

Proceso Enfermero aplicado a paciente sometido a Colectomía vía Laparoscópica: Primeras Intervenciones

Nursing Process applied to a patient undergoing Laparoscopic cholecystectomy: first interventions

Abraham M. Mendoza-Uvaldo^a, Yaderit I. Vergara-Pérez^b, Reyna C. Jiménez-Sánchez^c, Olga R. Flores-Chávez^d, Cristian A. Revoreda-Montes^e

Abstract:

The inflammation of the gallbladder is called cholecystitis, the resolution is the surgical procedure called cholecystectomy and the laparoscopic route represents up to 75.7% of the total procedures performed. Nursing personnel have a fundamental role in the surgical area as they perform various interventions aimed at reducing or minimizing the actual or potential human responses desired or not in a patient, linking the Nursing Process with the use of the interrelated NANDA, NOC and NIC taxonomies the CPGs, the Clinical Care Algorithms, the Essential Actions for Patient Safety and the International Goals, which strengthens the Evidence-Based Nursing Practice with the use of Quality Indicators. The five stages of the Nursing Process are presented, through the assessment of nursing by a focused method and function patterns, nursing diagnosis, ranking of diagnoses, planning of nursing interventions and execution of these in the intraoperative and their pre- and post-intervention evaluation. Target score and a series of recommendations to optimize nursing interventions.

Keywords:

Nursing diagnosis, surgical nursing, laparoscopy, nursing process

Resumen:

Se denomina colecistitis a la inflamación de la vesícula biliar, la resolución es mediante el procedimiento quirúrgico denominado colectomía y la vía laparoscópica representa hasta en 75.7% del total de los procedimientos realizados. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el área quirúrgica pues realiza diversas intervenciones encaminadas a disminuir o minimizar las respuestas humanas reales o potenciales deseadas o no en un paciente, vinculando el Proceso Enfermero con el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC interrelacionado las GPC, los Algoritmos de Atención Clínica, las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y las Metas Internacionales, lo que fortalece la Práctica de Enfermería Basada en Evidencias con el uso de los Indicadores de Calidad. Se presentan las cinco etapas del Proceso Enfermero, mediante la valoración de enfermería por método focalizado y patrones funciones, diagnóstico enfermero, jerarquización de diagnósticos, planeación de las intervenciones y ejecución de estas en el transoperatorio y su evaluación pre y post intervención. Puntuación diana y una serie de recomendaciones para optimizar las intervenciones de enfermería.

Palabras Clave:

Diagnóstico enfermero, enfermería quirúrgica, laparoscopia, proceso enfermero

^a Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-7467-3185>, Email: me413884@uaeh.edu.mx

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-1596-5609> Email: yaderit_vergara@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-9264-8514>, Email: jimenezs@uaeh.edu.mx

^d Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-9479-9834>, Email: ofloresc@uaeh.edu.mx

^e Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-5403-3527>, Email: cristian_revoreda@uaeh.edu.mx

Introducción

Se denomina colecistitis a la inflamación de la vesícula biliar, esta condición ocurre cuando uno o varios cálculos obstruyen el conducto cístico, por donde se canaliza la bilis, la colecistitis es el problema más frecuente y uno de los principales motivos de intervenciones quirúrgicas electivas y de urgencia en México, encontrándose con mayor prevalencia en mujeres (80%) que en hombres (20%), la colecistectomía vía laparoscópica representa hasta en 75.7% del total de los procedimientos realizados por esta vía. Presenta diversas ventajas en relación con la cirugía cielo abierto, como la corta estancia hospitalaria.¹

El trabajo del personal de enfermería en el área quirúrgica es complejo, pues implica intervenciones independientes y de colaboración con otros profesionales de la salud, como cirujanos, y anestesiólogos, estas intervenciones se plantean desde la perspectiva metodológica de la aplicación del Proceso Enfermero lo que permite brindar cuidados de calidad, homogéneos, estandarizados y estructurados mediante la aplicación de las Taxonomías NANDA, NOC, y NIC; interrelacionando Guías de Práctica Clínica, Algoritmos de Atención Clínica, Enfermería Basada en Evidencias y la Normatividad aplicable en la unidad quirúrgica.

La enfermería es la disciplina que se encarga atender las respuestas humanas que presenta el individuo a lo largo de su desarrollo, bien durante un periodo de tiempo o ante una situación en particular, en este sentido el profesional de enfermería puede disminuir, y atender los efectos que el individuo puede manifestar durante el perioperatorio.

Presentación del caso

Método focalizado durante la visita preoperatoria inmediata.

Paciente femenino de 82 años de edad, acude al servicio de urgencias en estado consciente acompañada de su hija. Refiere dolor abdominal (7/10 EVA) en hipocondrio derecho con ligera irradiación a la región infraescapular y náusea. Al ingreso se realiza USG abdominal, hepático y de vías biliares. Con antecedentes de Diabetes Tipo II de 20 años evolución, controlada con insulina NPH 8 UI por las noches. Hipertensión arterial con evolución de 50 años controlada con losartan 50 mg vía oral cada 12h; Isosorbida de 10 mg vía oral en caso de dolor torácico, metoprolol vía oral cada 12 h.

Etapas I: Valoración por patrones funcionales.

1. Percepción y manejo de la salud

La paciente reconoce no tener un estado de salud óptimo pues presenta algunas enfermedades crónicas degenerativas acompañadas de un cuadro prolongado de tristeza, sin embargo, refiere estar controlándose apegándose al tratamiento farmacológico, comenta que evita las toxicomanías y mantiene una alimentación regular en conjunto de una buena higiene personal. En cuanto a resultados de laboratorio se tipifica O Rh positivo.

2. Nutricional/Metabólico:

A la somatometría se determina peso de 72 kg, talla 1.60 cm., e IMC de 28.12 m², glucosa de 119 mg/dL↑, T/A de 130/86 mmHg↑, temperatura de 36.8° C, Sat O₂ de 96%, Frecuencia Cardíaca de 79 lpm, Frecuencia Respiratoria de 20 rpm, llenado capilar de 2s, presenta ligera palidez tegumentos, narinas permeables y mucosa oral semihidratada con ligera palidez, refiere reflejo nauseoso. En la analítica Hb 14.2 g/dL, Hto 44.2%, leu 5.9 miles/ μ L, neu 3.57 miles/ μ L, lin 1.44 miles/ μ L, plaq 141 miles/ μ L, TTP 39.4 s, TP 22 s, INR 1.67, glu 119 mg/dL. USG Hepático y Vías Biliares, vesícula biliar de 11.1 x 5.7 x 6.36 cm con volumen 188 cc. Pared aumentada de 0.65 cm, con múltiples imágenes de litos, porta de 1.02, colédoco 0.83 cm. ASA III, Mallampati I, mordida no valorable.

3. Eliminación

En la analítica (QS) Creatinina 1.49 mg/dL, BUN 47mmol/L↑, Urea 100 mg/dL ↑ BT 2, BD 1.2 (Electrolitos Séricos), Na 133 mEq/L, K 4.7 mEq/L, y Cl 102 mEq/L.

4. Actividad/Ejercicio

La paciente refiere limitaciones para el movimiento siendo necesarios dispositivos auxiliares para la marcha. ECG con datos de evidencia eléctrica de infarto en la región inferior, con Fibrilación Auricular de respuesta ventricular alta. Goldman II.

5. Descanso/Sueño

Irrelevante.

6. Cognitivo/Perceptivo

La paciente se encuentra consciente, orientada en persona, tiempo y espacio, indiferente al medio y atiende órdenes sencillas en Glasgow de 14/15. Presentando dolor abdominal en hipocondrio derecho y manifestando hipoacusia bilateral además de presentar alteraciones en la vista y escleróticas ligeramente ictéricas.

7. Autopercepción/Autoconcepto

Manifiesta el deseo de la atención quirúrgica.

8. Rol/Relaciones

No se identifica dificultad para concentrarse, presenta cuadro de tristeza (se espera referencia a Salud Mental una vez dada de alta). La paciente es viuda, tiene 10 hijos, actualmente vive sola.

9. Sexualidad/Reproducción

Menarquia a los 12 años. Menopausia a los 50 años. 10 Gestas, 10 Partos, 1 Aborto. Comenta que durante su vida sexual activa no utilizó un método anticonceptivo. FUM fue en junio de 1992.

10. Adaptación/Tolerancia al estrés

Sin datos de síndrome confusional perioperatorio.

11. Valores y Creencias

De religión católica, a consideración de gran importancia en su vida, encuentra apoyo en Dios.

Etapa II: Diagnóstico.

El diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre las respuestas humanas individuales presentadas durante el periodo intraoperatorio a problemas de salud reales o potenciales los cuales eventualmente requieren de intervenciones independientes o colaborativas con el propósito de resolverlas, disminuirlas o erradicarlas. 2 Los diagnósticos establecidos fueron:

- 1.- Riesgo de lesión como lo evidencia agente nosocomial (ambiente y rutinas quirúrgicas), exposición a patógenos (infecciones nosocomiales) y barreras físicas (edad, patología e IMC).
- 2.- Riesgo de infección como lo evidencia la obesidad y alteración de la integridad cutánea.
- 3.- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.
- 4.- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica evidenciado por obesidad y malnutrición.
- 5.- Riesgo de hipotermia perioperatoria evidenciado por temperatura ambiental baja, anestesia general, complicaciones cardiovasculares y procedimiento quirúrgico.
- 6.- Riesgo de sangrado evidenciado por conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado.
- 7.- Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por deseos de mejorar la gestión de la enfermedad, deseos de mejorar la gestión de los síntomas y deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutica prescrito.
- 8.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor, hiperventilación y obesidad como lo demuestra patrón respiratorio anormal y disnea.
- 9.- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos, agentes lesivos físicos como lo demuestra el

cambio en parámetros fisiológicos, dilatación pupilar y expresión facial de dolor.

A partir del establecimiento de estos diagnósticos se realizó la jerarquización mediante el uso de la Red Lógica del Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (Figura 1)

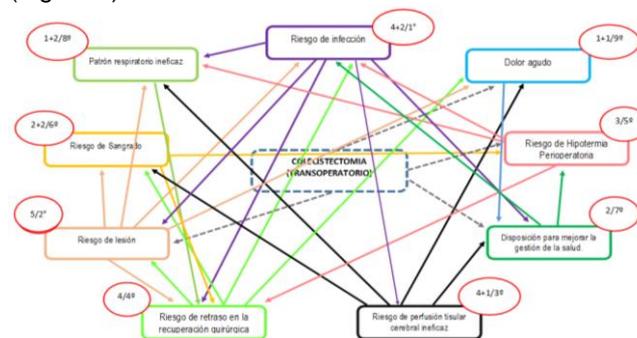


Figura 1. Jerarquización de los diagnósticos NANDA

A partir de esta red de razonamiento (modelo AREA) se determinó mediante un análisis de interrelación que el diagnóstico de **Riesgo de infección como lo evidencia la obesidad y alteración de la integridad cutánea** fue considerado como el principal, ya que se considera que sus intervenciones conllevan a disminuir de forma considerable la potencialidad de desarrollar complicaciones en el en el posoperatorio inmediato, mediato y tardío y con ello mejorar la calidad de vida de la paciente.

Etapa III y IV: Planeación y Ejecución

En esta etapa se establecieron las estrategias necesarias para reforzar las respuestas humanas encontradas en la etapa de valoración, estas han de determinar cómo se brindarán los cuidados de enfermería de forma estructuradas y organizadas. Estas intervenciones reúnen enfoques multidisciplinarios.

A partir de una evaluación de las principales respuestas humanas, así como el establecimiento de las prioridades, basándose en la evidencia, los estándares relativos a las rutinas quirúrgicas; se determinaron los problemas urgentes, y después los problemas generales. Para con base en estos datos, se establecieron los objetivos (NOC) que dirigirán las intervenciones, así como los que son factores de protección y aseguramiento de la bioseguridad de la paciente.

Se estableció el resultado NOC, para medir la resolución del diagnóstico enfermero: Control del riesgo: proceso infeccioso, perteneciente a al Dominio: Conocimiento y conducta de la salud, y a la Clase: control del riesgo. Para ello se establecieron los siguientes indicadores:

1. Identificación de los factores de riesgo de la infección.

2. Control del entorno para identificar los factores asociados al riesgo de infección.
3. Identificación (y establecimiento) de estrategias para protegerse frente a una infección.
4. Mantiene un entorno limpio (sala aséptica).
5. Practica de lavado de manos quirúrgico por parte del personal.
6. Identificación del riesgo de infección en las actividades diarias [...perioperatorias...].
7. Control ...de las... conductas ...del... personal y de los factores asociados al riesgo de infección.
8. Toma de medidas inmediatas para reducir el riesgo (profilaxis antibiótica).
9. Adapta estrategias de control de infección (preparación quirúrgica de la piel).

A partir del objetivo NOC se plantearon las siguientes intervenciones NIC:

Control de infecciones: intraoperatoria

CAMPO: Fisiológico complejo.

CLASE: Cuidados perioperatorios.

1. Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales: Las áreas específicas del inciso anterior (Las áreas [...], las unidades quirúrgicas y [...]) contarán con un manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área, así como los mecanismos que permitan llevar a cabo una vigilancia estricta sobre su cumplimiento dejando constancia en una bitácora de control; [...].
2. Verificar que se hayan administrado antibióticos profilácticos. GPC Infección de sitio quirúrgico: Para procedimientos quirúrgicos la administración de profilácticos debe ser entre 30 y 60 min antes de incidir la piel. Se observó que la profilaxis antibiótica preoperatoria con ceftriaxona mostro una disminución en el RR del 30% comparado con cefalosporinas y del 22% comparado con otros antibióticos.
3. Asegurarse de que el personal de quirófano vista las prendas apropiadas. GECG Preparación del personal quirúrgico: Menciona que el porte de una vestimenta quirúrgica adecuado disminuyo las infecciones nosocomiales, convirtiéndose en una barrera de protección para los pacientes en estado vulnerable susceptibles a M.O oportunistas.
4. Asegurar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material. NOM-016-SSA3-2012: La unidad quirúrgica es un área de circulación restringida, que, a su vez, se integra de áreas con diferentes características y grados de restricción en la circulación, que requieren estar claramente delimitadas para que se

mantengan las condiciones de asepsia y ambiente estéril que demandan cada una de ellas en particular.

5. Salvaguardar las técnicas de aislamiento según corresponda. NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales en el apartado 3.1.27 Prevención de infección nosocomial: a la aplicación de medidas para evitar o disminuir el riesgo de adquirir y/o diseminar las infecciones nosocomiales.

6. Verificar la integridad del embalaje estéril. NOM-016-SSA3-2012, 6.5.1.1.5 Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.5: de esta, en particular, en aquellos residuos que requieran de procesos de inactivación química y esterilización física.

7. Verificar los indicadores de esterilización. GPC Para la Seguridad del Paciente Quirúrgico: determina los criterios que debe cumplir con estándares en el área quirúrgica, como lo es la resistencia a la penetración microbiana basada en diversos indicadores estériles, tanto físicos como biológicos.

8. Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.

Organización Panamericana de la salud. Manual de esterilización para centros de salud. Washington, D.C.: OPS; 2008: Una técnica adecuada de empaque, brinda una adecuada protección, identificación y mantenimiento de la esterilidad, además facilita el transporte, el manejo por el usuario, la apertura y la transferencia del material estéril con técnica aséptica, permitiendo una utilización segura de este.

9. Garantizar el abasto de suministros e insumos para realizar el lavado de manos quirúrgico. PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES OMS Monografía No. 54. En la mayoría de los casos los suministros se almacenan y se distribuyen en el departamento respectivo, en este caso el instrumental quirúrgico y los suministros en el quirófano. Pero cuando el volumen de estos artículos es grande, es necesario guardarlos en un almacén central que facilite la adquisición de estos.

10. Realizar el cepillado de manos y uñas, y utilizar bata y guantes, según las normas del centro. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales: 3.1.31 Técnica aséptica o técnica estéril, a la estrategia utilizada en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos. La técnica estéril comprende lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico el uso de barreras estériles (campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple (cubre-bocas) y el uso de todo el instrumental estéril) y la utilización de antiséptico para preparación de la piel o mucosas.

11. Ayudar a colocarse los guantes y la bata los miembros del equipo. Guía de Estudios de Cirugía General: Proporcionar apoyo al cirujano para completar la colocación del camisolín y guantes quirúrgicos.

12. Separar los suministros estériles de los no estériles. NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada: Menciona que se debe tener un amplio manejo de los materiales para guardar las normas de condición de asepsia y ambiente estéril.

13. Mantener la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material. GPC Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgicos: Recomienda no utilizar campos quirúrgicos autoadherible de forma rutinaria puesto que pueden aumentar el riesgo de IHQ.

14. Aplicar paños (campos) absorbentes para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana. GPC Prevención y diagnóstico de la infección del sitio quirúrgico: Existe evidencia firme de disminución en el riesgo de ISQ cuando se utiliza material absorbible.

15. Administrar la antibioticoterapia apropiada. GPC Prevención y Diagnóstico de la Infección de Sitio Quirúrgico: Se recomienda una sola dosis de antibiótico con una vida media lo suficientemente larga para lograr actividad durante el procedimiento quirúrgico.

Regulación de la temperatura perioperatoria

CAMPO: Fisiológico complejo.

CLASE: Cuidados perioperatorios.

1. Identificar y analizar el tipo de anestesia previsto para el paciente con el equipo quirúrgico. GPC Valoración Perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto: La Sociedad Americana de Anestesia (ASA) recomienda la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo al estado físico del paciente, circunstancias que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, a través de una escala que califica del 1 al 6 según su estado clínico.

2. Identificar los factores de riesgo del paciente de experimentar anomalía de la temperatura corporal (edad). GPC Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico: No inmunizados (neumococo e influenza b), prematuridad, comorbilidades: cirugía, cromosomopatías, infección, enfermedades congénitas, ventilador dependiente, nutrición parenteral (NPT).

3. Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia (mantener la temperatura a 23 °C). Mantener la temperatura a 22°C disminuye significativamente el riesgo de infección.

4. Proporcionar soluciones de irrigación caliente. GPC intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico: El calentamiento de líquidos endovenosos en comparación con líquidos a temperatura ambiente ha mostrado una menor incidencia de hipotermia en pacientes que recibieron los líquidos endovenosos calentados al final de la cirugía.

5. Proporcionar gases intraperitoneales calentados (por ejemplo: dióxido de carbono) para laparoscopia. GPC: Laparotomía y laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo NO traumático en el adulto. Tiene como finalidad la observación de órganos abdominales, la cual se lleva a cabo mediante pequeñas incisiones a través de una aguja que insufla gas (CO₂) y trocares, puede ser diagnóstica o terapéutica.

6. Monitorizar los signos vitales, incluida la temperatura corporal central continua. GPC Prevención Y Diagnóstico de la Infección de Sitio Quirúrgico: Grados leves de hipotermia favorecen disfunción de neutrófilos, hipoxia tisular por vasoconstricción, aumento en la formación de hematomas y mayor pérdida de sangre.

7. Monitorizar los aumentos o disminuciones anormales o no intencionados de la temperatura corporal. GPC Prevención y diagnóstico de la infección del sitio quirúrgico: La normotermia en el posoperatorio inmediato, reduce la posibilidad de ISQ.

8. Asegurarse de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente está despierto y alerta. GPC intervenciones preventivas para la seguridad del paciente quirúrgico: La temperatura del paciente deberá tomarse y documentarse previo al traslado a quirófano y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea mayor a 36°C y deberá tomarse cada 30 minutos hasta el final de la cirugía. El paciente debe estar cubierto adecuadamente previo, durante y posterior a la intervención para conservar adecuada temperatura corporal.

Una vez establecidas las intervenciones y validadas de acuerdo a los estándares de atención, se ejecutó el plan de cuidados, y la documentación de la evolución de la paciente, para esta etapa se puso a disposición de la paciente los recursos físicos e intelectuales de la unidad quirúrgica y del personal, de tal forma que la paciente, con la dirección del personal de enfermería perioperatoria, se interviniera en las respuestas humanas identificadas en la etapa de valoración.

Etapa V: Evaluación

En esta etapa se realiza una valoración cuidadosa y detallada de los aspectos que ocurrieron durante el pre, trans y posoperatorio de la paciente, lo que permite continuar con el proceso; para esto se realizó una evaluación preintervención mediante los indicadores

NOC, encontrando una puntuación Diana de Frecuentemente demostrado, y se estableció la posibilidad de aumentar a Siempre demostrado, manteniendo en todo momento la puntuación en un máximo de Frecuentemente demostrado.

Indicadores	1	2	3	4	5
Identificación de los factores de riesgo de la infección				X	
Control del entorno para identificar los factores asociados al riesgo de infección				X	
Identificación (y establecimiento) de estrategias para protegerse frente a una infección				X	
Mantiene un entorno limpio (sala aséptica)					X
Practica de lavado de manos quirúrgico por parte del personal					X
Identificación del riesgo de infección en las actividades diarias [...perioperatorias...]				X	
Control ...de las... conductas ...del... personal y de los factores asociados al riesgo de infección				X	
Toma de medidas inmediatas para reducir el riesgo (profilaxis antibiótica)					X
Adapta estrategias de control de infección (preparación quirúrgica de la piel)					X

Una vez ejecutadas las intervenciones se realizó una evaluación transintervención y posintervención encontrando una puntuación Diana de siempre demostrado, lo que sugiere concluir con el proceso enfermero transoperatorio y eventualmente mantener a siempre demostrado.

Indicadores	1	2	3	4	5
Identificación de los factores de riesgo de la infección					X
Control del entorno para identificar los factores asociados al riesgo de infección					X
Identificación (y establecimiento) de estrategias para protegerse frente a una infección					X
Mantiene un entorno limpio (sala aséptica)					X
Practica de lavado de manos quirúrgico por parte del personal					X
Identificación del riesgo de infección en las actividades diarias [...perioperatorias...]					X
Control ...de las... conductas ...del... personal y de los factores asociados al riesgo de infección					X

Toma de medidas inmediatas para reducir el riesgo (profilaxis antibiótica)					X
Adapta estrategias de control de infección (preparación quirúrgica de la piel)					X

Conclusiones

Sin lugar a dudas el PE, mejora de manera sustancial la calidad de los cuidados de enfermería en cualquier área asistencial, para este caso la intensidad de enfermería fue similar en cuanto a las horas de estancia en la unidad quirúrgica (188/120 min) lo que contribuyó a satisfacer las necesidades y mejorar la funcionalidad de cada patrón, y permitió una pronta recuperación (reducción de la estancia hospitalaria), garantizando el bienestar, la satisfacción usuaria y la confianza en el actuar específico del personal de enfermería dentro de la unidad. el PE pone de manifiesto que, su uso no discrimina el uso y la vinculación de las GPC, los AAC, las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y las Metas Internacionales, por el contrario se cimenta la Práctica Basada en Evidencias y se sustenta en el uso de los Indicadores de Calidad, en este caso el uso de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, por último la implementación correcta permite estandarizar los cuidados, optimizar los recursos de diagnóstico y tratamiento así como al referencia y contrarreferencia a los niveles de atención correspondiente.

Recomendaciones

Sin lugar a dudas el PE, mejora de manera sustancial la calidad de los cuidados de Enfermería en cualquier área asistencial.

La Intensidad de Enfermería dentro de la Unidad quirúrgica deberá ser de al menos 120 min durante la estancia quirúrgica lo que ha de contribuir a satisfacer las necesidades y mejorar la funcionalidad de cada patrón, y permitir una pronta recuperación lo que eventualmente se ha de traducir en una reducción de la estancia hospitalaria, garantizar el bienestar, la satisfacción usuaria y la confianza en el actuar específico del personal de enfermería dentro de la unidad.

El PE no discrimina el uso y la vinculación de las GPC, los AAC, las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y las Metas Internacionales, por el contrario, se cimenta la Práctica Basada en Evidencias y se sustenta en el uso de los Indicadores de Calidad, en este caso el uso de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.

Por último, la implementación correcta permite estandarizar los cuidados, optimizar los recursos de diagnóstico y tratamiento, así como a la referencia y contrarreferencia a los niveles de atención correspondiente.

Referencias

- [1] Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir gen [Internet]*. 2018 [citado el 29 de abril de 2021];40(3):175–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000300175
- [2] Nanda International. *Diagnosticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificacion. 2021-2023*. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Elsevier; 2021.
- [3] Sue M., Marion J., Meridean L. Maas Elizabeth S.. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [Internet]*. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2014. Disponible en: <https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
- [4] DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009
- [5] DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013 [6] Caballo C, Pascual A. Entrenamiento en habilidades de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un estudio cuasi-experimental. En: Universidad de Salamanca, editor. IX Jornadas Científicas Internacionales de investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca; INICO; 2012: 1-12.
- [6] DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales [Internet]. 2005. Disponible en: <https://app.bibguru.com/p/b051e1e5-3e58-47f1-b0f6-78871581585f>
- [7] Intervenciones preventivas para la Seguridad en el paciente quirúrgico [Internet]. Org.mx. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/articulos-comentados/guia-seguridad-del-paciente-quirurgico.pdf>
- [8] Gloria D, López-Herranz P, Olga D, Torres-Gómez G. *www.medigraphic.org.mx [Internet]*. Medigraphic.com. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma173f.pdf>
- [9] García Ruiz A, Gutiérrez Rodríguez L, Cueto García J, Hospital CG, Metropolitano Á, Centro CG, et al. *Cirugía laparoscópica [Internet]*. Medigraphic.com. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2016/ce162i.pdf>.
- [10] WebMaster. *Prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico [Internet]*. Cenetec-difusion.com. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=4560>
- [11] Romo F., Tomo I. *guías para manejo de urgencias [Internet]*. Manizallessalud.net. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://manizallessalud.net/wp-content/uploads/2016/11/Guia-para-manejo-de-urgencias-Tomo-I.pdf>
- [12] Gloria M. Bulechek, Howard K, Butcher, Joanne M, Dochterman. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2015.