



---

**Trabajo Original**

**Evaluación de la cirugía mínima invasiva. Hospital Universitario Camilo Cienfuegos Sancti Spiritus. 2001.**

**Assessment of minimally invasive surgery. "Camilo Cienfuegos" University Hospital". Sancti Spiritus.2001.**

**Lic. Félix Álvarez Gómez<sup>1</sup>, Lic. María del Carmen Soto Ruiz<sup>2</sup>**

1. Licenciado en Enfermería. Enfermero de Vigilancia Epidemiológica. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas. Miembro titular de la SOCUENF.
2. Licenciada en Enfermería. Enfermera de Cirugía Endoscópica. Colaborador docente. Miembro titular de la SOCUENF.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en el Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" de Sancti-Spíritus, del 1ro de Junio del 2000 al 30 de Junio del 2001, con el propósito de destacar, el rol de enfermería en el trabajo que se realiza en el quirófano de cirugía laparoscópica. La población de estudio la constituyeron los 434 casos intervenidos quirúrgicamente en el salón No. 12 (Cirugía Laparoscópica), donde el sexo femenino predominó en ambas técnicas quirúrgicas con 302 casos (79,47 %). El mayor porcentaje en cirugía laparoscópica correspondió al grupo de 26 a 35 años de edad con un 27,36 (52) y en la cirugía convencional el grupo predominante fue el de 36 a 45 con un 23,15 % (44). En cuanto a los casos operados el 44.73% tuvo un tiempo que duró entre 25 y 39 minutos en la cirugía laparoscopia el cual se considera un tiempo adecuado, la cirugía convencional tubo un mayor tiempo quirúrgico. Al relacionar los diagnósticos de enfermería con ambas cirugías, se constató que la cirugía convencional aportó los por cientos más relevantes por ser más cruenta que la de mínimo acceso.

**DeCS:** ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO, COLESCISTECTOMIA LAPAROSCOPICA / enfermería, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS /enfermería.

## ABSTRACT

A prospective descriptive study was made at the "Camilo Cienfuegos" University Hospital of Sancti-Spíritus, from June 1 of 2000 to June 30 of 2001, with the purpose of highlighting the role of nursing in the work that is carried out in the laparoscopic surgery room. The study population was made up of 434 cases surgically intervened in room No. 12 (Laparoscopic Surgery), where the female sex prevailed in both surgical techniques with 302 cases (79,47%). The greatest percent in laparoscopic surgery corresponded to the group from 26 to 35 years of age with a 27,36% (52) and in conventional surgery the predominant group ranged from 36 to 45 with 23,15% (44). Regarding the operated cases, 44.73% took a time that lasted between 25 and 39 minutes in laparoscopic surgery, which is considered an appropriate time. Conventional surgery had a longer surgical time. When relating the nursing diagnoses with both surgeries, it was confirmed that conventional surgery contributed the most relevant percents, as it is more invasive than that of minimum access.

**MeSH:** OPERATING ROOM NURSING, MINIMALLY INVASIVE SURGICAL PROCEDURES /nursing, CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC / nursing .

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es un arte y una ciencia que requiere la comprensión y aplicación de los conocimientos de técnicas específicas de la disciplina <sup>1</sup>. La función de la enfermera en la prestación de los servicios asistenciales es dinámica, cambiante y el alcance actual en la práctica de la profesión incluye no solo las funciones tradicionales, sino también una amplia gama de actividades anteriormente reservadas a médicos y a otros miembros del equipo del personal de asistencia <sup>2</sup>.

Virginia Henderson elaboró una definición conceptual de la enfermería que recoge todos los aspectos necesarios para desarrollar el "papel enfermera", al señalar que: "...Consiste en asistir al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a la muerte pacífica), que este realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia en la mayor brevedad posible" <sup>1</sup>.

Es indudable que los cambios que se han producido en el sistema de servicio de salud los que han repercutido en el ejercicio de enfermería, y los cuidados a los pacientes que sufren enfermedades del sistema biliar tienen como finalidad y objetivo la prestación de servicios de enfermería <sup>2,3</sup>.

El tratamiento de las valvulopatías y cálculos vesiculares es necesario para aliviar los síntomas persistentes, eliminar las causas de los cólicos vesiculares y tratar la colecistitis agudas, el quirúrgico es el tratamiento de elección cuando los síntomas del enfermo han cedido o si lo exige su estado como medida de urgencia <sup>2</sup>.

Los avances tecnológicos quirúrgicos especialmente en el campo de la cirugía mínima invasiva (CIM), han provocado que esta sea cada día más conocida por los pacientes y solicitados por los mismos con mayor frecuencia. Esto ha influido para que muchos cirujanos generales se vean comprometidos a realizar este tipo de procedimiento a sus pacientes <sup>4,5</sup>.

En la historia de la cirugía muy pocas operaciones han cambiado el pensamiento y los hábitos operatorios como lo ha hecho la técnica quirúrgica laparoscópica en solo unos años hemos asistido a uno de los avances tecnológicos más importantes del siglo XX. La cirugía endoscópica pasaría a ser la vía por la cual el cirujano llevaría a cabo gran parte de las intervenciones hechas anteriormente por vía abierta y aproximadamente el 70-80 % de los pacientes son candidatos a este tipo de cirugía <sup>2-6</sup>.

La colecistectomía laparoscópica es actualmente la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular en el adulto por las múltiples ventajas que ofrece sobre la colecistectomía tradicional y la mini-laparotomía, esta técnica es aplicable también a los pacientes pediátricos con algunas variantes<sup>5</sup>.

Está bien definido el papel de la enfermera en este tipo de cirugía como miembro del equipo de salud, preparada y adiestrada con esta finalidad. En enfermería se utilizan cada vez más una creciente lista de diagnósticos con el objetivo de identificar y clasificar problemas del paciente realizando acciones inherentes a la profesión para la cual cuenta con conocimientos, habilidades y responsabilidades en el tratamiento<sup>2</sup>.

El objetivo general de esta investigación es destacar el rol del personal de enfermería en el la Cirugía Laparoscópica, además de investigar el tiempo consumido en ambas cirugías, identificar las patologías tratadas con mayor frecuencia, exponer los diagnósticos de enfermería en ambas cirugías y relacionar las acciones de enfermería utilizadas en cada cirugía.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en el Hospital Universitario “Camilo Cienfuegos” de Sancti-Spíritus, del 1ro. de Junio del 2000 al 30 de junio del 2001. la población de estudio la constituyeron los 434 casos intervenidos quirúrgicamente en el salón No. 12 (Cirugía Laparoscópica), de ellos fueron seleccionados al azar 380 pacientes, independientemente de su patología. La información se obtuvo del registro control de este quirófano y las historias clínicas de los pacientes, se diseñó un modelo registro que contenía los siguientes aspectos que relacionamos a continuación:

- No. de casos
- Sexo
- Edad
- tipo de operación
- tiempo quirúrgico
- diagnósticos de enfermería más frecuentes
- acciones de enfermería inherente a nuestra profesión.

Para procesar esta información se creó una base de datos en Excel y los resultados fueron expuestos de forma porcentual en tablas y cuadros de salida.

## **RESULTADOS**

La tabla No. 1 Relaciona el sexo con el tipo de cirugía realizada en el salón de cirugía laparoscópica donde el sexo femenino predominó en ambas técnicas quirúrgicas con 302 casos (79,47 %.), sobre los masculinos 78 (20.53%). En la Tabla No. 2 se observa que el mayor porcentaje en cirugía laparoscópica correspondió al grupo de 26 a 35 años de edad con un 27,36 % (52) y en la cirugía convencional el grupo predominante fue el de 36 a 45 con un 23,15 %(44). En ambas cirugías el grupo de edades de mayor predominio recayó en el de 36 a 45 años con 90 casos (23,68%). Los grupos menos afectados fueron los más jóvenes 27 y los pacientes de la 3ra edad (44). El mayor porcentaje de casos operados 44.73% se realizó entre 25 y 39 minutos en la cirugía laparoscópica., la cirugía convencional tubo un mayor tiempo quirúrgico con relación a la anterior (53,68 %)(Tabla No. 3).

La tabla No 4. relaciona las técnicas quirúrgicas con los tipos de cirugías, donde el mayor porcentaje 86,31% correspondió a la colecistectomía en ambos casos. El resto de las técnicas quirúrgicas realizadas no fueron representativas.

Al relacionar los diagnósticos de enfermería con ambas cirugías, pudimos constatar que la cirugía convencional aportó los porcentajes más relevantes, distribuidos de la siguiente manera: Dolor 45,2%, intolerancia a la actividad 44,7 % y el alto riesgo a las infecciones con el 43,4 %; No ocurriendo así en la Cirugía Videoasistida donde el dolor solo alcanzo el 15,7 %, la intolerancia a la actividad el 10,5 % y el riesgo a las infecciones solo el 1.3 %.

## **DISCUSIÓN**

El predominio del sexo femenino sobre el masculino en las diferentes operaciones realizadas, se debe a que la litiasis vesicular está relacionada con el embarazo y la multi-paridad por la disminución de la actividad del músculo liso del intestino y la vesícula biliar atribuido a causas mecánicas y hormonales<sup>7-9</sup>.

Nuestra investigación coincide con otros autores al plantear que en las edades medias de la vida aumenta la prevalencia de cálculos vesiculares como consecuencia de mayor secreción de colesterol y síntesis de ácidos biliares en el hígado, es poco frecuente en niños y adultos jóvenes la presencia de esta patología y en el anciano las posibilidades de anestesia constituye un riesgo relativo<sup>2, 8,10</sup> (Tabla No. 2).

Entre los factores de riesgos que predisponen la aparición de la sépsis de la herida se describe el tiempo quirúrgico, este riesgo se potencializa cuando el mismo aumenta. En nuestro trabajo aunque el tiempo no fue muy alto el mismo se comportó de manera adecuado para los tipos de intervenciones que se realizaron<sup>9</sup>.

La colecistectomía es la técnica que más se realizó ya que está en correspondencia con el instrumental que poseemos en nuestra institución y que se utiliza en esta técnica quirúrgica sumado a ello la prevalencia de estas afecciones de vías biliares principales que constituyen la segunda causa de intervenciones quirúrgicas tanto en Cuba como en el mundo<sup>11-14</sup>.

Las necesidades afectadas en la cirugía videoasistida, son menores ya que se realiza una mínima incisión, no hay manipulación de asas intestinales, corta estadía, mayor confort del paciente entre otras<sup>12,13</sup>. Los diagnósticos de enfermería aparecieron con menor frecuencia que en la cirugía convencional (Tabla No. 5).

El porcentaje mayor de pacientes intervenidos correspondió al sexo femenino. Los grupos de edades menos afectados fueron los de 16/25-65/ y más años. El grupo de edades que más utilizó la cirugía laparoscópica fue el de 26/35 años y la convencional el de 36/45 años. La tres cuarta parte de los paciente operados por mínimo acceso solo consumieron de 25 a 39 minutos y la cirugía convencional necesito un mayor tiempo. La técnica quirúrgica más utilizada fue la Colecistectomía. Los Diagnósticos de Enfermería encontrados con mayor frecuencia en la cirugía convencional fueron los relacionados con la integridad hística, el dolor, el alto riesgo de infección, la intolerancia a la actividad. Estos mismos fueron hallados en la de mínimo acceso pero en un porcentaje mucho menor.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA:**

1. Valorar y registrar características del dolor: Intensidad y frecuencia.
  2. Educación Sanitaria.
- Nuevas estrategias para aliviar el dolor: Distracción, relajación, estimulación cutánea, etc.
  - Instruir a pacientes y familiares acerca de efectos colaterales de los analgésicos, así como su prevención.

1. Apoyo emocional.
2. Constatar datos del paciente en la historia clínica.
3. Interpretar signos vitales.
4. Inserción de catéter o cánula venosa periférica con la técnica adecuada y extremando las medidas de asepsia y antisépsia.
5. Cura de catéter o cánula venosa periférica.
6. Retirada de catéter o cánula venosa periférica.
7. Cura de herida al aire.
8. Mantenimiento de la perfusión intravenosa.
9. Arreglo de la cama quirúrgica.
10. Promoción de reposo y sueño. Crear ambiente.
11. Cambios posturales para estimular el sueño, la circulación periférica y alivio del dolor.
12. Crear un ambiente que propicie la eliminación urinaria.
13. Facilitar cuña o pato.
14. Estimular la actividad física (movilizar al paciente).
15. Retirada de puntos.
16. Retirada de grapa.
17. Brindar revistas o periódicos.
18. Instalar medidas de protección y bienestar al enfermo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casaus Peman I, Coca Gradín M, Diz Gómez J. Gestión de cuidados. En: Introducción a la gestión de enfermería. Madrid: Olallas; 1995.p.43-145.
2. Smeltzer Susanne C. Valoración y tratamiento de pacientes con enfermedades del hígado y vías biliares En: Enfermería médico quirúrgico. México: Mc Graw Heil Interamericana; 1998.p.971-1025.
3. Smith Dorothy W, Carol P, Hanley G. Enfermería Médico Quirúrgico. La Habana: Científico técnica;1991.
4. Tijerina Gómez L, Weiss O, Burss G. Adiestramiento en cirugía de invasión mínima. Cir Ciruj. 1995;63 (3):115-119.
5. González Sabio MA, Millian Sandoval R, González R, González Vergara R, Víctorio Barrera PA, Martín Dieppa JM. Colectistomía en el niño. Rev Cubana Pediatr. 1994;66(2): 84-86.
6. González Sabio MA. Manual de cirugía por acceso mínimo en el niño. La Habana: Científico Técnica; 1996.
7. Hess W. Colectitis, colélitiasis y sus complicaciones. En: Demling L. Gastroenterología clínica. Barcelona: Editorial Toray; 1989.p.964-986.
8. García Gutiérrez A. Normas de Cirugía. La Habana: Científico Técnico;1982. p.522-525.
9. Reyes Baseiros E. Colectistomía laparoscópica. Rev Cubana Cir. 1999;38(2):84-87.
10. Quintana Marrero J. Colectistomía en Pacientes de 60 Años y más. Rev Cubana Cir. 1997; 6(2): 121-125.
11. Pirriz Monblant A, Suárez Salazar J. Cirugía en vías biliares principales. Rev Cubana Cir .1994; 33 (1-2):10-14.
12. Reddick Eddie J. Laparoscopic cholecystectomy. En: Reddick EJ. Atlas of laparoscopic surgery. New York: Raven press;1993.p.1-70.
13. Amara LJ. Método simplificado para efectuar la Colectistomía Laparoscópica. El Hospital 1995; 51(3):115-119.
14. Jean Le´Clear N, Villalonga Rguez J, Valera Mena R. Complicaciones de la colectistomía. Rev Cubana Cir. 1994 Ene-dic; 33(1-2): 47-57.