a las reuniones convocadas por la jefatura del Centro Quirúrgico o Departamento de Enfermería.
 14. Participar en la inducción del nuevo personal de Enfermería en el Servicio.
 15. Asistir y Participar en las actividades de capacitación relacionadas a Enfermería.
 16. Brindar educación a los usuarios según las necesidades y los problemas identificados.
 17. Preparar y mantener el ambiente físico terapéutico para el ingreso del paciente a Sala de Operaciones.
 18. Colaborar y/o tramitar los traslados, transferencias, ínter consultas y exámenes auxiliares intra o extra institucionales de acuerdo a la necesidad de los usuarios.
 19. Coordinar y colaborar con la Enfermera Jefe en la asignación de actividades y evaluación del personal técnico y Auxiliar de Enfermería.
 20. Determinar la necesidad de materiales, equipos y ropa de los usuarios y del Servicio.
 21. Coordinar la transferencia de pacientes al Servicio de Hospitalización.

22. Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de los programas de educación en el Servicio.
23. Realizar labor docente y promover estudio e investigación en el marco de los Convenios Interinstitucionales.
Elaborar con el personal de Enfermería a su cargo, el plan individual de atención al paciente (Plan de cuidado) en el periodo Pre – Intra y pos operatorio, dentro de sala de operaciones en conjunto con el equipo de salud.
24. Participar en la elaboración y/o actualización de Manuales de Procedimiento y Protocolos de Atención en el Servicio.
25. Supervisar la preparación del quirófano de acuerdo a la programación de intervenciones quirúrgicas diarias.
26. Cumplir la guía de procedimientos de Centro Quirúrgico para cada cirugía realizada.
27. Participar en la toma de inventario físico del Servicio.
Registrar diariamente y consolidar mensualmente las actividades del Servicio alimentando la base de datos.
28. Participar en plan de mejora de Servicios del quirófano.
29. Cumplir con la normatividad vigente relacionada al área de su competencia.
30. Conocer y socializar el Plan de Evacuación y Comportamiento quirúrgico en caso de Desastres.
31. Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado del usuario.
32. Brindar apoyo al médico programado en sala de Operaciones
33. Brindar asesoramiento en el campo de Enfermería.
34. Garantizar la permanencia integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos.
35. Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

3.3 Proceso realizado en el tema del informe

Capacitaciones al personal de Enfermería en CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL INTRA OPERATORIO EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CENTRO QUIRURGICO para brindar una atención con calidad y calidez al paciente quirúrgico con la aplicación del PAE.

Se presentó un plan de trabajo para las pasantías al área de capacitación lo cual fue aprobado se realizados en el hospital Cayetano Heredia en la ciudad de Lima en el departamento de centro quirúrgico durante un mes. Con miras de innovar con los nuevos avances de la ciencia y tecnología moderna, tener habilidad y destreza para la atención del paciente quirúrgico.

Por lo que se solicita incremento de personal de Enfermería con especialidad en instrumentación Se viene sustentando y solicita al área de recursos humanos del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega la necesidad de contratar un profesional en enfermería para el servicio de Centro quirúrgico, por lo que implemento con profesionales enfermeras contratadas ,así el personal técnico trabajara y cumplirá sus funciones El trabajo se realizó gracias a la la colaboración de las enfermeras centro quirúrgico es imprescindible y en equipo, en este trabajo se describe todos los cuidados que una enfermera debe brindar con calidad y calidez des de un punto de vista holístico dar una atención integral enfatizando la parte humana ante un paciente quirúrgico y su entorno.

Son tan importantes las acciones realizadas durante la intervención quirúrgica como lo que se realiza antes de que el paciente entre en el quirófano y antes de que comience la intervención y pos operado inmediato En todo quirófano deberá haber dos enfermeras, la que instrumenta que estará estéril y no deberá moverse de la mesa quirúrgica, por lo que será necesaria otra segunda enfermera que es la circulante, encargada de facilitar material, y atender a lo que suceda fuera del campo quirúrgico.

En lo primero que la enfermera debe centrarse es en el paciente pero también, debe prestar atención a todo el material que es utilizado en el quirófano, para cuidarlo y mantenerlo en correcto estado y, así, evitar gastos innecesarios.

CASOS RELEVANTES.

El formato de la chequeo de la "cirugía segura salvar vidas" forma parte del convenio de gestión con la región ha sido favorable para los procedimientos quirúrgicos.

Implementación y empoderamiento de funciones con Lic. Enf. Enfermera circulante (I-II) Cas- terceros.

Las complicaciones y conversión de la cirugía laparoscópica.

INNOVACION APORTES

- implementado el servicio de centro quirúrgico con las guías de intervención de enfermería prácticas con capacidad resolutive para la atención del paciente quirúrgico.
- implementación con materiales de laparoscopia para todos los casos y biomédicos se realizó gestión aporte de parte de las campañas internacionales y nacionales para su equipamiento de centro quirúrgico actualmente se equipa con para neurocirugía con material insumos.
- Formato de atención de enfermería relacionad con el PAE.
- Implementación con ficha de cirugía segura.
- Implementación con fichas chequeo de material biomédico

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

N° DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE COLECISTECTOMIAS CONVENCIONAL Y LAPAROSCOPICAS EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS - HRGDV 2015, 2016, 2017

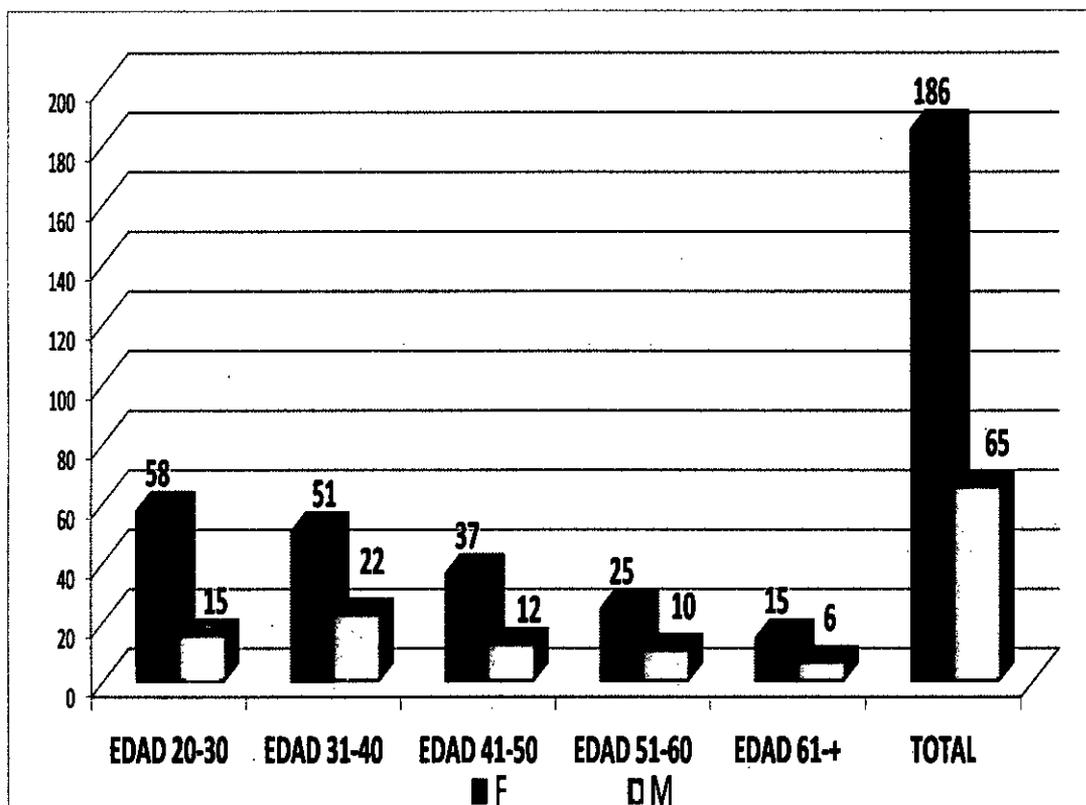
EDAD	SEXO	AÑOS						TOTAL	
		2015		2016		2017		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
20-30	FEMENINO	58	23,11	48	23,08	57	25,33	163,00	23,83
	MACULINO	15	5,98	5	2,40	5	2,22	25,00	3,65
31-40	FEMENINO	51	20,32	45	21,63	49	21,78	145,00	21,20
	MACULINO	22	8,76	9	4,33	9	4,00	40,00	5,85
41-50	FEMENINO	37	14,74	35	16,83	35	15,56	107,00	15,64
	MACULINO	12	4,78	10	4,81	12	5,33	34,00	4,97
51-60	FEMENINO	25	9,96	24	11,54	27	12,00	76,00	11,11
	MACULINO	10	3,98	9	4,33	9	4,00	28,00	4,09
61+	FEMENINO	15	5,98	16	7,69	14	6,22	45,00	6,58
	MACULINO	6	2,39	7	3,37	8	3,56	21,00	3,07
TOTAL		251	100%	208	100%	225	100%	684,00	100%

FUENTE: Oficina de estadística (2015, 2016,2017)

En el cuadro N° 01 se observa que las intervenciones quirúrgicas de laparoscopia y colecistectomía convencional en estos últimos tres años predominan el sexo femenino en las edades de 20 -30 con un porcentaje de 23,83%, seguido en las edades de 31- 40 con un porcentaje de 21,20% y el sexo masculino con un porcentaje menor en todas las edades.

GRAFICO N° 4.1

**GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE
COLECISTECTOMIA DEL AÑO 2015**

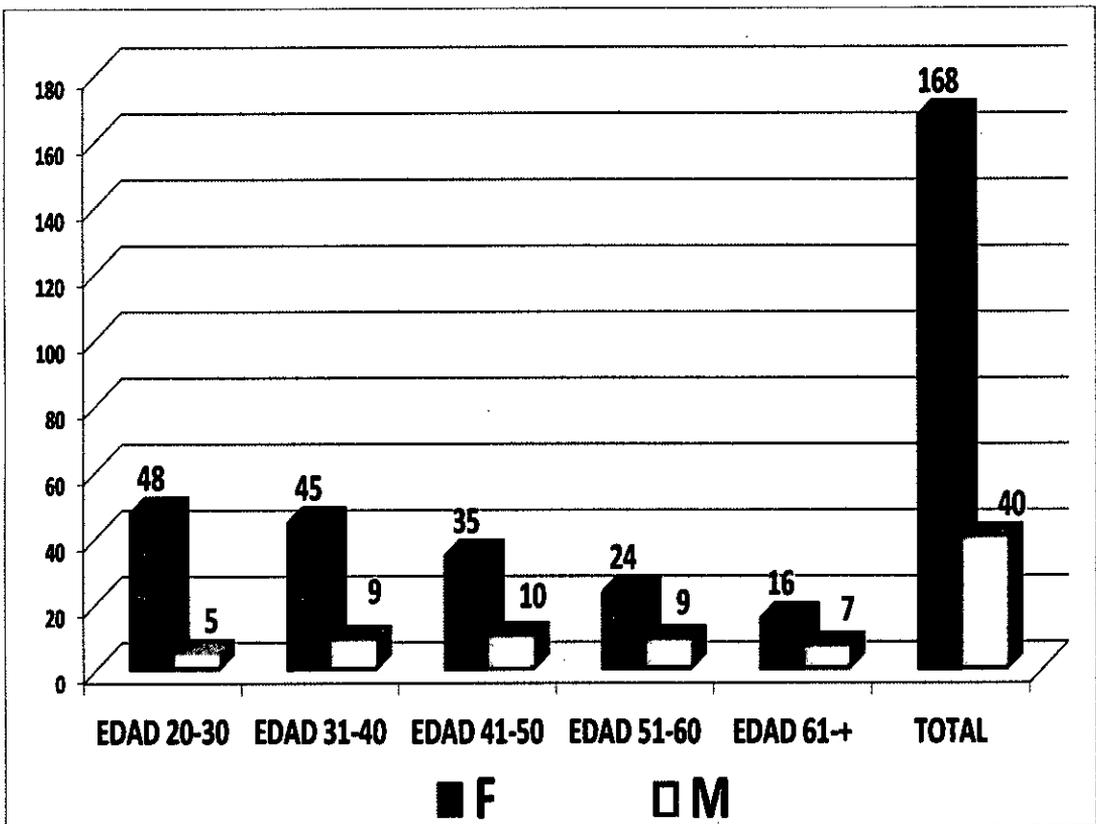


De 251 pacientes intervenidos, se pueden mostrar que 186 son mujeres que hace 74% y con 65 varones que hace un 26%. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

Lo mismo se muestra en los varones.

GRAFICO N° 4.2

GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE
COLECISTECTOMIA DEL AÑO 2016

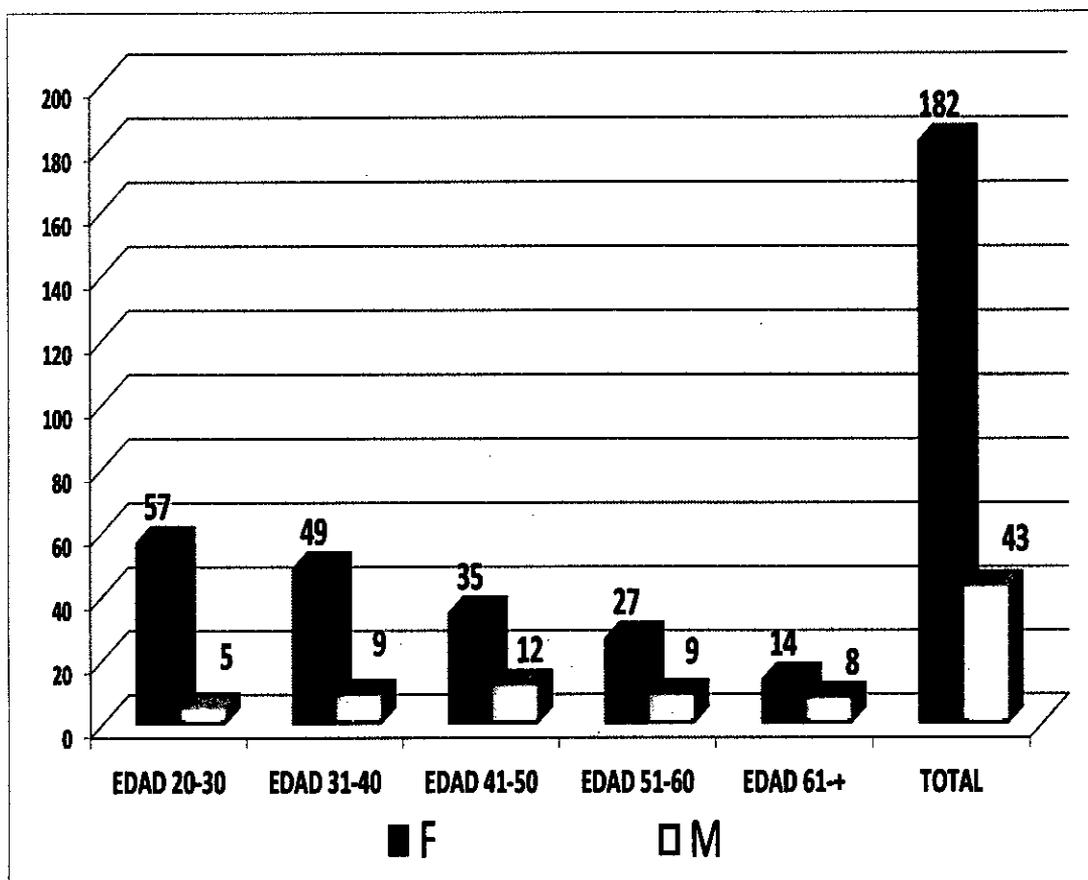


De 208 pacientes intervenidos, se pueden mostrar que 168 son mujeres que hace 81% y con 40 varones que hace un 19%. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

En este año tomando base la edad 41 a más se muestra Lo mismo se muestra en los varones.

GRAFICO N° 4.3

GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE
COLECISTECTOMIA DEL AÑO 2017

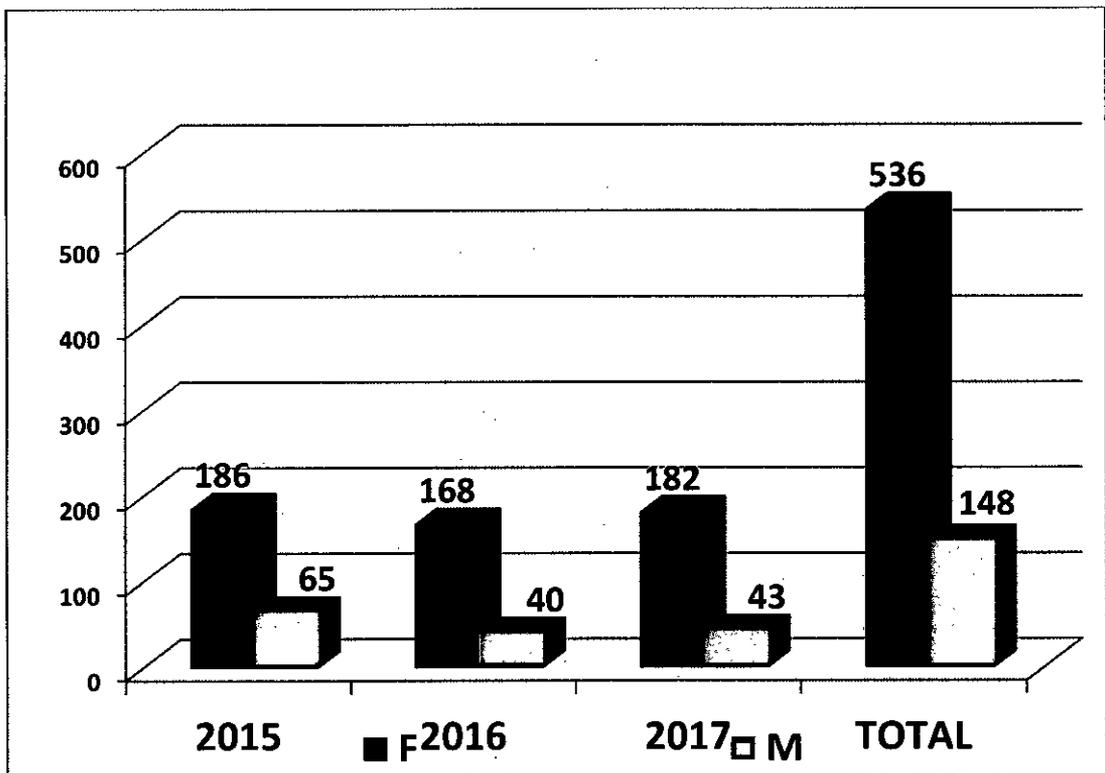


De 225 pacientes intervenidos, se pueden mostrar que 182 son mujeres que hace 81% y con 43 varones que hace un 19%. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

En este año tomando base la edad 41 a más se muestra lo mismo se muestra en los varones.

GRAFICO N° 4.4

GRAFICO DEL TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE COLECISTECTOMIA DEL AÑO 2015 A 2017 VARONES Y MUJERES.



De 684 pacientes intervenidos, se pueden mostrar que 536 son mujeres que hace 78% y con 148 varones que hace un 22%. Asimismo es predominio del sexo femenino de las intervenciones quirúrgicas y el sexo masculino en menor porcentaje en relación a l sexo femenino.

CUADRO N° 4.5

N° DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LAPARASCOPIA EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS - HRGDV 2015, 2016, 2017

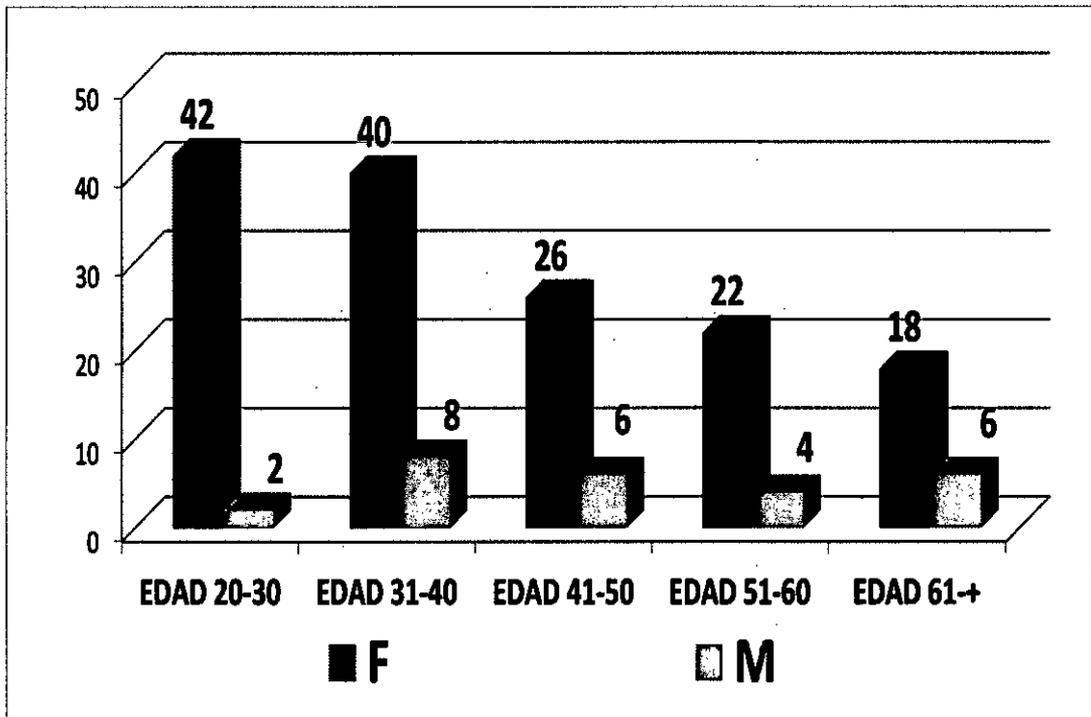
EDAD	SEXO	AÑOS						TOTAL	
		2015		2016		2017		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
20-30	FEMENINO	42	24,14	40	24,54	38	25,17	120,00	24,59
	MACULINO	2	1,15	2	1,23	7	4,64	11,00	2,25
31-40	FEMENINO	40	22,99	36	22,09	30	19,87	106,00	21,72
	MACULINO	8	4,60	7	4,29	6	3,97	21,00	4,30
41-50	FEMENINO	26	14,94	28	17,18	21	13,91	75,00	15,37
	MACULINO	6	3,45	2	1,23	8	5,30	16,00	3,28
51-60	FEMENINO	22	12,64	24	14,72	14	9,27	60,00	12,30
	MACULINO	4	2,30	2	1,23	5	3,31	11,00	2,25
61+	FEMENINO	18	10,34	17	10,43	17	11,26	52,00	10,66
	MACULINO	6	3,45	5	3,07	5	3,31	16,00	3,28
TOTAL		174	100%	163	100%	151	100%	488,00	100%

FUENTE: Oficina de estadística (2015, 2016,2017)

En el cuadro N° 03 se observa que las intervenciones quirúrgicas de laparoscopia en estos últimos tres años predominan el sexo femenino en las edades de 20 -30 con un porcentaje de 24,59%, seguido en las edades de 31- 40 con un porcentaje de 21,72% y el sexo masculino con un porcentaje menor en todas las edades.

CUADRO N° 4.6

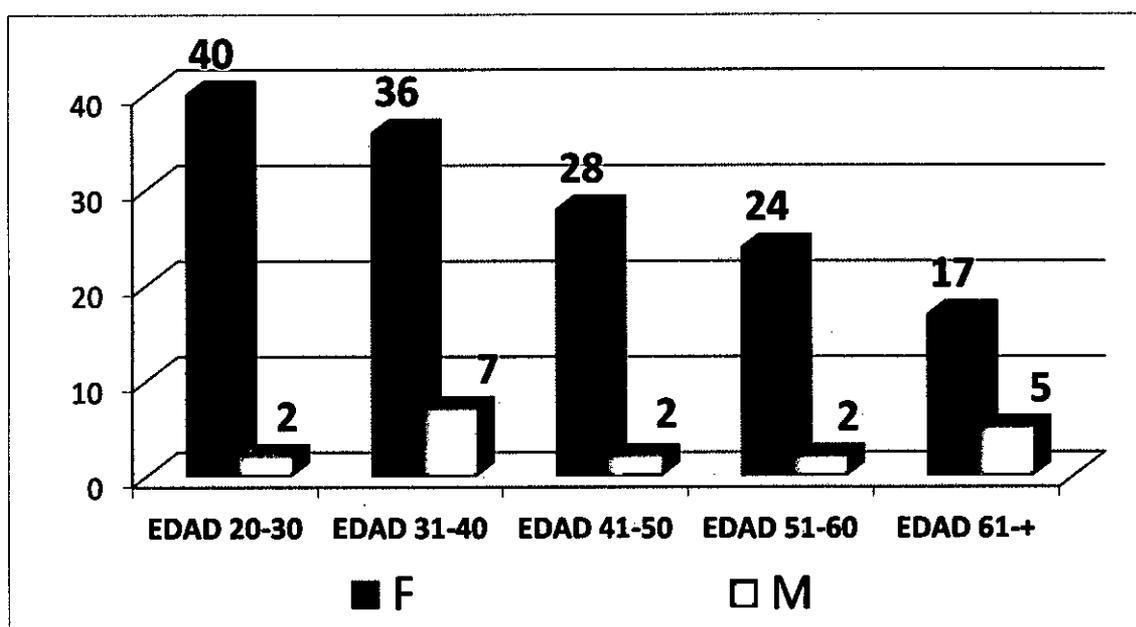
**GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DEL AÑO 2015 VARONES Y
MUJERES.**



En pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, sexo femenino de las edades de 20-40 años fluctúa de 42 - 40 pacientes, y el sexo femenino y el sexo masculino en las edades de 31-50 años, con 8 - 6 Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

CUADRO N° 4.7

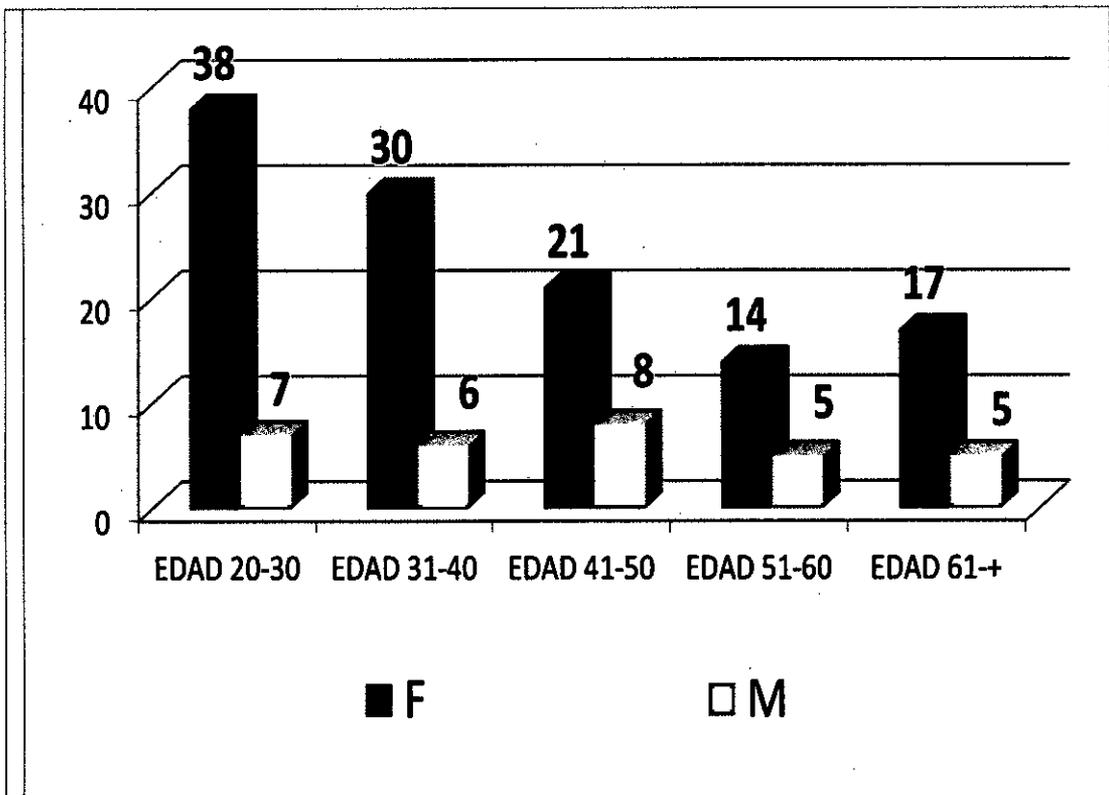
GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DEL AÑO 2016 VARONES Y MUJERES.



En pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, sexo femenino de las edades de 20-40 años fluctúa de 40 - 36 pacientes, y el sexo masculino en las edades de 31-40 años, con 7. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

CUADRO N° 4.8

GRAFICO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DEL AÑO 2017 VARONES Y MUJERES.



En pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, sexo femenino de las edades de 20-40 años fluctúa de 38 - 30 pacientes, y el sexo masculino en las edades de 41-50 años, con 8. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas.

CUADRO N° 4.9

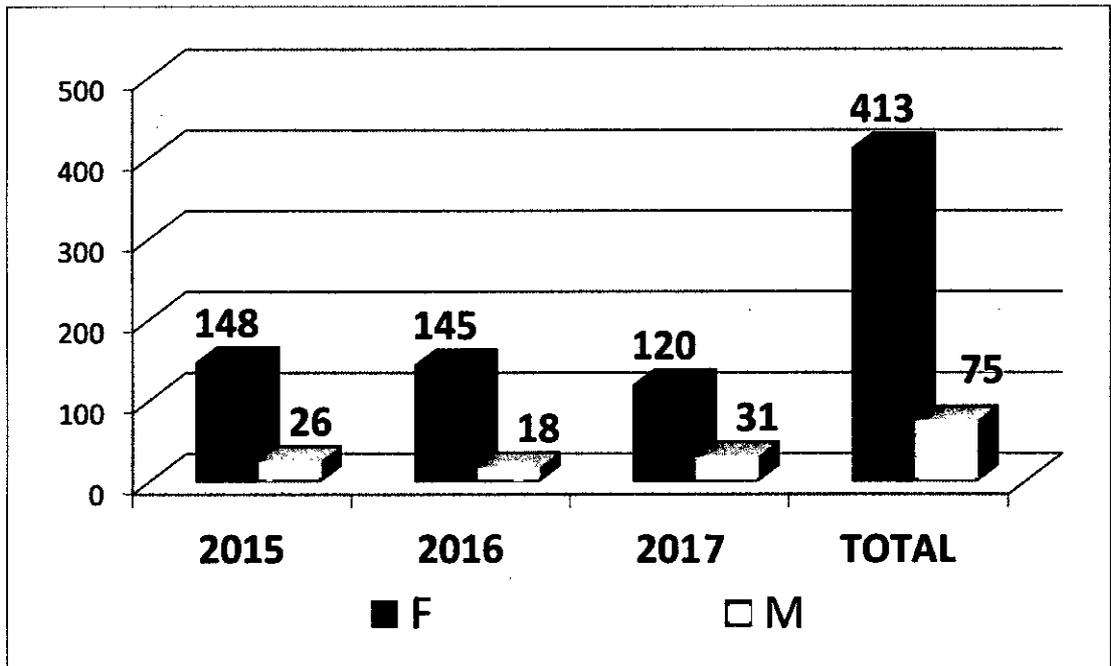
N° DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LAPARASCOPIA EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS - HRGDV 2015, 2016, 2017

EDAD	SEXO	AÑOS						TOTAL	
		2015		2016		2017		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
20-30	FEMENINO	42	24,14	40	24,54	38	25,17	120,00	24,59
	MACULINO	2	1,15	2	1,23	7	4,64	11,00	2,25
31-40	FEMENINO	40	22,99	36	22,09	30	19,87	106,00	21,72
	MACULINO	8	4,60	7	4,29	6	3,97	21,00	4,30
41-50	FEMENINO	26	14,94	28	17,18	21	13,91	75,00	15,37
	MACULINO	6	3,45	2	1,23	8	5,30	16,00	3,28
51-60	FEMENINO	22	12,64	24	14,72	14	9,27	60,00	12,30
	MACULINO	4	2,30	2	1,23	5	3,31	11,00	2,25
61+	FEMENINO	18	10,34	17	10,43	17	11,26	52,00	10,66
	MACULINO	6	3,45	5	3,07	5	3,31	16,00	3,28
TOTAL		174	100%	163	100%	151	100%	488,00	100%

FUENTE: Oficina de estadística (2015, 2016, 2017)

En el cuadro N° 03 se observa que las intervenciones quirúrgicas de laparoscopia en estos últimos tres años predominan el sexo femenino en las edades de 20 -30 con un porcentaje de 24,59%, seguido en las edades de 31- 40 con un porcentaje de 21,72% y el sexo masculino con un porcentaje menor en todas las edades.

**GRAFICO DEL TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DEL AÑO 2015 -2017
VARONES Y MUJERES.**



De 488 pacientes intervenidos, se pueden mostrar que 413 son mujeres que hace 85% y con 75 varones que hace un 15%. Asimismo la edad a predominio de las mujeres intervenidas son de 20 a 40 años y a medida que aumenta su edad se muestra menor tendencia de intervenciones quirúrgicas. En el sexo masculino en menor porcentaje en relación al sexo femenino.

V. CONCLUSIONES

- a. La experiencia profesional y preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente oportuno y seguro por ello tenemos que estar preparados con conocimiento científico y sobre todo aplicando nuestro adecuado plan de cuidado de enfermería.
- b. En cuanto a la percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería para las personas que fueron colecistectomizadas, es favorable El Personal debe de estar capacitado en la aplicación de los protocolos, guías de cuidados de enfermería en paciente de colecistectomía laparoscópica en el introoperatorio, nos ayudan a tener una respuesta rápida de todo el equipo multidisciplinario y evitar así complicaciones posteriores.
- c. Se determinó que el sexo femenino es el que más predomina en las operaciones de colecistectomía laparoscópica y es en la etapa joven, medianamente joven con relación al sexo masculino. Así mismo laparoscopia tiene mayor demanda de atención.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda al Hospital Guillermo Díaz de la vega de Abancay elaborar y ejecutar un conjunto de programas de capacitación sobre la esencia o que hacer del desempeño profesional en cuidados de Enfermería en paciente quirúrgico para todo el personal de centro quirúrgico.

- b. A la región: Mejorar la Infraestructura de centro quirúrgico con especificaciones técnicas de la ingeniería sanitaria, a fin de mejorar la calidad de atención del paciente quirúrgico.

- c. A la institución: Implementación y equipamiento con materiales biomédicos de la última tecnología médica moderna, para garantizar la atención al usuario.

VII. REFERENCIALES

1. CUBAS IRIGOIN M. INTERACCIONES EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN LA ETAPA POSTOPERATORIO. LAMBAYEQUE – PERU MEDIATO;; 2017.
2. Talegón Rapado N. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. LIMA – PERÚ;; 2016.
3. GONZALES QUISPE, M. PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS COLECISTECTOMIZADAS”. HOSPITAL GOYENECHÉ – AREQUIPA;; 2014.
4. Moreno A. Estudio costo efectividad de la colecistectomía laparoscópica- colecistectomía convencional. ; -2017.
5. Delgado Muñante J. VALIDACIÓN DE UN FORMATO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE HIPOTERMIA MODERADA EN EL ADULTO MAYOR DURANTE EL PERIODO INTRAOPERATORIO EN CENTRO QUIRÚRGICO. LIMA – PERÚ;; 2016/.
6. RAPADO NT. TRABAJO DE FIN DE GRADO COLECISTECTOMIA. MADRID, ESPAÑA: UNIVERSIDAD DE VALLADOLID, FACULTAD DE ENFERMERIA; 2013,2014.

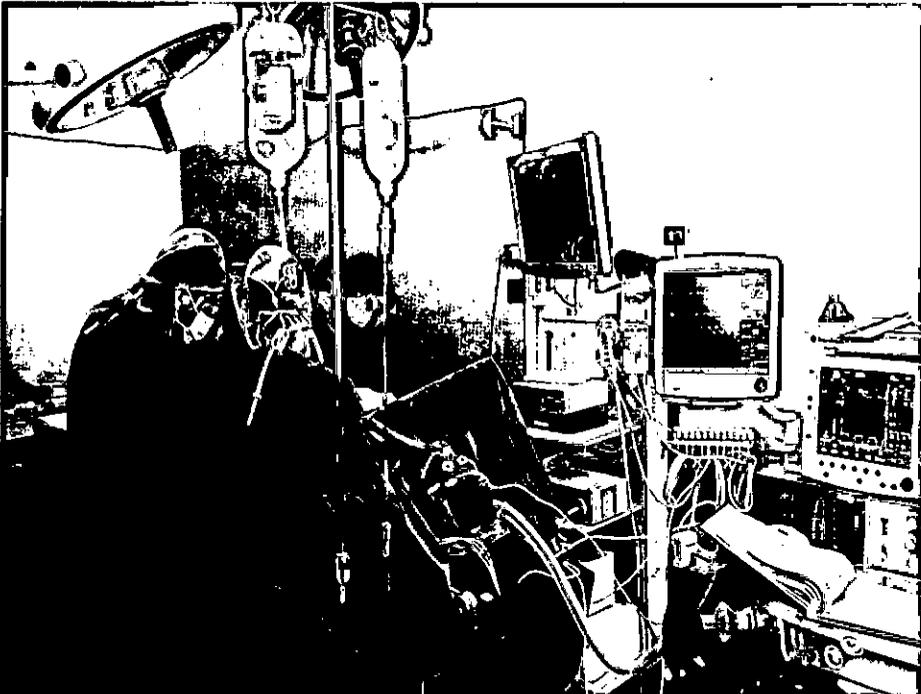
ANEXOS

LISTA DE VERIFICACION DE LAS SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

HOSPITAL _____

ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA (ENTRADA)	ANTES DE LA INCISION (PAUSA QUIRURGICA)	ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO (SALIDA)
<p>Se ha confirmado con el paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimiento Informado</p> <p>Conoce a su Cirujano</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Todos los miembros del equipo han cumplido:</p> <p>Correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Confiar que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p>	<p>Enfermera(o) confirma verbalmente con el equipo:</p> <p>Nombre y procedimiento quirurgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento óptimo del instrumental, gasas, compresas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Muestra para estudio rotulado</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con la maquina de anestesia y/o monitoreo</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Eventos intraoperatorios importantes</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con algun equipo y/o intrumento</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recomendaciones post operatorio inmediato</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones y Recomendaciones</p> <hr/> <hr/>
<p>Se ha verificado el sitio quirúrgico:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>Cirujano confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre del Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Operatorio.....</p> <p>Estima pedida sanguinea.....</p>	
<p>Anestesiólogo</p> <p>Chequeo de seguridad de Anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> Máquina de anestesia operativa</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo para la vía aérea</p> <p><input type="checkbox"/> Oxígeno</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas de Emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado en paciente y funciona</p> <p>¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Alguna consideración especial?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió antibióticos profilácticos en los últimos 60 min.?</p> <p>HORA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica</p>	

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



FUENTE: Elaboración Propia, 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY –



ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL.....	2
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN UNA PROSTATECTOMIA.....	3
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RESECCION TRANSURETRAL (RTU)	
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HISTERECTOMIA ABDOMIAL.....	4
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN APENDICECTOMIA.....	5
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ORTOPEDIA DE CADERA.....	6
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.....	7
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CESAREA.....	8
GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN REDUCCION CRUENTA MÁS OSTEOSITISIS DE IBIA Y PERONE.....	9
BIBLIOGRAFIA.....	10

INTRODUCCION

El Hospital REGIONAL GUILLERMO DIAS DE LA VEGA, en el marco de los Lineamientos de Políticas Sectoriales y en cumplimiento de su función de prevención, rehabilitación y recuperación de la salud de los usuarios, facilita los instrumentos Técnicos. Normativos de cumplimiento en la institución. Las Guías Atención del Departamento de Anestesiología y Centro quirúrgico, son de suma importancia, debido a que están implícitas las atenciones básicas que la enfermera del Departamento debe realizar a la hora de la práctica, y es por esta misma razón por la que se han elaborado, para que el personal tenga una guía de consulta en el desarrollo de sus funciones así como para todo personal nuevo que se incorpore al Departamento. Las Guías de intervención de Enfermería que contiene el presente documento están relacionadas a la atención del pacientes quirúrgico que necesitan una atención de calidad y calidez para su recuperación dentro del Departamento de sala de operaciones, a quienes los profesionales de enfermería debemos brindar.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL

DEFINICION:

Guía de atención de Enfermería a Pacientes mayores de 19 años, que acuden al Hospital regional Guillermo Díaz de la vega por Emergencia o por la consulta externa, por presentar colecistitis crónica calculosa, colecistitis, para ser sometidos a Colecistectomía Convencional, por el método tradicional.

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma. La disección se puede hacer de forma anterógrada ò retrograda las principales condiciones en las que se práctica esta intervención son:

Los cálculos, también conocidos como piedras en la vesícula, son un trastorno en el que esta estructura presenta uno o varios cálculos en su interior lo que interfiere con su vaciamiento, en ocasiones los cálculos pueden atascarse en el conducto que comunica la vesícula con el intestino llamado colédoco lo cual origina un dolor muy intenso llamado cólico biliar, que puede acompañarse por náuseas y vómitos después de las comidas. Los cálculos biliares se presentan con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años que presentan sobrepeso u obesidad.

Las técnica colecistectomía abierta o convencional y Laparoscópica.

La cirugia de vesícula biliar se efectuaba a través de una incisión

en el abdomen a nivel del borde de las costillas del lado derecho, está herida era bastante grande y debía hacerse para poder elevar el hígado para tener acceso a la vesícula. Técnica laparoscopia, es una técnica distinta ya que es menos invasiva y permite extraer la vesícula haciendo solo tres pequeños orificios en el abdomen que dejan cicatrices muy pequeñas muchas veces imperceptibles. Este procedimiento es llevado a cabo en quirófano bajo anestesia general.

Es posible que un paciente que sea sometido a una laparoscopia termine en una colecistectomía abierta si se presentan complicaciones durante el procedimiento.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, Bipolar

- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica
- Coche de antisépticos
- Termómetro
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH)
- Formato de cirugía segura hoja de consumo.
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES.

- Cálculos biliares (colelitiasis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula.

- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

COMPLICACIONES.

- Lesión del Conducto Biliar Común
- Colección Biliar
- Hemorragrama
- Complicaciones Respiratorias: Neumonías, Atelectasias, Trombo embolismo Pulmonar.
- Desequilibrio Hidroelectrolítico.
- Íleo Paralítico.

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.

- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.

Anotar la información pertinente en el registro de operaciones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO(NOC)
<p>00128 CONFUSIÓN AGUDA</p> <p>R/C efectos secundarios de fármacos anestésicos</p> <p>M/P fluctuaciones en el nivel de conciencia</p>	<p>4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ fomentar al paciente acerca de la identidad personal tiempo y ambiente <p>0012 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales para prevenir caídas ❖ ajustar a una temperatura ambiental adecuada a las necesidades del paciente 	<p>0912 ESTADO NEUROLÓGICO</p> <p>(despertar orientación y atención hacia el entorno)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Paciente orientado en tiempo espacio y persona
<p>00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES</p> <p>R/C cambios de la membrana alveolar capilar</p> <p>E/P hipoxia</p>	<p>3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar la cabeza del paciente en posición frente mentón lateralizado ❖ Verificar la posición de la lengua <p>-3320 OXIGENO TERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Administración de oxígeno de 4- 5 litros y disminuir de acuerdo a la saturación ❖ Vigilar el flujo de oxígeno 	<p>0402 ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente mantiene un intercambio gaseoso. Optimo sPo2: 95 - 100%

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(NIC)	RESULTADO ESPERADO(NOC)
<p>00132 DOLOR AGUDO</p> <p>R/C intervención quirúrgica</p> <p>E/P herida : incisión quirúrgica</p>	<p>1400 MANEJO DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión <p>6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos <p>2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. ❖ Administración de tratamiento según indicación medica 	<p>1605 CONTROL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva
<p>00146 ANSIEDAD</p> <p>R/C estado de salud</p> <p>E/P temor (facies de preocupación</p>	<p>5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar información sobre su enfermedad al paciente y a los familiares 	<p>1402 AUTOCONTROL DE OLA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente logra

	<p>5880 TECNICAS DE RELAJACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ indicar al paciente que realice respiraciones profundas (inhalación exhalación) <p>5240 ASESORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ dialogar con el paciente acerca de sus miedos y temores. 	<p>controlar sus sentimientos de aprensión y tensión</p>
--	--	--

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA PROSTATECTOMIA

DEFINICION

La prostatectomía es la intervención quirúrgica para extraer la totalidad o parte de la glándula prostática. Existen diferentes técnicas. La glándula prostática es un órgano que se encuentra en la base de la vejiga en los hombres. Es posible que sea necesario destruir o extirpar quirúrgicamente. La prostatectomía simple es un procedimiento para extirpar la parte interna de la glándula prostática, a través de una incisión quirúrgica en la parte baja del abdomen, con el fin de tratar el agrandamiento de la próstata y tejidos en dicha glándula si ésta se encuentra inflamada.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, Bipolar
- Negatoscopio

- Laparoscópico y accesorios
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio con accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica instrumental, ropa estéril
- Material
- Coche con antisépticos
- Termómetro
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH, gráfica, formato de cirugía segura.
- Material quirúrgico ropa estéril
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES

- Imposibilidad de vaciar completamente la vejiga (retención urinaria)
- Sangre en orina recurrente desde la próstata
- Cálculos retenidos en la vejiga por el aumento de la próstata
- Cáncer de próstata
- Retención de orina que produce un aumento de la presión sobre los uréteres y riñones (hidronefrosis)
- Infecciones urinarias de repetición
- Síntomas de síndrome prostático con importante repercusión sobre la vida diaria

COMPLICACIONES

- Riesgo vital excepcional por hemorragia.
- Complicaciones durante la intervención y complicaciones posoperatorias precoces.
- Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
- Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación.
- Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente.

- En ese caso un ano contranatural temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión.
- Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico.
- Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una re intervención.
- Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.
- Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; requiere una re intervención quirúrgica

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.

- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.

RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA (RTU)

Una resección transuretral de la próstata no se realiza para curar el cáncer de próstata, sino que tiene como objetivo aliviar los síntomas, como los problemas al orinar, en hombres que no pueden someterse a otros tipos de cirugía. Esta operación se utiliza con más frecuencia para aliviar los síntomas de la inflamación no cancerosa de la próstata conocida como hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés).

Durante esta operación, se coloca un instrumento llamado rectoscopio en el interior de la uretra ingresando por el extremo del pene hasta el nivel de la próstata. Una vez que está en su sitio, se pasa electricidad a través de un alambre para calentarlo o se usa un rayo láser para cortar o destruir la parte de la próstata que rodea la uretra.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.

- Electro bisturí, Bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio con accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Material instrumental, ropa estéril
- Coche de curación equipado
- Termómetro
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH)
- Formato de cirugía segura, hoja de consumo.
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES.

- Imposibilidad de vaciar completamente la vejiga (retención urinaria)

- Sangre en orina recurrente desde la próstata
- Cálculos retenidos en la vejiga por el aumento de la próstata
- Cáncer de próstata
- Retención de orina que produce un aumento de la presión sobre los uréteres y riñones (hidronefrosis)
- Infecciones urinarias de repetición
- Síntomas de síndrome prostático con importante repercusión sobre la vida diaria

COMPLICACIONES.

Riesgo vital excepcional por hemorragia.

Complicaciones durante la intervención y complicaciones posoperatorias precoces.

- Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
- Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación.
- Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente.

En ese caso un año contranatural temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión.

- Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico.

- Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una re intervención.
- Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.
- Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; requiere una re intervención quirúrgica

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.

- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.

Anotar la información pertinente en el registro de operaciones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00146 ANSIEDAD</p> <p>R/C estado de salud</p> <p>E/P temor (facies de preocupación)</p>	<p>5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar información sobre su enfermedad al paciente y a los familiares <p>5880 TECNICAS DE RELAJACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ indicar al paciente que realice respiraciones profundas (inhalación exhalación) <p>5240 ASESORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ dialogar con el paciente acerca de su miedos y temores 	<p>1402 AUTOCONTROL DE OLA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente logra controlar sus sentimientos de aprensión y tensión
<p>00134 NAUSEAS</p> <p>R/C medicación de anestesia.</p> <p>M/P sensación nauseosa</p>	<p>1450 MANEJO DE NAUSEAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas de relajación <p>Manejo del vomito: Precauciones para evitar la aspiración (cabeza lateralizada)</p>	<p>1618 CONTROL DE NAUSEAS</p> <p>Paciente sin sensación de nauseas</p>

<p>00132 DOLOR AGUDO</p> <p>R/C intervención quirúrgica</p> <p>E/P herida : incisión quirúrgica</p>	<p>1400 MANEJO DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión <p>6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos <p>2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. ❖ Administración de tratamiento según indicación medica 	<p>1605 CONTROL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva
--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00004 RIESGO DE INFECCION</p> <p>R/C uso inadecuado de medidas asépticas</p>	<p>6540 CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones <p>3660 CUIDADOS DE HERIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ limpieza de heridas con el uso de antisépticos 	<p>1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente sin riesgo de infecciones

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

DEFINICION

Una histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino

A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, un procedimiento denominado histerectomía total con salpingooforectomía.

La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, Bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio con accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica
- Coche con antisépticos
- Termómetro
- Mesa Quirúrgica adecuada (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH)
- Formato cirugía segura, hoja de consumo.
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES

- Cáncer ginecológico
- Fibromas
- Endometriosis
- Prolapso uterino
- Sangrado vaginal anormal.
- Dolor pélvico crónico
- Anormalidades del cuello uterino
- Hiperplasia endometrial:.
- Salpingooforectomía:

COMPLICACIONES

- Hemorragia
- Infección
- Estreñimiento
- Daño a los órganos adyacentes
- La menopausia temprana

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.

- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.

- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electroquirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
Anotar la información pertinente en el registro

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(NIC)	RESULTADO ESPERADO(NOC)
<p>(00030)</p> <p>DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES</p> <p>R/C cambios de la membrana alveolar capilar</p> <p>E/P hipoxia</p>	<p>3140</p> <p>MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar la cabeza del paciente en posición frente mentón lateralizado ❖ Verificar la posición de la lengua <p>-3320 OXIGENO TERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Administración de oxigeno de 4-5 litros y disminuir de acuerdo a la saturación ❖ Vigilar el flujo de oxigeno ❖ 	<p>0402</p> <p>ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>El paciente mantiene un intercambio gaseoso. Optimo</p> <p>sPo2: 95 - 100%</p>
<p>00046</p> <p>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C</p> <p>Extirpación del útero evidenciado por alteración de la piel</p>	<p>1102 Protección de Herida operatoria de primera intención</p>	<p>3660 cuidado de herida operatoria</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00025</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C perdida de sangrado</p> <p>00132 DOLOR AGUDO</p> <p>R/C intervención quirúrgica</p> <p>E/P herida : incisión quirúrgica</p>	<p>Regulación hemodinámica</p> <p>1400 MANEJO DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión <p>6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos <p>2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. ❖ Administración de tratamiento según indicación medica 	<p>0407</p> <p>Perfusión tisular</p> <p>1605 CONTROL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva <p>periférica</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00134 NAUSEAS</p> <p>R/C medicación de anestesia.</p> <p>M/P sensación nauseosa</p>	<p>1450 MANEJO DE NAUSEAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas de relajación Manejo del vomito. Precauciones para evitar la aspiración (cabeza lateralizada) <p>2080 MANEJO DE LIQUIDOS Y ELECTRLITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ administración de solución poli electrolítico a 30 gotas por minuto ❖ administración de cloruro de sodio 	<p>1618 CONTROL DE NAUSEAS</p> <p>paciente sin sensación de nauseas</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00004 RIESGO DE INFECCION</p> <p>R/C uso inadecuado de medidas asépticas</p>	<p>6540 CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones <p>3660 CUIDADOS DE HERIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ limpieza de heridas con el uso de antisépticos 	<p>1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ paciente sin riesgo de infecciones

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN APENDICECTOMIA

DEFINICION

Apendicetomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. Es una cirugía de emergencia común que se realiza para tratar la apendicitis, una condición inflamatoria del apéndice.

Cuando el apéndice se inflama y se hincha, las bacterias pueden multiplicarse rápidamente dentro del órgano y conducir a la formación de pus. Esta acumulación de bacterias y pus puede causar dolor alrededor del ombligo el que se extiende a la sección inferior derecha del abdomen. Caminar o toser puede empeorar el dolor. También puede experimentar náuseas, vómitos y diarrea.

Es importante buscar tratamiento de inmediato si tiene síntomas de apendicitis. Cuando la condición no se trata, el apéndice puede estallar (apéndice perforado) y liberar bacterias y otras sustancias nocivas en la cavidad abdominal. Esto puede poner en peligro la vida y conducir a una estancia hospitalaria más prolongada.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I

RECURSOS HUMANOS

- Lic. Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, Bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialitica
- Puloxosímetro
- Oxigeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo).
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica
- Coche de curación equipado
- Termómetro
- Ropa de cama adecuada (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes

- Formatos de atención (notas de enfermería, BH, grafica, formato de cirugía,
- Material de quirúrgico, ropa estéril
- Fármacos de Emergencia al alcance.

INDICACIONES

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente, constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Entre el 5-15% de la población padece este cuadro en algún momento de su vida, su máxima incidencia tiene lugar en la segunda y tercera década de la vida, para disminuir en edades extremas, no existe diferencia de incidencia entre ambos sexos

COMPLICACIONES

Tal como ocurre en cualquier operación, existen riesgos entre los que se incluye el riesgo de complicaciones. Sin embargo, el riesgo de que ocurra alguna de dichas complicaciones no es mayor que si la operación se realizara mediante la técnica a cielo abierto.

- Sangrado
- Infección
- Extirpación de un apéndice normal
- Una pérdida en el borde del colon donde se extirpó el apéndice

- Lesión de órganos adyacentes tales como el intestino delgado, el uréter o la vejiga.
- Un coágulo de sangre a los pulmones

Por último, esta es una operación bastante común y que se suele realizar en estado de emergencia pero por lo general no suelen surgir complicaciones en la realización de la misma.

TRANSOPERATORIO

➤ ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.

- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Extirpación del apéndice evidenciado por alteración de la piel(epidermis)</p> <p>00004 RIEGO DE INFECCION R/C procedimiento invasivo</p>	<p>1102 Protección de Herida operatoria de primera intención</p> <p>1908 Detección del riesgo</p> <p>1902 control del riesgo de infección</p>	<p>3660 cuidado de herida operatoria</p> <p>6550 Protección de infección</p>

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

ORTOPEDIA DE CADERA

DEFINICION

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano. Este tipo de fractura es la lesión

Incapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los ancianos. .

Fractura de cadera es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida.

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de fractura de cadera porque los huesos tienden a debilitarse con la edad (osteoporosis). El uso de múltiples medicamentos, la visión deficiente y los problemas de equilibrio también hacen que las personas mayores sean más propensas a tropezar y caer.

Casi siempre, una fractura de cadera exige la reparación o el reemplazo quirúrgicos, seguidos de meses de fisioterapia.

Tomar medidas para mantener la densidad ósea y evitar las caídas puede ayudar a prevenir la fractura de cadera..

INTRACAPSULARES: que incluyen las fracturas de la cabeza femoral, subcapitales, transcerviales y basicervicales. El principal

problema de estas fracturas es que pueden comprometer la vascularización de la cabeza femoral, dando lugar a una ausencia de consolidación e incluso a una necrosis a vascular postraumática de la cabeza y el consiguiente colapso de la articulación.

EXTRACAPSULARES: que incluyen las pertrocanteréas y subtrocanteréas. Estas fracturas dan lugar a una pérdida de sangre a partir de superficies óseas esponjosas vasculares, aunque en raras ocasiones producen necrosis a vascular.

Las más frecuentes son las pertrocanteréas (50%) seguidas de las subcapitales. (40%).

Sin embargo, cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo. En pacientes ancianos y/o osteoporóticos la fractura puede preceder a la caída por suceder de forma espontánea, siendo ésta la causa y no la consecuencia.

OBJETIVO

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Disminuir la Mortalidad
- Favorecer a la movilización temprana

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica
- Coche de curación equipado
- Termómetro
- Ropa de cama adecuada (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH, grafica, formato de cirugía,
- Material quirúrgico, ropa estéril.

Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACION

- Fractura de cadera cuello femoral
- Fractura de cadera pertrocanterea
- Dolor de cadera
- Dificultad para movilizarse

COMPLICACIONES

- Coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones
- Úlceras de decúbito
- Infección urinaria
- Neumonía
- Mayor pérdida de masa muscular, lo que incrementa el riesgo de caídas y lesiones

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.

- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.

8.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
000132 Dolor agudo r/c con agentes lesivos m/p cambios de la presión arterial, cambios de la respiración y cambios de pulso	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
(00206) Riesgo de sangrado R/C Procedimiento quirúrgico	Regularización Hemodinámica	(4120) Prevención y manejo de líquidos y electrolitos
00004 RIESGO DE INFECCION R/C uso inadecuado de medidas asépticas	6540 CONTROL DE INFECCIONES ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones 3660 CUIDADOS DE HERIDAS ❖ limpieza de heridas con el uso de antisépticos	1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES ❖ paciente sin riesgo de infecciones s y electrolitos

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas, sin abrir el abdomen.

La realización de incisiones muy pequeñas no solo tiene ventajas estéticas, además se reducen las infecciones postoperatorias y disminuye el dolor postoperatorio. Como consecuencia de ello, es menor el periodo de ayuno, el tiempo de estancia hospitalario. También se reduce el riesgo de hernias en las incisiones al ser éstas más pequeñas.

Por el contrario, el abordaje laparoscópico supone un discreto aumento en el número de lesiones de los conductos biliares, a lo que el cirujano deberá prestar especial atención.

La existencia de intervenciones abdominales (especialmente en la zona de la vesícula) y la inflamación de la vesícula (colecistitis) son las dos causas que con más frecuencia impiden que la colecistectomía se pueda realizar por vía laparoscópica. Otras veces, una intervención iniciada por laparoscopia es necesario concluirla con un abordaje convencional, en lo que los cirujanos llamamos conversión, sin que esto deba ser entendido como una complicación.

La preparación preoperatoria para la colecistectomía laparoscópica es similar a la colecistectomía abierta, básicamente se requiere de ayuno de por lo menos 6 horas.

El paciente está preparado y cubierto en la habitual forma estéril. Tubo de insuflación, los cables de la cámara, y el tubo de succión están garantizados. La cámara laparoscópica es a color.

INCISION Y ESTABLECIMIENTO DEL NEUMOPERITONEO

Se hace una incisión en la piel en forma transversal por encima del ombligo, y con disección roma se llega a la línea alba. Con dos pinzas de piel el cirujano levanta la piel y la pared abdominal e inserta la aguja de Veress para insuflación de gas o directamente el trocar de 10 mm a través de la fascia en la cavidad peritoneal.

La punta de la aguja de Veress debe ser dirigida hacia los pies del paciente para evitar la lesión inadvertida de la aorta abdominal.

Para confirmar la presencia de la aguja dentro de la cavidad abdominal, se realiza una prueba de caída con una gota de agua: mientras la pared abdominal se levanta con las pinzas, una gota de solución salina se coloca en el centro de la aguja. La gota de solución salina debe caer rápidamente si la punta de la aguja de Veress está dentro de la cavidad peritoneal.

Se inicia la insuflación abdominal, y la lectura de la presión inicial debe seguir siendo relativamente baja. Presiones de alta durante el inicio de la insuflación indican que la aguja probablemente no está bien colocada y debe ser reubicada o reinsertada.

COLOCACION DE TROCARES PARA LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Un puerto de 10-mm, se coloca a través de la incisión transversal en ombligo. La cámara de vídeo se transmite a través de la cánula para realizar un examen cuidadoso para confirmar su presencia dentro de la cavidad intra abdominal, para excluir algún daño involuntario, y para ver la vesícula biliar.

A continuación, tres puertos necesitan ser colocados a lo largo de la línea media, línea medio clavicular y la línea axilar anterior a lo largo de una línea recta imaginaria que es equivalente a la incisión tradicional de la cirugía abierta.

La ubicación exacta de estos puertos, sin embargo, puede ser determinada por empujar la pared abdominal en el exterior y luego de confirmar que esta sería la ubicación adecuada de visualización con la cámara de vídeo.

OBJETIVOS:

- Proporcionar al profesional de Enfermería pautas básicas en la atención de pacientes pos operados de Colecistectomía laparoscópica.

- Garantizar la eficacia y la eficiencia de la Atención de Enfermería a pacientes quirúrgicos de Colecistectomía laparoscópica.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Torre de laparoscopia
- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, Bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio y accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica

- Coche de antisépticos
- Material instrumental ropa, estéril por paquetes
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH,
- Formato de cirugía segura, hoja de consumo).
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES.

- Cálculos biliares (colecistitis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

COMPLICACIONES.

- Lesión Del Conducto Biliar Común
- Colección Biliar
- Hemorragia
- Infecciones
- Complicaciones Respiratorias: Neumonías, Atelectasias, Trombo embolismo Pulmonar.
- Desequilibrio Hidroelectrolítico.
- Íleo Paralítico

TRANSOPERATORIO

➤ ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces
- Encendido del laparoscópico
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.

- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
 - Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
 - Registrar los resultados del recuento.
 - Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
 - Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
 - Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES</p> <p>R/C cambios de la membrana alveolar capilar</p> <p>E/P hipoxia</p>	<p>3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar la cabeza del paciente en posición frente mentón lateralizado ❖ Verificar la posición de la lengua <p>-3320 OXIGENO TERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Administración de oxígeno de 4- 5 litros y disminuir de acuerdo a la saturación ❖ Vigilar el flujo de oxígeno ❖ 	<p>0402 ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>El paciente mantiene un intercambio gaseoso. Optimo</p> <p>sPo2: 95 - 100%</p>
<p>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C</p> <p>Extirpación de la vesícula evidenciado por alteración de la piel.</p>	<p>1102 Protección de Herida operatoria de primera intención</p>	<p>3660 cuidado de herida operatoria</p>

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CESAREA

DEFINICION:

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero a través del cual se extrae al bebe. En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado, y en otros se realiza cuando surgen complicaciones imprevistas. Por lo general se plantea llevar a cabo una cesárea cuando existe desproporción feto pélvica, en esta condición los fetos son muy grandes para poder pasar por el canal del parto, esto ocurre en mujeres muy delgadas o con pelvis estrechas o en los casos de fetos voluminosos producto de la diabetes gestacional.

La cesárea se lleva a cabo con anestesia raquídea, es decir, anestesia colocada en la columna vertebral a nivel lumbar, la cual le quita la sensibilidad y la motricidad en abdomen, pelvis y piernas sin afectar el estado de conciencia de la madre por lo que esta puede ver nacer a su hijo y mantenerse perfectamente conscientes durante todo el proceso.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II
- Tec. Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí, bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro
- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadráp, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio con accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Mesa Quirúrgica
- Coche de antisépticos
- Termómetro
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)

- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH)
- Formato de cirugía segura hoja de consumo).
- Material quirúrgico, ropa estéril
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES

- Preclamsia severa
- Incompatibilidad fetal
- Malformaciones congénitas
- Bloqueo tuba rico
- Cesare Ada anterior
- Sufrimiento fetal
- Presentación podálica
- Gemelar
- Presentación de cordón umbilical doble circular
- Dilatación estacionaria
- Distocia uterina
- Desprendimiento prematuro de membranas
- Placenta previa
- Oligohidroamnios severo
- Pelvis estrecha
- Pacientes con ETS,VIH, HEPATITIS
- Paciente adolescentes
- Síndrome Gel

COMPLICACIONES:

- Hipotensión
- Cefaleas
- Hematoma
- Absceso epidural
- Neurológicas
- Pirexia
- Hemorragias intra operatorias desgarras , lesiones vasculares, cuagulopatía, atonía uterina
- Retención placentaria
- Lesión vesical
- Histerectomía

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.

- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
 - Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
 - Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
 - Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
 - Registrar los resultados del recuento.
 - Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
 - Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
 - Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>ALTO RIESGO DE TRANSTORNOS HEMOSTATICOS R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias (atonía uterina lesiones de vasos uterinos) • Hipotensión(vaso dilatación por anestesia regional, por deshidratación) 	<ul style="list-style-type: none"> • 401 estado circulatorio 602 cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo 	<ul style="list-style-type: none"> • 4062 cuidados circulatorios • 4020 disminución de la hemorragia • 4120 manejo de líquidos • 4140 reposición de líquidos
<p>00004 RIESGO DE INFECCION R/C alteración de las defensas primarios (rotura de piel, traumatismo de los tejidos E/P herida Qx</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1103 curación de herida por segunda intención 	<ul style="list-style-type: none"> • 3440 cuidados del sitio de incisión. 6540 Control de infección
<p>00132 DOLOR AGUDO R/C agentes lesivos E/P alteración del tono muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1605 control de dolor (acciones personales para controlar el dolor) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1400 manejo del dolor

GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FRACTURA TIBIA / PERONE

DEFINICIÓN:

Guía de atención de Enfermería a pacientes que han sufrido una ruptura con la solución de continuidad de la sustancia ósea a nivel de cualquier nivel de la tibia/peroné, que serán sometidos quirúrgicamente a reducción cruenta más osteosíntesis.

OBJETIVOS

- Fortalecer la seguridad del paciente
- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente.
- Evitar el riesgo de Infección y conocer las medidas para prevenir la infección.

RECURSOS HUMANOS

- Licenciado en Enfermería I
- Lic. en Enfermería II
- Técnico en Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Tensiómetro, estetoscopio.
- Electro bisturí ,Bipolar
- Negatoscopio
- Lámpara cialítica
- Puloxosímetro

- Oxígeno
- Equipo para administrar oxígeno.
- Aspirador
- Material para administración de medicamentos (jeringa, algodón, alcohol, esparadrapo, etc.)
- Máquina de anestesia operativo
- Laringoscopio con accesorios
- Mesa de media luna (mesa de instrumental, mesa de mayo)
- Coche de paro
- Material Quirúrgico ropa estéril
- Coche con antisépticos
- Termómetro
- Mesa quirúrgica (sabana solera, hule, ropa abrigadora)
- Soportes
- Formatos de atención (notas de enfermería, BH, grafica, formato de cirugía,
- Insumos para el procedimiento quirúrgico
- Formato de cirugía segura, hoja de consumo).
- Fármacos de Emergencia al alcance

INDICACIONES:

- Fracturas multifragmentarios
- Fractura expuesta
- Fractura Diafisarias de tibia y peroné

COMPLICACIONES:

- Osteomielitis
- Hematomas
- Seudo artrosis.
- Consolidación viciosa.
- Infección.
- Persona responsable del Cuidado:

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.

- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
 - Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
 - Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
 - Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
 - Registrar los resultados del recuento.
 - Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
 - Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
 - Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADO ESPERADO (NOC)
<p>DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE 2 LESION FISICA DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (000461)R/C HERIDA TRAUMATISMO</p> <p>00004 RIESGO DE INFECCION R/C alteración de las defensas primarios (rotura de piel, traumatismo de los tejidos E/P herida Qx</p> <p>00132 DOLOR AGUDO R/C agentes lesivos E/P alteración del tono muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integridad tisular piel y miembros(1101) • Severidad de infección(0703) • 1103 curación de herida por segunda intención 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de herida, inmovilización • Protección contra infección • 3440 cuidados del sitio de incisión. 6540 Control de infección

	<ul style="list-style-type: none"> • 1605 control de dolor (acciones personales para controlar el dolor) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1400 manejo del dolor
--	---	---

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guía NANDA 2015-2017
- 2.- Manual del NOC Y NIC 2015-2018
- 3.- Manual de guía de Intervención del Hospital Casimiro
- 4.- Dirección General de calidad y Educación en salud disponible
Plan de Cuidado Estandarizado sopor de diagnóstico de
Enfermería Barcelona España Ed. Masson 2005-p-38
- 5.- Jhnson Mr,vale S.A. Clinica Manajemontoy-Organi PSP clínica
and Experta Btter
Worth Heinerann Heinenann 1992-528-35