



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“CASO CLÍNICO: CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN  
PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTITIS  
LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:**

**CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**PRESENTADO POR:**

**LUIS FERNANDO AGION GAMARRA**

**ASESOR**

**DRA. MAGDALENA TALLA LINDERMAN**

**CHINCHA - ICA - PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

### **INTRODUCCIÓN**

OBJETIVOS..... 05

LIMITACIONES..... 05

### **CAPÍTULO I**

ANTECEDENTES..... 06

BASES TEORICAS..... 17

### **CAPÍTULO II**

CASO CLINICO..... 31

### **CAPÍTULO III**

DISCUSIÓN..... 41

CONCLUSION..... 42

RECOMENDACIONES..... 43

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos abdominales más comúnmente realizados, y en los países desarrollados muchos se realizan por vía laparoscópica. Como ejemplo, el 90 por ciento de las colecistectomías en los Estados Unidos se realizan por vía laparoscópica. La colecistectomía laparoscópica se considera el "estándar de oro" para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de cálculos biliares. Este procedimiento da como resultado un menor dolor postoperatorio, mejor estética, y estancias hospitalarias más cortas y la discapacidad del trabajo que la colecistectomía abierta. Sin embargo, la tasa global de complicaciones graves en la colecistectomía laparoscópica sigue siendo mayor que la observada en la colecistectomía abierta.

Las contraindicaciones para la colecistectomía laparoscópica se relacionan principalmente con problemas anestésicos e incluyen peritonitis difusa con compromiso hemodinámico y trastornos hemorrágicos no controlados. La incapacidad de tolerar la anestesia general se considera una contraindicación relativa, pero se ha comunicado una colecistectomía laparoscópica exitosa bajo anestesia espinal.

Si hay sospecha de cáncer de vesícula biliar, se debe realizar una colecistectomía abierta.

Las contraindicaciones relativas dependen del juicio y la experiencia del cirujano, pero incluyen pacientes con cirugía abdominal extensa previa, cirrosis con hipertensión portal, enfermedad cardiopulmonar grave, colangitis activa y obesidad mórbida.

## **OBJETIVOS**

Determinar los cuidados en enfermería en pacientes post operados con ultimo avance colecistitis laparoscópica en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

## **LIMITACIONES**

Dentro de nuestras limitaciones, tendremos que la historia clínica esté mal llenada y que también tenga datos que no sean fiables para nuestro trabajo académico.

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES

Citaremos al autor Matteo Mandrioli et al con el trabajo titulado “Avances en laparoscopia para cirugía de cuidados agudos y trauma” (2017)

Las mayores ventajas de la laparoscopia en comparación con la cirugía abierta incluyen los tiempos de recuperación más rápidos, estadías hospitalarias más cortas, disminución del dolor postoperatorio, regreso más temprano al trabajo y reanudación de la actividad diaria normal, así como beneficios cosméticos. Hoy en día, la laparoscopia se considera el tratamiento de referencia en el tratamiento de la colecistitis y la apendicitis en todo el mundo. La laparoscopia incluso se ha adoptado en cirugía colorrectal con buenos resultados. Las mejoras tecnológicas en este campo quirúrgico junto con el desarrollo de técnicas modernas y la adquisición de habilidades laparoscópicas específicas han permitido su utilización en operaciones con anastomosis totalmente intracorpóreas. El progreso adicional en la laparoscopia ha incluido la cirugía laparoscópica de una sola incisión y la cirugía endoscópica transluminal de orificio natural. Sin embargo, La laparoscopia para cirugía de emergencia todavía se considera desafiante y generalmente no se recomienda debido a la falta de experiencia adecuada en esta área. Las dificultades técnicas para operar en presencia de peritonitis difusa o grandes colecciones purulentas y adherencias difusas también se dan como razones. Sin embargo, las ventajas potenciales de la laparoscopia, tanto en términos de diagnóstico como de terapia, son claras. Se pueden observar ventajas importantes en casos con peritonitis difusa secundaria a

úlceras pépticas perforadas, por ejemplo, donde la laparoscopia permite la confirmación del diagnóstico, la identificación de la posición de la úlcera y una reparación laparoscópica con un lavado peritoneal efectivo. La laparoscopia también ha revolucionado el abordaje de la diverticulitis complicada incluso cuando hay perforación intestinal. Muchas otras condiciones de emergencia pueden ser manejadas de forma efectiva por vía laparoscópica, incluido el trauma en pacientes seleccionados hemodinámicamente estables. Por lo tanto, hemos revisado la literatura científica más reciente sobre los avances en laparoscopia para cirugía de atención aguda y trauma con el fin de demostrar las indicaciones actuales y los resultados asociados con un abordaje laparoscópico para el tratamiento de las afecciones quirúrgicas de emergencia más comunes.

Tendremos también al autor Rishi Kant Aryal et al con el trabajo titulado “Evaluación retrospectiva de la colecistectomía laparoscópica Versus colecistectomía abierta en pacientes geriátricos con enfermedad aguda Colecistitis: un estudio comparativo” (2017)

Introducción: en los primeros días, la colecistitis aguda era una contraindicación de la colecistectomía laparoscópica (LC). Más temprano los pacientes con colecistitis aguda fueron manejados de forma conservadora y dado de alta para la readmisión a fin de obtener cirugía electiva realizado para el tratamiento definitivo. Resultados de varios los estudios en la literatura pasada muestran que LC es un método seguro y eficiente enfoque de tratamiento para la colecistitis aguda en comparación con colecistectomía abierta (OC). Por lo tanto, planeamos el presente estudio para evaluar a los pacientes geriátricos con colecistitis aguda que se sometió a tratamiento con LC y OC. Material y métodos: el presente estudio incluyó evaluación de 30

pacientes geriátricos que se sometieron a un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la colecistitis aguda. Los temas se dividieron en dos grupos dependiendo del tipo de tratamiento. Un grupo pacientes incluidos que se sometieron a tratamiento con LC mientras otro grupo incluyó pacientes que se sometieron a tratamiento con OC. Intraoperatoria, postoperatoria y preoperatoria, los parámetros fueron analizado y comparado. Luego, toda la grabación posoperatoria fue hecho y los resultados fueron analizados mediante el uso de software SPSS. Resultados: de todos los pacientes con Pc y OC húmedos, 10 y 9 fueron hombres, respectivamente. Edad media de los pacientes en el LC grupo y grupo OC fue de 74.2 y 78.5 años respectivamente. Al comparar la edad media, el peso corporal y el historial de cirugía previa entre los pacientes de los dos grupos de estudio resultados no significativos fueron obtenidos. Ninguno de los pacientes del grupo LC tuvo infarto de miocardio mientras que dos pacientes en el grupo OC sufrió un infarto de miocardio. Entre LC y grupo OC, la infección de la herida ocurrió en 1 y 2 pacientes respectivamente. Se obtuvieron resultados significativos al comparar las complicaciones entre los grupos de estudio. Conclusión: para el tratamiento de pacientes geriátricos con colecistitis aguda, LC es un procedimiento más seguro.

Tendremos a la autora Safi Dokmak con el trabajo titulado “Reparación laparoscópica de la lesión del conducto biliar posterior a la colecistectomía: un avance en el tratamiento quirúrgico” (2017)

A pesar de los avances generalizados en la cirugía laparoscópica, la reparación laparoscópica de la lesión del conducto biliar (BDI) después de la colecistectomía rara vez se ha informado relacionada principalmente con la dificultad técnica. Describimos tres casos de BDI tratados laparoscópicamente con uno ilustrado por un video. Con nuestra experiencia adquirida en la disección de pedículo hepático

durante la pancreatoduodenectomía laparoscópica, decidimos realizar la reparación laparoscópica de BDI en pacientes con una confluencia biliar intacta sin lesión vascular. Tres pacientes fueron operados incluyendo dos mujeres: uno fue operado nuevamente por incisión subcostal para la peritonitis y dos se habían sometido a colecistectomía sin conversión. La técnica quirúrgica se detalla en el manuscrito y el video. La reparación laparoscópica se realizó entre 45 y 300 días después de la colecistectomía. La cirugía duró entre 250 y 270 minutos sin conversión y sin transfusión. El curso posoperatorio transcurrió sin incidentes con una estadía en el hospital que varió de 7 a 9 días. Después de un seguimiento medio de 9-33 meses, los pacientes estaban libres de síntomas con pruebas de función hepática normales. El abordaje laparoscópico se puede proponer de manera segura y efectiva a un subgrupo de pacientes con BDI. Este enfoque tiene las ventajas del abordaje laparoscópico y representa el principal avance quirúrgico nuevo en el tratamiento de esta complicación.

Teniendo al autor Shinke Takehiro Noda et al con el trabajo titulado “Viabilidad y seguridad de la colecistectomía laparoscópica urgente para la colecistitis aguda después de 4 días desde el inicio del síntoma” (2017)

Es preferible realizar la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda en la fase aguda, dentro de las 72 h del inicio de los síntomas. La viabilidad y la seguridad de realizar la colecistectomía laparoscópica urgente en la fase tardía (4-7 días después del inicio de los síntomas) no están claros. El objetivo de este estudio fue aclarar la viabilidad y la seguridad de la última fase de la colecistectomía laparoscópica urgente.



## Métodos

Entre 2005 y 2014, 233 pacientes se sometieron a colecistectomía laparoscópica urgente por colecistitis aguda en 7 días. Comparamos las características clínicas y los resultados perioperatorios entre los pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica dentro de los 3 días (grupo de fase temprana) y de 4 a 7 días después del inicio de los síntomas (grupo de fase tardía).

## Resultados

Hubo 193 pacientes en el grupo de fase temprana y 40 pacientes en el grupo de fase tardía. La realización de colecistectomía laparoscópica en la fase tardía no influyó en el tiempo de operación, las complicaciones postoperatorias o la estancia hospitalaria postoperatoria. La tasa de conversión a cirugía abierta y pérdida de sangre fue levemente más alta en el grupo de fase tardía (8% y 140 ml) en comparación con el grupo de fase temprana (3% y 69 ml), pero aún eran aceptables.

## Conclusiones

La colecistectomía laparoscópica urgente de fase tardía para la colecistitis aguda fue factible y segura.

Así mismo el autor Rebekah Kirkwood el al con el trabajo titulado "Colecistitis gangrenosa: técnicas laparoscópicas innovadoras para facilitar la colecistectomía fenestrante subtotal cuando no se puede lograr una visión crítica de la seguridad" (2016)

La colecistitis gangrenosa se asocia con una tasa de conversión más alta de conversión laparoscópica a abierta que la colecistitis aguda no

gangrenosa. Se necesitan nuevas estrategias y técnicas para disminuir las tasas de conversión y mejorar los resultados.

### Metodos

En este artículo, una descripción detallada y detallada de una técnica modificada de fondo que ha desarrollado en los últimos 15 años y que ahora se usa de forma rutinaria con conversiones de raras. También comparamos los resultados de los abordajes laparoscópico (LC) y abierto (OC) para la colecistitis gangrenosa confirmada patológicamente en 146 pacientes durante 1995-2005, los primeros 10 años durante los cuales estos dos enfoques se hicieron contemporáneamente en nuestra institución en pacientes comparables.

### Resultados

Entre los 142 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se iniciaron procedimientos laparoscópicos en 112 (79%) de estos pacientes, y se completaron con éxito en 72, lo que resultó en una tasa de conversión general del 36%. Sin embargo, durante los últimos 5 años, en los casos en que se utilizó la técnica laparoscópica descrita, ningún paciente ha requerido conversión. El grupo LC laparoscópico tuvo una estancia media más corta en la UCI ( $p < 0,05$ ) y la duración total de la estancia (2 frente a 6 días,  $p < 0,001$ ). La colangiografía intraoperatoria se completó en 37 de 72 pacientes con LC (52%) versus 6 de 30 OC (20%). En cinco de los pacientes LC, se observó un defecto de llenado en el colangiograma y en los cálculos del conducto biliar común transclasto laparoscópico, evitando así un segundo procedimiento anestésico y endoscópico.

### Conclusiones

En caso de inflamación severa, se pueden incorporar una serie de modificaciones de procedimiento para permitir al cirujano abordar la disección de la vesícula gangrenosa utilizando un plan operativo

flexible diseñado para optimizar la realización segura de este procedimiento desafiante, con la mejora esperada en los resultados quirúrgicos.

Entre los trabajos, citaremos al autor Justin Gerard et al con el trabajo titulado “Colecistitis aguda: comparando los resultados clínicos con la gravedad de TG13 y la intención de la colecistectomía laparoscópica versus abierta en casos quirúrgicos difíciles” (2017)

Las Guías de Tokio revisadas incluyen criterios para determinar la gravedad de la colecistitis aguda con algoritmos de tratamiento basados en la gravedad. El objetivo de este estudio fue investigar la relación del grado de gravedad revisado de las Directrices de Tokio con los resultados clínicos de la colecistectomía para la colecistitis aguda.

#### Métodos

Identificamos 66 pacientes con colecistitis aguda de un estudio previo de casos de colecistectomía difícil. Examinamos la relación entre el grado de gravedad y las variables múltiples relacionadas con los resultados perioperatorios y postoperatorios.

#### Resultados

Un grado revisado más severo de las Guías de Tokio se asoció con un mayor número de complicaciones ( $p = 0,03$ ) y una mayor gravedad de las complicaciones ( $p = 0,01$ ). El grado de gravedad no predijo el tiempo operatorio, la pérdida estimada de sangre, la admisión a la unidad de cuidados intensivos o la duración de la estadía. En comparación con la colecistectomía abierta planificada, la colecistectomía laparoscópica prevista se asoció con significativamente menos complicaciones totales y de grado 3 de Clavien-Dindo, menos admisiones a la unidad de cuidados intensivos y una estancia más corta (los valores  $p$  oscilan entre 0,03 y  $<0,0001$ ).

## Conclusión

En operaciones técnicamente difíciles para la colecistitis aguda, el grado de severidad revisado de las guías de Tokio se correlaciona con el número y la gravedad de las complicaciones. Sin embargo, la realización prevista de la colecistectomía laparoscópica en lugar de la colecistectomía abierta en operaciones difíciles predice resultados beneficiosos más amplios que el grado de gravedad.

Tendremos al autor Nandkishor Narwade et al con el trabajo titulado “El estudio de la colecistectomía laparoscópica y su conversión a colecistectomía abierta: análisis de 100 casos en Navi Mumbai, India” (2018)

Antecedentes: la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en una mejor opción en lugar de una colecistectomía abierta para el tratamiento de la colelitiasis, es decir, se ha convertido en un estándar de oro para la enfermedad de colelitiasis. El siglo pasado ha sido la era más fructífera para el tratamiento de la enfermedad del tracto biliar, ya que vio el progreso de la cirugía abierta a la laparoscópica con cirugía en un solo puerto, etc.

Métodos: El propósito de nuestro estudio es clasificar la colecistectomía laparoscópica y estudiar el resultado de los casos problemáticos y desafiantes de colecistectomía laparoscópica, su complicación y tratamiento, para decidir cuándo convertir la colecistectomía laparoscópica en una colecistectomía abierta. Este estudio analiza la tasa de conversión de la colecistectomía laparoscópica a la colecistectomía abierta en Navi Mumbai, India. Este es un estudio retrospectivo de 100 pacientes realizado desde octubre de 2012 hasta octubre de 2014.

Resultados: de los 100 casos, 98 fueron operados con éxito por colecistectomía laparoscópica. Solo 2 de cada 100 casos se convirtieron de colecistectomía laparoscópica a abierta y pertenecían al grado E con empiema.

Conclusiones: la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento de elección para el tratamiento de la vesícula biliar sintomática. Colecistectomía laparoscópica intraoperatoria para grados A a E, donde el Grado A es un nivel muy fácil de realizar la cirugía de la vesícula biliar hasta el Grado E, donde la conversión es del 100% debido a la enfermedad.

Tendremos al autor Firas Bridges et al con el trabajo titulado “Colecistitis diagnosticada clínicamente: una serie de casos” (2017)

En pacientes que presentan signos y síntomas clásicos de colecistitis, el diagnóstico se hace con base en estudios confirmatorios de imágenes. Sin embargo, los estudios de imagen más comúnmente utilizados carecen de precisión, especialmente en el caso de una enfermedad calculosa. Aquí discutimos cuatro casos de pacientes que presentan síntomas de colecistitis. Los cuatro pacientes se sometieron a múltiples estudios de imágenes, que arrojaron resultados negativos. Debido a los síntomas persistentes, se tomó la decisión de proceder con la colecistectomía. A cada paciente se le realizó una colecistectomía no complicada, con resolución de los síntomas postoperatoriamente, y un alivio continuo de los síntomas entre 6 y 10 meses después de la operación. La colecistitis es un diagnóstico clínico. Los estudios de imágenes negativas no deben influir en el tratamiento en un paciente que presenta signos y síntomas clásicos de colecistitis.

Tendremos al autor Juan Linajo Rosales con el trabajo titulado “Colecistectomía laparoscópica tardía después de más de 6 semanas en pacientes con colecistitis fácil de controlar” (2016)

Existe un debate sobre el momento de la colecistectomía en la colecistitis aguda. Aunque existe una tendencia reciente hacia la colecistectomía laparoscópica temprana (eLC), es decir, dentro de las 72 horas del inicio de los síntomas, algunos cirujanos aún prefieren operaciones tardías u operaciones después de varias semanas, esperando una disminución de la inflamación y, por lo tanto, una mayor probabilidad de evitar conversión y minimización de complicaciones. Nuestra experiencia de LC durante 10 años se revisó de forma retrospectiva para el momento de la operación y los resultados perioperatorios, centrándose en la evaluación de la factibilidad de LC retardada (dLC).

#### Métodos

La gravedad de la colecistitis aguda se clasificó en tres grados: respondía fácilmente a los antibióticos y, en su mayoría, no presentaba síntomas (leve, grado I), los síntomas persistían durante el tratamiento (moderado, grado II) y empeoraba a un estado séptico (grado severo III).

#### Resultados

Entre los 353 pacientes de colecistectomía, los pacientes de grado I (N = 224) tenían eLC en 152 casos y dLC en 72 casos. Los pacientes de Grado II (N = 117) tenían eLC en 103 casos y 12 tenían un dLC. Todos los pacientes de grado III (N = 12) se sometieron a colecistectomía abierta. En pacientes de Grado I, cuando la operación se retrasó, hubo menos casos de conversión abierta en comparación con los pacientes con eLC (20.45% frente a 7.69%) ( $p < 0.05$ ), y las complicaciones

también disminuyeron ( $p > 0.05$ ). La tasa de conversión abierta de los pacientes de grado II (58.3% vs 44.2%) y las complicaciones (25.0% vs 19.5%) aumentaron cuando las operaciones se retrasaron en comparación con los pacientes con eLC ( $p < 0.05$ ). En los pacientes de grado I y II, la razón más común para la conversión abierta fue el sangrado, y la complicación más común fue también el sangrado.

### Conclusiones

Para los pacientes con colecistitis que responden fácilmente a los antibióticos (grado I), el dLC mostró una tasa de éxito laparoscópica mayor que el eLC a expensas del tiempo prolongado de tratamiento y los exámenes. Con colecistitis moderada a grave (grado II, III), sin embargo, no hubo espacio para operaciones retrasadas.

Tendremos a su vez al autor Alexander M. Shulutko et al con el trabajo titulado “Colecistectomía de minilaparotomía: Técnica, resultados: un estudio prospectivo” (2017)

Las últimas décadas se han caracterizado por un rápido crecimiento en técnicas mínimamente invasivas para la colecistitis aguda y crónica. El objetivo de nuestro estudio fue analizar 10 años de experiencia con la colecistectomía mini-laparotomía.

### Métodos

Desde 1994 hasta 2004, realizamos 2295 colecistectomías de minilaparotomía, que incluyen 1028 pacientes con colecistitis crónica y 1267 pacientes con colecistitis aguda. Había 1780 mujeres y 515 hombres. Utilizamos un kit de herramientas quirúrgicas especiales con un sistema de retractores de gancho circulares y pequeños que incorporan un iluminador e instrumentos quirúrgicos largos. Nuestro abordaje quirúrgico se llevó a cabo utilizando una incisión longitudinal

de 3 a 5 cm situada inmediatamente por encima de la vesícula biliar con una técnica de división muscular.

### Resultados

El tiempo medio de funcionamiento fue de  $64,5 \pm 24,5$  minutos y la tasa de conversión fue del 3,7%. Las complicaciones intraoperatorias ocurrieron en 25 casos (1.1%), incluyendo 4 casos (0.17%) de lesión del tracto biliar. La colecistectomía se combinó con la intervención en el coledoco y la papila de Vater en 133 pacientes con coledocolitiasis. Complicaciones postoperatorias desarrolladas en 4.1%. Quinientos cinco pacientes (22%) requirieron analgésicos opioides en el primer día postoperatorio. La tasa de mortalidad fue del 0.17%. Las mortalidades involucraron a pacientes que tenían enfermedades concomitantes graves y requirieron cirugía urgente para la colecistitis aguda. Los pacientes operados por colecistitis aguda tenían tasas significativamente más altas de complicaciones postoperatorias (5,8% frente a 2,8%), necesidad de opiáceos (25,5% frente a 19,2%) y mortalidad (0,39% frente a 0%).

### Conclusiones

La colecistectomía de minilaparotomía es una alternativa al abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda y crónica.

## **BASES TEÓRICAS**

La laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, debido a menos trauma quirúrgico y más rápida recuperación postoperatoria.

Sin embargo, este procedimiento se caracteriza por consecuencias fisiopatológicas potencialmente graves, causado principalmente por el neumoperitoneo creado artificialmente o insuflación de gas CO<sub>2</sub>, que



inevitablemente desarrolla una forma más grande o más pequeña de abdominal síndrome compartimental (disminución venosa entrada al corazón, depresión de un sistema sistémico circulación, depresión de la ventilación, reducción en perfusión renal y aumento de la presión intracraneal). Además, la posición del paciente, y la posición anti-Trendelburg que facilita el desempeño de LH, puede afectar adversamente el sistema cardiovascular sistema, así como el desarrollo de nervio síndromes de compresión.

Además de los anteriores ya existentes condiciones, que conducen a un aumento en intraabdominal presión (obesidad, cumplimiento de la pared abdominal, Estado solidnig y hueco intra-abdominal órganos, la presencia de adherencias o expansivo proceso en la cavidad abdominal), hay un desarrollo de posibles complicaciones que afectan a varios factores etológicos, que están estrechamente relacionados con esta técnica quirúrgica Efectos fisiopatológicos en el sistema respiratorio sistema son el resultado de dos mecanismos de acción: Supresión diafragma neumoperitoneo y absorción de CO<sub>2</sub> por el peritoneo. Durante la laparoscopia, disminuyendo el cumplimiento pulmonar y vital capacidad pulmonar están ocurriendo. Por otra parte, el CO<sub>2</sub> insuflado está en su mayor porcentaje entregado a los pulmones, donde se elimina en los alvéolos y donde puede causar el aumento de pCO<sub>2</sub> en sangre y acidosis.

En pacientes sanos, hiperventilación es suficiente para regular la presente hipercapnia. El riesgo está presente en los pacientes con condiciones comórbidas, como la obstrucción crónica enfermedad pulmonar - FRÍO, miocardiopatía, sépticas pacientes.

Efectos fisiopatológicos de laparoscópicos jeringa en el sistema cardiovascularvascular, el uso de valores estándar de presión de gas

en el abdomen (12-15 mmHg), son ampliamente tolerados por personas sanas individuos. Sin embargo, en pacientes con compromiso Mecanismos compensatorios, efectos del neumoperitoneo puede causar problemas graves y complicaciones agudas, como un miocardio agudo infarto. Como resultado de un aumento en intraabdominal presión, hay un aumento en CVP (presión venosa central), CP (presión capilar), MAP (presión arterial media), RVS (sistémica resistencia vascular). Tales pacientes requieren cuidadosa preparación preoperatoria y preoperatoria monitoreo para una corrección rápida de cualquier trastorno. En, Además, la posición del paciente o la prolongada posición anti-Trendelenburg, favoreciendo venosa

Estasis en las extremidades inferiores, aumentar el riesgo de trombosis venosa profunda, Sin embargo, el rápido movilización de pacientes después de la laparoscopia y la restauración de las actividades de la vida, menos activación de la coagulación sistema debido a menos trauma quirúrgico, reduce en gran medida el riesgo de trombosis y pulmonar embolia y profilaxis anticoagulante, indicando los mismos grupos de riesgo, así como en cirugía

Efectos fisiopatológicos en los riñones, no son permanentes y son muy tolerantes Debido a hipertensión intraabdominal, hay hipoperfusión de los riñones y oliguria transitoria. Adecuado la compensación de fluidos y electrolitos es prevenir cualquier consecuencia a largo plazo de estos procesos.

Efectos fisiopatológicos en el intestino, son más bajos que en cirugía abierta, convencional, debido a menos trauma quirúrgico y menor simpatía respuesta que suprime la motilidad intestinal.

Efectos fisiopatológicos en el central sistema nervioso, puede ser negativo en pacientes con lesiones anteriores o cirugía en el cerebro debido a aumento de la presión intracraneal, neumoperitoneo calificado.

Efectos fisiopatológicos en el sistema inmune sistema. En relación con la cirugía abierta, la laparoscopia causa un menor estrés operativo con un grado menor de la activación de los mecanismos supresivos imune. Aunque el procedimiento laparoscópico constituye un desafío quirúrgico y anestesiólogo, su fisiopatología efectos en gran medida son anulados por efectos postoperatorios: menos trauma operatorio, menos dolor postoperatorio y complicaciones, más rápida movilización y retorno rápido del paciente a él lleno de actividades de la vida.

Aspectos técnicos de la laparoscopia Todas las cirugías laparoscópicas, incluida LH, requieren habilidad y experiencia quirúrgica específica, la experiencia del equipo, y el equipo técnico, que representa el aspecto dominante de este procedimiento. Técnicas perfectas o imperfectas durante LH, haga la diferencia entre una caja fuerte y procedimientos expeditos y una larga y difícil operación para el cirujano y para el paciente, junto con el riesgo de complicaciones graves Sala de operaciones para laparoscopia procedimientos (llamado "Endo hall"), tiene un móvil portador de equipos laparoscópicos y monitores que permiten una acomodación rápida del paciente, tipo de cirugía y todos los miembros del equipo. Colocación el paciente en una posición apropiada, como un posición anti-trendelenburg, y un cambio de posición, si es necesario durante la operación, está habilitado gracias a la mesa de operaciones moderna, móvil.

El equipo básico para realizar laparoscopia

LH incluye:

- Óptica, que consiste en:

- un laparoscopio o un telescopio, que es el

Instrumento laparoscópico básico con sistema de lentes Rod, que puede ser de varios tamaños (10 mm, 5 mm) y en diferentes ángulos (0, 30 o 45 grados)

- fuente de la luz blanca (xenón y halógeno lámparas) y un cable de fibra óptica, que conduce la luz de la fuente, a través del laparoscopio, al interior del abdomen.

- Cámara de video (solo chip o tres chips) y un monitor de TV de alta resolución.

- insuflación de gas, que se inyecta automáticamente CO<sub>2</sub> en el interior del abdomen, a establecer presión que es de 12 a 15 mmHg a un ritmo de alrededor de 2 L / min. El gas se inyecta en el abdomen cavidad a través de la llamada aguja de Veress (aguja con un resorte de retención). "Técnica cerrada" que está reservado para pacientes con estómago intacto (sin operaciones previas y posibles adhesiones). Después colocando al paciente en el lateral izquierdo posición de 20-30 grados, a través de la incisión de 10-12 mm directamente debajo del ombligo se coloca el Aguja Veress, a través de la cual, después de comprobarlo, en la posición correcta, el gas se inserta en el estómago. En pacientes con cirugía abdominal previa, así llamado. "Abrir" o la técnica de Hasson es utilizado e implica una incisión de 15-20 mm, todas capas del estómago al peritoneo, que es abierto bajo el control del ojo. Después de revisar la presencia digital de adherencias en el abdomen, Cánula de Hasson o trocar con un redondeado la parte superior se coloca a través de la cual se realiza la insuflación gas.

- Instrumentos laparoscópicos: los instrumentos principales para LH son 30-40cm de largo, con un diámetro de 5 a 10 mm. Estos son agarradores atraumáticos (titulares), para el cumplimiento de la vesícula biliar, luego disectores reales o curvos (básicos para la

disección) y exposición de cualquier elemento vascular), curvo o tijeras correctas. Clip-aplicadores, automáticos o instrumentos semiautomáticos, que se utilizan para aplicación de clips de titanio, utilizados para ligar tubular estructura aprops conducto cisticus o arteria cística, después de su cuidadosa identificación y disección, que es la parte más delicada de LH, durante la cual puede ser herido el conducto biliar común o la arteria de la región. Además, el grupo principal de instrumentos para realizar LH incluye electrocauter monopolar o "gancho", un instrumento que requiere cuidado manipulación y se utiliza (después de la ligadura de biliar y elementos vasculares y después de identificar elementos del ligamento hepato-duodenal), bajo el control del ojo, disección ("separación") de la vesícula biliar de su cabaña del parénquima hepático. Extractor, es también uno de los instrumentos básicos, (enjuague y aspiración), con un cirujano extractor visibilidad del campo operativo. Además de estos instrumentos básicos, laparoscópicos colecistectomía puede contener y bipolar pinzas y tijeras, engrapadora lineal, retractores para conformación hepática, ultracisión o armónica escalpelos (realizando disección y coagulación en al mismo tiempo). El uso de este accesorio depende en gran parte en las posibilidades financieras del centro, así como la experiencia y los afines del cirujano a ciertos instrumentos.

Ventajas de la colecistectomía laparoscópica LH representa el método mínimo invasivo de elección en el tratamiento quirúrgico de benigno enfermedades de la vesícula biliar, totalmente aceptado por los cirujanos y pacientes Las ventajas básicas de este procedimiento en comparación con los tradicionales, son más pequeños operacionales estrés y trauma:

- Min laparotomía o incisión en la pared abdominal frontal son responsables de menos postoperatorio dolor y recuperación más rápida del paciente.

- Trauma quirúrgico más pequeño y reducido la inmunosupresión es responsable de un mínimo uso de terapia farmacológica después de la cirugía.

- Exposición limitada de los intra-abdominal órganos al ambiente externo y posible la contaminación reduce el riesgo de infecciones sistémicas.

También el porcentaje de infección de la operativa herida se mantiene al mínimo, y la estética los resultados son excelentes

- La Invasividad más pequeña del procedimiento está causando un sangrado menor, y intra y postoperatorio la transfusión de sangre en esta intervención es extremadamente rara (excepto en caso de complicaciones).

Debido a la respuesta simpática reducida durante la LH, la motilidad intestinal postoperatoria y la alimentación por vía oral del paciente se establece más rápidamente (en la mayoría de los casos, varias horas después de la cirugía).

- El corto tiempo de hospitalización, además a los beneficios financieros, especialmente son importantes para el paciente, que se moviliza muy rápidamente y regresó a todas las actividades de la vida.

Incidentes y complicaciones de laparoscópica colecistectomía

Durante los últimos 30 años, LH ha reemplazado la colecistectomía clásica-abierta. Sin embargo, a pesar el desarrollo de la tecnología, significativo y la experiencia acumulada de los equipos quirúrgicos y su organización, LH va acompañada de un cierto porcentaje de incidentes y complicaciones, algunos de las cuales hay ciertas complicaciones

(como una lesión) de los conductos biliares), que se producen a tasas más altas que en la técnica abierta.

Estricto cumplimiento de las reglas, así como conocimiento de los factores de riesgo para prevenir intra y postoperatorio complicaciones. Identificación temprana de colecistectomía "pesada", indica la conversión a una técnica abierta, que va a ser diferente lotes del 2% al 20% de los casos.

**ATENCIÓN POSTOPERATORIA RUTINARIA:** después de una colecistectomía laparoscópica electiva no complicada, los pacientes pueden beber líquidos claros una vez despiertos de la anestesia, y su dieta puede avanzar según lo tolere.

La mayoría de los pacientes sanos y confiables con buen apoyo en el hogar pueden salir del hospital dentro de las seis horas posteriores a la cirugía. Las revisiones Cochrane no han encontrado diferencias significativas para los resultados clínicos importantes para los pacientes dados de alta el mismo día versus admitidos durante la noche después de la colecistectomía laparoscópica. Una revisión retrospectiva de la base de datos del Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad Quirúrgica (NSQIP) del Colegio Americano de Cirujanos, que incluyó a 15,248 pacientes mayores de 65 años que se sometieron a colecistectomía laparoscópica electiva, insuficiencia cardíaca congestiva identificada, Sociedad Americana de Anestesiólogos clase 4, trastorno hemorrágico. e insuficiencia renal que requieren diálisis como predictores independientes significativos de ingreso hospitalario y mortalidad.

El paciente no debe tener restricción de actividad a menos que la incisión umbilical sea particularmente grande. Entonces, es recomendable un levantamiento pesado limitado por algunas semanas.

La mayoría de los pacientes pueden regresar al trabajo dentro de una semana. Los pacientes realizan un seguimiento en la clínica de dos a cuatro semanas después de su operación.

La mayoría de los pacientes tienen un poco de dolor abdominal que se resuelve dentro de dos o tres días después de la cirugía y puede tratarse con analgésicos. Ocasionalmente, los pacientes han referido dolor en el hombro y el cuello de la insuflación de CO<sub>2</sub> que causa irritación diafragmática.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

Cirrosis: los pacientes cirróticos con hipertensión portal presentan un desafío particular para el cirujano. Tienen un mayor riesgo de cualquier procedimiento quirúrgico y la preparación preoperatoria es fundamental para obtener buenos resultados. Estos pacientes deberían tener su función hepática optimizada antes de una colecistectomía electiva. Algunos pueden necesitar el reemplazo de factores de coagulación para minimizar el sangrado intraoperatorio.

Se debe tener cuidado al colocar trocares para evitar la "caput medusa" de grandes vasos colaterales en la pared abdominal. El hígado cirrótico en sí mismo suele ser bastante duro y se lesiona fácilmente solo con retracción. El sangrado de un hígado cirrótico es difícil de controlar, por lo que permanecer en el plano correcto durante la disección de la vesícula biliar desde el hígado es particularmente importante.

Varios agentes hemostáticos y fuentes de energía (el dispositivo de cauterio de argón puede ser bastante útil) deben estar disponibles en caso de que se desarrolle sangrado. Se debe tener especial cuidado al hacer cierres herméticos para todas las incisiones para minimizar la fuga ascítica perioperatoria.



Embarazo: existe una fuerte asociación entre el embarazo y los cálculos biliares. En el pasado, la colecistectomía laparoscópica electiva para los cálculos biliares sintomáticos se posponía tanto como era posible hasta después del embarazo. Sin embargo, para los pacientes con cólico biliar grave, esperar hasta después del embarazo puede llevar a hospitalizaciones repetidas y complicaciones. La cirugía laparoscópica de la vesícula biliar se ha realizado de manera segura durante el embarazo por cirujanos experimentados. En las directrices para el diagnóstico, tratamiento y uso de la laparoscopia para problemas quirúrgicos durante el embarazo (2007), la Sociedad de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos Estadounidenses (SAGES) declaró que la colecistectomía laparoscópica se puede realizar de forma segura durante cualquier trimestre del embarazo. Estamos de acuerdo con esa declaración.

Cuando se realiza cirugía laparoscópica en pacientes embarazadas, los trocares deben colocarse más arriba en el abdomen debido al agrandamiento del útero. La insuflación de CO<sub>2</sub> debe mantenerse a la presión más baja posible mientras se mantiene un espacio de trabajo adecuado. Si es necesaria la obtención de imágenes del conducto biliar común (CBD), se debe utilizar una ecografía laparoscópica en lugar de una colangiografía intraoperatoria para limitar la exposición a la radiación. La consulta obstétrica preoperatoria y el monitoreo fetal perioperatorio son aconsejables. Los detalles del posicionamiento adecuado para la cirugía y el tratamiento de mujeres embarazadas que se someten a cirugía se discuten en otra parte.

Obesidad - Debido a que el paciente obeso tiene una pared abdominal gruesa, la colocación del trócar es particularmente importante. El espesor de la pared inhibe la movilidad de los trócares, por lo que deben colocarse en el ángulo más probable para ser utilizados durante

la colecistectomía. Se pueden necesitar trócares más largos para atravesar la pared abdominal con el fin de evitar el desplazamiento del trocar y la posterior insuflación dentro de la pared abdominal y el enfisema subcutáneo. Se pueden requerir instrumentos más largos para llegar a la vesícula biliar, y es posible que el trocar umbilical inicial deba colocarse en una posición supraumbilical. El cirujano no debe dudar en colocar trócares adicionales si es necesario. Aunque la laparoscopia puede ser más desafiante en el paciente con obesidad mórbida, puede ofrecer ventajas específicas para estos pacientes, como la disminución de la infección de la herida, la trombosis venosa profunda (TVP) y las hernias incisionales.

Gangrenosa colecistitis - colecistectomía laparoscópica puede realizarse con seguridad en el entorno de la colecistitis aguda o gangrenosa y debe hacerse tan pronto como sea posible para caer dentro de la "época de oro" dentro de las 72 horas cuando el edema es la manifestación primaria de la inflamación. Si el paciente se presenta con retraso (> 72 horas desde el inicio de los síntomas), la cirugía puede realizarse si no hay contraindicaciones para un procedimiento abierto, ya que la conversión es un riesgo significativo. Frente a la colecistitis aguda con múltiples comorbilidades, puede ser preferible tratar con antibióticos intravenosos y posiblemente drenaje percutáneo, con colecistectomía laparoscópica posterior seis a ocho semanas después.

Se pueden necesitar diferentes técnicas cuando se encuentra una vesícula gangrenosa o una inflamación densa. Un enfoque "descendente" para la disección de la vesícula biliar como en un procedimiento abierto puede ser necesario para apreciar la anatomía. El cirujano puede realizar una colecistectomía subtotal transectando el infundíbulo lo más cerca posible del conducto cístico y extrayendo todas las piedras. El cuello de la vesícula biliar se cierra luego, si es

posible, y se coloca un drenaje en el lecho de la vesícula biliar. Esta transección de una pared edematosa y friable se puede facilitar mediante el uso de las cizallas ultrasónicas. En una vesícula biliar densamente adherida al hígado donde el plano entre los dos se borra y / o en presencia de hipertensión portal, puede ser preferible dejar la pared posterior de la vesícula intacta y cauterizar completamente la mucosa. La disección roma con un irrigador de succión o maní laparoscópico es particularmente útil para definir la anatomía alrededor de un conducto extremadamente inflamado. Se debe dejar un drenaje de succión activo debajo del hígado si hay alguna pregunta con respecto a la integridad del cierre del conducto cístico o cualquier sospecha de fuga de bilis del lecho de la vesícula biliar. No colocamos un desagüe para monitorear el sangrado.

Comúnmente conocido como "vesícula biliar difícil" es un escenario en el que una colecistectomía incurre en un mayor riesgo quirúrgico en comparación con la colecistectomía estándar. La colecistectomía puede dificultarse por procesos que oscurecen la anatomía biliar normal (p. Ej., Inflamación aguda o crónica) o la exposición operatoria (p. Ej., Obesidad o cirugía anterior del abdomen superior). Las estrategias para manejar una vesícula biliar difícil se discuten en detalle en otra parte.

Conducto cístico grande: ocasionalmente, el conducto cístico está bastante agrandado e inflamado, y los clips estándar son inadecuados para sellar el conducto. En estos casos, los bucles de sutura preformados pueden ser útiles para cerrar completamente el conducto. Algunos cirujanos pueden suturar el muñón del conducto cístico utilizando sutura intracorpórea, mientras que otros utilizan el nudo extracorpóreo para controlar el conducto antes de cortarlo. En raras ocasiones, se utiliza una grapadora endoscópica para transectar un

conducto cístico inusualmente grande después de asegurar que la estructura no es, de hecho, el conducto biliar común.

### **Intervenciones por parte del personal de enfermería**

#### **Intervenciones.**

- 5820. Disminución de la ansiedad del paciente y su familia
- 3140. Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la aspiración
- 6482. 6486. Manejo ambiental: regulación de la temperatura, seguridad, confort
- 6490. Prevención de caídas
- 1400. Manejo del dolor
- 2210. Administración de analgésicos
- 2214. Administración de analgésicos intraespinal
- 2314. Administración de medicación intravenosa
- 4030. Administración de productos sanguíneos
- 6540. Control de infecciones
- 3660. Cuidados de la herida y cuidados del sitio de incisión
- 1870. Cuidados del drenaje
- 1876. Cuidados del catéter urinario
- 0620. Cuidados de la retención urinaria

La evaluación de un paciente con apendicitis puede ser tanto objetiva como subjetiva.

Evalúa el nivel de dolor.

Evaluar los hallazgos de laboratorio relevantes.

Evaluar los signos vitales del paciente en preparación para la cirugía.

Diagnóstico

En base a los datos de evaluación, los diagnósticos más apropiados para un paciente con apendicitis son:

Dolor agudo relacionado con el apéndice obstruido.

Riesgo de volumen deficiente de líquido relacionado con vómitos preoperatorios, restricciones postoperatorias.

Riesgo de infección relacionada con la ruptura del apéndice.

**Evaluación**

**Dolor aliviado**

**Déficit de volumen de líquido prevenido.**

**Reducción de la ansiedad.**

**Infección eliminada debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.**

**Integridad de la piel mantenida.**

**Nutrición óptima alcanzada.**

**Planificación y objetivos**

**Artículo principal: 4 planes de cuidado de enfermería de apendectomía**

**Las metas para un paciente con apendicitis incluyen:**

**Aliviar el dolor**

**Previniendo el déficit de volumen de líquidos.**

**La reducción de la ansiedad.**

**Eliminando la infección debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.**

**Manteniendo la integridad de la piel.**

**Alcanzar la nutrición óptima.**

## CAPÍTULO II

### CASO CLINICO

#### FILIACION

NOMBRES Y APELLIDOS: G.S.R.C.

EDAD: 47 años.

SEXO: Masculino

OCUPACIÓN: taxista.

RELIGIÓN: Católico.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria completa.

PROCEDENCIA: Moyobamba.

ESTADO CIVIL: Soltero.

#### ANAMNESIS

Signos y/o síntomas:

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos.

TE: 1 día.

#### Relato

Paciente refiere que 1 día antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecha de intensidad 5/10 no irradiado, posterior a la ingesta de comida copiosa, acude a centro de salud donde le administran, dolor abdominal no cede. 12 horas antes del ingreso presenta náuseas, vómitos alimenticios en 2 oportunidades. 3 horas antes del ingreso dolor abdominal incrementa de intensidad, por persistencia de sintomatología acude por emergencia.

## **Funciones biológicas**

Apetito: disminuido

Sed: conservado

Sueño: disminuido

Deposiciones: sin alteración

Orina: sin alteración

## **AL EXAMEN**

Frecuencia cardiaca: 108 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.

Temperatura: 37.8 grados centígrados.

Saturación de Oxígeno: 98%

FiO<sub>2</sub>: 0.21

Paciente en decúbito dorsal activo, ventilando espontáneamente.

1. Piel: palidez leve, llenado capilar <2". No ictericia.
2. Tórax y Pulmones: buena aplicación, buen pase de murmullo vesicular, no rales.
3. Cardiovascular: RCRR, no soplos audibles.
4. Abdomen: Batraco, ruidos hidroaéreos presentes, disminuidos en tono, Signo de Murphy positivo. Mc Burney negativo. Signo de Rovsing negativo. No viceromegalia.
5. Genitourinario: no globo vesical.
6. Sistema Nervioso Central: despierto, activo, no signos de focalización.

## **Diagnostico:**

1. Síndrome doloroso abdominal.
  - 1.1 D/C Colecistitis aguda

## **PLAN:**

Se solicita:

- Hemograma completo
- PCR
- Perfil hepático
- Urea
- Glucosa
- Creatinina
- Grupo sanguíneo + factor
- Perfil de coagulación.
- Se solicita ecografía abdominal.
- Radiografía de tórax.

## **HEMOGRAMA COMPLETO**

Leucocitos 15.900

Neutrófilos 11.000

Eosinofilos 0.00

Abastoados 1%

Hemoglobina 11.2 g/dl

Plaquetas 267000

PCR: 2.81

Perfil hepático:

- BT 0.5
- BD:0.2
- BI: 0.3



- FOSFATASA ALCALINA 198
- PROTEINAS TOTALES: 6.2
- TGO 32
- TGP 33

UREA 13

CREATININA 0.67

GLUCOSA 100

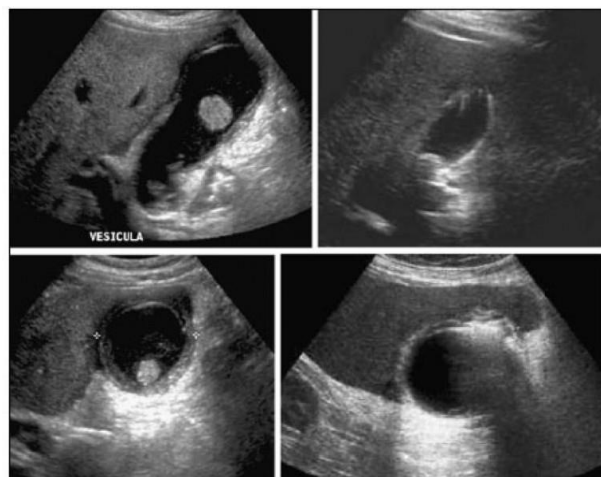
PERFIL DE COAGULACION:

- TP 13
- INR 1
- FIBRINOGENO 300
- Tiempo de coagulación: 6 min
- Tiempo de sangría: 2min

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR: B +

**ECOGRAFIA ABDOMINAL:** Signo de Murphy ecográfico positivo. Se evidencia cálculo en vesícula biliar de 1x1cms. Pared vesicular de 4.1m m. Barro biliar.

Hallazgos compatibles con colecistitis aguda litiasica.



**RADIOGRAFIA DE TORAX: DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.**



**REEMPLANTEAMIENTO DE DIAGNOSTICO:**

1. ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO
  - 1.1 COLECISTITIS AGUDA NO COMPLICADA.

**POSTOPERATORIO**

**OPERACIÓN:**

PO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA POR COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA.

Pieza operatoria: vesícula biliar.

Hallazgos: vesícula biliar única con líquido biliar claro, contiene cálculo único de 1x1 cm aproximadamente.

Paciente tolera cirugía y pasa a recuperación estable.

Pieza operatoria se envía a anatomía patológica.



#### **TERAPEUTICA:**

1. NPO
2. DEXTROSA 33%
3. KETOPROFENO 100 mg EV cada 8 horas
4. TRAMADOL 100mg PRN dolor intenso
5. PARACETAMOL 1Gr VO PRN T MAYOR O IGUAL 38.
6. CFV+BH

#### **DIA DE HOSPITALIZACIÓN N 1**

Paciente varón de 47 años con los siguientes diagnósticos:

1. PO1 DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA POR COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA.

Paciente en su postoperatorio 1, a la evaluación sin signos de alarma, ventilando espontáneamente.

Al examen preferencial a nivel abdominal:

Incisión de trocares con bordes afrontados, sin signos de flogosis, cubierto por gasas con escaso contenido ser hemático. Blando, depresible.

**Terapéutica:**

Probar tolerancia oral.

Ketoprofeno 100mg VO C/8 HORAS

Tramadol 100 mg IM PRN dolor intenso

Paracetamol 1gr vo PRN fiebre.

CFV+BH

**DIA DE HOSPITALIZACIÓN N 2**

A la evaluación con buena tolerancia oral, no signos de alarma, funciones vitales estables, a la evaluación, a nivel de abdomen se evidencia incisión de trocares con bordes afrontados sin signos de flogosis. Timpanico.

Balance hídrico positivo, flujo urinario adecuado.

Paciente refiere no realizar deposiciones desde el día de la cirugía.

Se solicita control:

- Hemograma
- PCR
- Radiografía de abdomen

**Terapéutica:**

- Retirar vía periférica.
- Ketoprofeno 100 mg vo cada 8 horas.
- CFV+BH

## **HEMOGRAMA COMPLETO**

Leucocitos 10.000

Neutrófilos 7000

Eosinofilos 0.00

Abastoados 0%

Hemoglobina 11 g/dl

Plaquetas 271 000

**PCR: 0.5**

## **RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN:**

Dilatación discreta de asas intestinales delgadas y gruesas.



Posterior al resultado de la placa de abdomen se decide iniciar:

- Lactulosa 20cc vía oral cada 24 horas.

Se le realiza placa Rx abdomen control post administración de la lactulosa a las 12 horas.

#### RADIOGRAFIA DE ABDOMEN CONTROL



Paciente pasa la noche tranquilo.

#### **DIA DE HOSPITALIZACIÓN N 3**

- Paciente con buena tolerancia oral, afebril, con funciones vitales estables.
- Paciente realiza deposiciones, elimina flatos.

➤ Balance hídrico negativo y flujo urinario adecuado.

➤ Al examen físico:

FC: 95 lpm FR 20 rpm T 37°

Abdomen: insición de trocares con bordes afrontados, no signos de flogosis, ruidos hidroaereos presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. No timpánico.

Actualmente con criterios de alta médica.

### **Terapéutica:**

- Ketoprofeno 100 mg vo cada 8 horas. Por 3 días
- Lactulosa 20 cc VO cada 24 horas por 5 días.
- Acudir por consultorio externo de Cirugía en 5 días.
- Acudir por emergencia si presenta signos y/o síntomas de alarma.
- Retiro de puntos en una semana.

## **CAPÍTULO III**

### **DISCUSIÓN**

Aunque diferentes procedimientos quirúrgicos requieren cuidado de enfermería específico y especializado, los principios de la atención postoperatoria siguen siendo la misma. Los pacientes necesitan ser monitoreado de cerca después de la operación. Inicialmente el paciente es transferido al área de recuperación para periodo de monitoreo.

Los pacientes deberían quedarse aquí por alrededor de una hora o hasta que su condición sea estable. La enfermera cuidando del paciente necesita monitorear signos vitales, dolor, el nivel de náuseas postoperatorias y vómitos (NVPO), sitios de heridas y, si hay uno en su lugar, el drenaje de la herida.

NVPO es común después de laparoscópica colecistectomía por gas peritoneal insuflación y manipulación del intestino y la vía biliar (McWhinnie et al2004). Existen factores de riesgo adicionales a considerar incluyendo: hembra sexo, NVPO previo o cinetosis el uso de opioides perioperatorios (Apfel et al1999).

Los opioides son una causa común de NVPO y por lo tanto su uso, incluso durante la colecistectomía laparoscópica, debe mantenerse al mínimo requerido. Antiemético la profilaxis debe ser alentada.



## **CONCLUSIÓN**

Observe la frecuencia respiratoria, la profundidad. La respiración superficial, la ferulización con respiraciones y la contención de la respiración pueden provocar hipoventilación o atelectasia. Ausculta los sonidos de la respiración. Las áreas de sonidos respiratorios disminuidos o ausentes sugieren atelectasia, mientras que los sonidos adventicios (sibilancias, roncus) reflejan congestión. Ayudar al paciente a girar, toser y respirar profundo periódicamente. Promueve la ventilación de todos los segmentos pulmonares y la movilización y expectoración de las secreciones. Muestre al paciente cómo incrustar la incisión. Instruir en técnicas efectivas de respiración. Facilita la expansión pulmonar. La ferulización proporciona apoyo incisional y disminuye la tensión muscular para promover la cooperación con el régimen terapéutico. Eleve la cabecera de la cama, mantenga baja la posición de Fowler. Maximiza la expansión de los pulmones para prevenir o resolver la atelectasia. Apoya el abdomen al toser, ambulando. Facilita una tos, respiración profunda y actividad más efectivas.

## **RECOMENDACIONES**

Observe el color y el carácter del drenaje. Inicialmente, el drenaje puede contener sangre y líquido manchado de sangre, normalmente cambiando a marrón verdoso (color de la bilis) después de las primeras horas. Cambie los apósitos tan a menudo como sea necesario. Limpie la piel con agua y jabón. Use gasa de gelatina de petróleo estéril, óxido de zinc o polvo de karaya alrededor de la incisión. Mantenga la piel alrededor de la incisión limpia y proporciona una barrera para proteger la piel de la excoriación. Aplique correas de Montgomery. Facilita cambios frecuentes de vendaje y minimiza el trauma de la piel. Use una bolsa de ostomía desechable sobre un drenaje de herida de puñalada. El aparato de ostomía se puede usar para recolectar drenaje pesado para una medición más precisa de la producción y la protección de la piel. Coloque al paciente en posición baja o semi-Fowler. Facilita el drenaje de la bilis. Monitoree los sitios de punción (3-5) si se realiza un procedimiento endoscópico. Estas áreas pueden sangrar, o las grapas y Steri-Strips pueden aflojarse en los sitios de heridas punzantes. Verifique el tubo en T y los drenajes incisionales; asegúrese de que fluyan libremente. El tubo en T puede permanecer en el conducto biliar común durante 7-10 días para eliminar las piedras retenidas. Los drenajes del sitio de incisión se usan para eliminar cualquier líquido y bilis acumulados. El posicionamiento correcto evita la copia de seguridad de la bilis en el área operativa. Mantenga el tubo en T en el sistema de recolección cerrado. Evita la irritación de la piel y facilita la

medición de la salida. Reduce el riesgo de contaminación. Tubo de drenaje de anclaje, que permite suficiente tubería para permitir el giro libre y evitar dobleces y retorcimientos. Evita desalojar el tubo y / u oclusión del lumen. Observe si tiene hipo, distensión abdominal o signos de peritonitis, pancreatitis. El desplazamiento del tubo en T puede provocar irritación diafragmática o complicaciones más graves si la bilis drena en el abdomen o se obstruye el conducto pancreático. Observe la piel, esclerótica, orina para ver si cambia de color. El desarrollo de ictericia puede indicar obstrucción del flujo biliar. Tenga en cuenta el color y la consistencia de las heces. Las heces de color arcillan se producen cuando la bilis no está presente en los intestinos. Investigar los informes de dolor aumentado o implacable de RUQ; desarrollo de fiebre, taquicardia; fugas de drenaje biliar alrededor del tubo o de la herida. Signos sugestivos de formación de abscesos o fístulas que requieren intervención médica. Administrar antibióticos como se indica. Necesario para el tratamiento de abscesos y / o infecciones. Sujete el tubo en T según el programa. Comprueba la permeabilidad del conducto biliar común antes de extraer el tubo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRACIAS

1. Shaffer EA (2006) Gallstone disease: epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Practice Res Clin Gastroenterol*
2. Friedman GD (1993) Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 165:399–404.
3. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, Pitt HA, Garden OJ, Kiriya S, Hata J, Gabata T, Yoshida M, Miura F, Okamoto K, Tsuyuguchi T, Itoi T, Yamashita Y, Dervenis C, Chan AC, Lau WY, Supe AN, Belli G, Hilvano SC, Liau KH, Kim MH, Kim SW, Ker CG (2013) TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci* 20:35–46.
4. Yuichi Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, Büchler MW, Gomi H, Dervenis C, Windsor JA, Kim SW, Santibanes ED, Padbury R, Chen XP, Chan AC, Fan ST, Jagannath P, Mayumi T, Yoshida M, Miura F, Tsuyuguchi T, Itoi T, Supe AN (2013) TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*
5. Miura F, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, Büchler MW, Yoshida M, Mayumi T, Okamoto K, Gomi H, Kusachi S, Kiriya S, Yokoe M, Kimura Y, Higuchi R, Yamashita Y, Windsor JA, Tsuyuguchi T, Gabata T, Itoi T, Hata J, Liau KH (2013) TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci* 20:47–54.
6. Gwinn EC, Daly S, Deziel DJ (2013) The use of laparoscopic ultrasound in difficult cholecystectomy cases significantly decreases morbidity. *Surgery* 154:909–917.

7. Dindo D, Demartines N, Clavien P (2004) Classification of surgical complications. *Ann Surg* 240:205–213.
8. R Core Team (2015) R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. <https://www.r-project.org/>. Accessed 21 Nov 2016
9. Wright GP, Stilwell K, Johnson J, Hefty MT, Chung MH (2015) Predicting length of stay and conversion to open cholecystectomy for acute cholecystitis using the 2013 Tokyo Guidelines in a US population. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci* 22:795–801.
10. Di Saverio S. Laparoscopia de emergencia: una nueva disciplina emergente para el tratamiento de emergencias abdominales que intenta minimizar los costos y la invasividad y maximizar los resultados y la comodidad de los pacientes. *J Trauma Agudo Cuidado Surg.* 2014; 77: 338-350.
11. Paterson-Brown S. cirugía laparoscópica de emergencia. *Br J Surg.* 1993; 80: 279-283.
12. Di Saverio S, Bassi M, Smerieri N, Masetti M, Ferrara F, Fabbri C, Ansaloni L, Ghersi S, Serenari M, Coccolini F, et al. Diagnóstico y tratamiento de úlceras pépticas perforadas o sangrantes: documento de posición de WSES 2013. *Mundo J Emerg Surg.* 2014; 9: 45. [Artículo gratuito de PMC]
13. Navez B, Tasseti V, Scohy JJ, Mutter D, Guiot P, Evrard S, Marescaux J. Manejo laparoscópico de la peritonitis aguda. *Br J Surg.* 1998; 85: 32-36.
14. Buckius MT, McGrath B, Monk J, Grim R, Bell T, Ahuja V. Cambiando la epidemiología de la apendicitis aguda en los Estados Unidos: período de estudio 1993-2008. *J Surg Res.* 2012; 175: 185-190

15. Larsson PG, Henriksson G, M Olsson, Boris J, Ströberg P, Tronstad SE, Skullman S. La laparoscopia reduce las apendicectomías innecesarias y mejora el diagnóstico en mujeres fértiles. Un estudio aleatorizado. Surg Endosc. 2001; 15: 200-202.
16. McBurney C. IV. La incisión realizada en el muro abdominal en casos de apendicitis, con una descripción de un nuevo método de operación. Ann Surg. 1894; 20: 38-43.
17. Semm K. Apendicectomía endoscópica. Endoscopia. 1983; 15: 59-64.
18. Heinzelmann M, Simmen HP, Cummins AS, Largiadèr F. ¿La apendicectomía laparoscópica es el nuevo "estándar de oro"? Arch Surg. 1995; 130: 782-785.



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO  
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE  
MEDICIÓN**

<b>N°</b>	<b>ASPECTOS A CONSIDERAR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

-----

**NOMBRE Y APELLIDOS**



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO  
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE  
MEDICIÓN**

<b>N°</b>	<b>ASPECTOS A CONSIDERAR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

-----

**NOMBRE Y APELLIDOS**