

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA LAPARASCÓPICA EN LA CLÍNICA ONCOLÓGICA
VERONESI. HUACHO. 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

ADELY PÉREZ ARDIAN

**Callao - 2021
PERÚ**

DEDICATORIA

Dedicado al Gerente de la Clínica Oncológica Veronesi por darnos la acogida y autorización para realizar el trabajo académico en su digna institución; asimismo, a la asesora por ser quien nos guía con su apoyo constante, perseverancia en la realización y la culminación con éxito del trabajo de enfermería.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme toda su bendición en la lucha de mi formación personal y profesional de la especialización de enfermería en cuidados quirúrgicos

A mis amados padres, por ser los baluartes que desde pequeña y ahora ya adulta continúan apoyándome con su amor y confianza puesta en mi ser

A mis estimados docentes, quienes impartieron los conocimientos necesarios durante mi formación de la especialidad de enfermería en cuidados quirúrgicos

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por ser una prestigiosa institución educativa universitaria quien me formó profesionalmente

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	11
2.1.1. Antecedentes Internacionales	11
2.1.2. Antecedentes Nacionales	14
2.2. Bases Teóricas	17
2.3. Bases Conceptuales	20
CAPÍTULO III. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	26
3.1. CONCLUSIONES	62
3.2. RECOMENDACIONES	64
3.3. BIBLIOGRAFÍA	65
3.4. ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

La vesícula biliar es un órgano pequeño con forma de bolsa que se encuentra en la parte superior derecha del abdomen, almacena bilis, un líquido producido por el hígado que ayuda a descomponer los alimentos grasos; sin embargo, cuando existen cálculos que pueden formarse en la vesícula biliar como resultado de un desequilibrio en las sustancias que componen la bilis, pero en ocasiones pueden bloquear el flujo de la bilis e irritar la vesícula biliar ocasionando una colecistitis; por lo cual la recomendación inmediata es la cirugía de colecistectomía, donde existen 2 formas principales de extirpar una vesícula biliar; primero es la colecistectomía laparoscópica (en forma de ojo de cerradura), se hacen varios cortes pequeños (incisiones) en la barriga (abdomen) y se utilizan instrumentos quirúrgicos finos para acceder y extraer la vesícula biliar; y la segunda opción es la colecistectomía abierta, se hace una única incisión más grande en el abdomen para acceder y extraer la vesícula biliar para que no llegue a un cáncer vesicular.

El trabajo académico titulado: “Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en la Clínica Oncológica Veronesi”; tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería postoperatorios en colecistectomizados para mejorar resultados quirúrgicos, disminución de la estancia hospitalaria, costos de salud y elevar la calidad de vida; asimismo, con la extracción de la vesícula biliar detendrá el dolor y tratará la infección causada por cálculos biliares, puede evitar la reaparición de cálculos biliares, si los cálculos biliares no se tratan, el dolor y la infección pueden empeorar, la vesícula biliar puede estallar, lo que puede poner en peligro la vida.

El trabajo se realizó como parte de la experiencia profesional de enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica y Hospitalización de la Clínica Oncológica Veronesi”, donde el paciente que se somete a una

cirugía puede tener miedo y preocupación por el diagnóstico, el tratamiento, el procedimiento, los cuidados postoperatorios y la recuperación quirúrgica; una buena comunicación entre personal y pacientes puede minimizar o prevenir esta situación; por ende, las características del diagnóstico incluyen la dificultad para moverse, evidencia de cicatrización interrumpida del área quirúrgica, fatiga, pérdida del apetito con o sin náuseas, percepción de que se necesita más tiempo para recuperarse, reanudación pospuesta de las actividades laborales, informó dolor o malestar, y requirió ayuda para completar el autocuidado de los pacientes postoperados.

Para el desarrollo del trabajo académico, se realizó un Proceso de Atención de Enfermería, de los cuidados de enfermería en los pacientes postoperados de colecistectomía, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación; cabe mencionar que fue ejecutado durante el mes de enero de 2021, fue elaborado en su totalidad por la autora, será presentado a la Jefatura de la URPA, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado para evitar un posible cáncer de vesícula biliar y evitar la muerte.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de los anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, es un tratamiento común de cálculos biliares sintomáticos y otras afecciones de la vesícula biliar; asimismo, los cálculos biliares son muy comunes, entre el 50% y el 80% de personas con cálculos biliares son asintomáticos y no necesitan cirugía; la vesícula biliar también se puede extirpar para tratar la discinesia biliar o el cáncer de vesícula y evitar posible riesgo de vida; por ello, su calidad de vida; sin embargo, la colecistectomía se realiza con mayor frecuencia a través de incisiones laparoscópicas con láser; sin embargo, la colecistectomía abierta tradicional es el tratamiento de elección para muchos pacientes con cálculos biliares múltiples y/o grandes, ya sea debido a una sintomatología aguda o para prevenir la recurrencia de cálculos; asimismo, las enfermeras suelen atender a pacientes con colecistitis, siendo un problema de salud con una prevalencia muy creciente, las personas que se someten a este procedimiento ya sea de cirugía abierta o laparoscópica generalmente se recuperan más rápidamente; el primero en una semana y el segundo en un mes; y tienen menos dolor que con la cirugía abierta de vesícula biliar (colecistectomía abierta); después de la cirugía se recomienda una dieta baja en grasas, evitando en particular los alimentos fritos, durante el primer mes después de la cirugía; el paciente puede vivir una vida plena y saludable sin su vesícula biliar, incluye comer los alimentos y hacer las cosas que disfrutaba antes de que comenzaran los problemas de vesícula biliar.

Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que la colelitiasis es una enfermedad de la vesícula biliar; es decir, es la inflamación de la pared de la vesícula biliar y el revestimiento abdominal circundante, están producidas en la mayoría de los casos por piedras en la vesícula (cálculos), que provocan la obstrucción del conducto cístico (conducto que comunica vesícula con el tubo digestivo), reteniendo la bilis

y provocando la distensión de la vesícula biliar. Asimismo, existe una mayor prevalencia de la enfermedad de colelitiasis (inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar), en países industrializados como Estados Unidos entre 15 a 20%, Europa 7%, Asia y África 1%. Además, a nivel latinoamericano se presenta mayor prevalencia en Chile 44%, Brasil y Colombia 23%, Bolivia 16%, Argentina 15%, México 14%, y Perú 8% (1).

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), evidenció que la colelitiasis en América Latina es una enfermedad con sumo riesgo si se demora el diagnóstico y el tratamiento, teniendo una morbilidad y mortalidad entre un 40 a 70%, y riesgos de lesión biliar en un 1.3% laparoscópica y 0.7% convencional. Asimismo, los riesgos y complicaciones después de cirugía de colecistectomía, reporta una incidencia aproximadamente 8% laparoscópica y 2% convencional; por lo tanto, debería considerarse una colecistectomía laparoscópica urgente en los enfermos con alto riesgo de gangrena y el cirujano debería tener un bajo umbral de conversión a una cirugía abierta durante el procedimiento (2).

En caso de Perú el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), reportó que la colecistectomía es una de las operaciones más frecuentes en la práctica quirúrgica y sin duda la técnica operatoria que todo cirujano general debe perfeccionar en nuestro país, el tratamiento clásico de la enfermedad litiásica vesicular ha tenido grandes cambios en los últimos años, sobre todo con el advenimiento de nuevas alternativas menos invasivas con el fin de mejorar su tratamiento y optimizar la calidad del pre y postoperatorio del paciente; es así como la colecistectomía laparoscópica nace como técnica quirúrgica en la resección y extracción de la vesícula biliar con un mínimo de morbimortalidad; menor estancia hospitalaria de una semana, así como menor dolor postquirúrgico y recuperación inmediata (3).

Toda vez que , la colelitiasis es la presencia de cálculos (piedras) en la vesícula biliar, y que se forman por la precipitación de cristales de colesterol

de la bilis, por una alteración de los componentes de ésta (sales biliares, colesterol, pigmentos biliares); donde el 75% de los cálculos son de colesterol y pueden ser tan pequeños como granos de arena y crecer hasta el tamaño de un huevo de gallina; es decir, es una enfermedad muy frecuente que afecta a ambos sexos, aumenta sobre todo a partir de los 40 años, es más frecuente en las mujeres, siendo especialmente si han tenido hijos, y que tienen sobrepeso; es por ello, que en la actualidad la cirugía laparoscópica se encuentra en progresivo desarrollo, por las ventajas sobre la cirugía convencional; acorta tiempo de recuperación postoperatoria, mínimo dolor, menores efectos adversos respiratorios y ventajas estéticas; desde que se introdujo la colecistectomía laparoscópica ha sido el tratamiento de elección para colelitiasis, la rápida recuperación después de la intervención quirúrgica ha conllevado a un período de hospitalización cada vez más corto (4).

En el caso de la Clínica Oncológica Veronesi, actualmente los pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica no presentan complicaciones como sangrado, infección, neumonía o coágulos de sangre; la asistencia de enfermería en el postoperatorio se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, prevención del dolor y complicaciones; así que las intervenciones inmediatas ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible (5). Por todo ello, la colecistectomía laparoscópica (Colelap), en la actualidad es el estándar de oro para el tratamiento de la enfermedad de colecistitis, este abordaje mínimamente invasivo es la cirugía para extirpar la vesícula biliar usando un dispositivo llamado laparoscopio; en todas ellas el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica por presentar multitud de ventajas frente a la convencional (6). La ventaja es la corta estancia hospitalaria antes de 24 horas postcirugía, se conoce como cirugía ambulatoria, lo que conlleva a un menor gasto hospitalario, a pesar de esta corta estancia hospitalaria, el

profesional de enfermería realiza un trabajo de gran relevancia, por ello es importante conocer tanto la anatomía como tener un mínimo de conocimientos en la histología de este órgano del hígado (7).

Finalmente , es necesario precisar que en la Clínica Oncológica Veronesi los pacientes atendidos de colecistectomía laparoscópica en el año 2018 fueron un total de 148 siendo 128 pacientes femeninos y 20 de sexo masculino y en el año 2019 la incidencia fue de 250 pacientes siendo 180 de sexo femenino y 70 sexo masculino y en el año 2020 tuvo un descenso de paciente ya que por motivos de la pandemia no hubo mucha demanda de pacientes con un total de 98 pacientes siendo 68 de sexo femenino y 30 de sexo masculino. Por ende, esta emergencia sanitaria se observó varios problemas en lo social; económico. (8).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

PAREDES T. (2019). Realizó un estudio de investigación: “Plan de cuidados de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica atendidos en el Servicio de Recuperación de la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito”. Quito: Ecuador. La presente investigación busca elaborar un plan de cuidados de enfermería que mejore la calidad de atención a pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. La presente investigación fue del tipo cualitativa, cuantitativa, de tipo no experimental, descriptivo, fue aplicado a una población de 15 enfermeros. Se determinó que existe una aplicación incompleta del proceso de enfermería, más del 50% tiene conocimientos teóricos acertados acerca de la aplicación del proceso de enfermería, el 68% no aplica el proceso enfermero por falta de conocimiento de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Concluyendo que la aplicación del cuestionario acerca del proceso de atención de enfermería evidenció las razones del porque el proceso de enfermería en la actualidad no se aplica en su totalidad, estas razones fueron la falta de conocimiento acerca de la taxonomía NANDA-NOC-NIC y la falta de tiempo para aplicar el proceso en su totalidad (8).

ARMIJOS M. (2018). Realizó un estudio de investigación: “Factores que influyen en el manejo del post operatorio inmediato y su relación con las complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes intervenidos en el Centro Quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra”. Ambato: Ecuador. Ante la evidencia de una gran necesidad de la falta de una guía de atención de enfermería en el área de la unidad de recuperación post anestésica (URPA) del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena. La presente investigación fue cualitativa, cuantitativa, método inductivo, deductivo, en la técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas y la observación y como instrumento un cuestionario y una lista de chequeo, la población 28 enfermeros. Se determinó que en lo referente a la comunicación física con la sala de recuperación el 100% afirmo que no, en la disposición de materiales médicos suficientes igualmente el 100% dijo que no, toma de oxígeno, disponibilidad de utilería suficiente, el 100% menciono que no disponían de tales recursos. Concluyendo que la falta de material médico, utilería, y el trabajo mal coordinado y continuo en la fase preoperatoria por parte de la anestesiología, médico y enfermería motivo por el cual se produzca ansiedad luego de la cirugía en el momento de la recuperación. se ha tomado en cuenta la elaboración y aplicación de una guía de en el cuidado postoperatorio inmediato, el mismo que será de gran importancia en el servicio ya que se aplicara para evitar complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes que han sido sometidos a diferentes tipos de cirugías como son : apendicitis, hernias, laparotomía, prostactectomia, fracturas, cesáreas, histerectomía, salpingectomia, recanalización de trompas de Falopio, de esta forma el personal de enfermería brindara cuidado post operatorio inmediato con calidad, calidez y eficiencia de esta manera se podrá disminuir el tiempo de estadía hospitalaria en los pacientes postquirúrgicos. (9).

MASTACHE V, JUÁREZ C, FLORES K. (2019). Realizó un estudio de investigación: “Efectividad de la intervención educativa de enfermería en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes de colecistectomía en el Hospital Issste Acapulco”. Acapulco: México. El objetivo es determinar la efectividad de la Intervención educativa de enfermería en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes de colecistectomía. En la metodología el diseño del estudio fue transversal, y cuasi-experimental, el universo de trabajo fueron los pacientes programados para cirugía de colecistectomía. Se determinó que el 100% de los pacientes incremento su nivel conocimiento sobre el autocuidado postoperatorio y después de haberse realizado una puntuación mediana de 45 puntos relativo a “conoce mucho” habiendo un incremento del 32%. Concluyendo que la intervención educativa de enfermería para prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes de colecistectomía es efectiva, por lo que se alcanzó el objetivo propuesto (10).

BURBANO M, DELGADO K. (2017). Realizó un estudio de investigación: “Actividades de enfermería en la recepción de pacientes post quirúrgicos en la sala de recuperación en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil”. Guayaquil: Ecuador. El objetivo fue analizar las actividades de enfermería en la recepción de los pacientes post quirúrgicos en la sala de recuperación, el diseño de investigación estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo, transversal, el procedimiento para la recolección de datos: se aplicó la encuesta, observación directa e indirecta, población 4 enfermeras. Se determinó que se intervino quirúrgicamente 445 pacientes con diagnósticos de tipo benigno y maligno, prevaleciendo las extirpaciones de órganos exclusivos, 75% tiene conocimiento en la recepción del paciente; 25% tiene poco conocimiento, el personal auxiliar no cuenta con entrenamiento y cumplimiento de actividades descritas como fundamentación conceptual se cumple 75%. Concluyéndose que la sala de

recuperación cuenta con equipos, no tiene personal de enfermería completo de acuerdo a los estándares establecidos que indican 1 enfermera por cada 3 camillas, representando un riesgo para los pacientes (11).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

OBREGÓN M. (2018). Realizó un estudio de investigación: “Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía Hospital Sergio E. Bernales”. Lima: Perú. El presente trabajo es un caso clínico de un paciente que se encuentra en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), recientemente operado de Colecistectomía Laparoscópica en su inicio. Luego, por complicaciones intra-operatorias se convirtió en cirugía convencional. Para el desarrollo del presente caso clínico se aplicó el Proceso del Cuidado de Enfermería integrada por 5 etapas; en esta metodología sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Se concluye que se presenta los cuidados posoperatorios inmediatos de un paciente pos operado de colecistectomía laparoscópica convertida a la convencional por lesión de un vaso importante, donde la enfermera especialista tiene que estar preparada para toda complicación dentro de SOP que repercute en el posoperatorio inmediato (12).

CAHUA G. (2017). Realizó un estudio titulado: “Cuidados de enfermería en pacientes postoperados inmediatos de colecistectomía laparoscópica en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Callao: Perú. El presente estudio tiene por finalidad analizar cuáles y como deben ser los cuidados de enfermería en los pacientes postoperados inmediatos de colecistectomía laparoscópica, en vista que la colecistectomía como tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática ha presentado importantes cambios en los últimos años. El diseño de

investigación enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo, transversal, como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. Se determinó que se puede visualizar en el grafico que los pacientes grupo etario pos operados en colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica el pico más elevado es de mayores de 60 con 62 pacientes. Concluyendo que se puede visualizar en el grafico que los pacientes grupo etano pos operados en colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica el pico más elevado es de mayores de 60 con 62 pacientes (13).

HUAMÁN A. (2019). Realizó un estudio titulado: “Cuidados de enfermería en los pacientes de colecistectomía en el Servicio de Cirugía del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica, EsSalud”. Arequipa: Perú. Siendo los objetivos prevenir complicaciones en el paciente postoperatorio de colecistectomía. La metodología fue caso clínico descriptivo del paciente de cirugía hospitalización seleccionado, se obtiene datos informativos en la historia clínica. Se determinó que el profesional de enfermería identificó los signos y síntomas que presentó el paciente en el ingreso en la evaluación céfalo-caudal, brindando información oportuna en las anotaciones de enfermería, los cuidados de enfermería realizados fueron oportunos y efectivos, no presentando complicaciones en el paciente, en cumplimiento del proceso de atención de enfermería. Se concluye que el profesional de enfermería identificó los signos y síntomas que presentó el paciente en el ingreso en la evaluación céfalo-caudal, brindando información oportuna en las anotaciones de enfermería, los cuidados de enfermería realizados fueron oportunos y efectivos, no presentando complicaciones en el paciente, en cumplimiento del proceso de atención de enfermería (14).

HUARCAYA V. (2017). Realizó un estudio titulado: “Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en

el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central”. Callao: Perú. Como objetivo fue determinar los cuidados de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica. El diseño de investigación enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo, transversal, como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario, población a 80 pacientes. Se determinó que entre las complicaciones más frecuentes tenemos el dolor 56.25%, náuseas y vómitos 18.75%, hipotensión 8.75%; en lo referente a los cuidados de enfermería el 100% de las enfermas lo realiza de manera correcta. Concluyendo que Los pacientes observados sufrieron algún tipo de complicación, principalmente el dolor en el sitio operatorio y las náuseas, las complicaciones aumentaron en relación con la edad y se presentaron más frecuentemente en los pacientes con enfermedades asociadas, estado físico más precario, mayor tiempo de evolución preoperatoria, así como en las formas histopatológicas más avanzadas de la afección (15).

PARIONA M. (2019). Realizó un estudio titulado: “Cuidados de enfermería en pacientes por colecistectomía laparoscópica, Unidad de Recuperación Hospital Regional de Ayacucho. Ayacucho: Perú. El objetivo fue determinar los cuidados de enfermería en pacientes por colecistectomía laparoscópica, Unidad de Recuperación Hospital Regional de Ayacucho. El presente caso clínico de un paciente hospitalizado llevando a la ejecución la aplicación del proceso de atención de enfermería. Concluyendo que la práctica del cuidado basado en el proceso de enfermería permite al profesional la obtención de una mayor satisfacción por la experticia que se adquiere al aplicar en cada paciente además de permitir la continuidad de los cuidados, respecto a los resultados de la aplicación, permitió la continuidad de los cuidados, además de la evitación de posibles complicaciones, logrando restablecerlo en el tiempo adecuado para su alta de la unidad, los cuidados post anestésicos estuvieron basados en el seguimiento estructurado desde la etapa pre quirúrgica y transquirúrgico y

se evitaron complicaciones en el periodo de recuperación considerando que los cuidados realizados por la enfermería son de vital importancia en tal periodo (16).

2.2 Base Teórica

2.2.1. Teoría de Enfermería de Virginia Henderson

Las necesidades de Virginia Henderson es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería, hasta el día de hoy esta teoría está totalmente vigente y tiene como objetivo aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estancia en el hospital, en este caso en pacientes que han atravesado por la intervención quirúrgica de la colecistectomía, estos pacientes no están en condiciones de valerse por sí mismo, es por ellos que las profesionales de enfermería asumen el rol de cuidadora principal adoptando el papel del paciente, ya que si el paciente estuviera en condiciones ideales lo haría con independencia y resolución (17).

El modelo de Virginia Henderson enfatiza las necesidades humanas básicas como el foco central de la práctica de enfermería, ha llevado al desarrollo de muchos otros modelos en los que se anima a las enfermeras a ayudar a los pacientes en función de sus necesidades básicas, según Henderson, una enfermera solo tiene que actuar en nombre del paciente al principio si no tiene los conocimientos, la fuerza física, la voluntad o la capacidad para hacer algo de forma independiente o para llevar el tratamiento correctamente, la idea es ayudar o contribuir a la mejora del paciente hasta que pueda cuidarse por sí mismo, también incluye el apoyo para ayudarla a llevar una muerte pacífica (18).

En condiciones de total dependencia se encuentran estos pacientes y Virginia Henderson enfatiza que la enfermera asume el papel de cuidador principal y tiene un papel significativo e importante que desempeñar, ya que es quien tiene más contacto con el paciente en el entorno hospitalario, tiene que ayudar al paciente a recuperarse, tiene que escucharlo activamente y responderle para que el paciente no pierda el valor y pueda mirar hacia adelante con confianza, para esto la teórica norteamericana creó las 14 necesidades básicas que reflejan fielmente el papel de vanguardia de las profesionales de enfermería (19).

A. Ámbito de aplicación

A.1. Comunitario

El papel principal de las enfermeras en la salud comunitaria es brindar tratamiento a los pacientes, además, las enfermeras ofrecen educación a los miembros de la comunidad sobre el mantenimiento de su salud para que puedan disminuir la aparición de enfermedades en este caso la colecistectomía, pues es ella quien pone en marcha todas las acciones, planifican asambleas educativas, reparten folletos, realizan exámenes de salud, dispensan medicamentos y administran inmunizaciones, las enfermeras también pueden distribuir artículos relacionados con la salud, promueven estilos de vida saludables, abogan por los pacientes y brindan educación para la salud, brindan atención directa al paciente, como miembros clave de los equipos de atención, brindan a las comunidades el conocimiento necesario para una vida saludable, muchas enfermeras también son maestras, imparten clases de educación hasta dar conferencias a nivel universitario, sirven a los pacientes y mejoran la salud de las comunidades (20).

A.2. Hospitalario

En este ámbito la enfermera se enfoca sobre la calidad, la eficiencia y la atención de los pacientes en los hospitales, mejorar la calidad y lograr un control efectivo de los cuidados, las enfermeras son fundamentales para la prestación de una atención eficiente y de alta calidad, la función principal es defender y cuidar a las personas y apoyarlas durante su salud y la enfermedad, sin embargo, hay otras responsabilidades de una enfermera que forman parte de su papel en salvaguarda de la vida humana, que incluyen el registro del historial médico y los síntomas, colaborar con los equipos para planificar la atención adecuada al paciente, abogar por la salud y el bienestar de todos los pacientes, monitorear la salud del paciente y registrar sus signos, administrar medicamentos y tratamientos, realizar pruebas de diagnóstico, educar a los pacientes sobre el manejo de las enfermedades, brindar apoyo y asesoramiento oportuno (21).

B. Metaparadigmas

Según las investigaciones realizadas por Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Virginia Henderson abarca los términos o los metaparadigmas que comprende de 04 elementos como son persona, cuidado, entorno y salud; desde una perspectiva holística, los cuales se definen de la siguiente manera: (22).

B.1. Persona

Como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio, estos

componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

B.2. Cuidado

Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

B.3. Entorno

Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

B.4. Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Vesícula biliar

La vesícula biliar es un órgano que forma parte del sistema biliar humano, que participa en la producción, almacenamiento y transporte de la bilis, este líquido posee un color marrón amarillento que es producido por el hígado y que es utilizado para la disolución de los alimentos grasos en el intestino delgado; la vesícula biliar no es un órgano absolutamente necesaria para

la supervivencia humana, ya que la bilis puede llegar al intestino delgado de otras formas, algunos problemas asociados como son los cálculos biliares, ataque a la vesícula biliar y enfermedad de la vesícula biliar, dolor de la vesícula biliar suele ser causado por cólicos biliares, cálculos biliares, colecistitis, pancreatitis y colangitis (23).

La vesícula biliar, es un saco membranoso muscular que almacena y concentra la bilis, este líquido es procesado y segregado por el hígado y juega un papel importante en la función digestiva, se localiza exactamente en la parte inferior del hígado, su forma característica es la de una pera y tiene una capacidad de aproximadamente 50 ml (unos 1,7 onzas líquidas) de procesamiento, la superficie interna de la pared de la vesícula biliar está revestida con un tejido de membrana mucosa similar al que se encuentra en el intestino delgado (24).

Las células de la membrana mucosa tienen cientos de proyecciones microscópicas llamadas microvellosidades, que aumentan el área de absorción de líquidos, esta absorción de agua y sales inorgánicas de la bilis es por medio de las células de la membrana mucosa y hace que la bilis almacenada sea aproximadamente 5 veces, y llega hasta 18 veces más concentrada que cuando se produjo en el hígado, la contracción de la pared muscular de la vesícula biliar es estimulada por el nervio vago del sistema parasimpático y por la hormona colecistoquinina, que se produce en las porciones superiores del intestino, las contracciones producidas por este órgano dan como resultado la descarga de bilis a través del conducto biliar hacia el duodeno del intestino delgado (25).

La vesícula biliar está dividida en tres secciones, como son el fondo de ojo, el cuerpo y el cuello, las capas de la vesícula biliar suelen ser varias capas diferentes; se encuentra la mucosa (epitelio y lámina propia), la muscular, la perimuscular y la serosa, el epitelio es una capa delgada de células que

está más cercana al interior de la vesícula biliar; la lámina propia es una fina capa de tejido conectivo laxo que, junto con el epitelio, forma la mucosa; la muscularis es una capa de tejido muscular liso que ayuda a la vesícula biliar a contraerse y distribuir la bilis al conducto biliar; el perimuscular (es decir, alrededor del músculo) es una capa de tejido conectivo fibroso que rodea la muscular; la serosa es una membrana lisa que es la cubierta externa de la vesícula biliar (26).

Es así que el conducto biliar se compone de tres ramas principalmente, que están dispuestas en forma de letra Y, el segmento inferior es el conducto biliar común, termina en la pared duodenal del intestino delgado, una constricción al final del conducto común, llamada esfínter de Oddi (estructura de tejido conjuntivo, de músculo liso circular y fibras musculares longitudinales), cuya función primordial es la regulación adecuada del flujo de la bilis que se transporta hacia el duodeno, la rama superior derecha es el conducto hepático, que conduce hacia el hígado, donde se realiza la producción de la bilis, la rama situada en la parte superior izquierda, el conducto cístico, pasa a la vesícula biliar, donde finalmente se almacena la bilis para posteriormente utilizarse (27).

La bilis fluye desde los dos lóbulos del hígado hacia los conductos hepático y biliar común, si hay comida en el intestino delgado, la bilis continuará directamente hacia el duodeno, si el intestino delgado está vacío, el esfínter de Oddi se cerrará y la bilis que fluye por el conducto común se acumulará y será forzada a subir por el tubo hasta que alcance el conducto cístico abierto, la bilis fluye hacia el conducto cístico y la vesícula biliar, donde se almacena y se concentra hasta que se necesita en determinado momento, cuando los alimentos ingresan al duodeno, el esfínter del conducto común se abre, la vesícula biliar realiza la contracción, es dirigida la bilis e ingresa al duodeno para ayudar en la tarea de la digestión de las grasas que han sido ingeridas en los alimentos (28).

2.3.2. Colecistitis

A. Definición

La colecistitis es el tipo más común de enfermedad de la vesícula biliar y, a menudo, lo que los profesionales de la salud asocian con la inflamación de la vesícula biliar, es causada por cálculos biliares que obstruyen los conductos del intestino delgado, además del dolor abdominal superior derecho, la colecistitis conlleva una variedad de síntomas, que incluyen fiebre, signo de Murphy positivo (dolor cuando se examina el área abdominal), náuseas y vómitos, el tratamiento depende de la gravedad de los síntomas, esto a menudo se puede controlar con reposo y antibióticos, para casos graves la cirugía es el tratamiento final (29).

La colecistitis calculosa es el tipo más común de colecistitis y representa alrededor del 95 por ciento de todos los casos que se presentan de colecistitis, esto sucede cuando el conducto cístico se bloquea específicamente por un cálculo biliar o un tipo de bilis llamado lodo biliar, después de varios ataques de dolor, puede ocurrir colecistitis crónica, esto implica que la vesícula biliar se encoja y pierda su función, aquellos propensos a la enfermedad de la vesícula biliar generalmente tienen desórdenes alimenticios muy desordenados como la ingesta de alimentos grasos, en la mayoría de casos, son infecciones sumadas a una colecistitis por litiasis crónica (alrededor del 90%), estas infecciones se diseminan a la vesícula biliar a través de la bilis, linfática o hematógica (30).

Los agentes etiológicos son con mayor frecuencia gérmenes de los conductos biliares como pueden ser el colibacillus, enterococcus, estafilococos, estreptococos, con menos frecuencia intervienen gérmenes anaeróbicos, la colecistitis aguda se encuentra durante las infecciones puerperales, en enfermedades infecciosas como son la (fiebre tifoidea,

paratifoidea), en condiciones septicémicas, cuando los gérmenes llegan a la vesícula biliar hematógena y la infectan, en las primeras etapas de la enfermedad la pared de la vesícula biliar está engrosada, pero sin otros cambios (colecistitis aguda) (31).

Posteriormente, al aumentar la inflamación, el organismo defiende y recubre la vesícula biliar con una sustancia aislante denominada fibrina, diseñada para prevenir la propagación de la infección, de modo que la vesícula biliar está espesa, tensa, rodeada de fibrina y líquido (colecistitis flegmonosa aguda), si se amplifica la inflamación, la pared vesicular muere, se rompe y el pus se elimina en el abdomen (peritonitis) un cuadro muy peligroso de riesgo para la salud (32).

B. Causas

Las mujeres tienen muchas más probabilidades que los hombres de desarrollar cálculos biliares, estos ocurren casi en un 25% de las mujeres de 60 años y más del 50% en mujeres de 75 años de edad, las personas con sobrepeso, las personas con antecedentes familiares de litiasis, las que tienen colesterol o triglicéridos altos, las mujeres posmenopáusicas y las mujeres embarazadas son más propensas a padecer esta afección, los factores favorecedores son la dieta desordenada con dieta alta en grasas, hipercalórica, sedentarismo, estreñimiento, exceso de trabajo; las causas de la colecistitis se pueden agrupar en 2 categorías principales: colecistitis calculosa y colecistitis acalculosa (33).

La colecistitis calculosa es el tipo más común y generalmente menos grave, representa el 95% de los casos; la colecistitis calculosa se desarrolla cuando la abertura principal de la vesícula, llamada conducto cístico, es bloqueada por un cálculo biliar o por una sustancia como lodo biliar, este es una mezcla de bilis (un líquido producido por el hígado que ayuda a digerir las grasas) y pequeños cristales de colesterol y sal, el bloqueo en el

conducto cístico da como resultado una acumulación de bilis en la vesícula biliar, lo que aumenta la presión en su interior y hace que se inflame, 1 de cada 5 casos, la vesícula inflamada también se infecta con bacterias; colecistitis acalculosa es el tipo menos común, pero más grave, aparece como una complicación de una enfermedad, infección o lesión que daña la vesícula; la colecistitis acalculosa a menudo se asocia con daño accidental a la vesícula durante una cirugía mayor, lesiones o quemaduras graves, envenenamiento de la sangre (sepsis), desnutrición severa o SIDA (34).

C. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo están los siguientes, los antecedentes familiares de cálculos biliares en el lado materno de la familia, se ha demostrado que los antecedentes familiares tienen que ver con una mayor incidencia a sufrir de colecistitis, estudios han demostrado que las personas con enfermedad de Crohn tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad de la vesícula biliar que las personas que no la padecen, la vesícula biliar es un órgano pequeño responsable de liberar bilis al intestino delgado, La enfermedad de Crohn puede causar inflamación en el intestino delgado, esta inflamación afecta la capacidad del intestino delgado para absorber las sales biliares (35).

Cuando la diabetes está bajo control, es mucho menos probable que la neuropatía autónoma se convierta en un problema y sus niveles de triglicéridos deberían ser más bajos, lo que reduce sus probabilidades de desarrollar cálculos biliares; arteriopatía coronaria; ERCT, como producto de la pésima eliminación de sustancias tóxicas del organismo existe una alta probabilidad de que estos pacientes adquieran la colecistitis; la hiperlipidemia; la edad avanzada; el embarazo, la obesidad es bien sabido que uno de los riesgos más elevados es un régimen alimenticio desordenado y que se tengan pésimas costumbres a la hora de la

alimentación como la elección de productos poco saludables (36).

D. Diagnóstico

El profesional de la salud le preguntará al paciente acerca de los síntomas, pueden ordenar análisis de sangre para verificar su recuento de glóbulos blancos y qué tan bien está funcionando el hígado, un recuento de glóbulos blancos más alto de lo normal es un signo de infección, inflamación o absceso, para tal objetivo las pruebas por imágenes pueden ayudar y son la ecografía abdominal, esta prueba utiliza ondas sonoras para examinar la vesícula y los conductos biliares, ayuda a identificar signos de inflamación, la presencia de cálculos biliares y el engrosamiento o hinchazón de la pared de la vesícula biliar (37).

Imagen nuclear hepatobiliar, es una prueba de imagen que involucra una sustancia radiactiva inyectada, una cámara gamma ve la radiación a medida que se mueve a través de los diferentes tractos del sistema digestivo, si esa sustancia no ingresa a la vesícula, el médico sabe que el órgano está bloqueado, lo que indica colecistitis, esta prueba también puede detectar la función de la vesícula y capacidad para expulsar la bilis una vez estimulada; la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), este tipo de resonancia magnética muestra detalles del hígado, vesícula biliar, conductos biliares, estructuras y conductos del páncreas, puede mostrar cálculos biliares, inflamación o bloqueo de los conductos biliares y de la vesícula biliar; tomografía computarizada abdominal (TAC), esta prueba de rayos X muestra detalles del hígado, vesícula biliar y conductos biliares, muestra si hay inflamación de la vesícula biliar (38).

E. Tratamiento

El tratamiento electivo es la extracción de la vesícula biliar que suele ser la mejor manera de tratar los problemas de la vesícula biliar; podría obtener

algo de alivio al cambiar su dieta, por ejemplo, comer menos grasa puede ayudar, pero los cálculos biliares rara vez desaparecen por sí solos; es posible que haya oído hablar de tratamientos para romper los cálculos biliares o hacer que se derritan (se disuelvan); desafortunadamente, estos no suelen funcionar bien; por ende, la extirpación laparoscópica de la vesícula biliar puede ser la opción correcta para usted porque es el tipo más común de cirugía de la vesícula biliar; además, puede que no sea una opción si tiene problemas graves de la vesícula biliar o le hicieron una cirugía anterior en la parte superior del abdomen (39).

Las ventajas de la cirugía laparoscópica de vesícula biliar o colecistectomía con una incisión más pequeña: varias incisiones pequeñas, cada una de menos de una pulgada de largo, en lugar de una incisión de 5 a 7 pulgadas para la cirugía abierta, menos dolor que después de una cirugía abierta, recuperación más rápida que la cirugía abierta: es posible que se vaya a casa el mismo día de la cirugía, también puede volver a sus actividades habituales rápidamente (40).

2.3.3. Complicaciones Colecistectomía Laparoscópica

Según estándares internacionales, la tasa total de complicaciones fluctúa entre 1.3 y 11.2% y se ha reportado mayor frecuencia de lesiones de las vías biliares mayores con la técnica laparoscópica llegando hasta 0.5% en comparación con la técnica convencional que es de 0.1 a 0.2%. Esto dependerá de acuerdo la curva de aprendizaje que tengan los cirujanos.

COMPLICACIONES TEMPRANAS:

1) Baro trauma: Esta se puede presentar por hiperinsuflación, con el uso de insufladores no automáticos o que no tengan medidores de presión intraabdominal; pero aun con medidores existe la posibilidad de que dichas

válvulas se obstruyan. Este puede ser evidente al observar que no hay desplazamiento del diafragma, y las máquinas de anestesia marcan presiones de insuflación elevadas; al no detectarse la primera manifestación puede ser la presencia de arritmias cardíacas que pueden ser mortales, puede encontrarse como manifestación tardía la absorción de CO₂ y trastornos en el equilibrio ácido básico.

2) Insuflación Extra peritoneal: Es una complicación menor que puede ser de gran magnitud, incomodar e incluso impedir la cirugía de no detectarse. Se evita con la correcta colocación de la aguja de Veress en la cavidad abdominal y estando siempre atentos a la presión intraabdominal al inicio de la insuflación, ya que al aumentar rápidamente se deberá recolocar la aguja. Si el problema no se corrige al tercer intento se recomienda seguir con la técnica abierta.

3) Enfisema Subcutáneo: El enfisema subcutáneo ocurre por lo general cuando no penetra la punta de la aguja de Veress en la cavidad peritoneal antes de insuflar el gas. Esto puede ocasionar que se acumule este último en el tejido subcutáneo o entre la fascia y el peritoneo.

4) Embolia gaseosa: Es poco frecuente. Puede ocurrir al inicio de la operación, cuando se canaliza un vaso del epiplón, también cuando se tiene un lecho hepático sangrante y problemático con un seno venoso abierto y existe hiperinsuflación. Su tratamiento consiste en evacuar el hemoperitoneo, colocar al paciente en posición de Durant y extracción del CO₂ por medio de un catéter central en la aurícula derecha o en el ventrículo.

6) Hemorragia: Esta puede ocurrir en cualquier momento de la cirugía, desde la insuflación hasta el retiro del último trocar. El sangrado producido por la aguja de Veress, por lo general se controla por si solo o por la

acción de agentes vasopresores, y al lesionarse vasos del epiplón es preferible ligar o coagular. Otro tipo de sangrado puede ser ocasionado por desgarramiento o mala ligadura de la arteria cística o una de sus ramas, como también por lesión del hígado por excesiva tracción vesicular o agresión instrumental.

7) Infección de herida operatoria: La infección de herida operatoria, en el sitio de extracción de la vesícula biliar, puede presentarse y en la mayoría de los casos se manifiesta después del alta y es de manejo simple. Los abscesos intraabdominales tardíos, su causa es multifactorial y se tratan con drenaje por punción y antibióticos. Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida, así como edema y eritema. Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibióticos.

2.3.4. Cuidados de Enfermería en Colectomía

A. Preoperatorio

- Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia en el preoperatorio mediante una educación prequirúrgica de apoyo psicológico.
- Educar al paciente y familia en las medidas posibles de prevención de las complicaciones quirúrgicas que puedan presentarse en la cirugía de Colelap.

B. Postoperatorio

- Observe la frecuencia / profundidad respiratoria. Justificación: La respiración superficial, entablillarse con la respiración, contener la respiración puede resultar en hipoventilación / atelectasia.
- Ausculta los sonidos respiratorios. Justificación: Las áreas de sonidos respiratorios disminuidos / ausentes sugieren atelectasia, mientras que los sonidos adventicios (sibilancias, roncus) reflejan congestión.
- Ayude al paciente a girar, toser y respirar profundamente periódicamente. Muestre al paciente cómo entablillar la incisión. Instruir sobre técnicas de respiración efectivas. Justificación: promueve la ventilación de todos los segmentos pulmonares y la movilización y expectoración de las secreciones.
- Eleve la cabecera de la cama, mantenga la posición de Fowler baja. Apoyar el abdomen al toser, deambular. Justificación: facilita la expansión pulmonar. El entablillado proporciona soporte incisional / disminuye la tensión muscular para promover la cooperación con el régimen terapéutico.
- Ayudar con tratamiento respiratorio, espirómetro incentivador. Justificación: maximiza la expansión de los pulmones para prevenir atelectasia.
- Administrar analgésicos antes de tratamientos respiratorios / actividades terapéuticas. Justificación: Facilita una tos, una respiración profunda y una actividad más eficaces.

CAPÍTULO III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PAE

Los planes de atención de enfermería para pacientes que se sometieron a colecistectomía incluyen la promoción de una función respiratoria óptima, la prevención de complicaciones, el manejo del dolor y la provisión de información sobre enfermedades, procedimientos y necesidades de tratamiento.

Se evidencian 07 planes de cuidados de enfermería y diagnóstico de enfermería para los pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica:

1. Patrón de respiración ineficaz
2. Integridad de la piel deteriorada
3. Riesgo de volumen de líquido deficiente
4. Conocimiento deficiente
5. Riesgo de aspiración
6. Dolor agudo posoperatorio
7. Riesgo de infección

I. VALORACIÓN

1.1. Datos de filiación

Nombre y apellido	: ABAF
Edad	: 55 años
Sexo	: Femenino
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Comerciante
Lugar de nacimiento	: Lima
Estado Civil	: Conviviente
Fecha de nacimiento	: 30/06/1965
Número de hijos	: 3 hijos
Religión	: Católica
Procedencia	: Vegueta
Modalidad de ingreso	: Consultorio externo
Dx Clínico	: Colecistitis crónica
Tiempo de enfermedad	: 6 meses
Signos y síntomas	: Dolor abdominal, con náuseas y vómitos

1.2. Situación problemática

Paciente refiere que hace 1 año presenta dolor tipo cólico en epigástrico de intensidad de 8/10 que se irradia en hipocondrio derecho no asociado a náusea y vómito, cede con analgésico, los episodios han ido repitiéndose y aumentando de intensidad y presentándose náuseas y vómitos, por la cual acude por consultorio externo donde se decide su hospitalización, seguidamente su intervención quirúrgica de Colecistectomía Laparoscópica (Colelap), y posteriormente de haber sido intervenido pasa a sala de recuperación bajo efectos residuales de anestesia no orientado en tiempo, persona y espacio, se observa mucosas húmedas, frías con presencia de escalofríos y facies de dolor.

1.3. Enfermedad actual

Colelitiasis crónica calculosa

1.4. Antecedentes personales y patológicos

Hipertensión Arterial : Diagnosticado hace 1 año

Diabetes Mellitus : No

Tuberculosis Pulmonar : No

1.5. Examen físico

Frecuencia Cardiaca : 102 por minuto

Frecuencia Respiratoria : 24 por minuto

Presión Arterial : 90/50mmhg

Temperatura : 37 °C

Saturación : 95%

1.6. Exámenes auxiliares

Hemograma : 12.70

Leucocitos : 14,300

Glucosa : 94

Grupo sanguíneo y factor : O (+)

Bilirrubina total : 0.055

Bilirrubina directa : 0.33

Fosfatasa alcalina : 345 u/L (65 – 300)

Gama glutamil transferasa : 89 u/L (11.p – 50.0)

Transamina Glutámico Oxalactato : 56 u/L TGO (38)

Transamina Glutámico Piruvico : 100 u/L TGP (41)

Proteína Total : 4.59

Amilasa : 56

Bilirrubina total : 6.45 mg/dl

Bilirrubina directa : 5.23 mg/dl

Riesgo quirúrgico : II

Riesgo neumológico : II

1.7. Indicación terapéutica

Tratamiento farmacológico:

Droga	Dosis	vía
Dextrosa 5%	100 cc	Endovenosa (EV)
Ampicilina	200 mg	Endovenosa (EV)
Amikacina	60 mg	Endovenosa (EV)
Vancomicina	4 cc	Endovenosa (EV)
Metronidazol	4 mg	Endovenosa (EV)
Tramadol	5-8 ml	Endovenosa (EV)

1.8. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

Dominio 4 : Actividad y reposo

Clase 32 : Patrón de respiración ineficaz

Dominio 11 : Seguridad y protección

Clase 1 : Integridad de la piel

Dominio 2 : Nutrición

Clase 5 : Déficit de volumen de líquidos

Dominio 1 : Promoción de la salud

Clase 126 : Conocimientos deficientes

Dominio 11 : Seguridad y protección

Clase 39 : Riesgo de aspiración

Dominio 1 : Promoción de la salud

Clase 132 : Dolor agudo posoperatorio

Dominio 11 : Seguridad y protección

Clase 1 : Riesgo de infección

II. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DX1: Patrón de respiración ineficaz Patrón de respiración ineficaz relacionado con dolor, deterioro muscular y disminución de energía / fatiga

DX2: Integridad de la piel deteriorada relacionado con sustancia química (bilis), estasis de secreciones, estado nutricional alterado (obesidad) / estado metabólico e invasión de la estructura corporal (tubo en T)

DX3: Riesgo de volumen de líquido deficiente relacionado con pérdidas por aspiración NG, vómitos, ingesta médicamente restringida, coagulación alterada, protrombina reducida, tiempo de coagulación prolongado

DX4: Conocimiento deficiente relacionado con falta de exposición; mala interpretación de la información, falta de familiaridad con los recursos de información y falta de recuerdo

DX5: Riesgo de aspiración relacionado con nivel de conciencia, frecuencia respiratoria y capacidad de alimentación

DX6: Manejo del dolor relacionado con la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica

DX7: Riesgo de infección relacionado con la cirugía de colecistectomía laparoscópica.

III. PLANIFICACIÓN

Diagnóstico 1	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Patrón de respiración ineficaz relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor ▪ Deterioro muscular ▪ Disminución de energía / fatiga 	<p>Taquipnea; cambios en la profundidad respiratoria, capacidad vital reducida</p> <p>Aguantando la respiración renuencia a toser</p>	<p>Observe la frecuencia respiratoria, la profundidad.</p> <p>Ausculca los sonidos respiratorios.</p> <p>Ayude al paciente a girar, toser y respirar profundamente periódicamente.</p>	<p>La respiración superficial, entablillarse con la respiración, contener la respiración puede resultar en hipoventilación o atelectasia.</p> <p>Las áreas de sonidos respiratorios disminuidos o ausentes sugieren atelectasia, mientras que los sonidos adventicios (sibilancias, roncus) reflejan congestión.</p> <p>Favorece la ventilación de todos los segmentos pulmonares y la</p>	<p>Paciente presenta un patrón de respiración eficaz, no experimenta signos de compromiso y/o complicaciones respiratorias.</p>

		<p>Muestre al paciente cómo entablillar la incisión. Instruya técnicas de respiración efectivas.</p> <p>Eleve la cabecera de la cama, mantenga la posición de Fowler baja.</p> <p>Apoyar el abdomen al toser, deambular.</p>	<p>movilización y expectoración de secreciones.</p> <p>Facilita la expansión pulmonar. El entablillado proporciona soporte incisional y disminuye la tensión muscular para promover la cooperación con el régimen terapéutico.</p> <p>Maximiza la expansión de los pulmones para prevenir o resolver atelectasias.</p> <p>Facilita una tos, una respiración profunda y una actividad más eficaces.</p>	
--	--	--	--	--

Diagnóstico 2	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Integridad de la piel deteriorada relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustancia química (bilis), estasis de secreciones ▪ Estado nutricional alterado (obesidad) / estado metabólico ▪ Invasión de la estructura corporal (tubo en T) 	<p>Alteración de la piel / tejidos subcutáneos</p>	<p>Observe el color y el carácter del drenaje.</p> <p>Cambie los apósitos con tanta frecuencia como sea necesario. Limpiar la piel con agua y jabón. Use gasa de vaselina estéril, óxido de zinc o polvo de karaya alrededor de la incisión.</p> <p>Aplice las correas Montgomery.</p> <p>Use una bolsa de ostomía desechable</p>	<p>Inicialmente, el drenaje puede contener sangre y líquido teñido de sangre, que normalmente cambia a marrón verdoso (color biliar) después de las primeras horas.</p> <p>Mantiene limpia la piel alrededor de la incisión y proporciona una barrera para proteger la piel de la excoriación.</p> <p>Facilita los frecuentes cambios de apósito y minimiza los traumatismos cutáneos.</p> <p>Se puede usar un</p>	<p>Logre la cicatrización de heridas a tiempo sin complicaciones.</p> <p>Demuestre comportamientos para promover la curación / prevenir el deterioro de la piel.</p>

		<p>sobre un drenaje para heridas punzantes.</p> <p>Coloque al paciente en posición baja o semi-Fowler.</p> <p>Monitoree los sitios de punción (3-5) si se realiza el procedimiento endoscópico.</p> <p>Revise el tubo en T y los drenajes incisionales; asegúrese de que fluyan libremente.</p>	<p>aparato de ostmía para recolectar el drenaje abundante para una medición más precisa de la producción y protección de la piel.</p> <p>Facilita el drenaje de la bilis.</p> <p>Estas áreas pueden sangrar o las grapas y las tiras Steri-Strips pueden aflojarse en los sitios de las heridas por punción.</p> <p>El tubo en T puede permanecer en el colédoco durante 7 a 10 días para eliminar los cálculos retenidos. Los drenajes en el lugar de la incisión se utilizan para eliminar</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Mantenga el tubo en T en un sistema de recolección cerrado.</p> <p>Ancle el tubo de drenaje, dejando suficiente tubería para permitir un giro libre y evitar torceduras y torceduras.</p> <p>Observe si hay hipo, distensión abdominal o signos de peritonitis, pancreatitis.</p>	<p>cualquier líquido y bilis acumulados. El posicionamiento correcto evita la acumulación de bilis en el área operatoria.</p> <p>Previene la irritación de la piel y facilita la medición de la producción. Reduce el riesgo de contaminación.</p> <p>Evita que el tubo se desprenda y / o la oclusión del lumen.</p> <p>El desplazamiento de la sonda en T puede provocar irritación del diafragma o complicaciones más</p>	
--	--	--	--	--

		<p>Observe la piel, las escleróticas y la orina en busca de cambios de color.</p> <p>Note el color y la consistencia de las heces.</p> <p>Investigar informes de dolor RUQ aumentado o implacable; desarrollo de fiebre, taquicardia; Pérdida de secreción biliar alrededor del tubo o de una herida.</p>	<p>graves si la bilis drena hacia el abdomen o el conducto pancreático está obstruido.</p> <p>El desarrollo de ictericia puede indicar obstrucción del flujo de bilis.</p> <p>Las heces de color arcilla se producen cuando la bilis no está presente en los intestinos.</p> <p>Signos sugestivos de formación de abscesos o fístulas que requieran intervención médica.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Administre antibióticos según se indique.</p> <p>Sujete el tubo en T según lo programado.</p>	<p>Necesario para el tratamiento de abscesos y / o infecciones.</p> <p>Prueba la permeabilidad del conducto colédoco antes de retirar el tubo.</p>	
--	--	--	--	--

Diagnóstico 3	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Riesgo de volumen de líquido deficiente relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas por aspiración NG, vómitos ▪ Ingesta médicamente restringida ▪ Coagulación alterada, protrombina reducida, tiempo de coagulación prolongado 	<p>Un diagnóstico de riesgo no se evidencia por signos y síntomas, ya que el problema no se ha presentado y las intervenciones de enfermería están dirigidas a la prevención.</p>	<p>Monitoree I&O, incluido el drenaje de la sonda NG; la sonda en T y la herida. Pese al paciente periódicamente.</p> <p>Controle los signos vitales. Evalúe las membranas mucosas, la turgencia de la piel, los pulsos periféricos y el relleno capilar.</p>	<p>Proporciona información sobre las necesidades de reemplazo y la función de los órganos. Inicialmente, se pueden esperar 200 a 500 ml de drenaje de bilis a través del tubo en T, disminuyendo a medida que ingresa más bilis al intestino. El drenaje continuo de grandes cantidades de bilis puede ser un indicio de obstrucción no resuelta o, en ocasiones, de una fístula biliar.</p> <p>Indicadores de la adecuación del volumen circulante, perfusión.</p>	<p>Mostrar un equilibrio hídrico adecuado, evidenciado por signos vitales estables, membranas mucosas húmedas, buena turgencia cutánea / relleno capilar y gasto urinario individualmente apropiado.</p>

		<p>Observe los signos de sangrado: hematemesis, melena, petequias, equimosis.</p> <p>Utilice agujas de pequeño calibre para las inyecciones y aplique una presión firme durante más tiempo de lo habitual después de la punción venosa.</p> <p>Haga que el paciente use hisopos de algodón o esponja y enjuague bucal en lugar de un cepillo de dientes.</p> <p>Controle los estudios de laboratorio: Hb / Hct, electrolitos, nivel de protrombina o tiempo de coagulación.</p>	<p>La protrombina se reduce y el tiempo de coagulación se prolonga cuando se obstruye el flujo de bilis, lo que aumenta el riesgo de sangrado o hemorragia.</p> <p>Reduce traumatismos, riesgo de hemorragia o hematomas.</p> <p>Evita traumatismos y sangrado de encías.</p> <p>Evita traumatismos sangrado de encías.</p>	
--	--	---	---	--

		<p>Controle los estudios de laboratorio: Hb / Hct, electrolitos, nivel de protrombina o tiempo de coagulación.</p> <p>Administrar líquidos intravenosos, hemoderivados, según se indique.</p> <p>Electrolitos</p> <p>Vitamina K</p>	<p>Proporciona información sobre el volumen circulante, el equilibrio electrolítico y la adecuación de los factores de coagulación.</p> <p>Mantiene un volumen circulante adecuado y ayuda a reponer los factores de coagulación.</p> <p>Corrige los desequilibrios resultantes de excesivas pérdidas gástricas.</p>	
--	--	---	--	--

			Proporciona reemplazo de factores necesarios para el proceso de coagulación.	
--	--	--	--	--

Diagnóstico 4	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Conocimiento deficiente relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de exposición; mala interpretación de la información ▪ Falta de familiaridad con los recursos de información ▪ Falta de recuerdo 	<p>Preguntas; declaración de concepto erróneo</p> <p>Solicitud de Información</p> <p>Seguimiento inexacto de las instrucciones</p>	<p>Revise el proceso de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y el pronóstico.</p> <p>Demuestre el cuidado de las incisiones, vendajes y drenajes. Promover una buena higiene de manos.</p> <p>Se recomienda el drenaje periódico de la bolsa de recolección del tubo en T y el registro de la producción.</p> <p>Enfatice la importancia de mantener una dieta</p>	<p>Proporciona una base de conocimientos sobre la que el paciente puede tomar decisiones informadas.</p> <p>Promueve la independencia en la atención y reduce el riesgo de complicaciones.</p> <p>Reduce el riesgo de reflujo, tensión en el tubo o sello del aparato. Proporciona información sobre la resolución del edema ductal y el retorno de la función ductal para el momento adecuado de la extracción del tubo T.</p> <p>Durante los primeros 6 meses después de la</p>	<p>Verbalizar la comprensión del proceso de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico / pronóstico y las posibles complicaciones.</p> <p>Verbalizar la comprensión de las necesidades terapéuticas.</p> <p>Realice correctamente los procedimientos necesarios y explique las razones de las acciones.</p> <p>Inicie los cambios de estilo de vida necesarios y participe en el régimen terapéutico.</p>

		<p>baja en grasas, comer comidas pequeñas con frecuencia, reintroducir gradualmente alimentos o líquidos como grasas durante un período de 4 a 6 meses.</p> <p>Hable sobre el uso de medicamentos como florantirona (Sancho) o ácido deshidrocólico (Decholin).</p> <p>Analice cómo evitar o limitar el uso de bebidas alcohólicas.</p> <p>Informe al paciente que pueden producirse heces blandas durante varios meses.</p> <p>Aconseje al paciente que tenga en cuenta y evite los alimentos que</p>	<p>cirugía, la dieta baja en grasas limita la necesidad de bilis y reduce las molestias asociadas con la digestión inadecuada de grasas.</p> <p>Puede ser necesario el reemplazo oral de sales biliares para facilitar la absorción de grasas.</p> <p>Minimiza el riesgo de afectación pancreática.</p> <p>Los intestinos necesitan tiempo para adaptarse al estímulo de la producción continua de bilis.</p> <p>Aunque los cambios dietéticos radicales no</p>	
--	--	--	---	--

		<p>parecen agravar la diarrea.</p> <p>Identificar signos y síntomas que requieran notificación al proveedor de atención médica: orina oscura; color de ojos y piel con ictericia; heces fecales de color arcilla, heces excesivas; o acidez estomacal recurrente, hinchazón.</p> <p>Revise las limitaciones</p>	<p>suelen ser necesarios, algunas restricciones pueden ser útiles; por ejemplo, generalmente se toleran las grasas en pequeñas cantidades. Después de un período de adaptación, el paciente generalmente no tendrá problemas con la mayoría de los alimentos.</p> <p>Indicadores de obstrucción del flujo biliar o alteración de la digestión, que requieren mayor evaluación e intervención.</p>	
--	--	---	---	--

		de la actividad según la situación individual.	La reanudación de las actividades habituales se logra normalmente en 4 a 6 semanas.	
--	--	--	---	--

Diagnóstico 5	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Riesgo de aspiración relacionado con:</p> <p>Nivel de conciencia</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Capacidad de alimentación</p>	<p>Una de las principales medidas de precaución para la aspiración es colocar a los pacientes en riesgo en una posición semisentada.</p> <p>Otras medidas incluyen compensar la ausencia de reflejos, evaluar la colocación de la sonda de alimentación, identificar el retraso en el vaciado del estómago y controlar los efectos de la intubación</p>	<p>Evaluar el nivel de conciencia.</p> <p>Controle la frecuencia respiratoria, la profundidad y el esfuerzo. Observe cualquier signo de aspiración como disnea, tos, cianosis, sibilancias o fiebre.</p> <p>Evalúe la capacidad para tragar evaluando lo siguiente:</p> <p>Tos, ahogo, carraspeo, gorgoteo o voz "húmeda" durante o después de tragar</p> <p>Alimentos residuales en la boca después de comer</p>	<p>El principal factor de riesgo de aspiración es la disminución del nivel de conciencia.</p> <p>Los signos de aspiración deben identificarse lo antes posible para evitar una aspiración adicional e iniciar un tratamiento que pueda salvar la vida.</p> <p>La dificultad para tragar aumenta el riesgo de aspiración. Sigue existiendo la necesidad de métodos válidos y fáciles de usar para detectar el riesgo de aspiración.</p>	<p>Mantiene riesgo de aspiración controlado.</p>

	prolongada.	<p>Regurgitación de alimentos o líquidos a través de las fosas nasales.</p> <p>Revise los resultados de los estudios de deglución según lo ordenado.</p> <p>Evalúe la presencia de náuseas o vómitos.</p>	<p>Para los pacientes de alto riesgo, puede estar indicada la realización de un estudio de deglución por videofluoroscopia para determinar la naturaleza y el alcance de cualquier anomalía en la deglución.</p> <p>Las náuseas o los vómitos ponen a los pacientes en un gran riesgo de aspiración, especialmente si el nivel de conciencia está comprometido. Es posible que se requieran antieméticos para prevenir la aspiración</p>	
--	-------------	---	--	--

		<p>Observe las partículas de comida en las secreciones traqueales en pacientes con traqueotomía.</p> <p>Ausculte los ruidos intestinales para evaluar la motilidad gastrointestinal.</p>	<p>del contenido gástrico regurgitado.</p> <p>Los alimentos nunca deben estar presentes en los conductos traqueobronquiales. Significa material aspirado.</p> <p>La motilidad gastrointestinal reducida aumenta el riesgo de aspiración a medida que se acumulan líquidos y alimentos en el estómago. Además, los pacientes de edad avanzada tienen una disminución de la motilidad esofágica, lo que retrasa el vaciamiento esofágico.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Evaluar el estado pulmonar en busca de evidencia clínica de aspiración. Ausculte los sonidos respiratorios en busca de crepitantes y roncus. Monitoree las radiografías de tórax según lo indicado.</p>	<p>Cuando se combina con el reflejo nauseoso más débil de los pacientes mayores, la aspiración tiene un mayor riesgo.</p> <p>La aspiración de pequeñas cantidades puede ocurrir con la aparición repentina de dificultad respiratoria o sin tos, especialmente en pacientes con niveles disminuidos de conciencia.</p>	
--	--	--	--	--

Diagnóstico 6	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
<p>Manejo del dolor relacionado a la cirugía.</p>		<p>Proporcione medidas para aliviar el dolor antes de que se agrave.</p> <p>Reconozca y acepte el dolor del cliente.</p>	<p>Es preferible proporcionar un analgésico antes de la aparición del dolor o antes de que se vuelva severo cuando se requiera una dosis mayor. es la administración de analgésicos antes de la cirugía para disminuir o aliviar el dolor después de la cirugía. El enfoque preventivo también es útil antes de procedimientos dolorosos como cambios de apósitos, fisioterapia, drenaje postural, etc.</p> <p>Las enfermeras tienen el deber de preguntar a sus clientes sobre su dolor y creer en sus informes de dolor.</p>	<p>Controla el dolor postoperatorio.</p>

		<p>Proporcionar manejo del dolor no farmacológico.</p> <p>Proporcionar tratamiento farmacológico del dolor según se indique.</p>	<p>Desafiar o socavar sus informes de dolor da como resultado una relación terapéutica poco saludable que puede dificultar el manejo del dolor y deteriorar la relación.</p> <p>Los métodos no farmacológicos en el manejo del dolor pueden incluir estrategias físicas, cognitivo-conductuales y manejo del dolor en el estilo de vida. Estos métodos se utilizan para brindar comodidad al alterar las respuestas psicológicas al dolor.</p> <p>Pautas del uso lógico de analgésicos para tratar el cáncer mediante un enfoque de escalera de tres</p>	
--	--	--	--	--

		<p>Evalúe la eficacia de los analgésicos según lo indicado y observe si hay signos y síntomas de efectos secundarios.</p>	<p>pasos, también conocida como escalera analgésica. La escalera de analgésicos se centra en alinear los analgésicos adecuados con la intensidad del dolor.</p> <p>La eficacia de los analgésicos debe ser evaluada individualmente por el paciente, ya que se absorben y metabolizan de forma diferente.</p>	
Diagnóstico 7	Evidenciado	Intervenciones	Fundamentos	Resultados
Riesgo de infección relacionado con la cirugía.	<p>Ruptura de la continuidad de la defensa de primera línea que es la piel.</p> <p>Incisión y sutura en el abdomen.</p>	Mantenga una asepsia estricta para cambios de apósitos, cuidado de heridas, terapia intravenosa y manejo de catéteres.	<p>La técnica aséptica reduce las posibilidades de transmitir o propagar patógenos hacia o entre pacientes. Interrumpir la cadena de la infección (ver imagen de arriba) es</p>	Mantener la infección controlada.

		<p>Asegúrese de que todos los artículos estén desinfectados o esterilizados</p> <p>Lávese las manos o realice la higiene de las manos antes de tener contacto con el paciente. También imparta estos deberes al paciente y a sus seres queridos. Conozca las instancias en las que realizar la higiene de manos o "5 momentos para la higiene de manos":</p> <p>Eduque a los clientes y al SO sobre los métodos apropiados</p>	<p>una forma eficaz de prevenir la propagación de la infección.</p> <p>Esto reduce o elimina los gérmenes.</p> <p>La fricción y el agua corriente eliminan eficazmente los microorganismos de las manos. El lavado entre procedimientos reduce el riesgo de transmitir patógenos de un área del cuerpo a otra. Lávese las manos con agua y jabón antiséptico durante al menos 15 segundos y luego frótese las manos con alcohol.</p> <p>El conocimiento de las formas de reducir o eliminar los gérmenes</p>	
--	--	--	--	--

		<p>para limpiar, desinfectar y esterilizar los artículos.</p> <p>Fomente la ingesta de alimentos ricos en proteínas y calorías.</p> <p>Adopte medidas para romper la cadena de infección y prevenir la infección.</p>	<p>reduce la probabilidad de transmisión.</p> <p>Una nutrición adecuada juega un papel importante en el apoyo a la capacidad de respuesta del sistema inmunológico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambie el apósito y los vendajes que estén sucios o mojados. 2. Ayudar a los clientes a llevar a cabo una higiene oral y cutánea adecuada. 3. Deseche adecuadamente la ropa de cama sucia. 4. Evite hablar, toser o estornudar sobre heridas abiertas o campos estériles. 5. Utilice guantes cuando manipule las secreciones del 	
--	--	---	---	--

		<p>Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado (p. Ej., Insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).</p> <p>Fomente los ejercicios para toser y respirar profundamente; frecuentes cambios de posición.</p> <p>Recomiende el uso de cepillos de dientes de cerdas suaves y ablandadores de heces para proteger las</p>	<p>paciente.</p> <p>Los líquidos ayudan a promover la orina diluida, el vaciado frecuente de la vejiga y la reducción de la estasis de la orina. En última instancia, esto reduce el riesgo de infección de la vejiga o del tracto urinario.</p> <p>Ayuda a reducir la estasis de secreciones en los pulmones y el árbol bronquial. Cuando se produce la estasis, se produce una infección microbiana del tracto respiratorio que puede provocar neumonía.</p> <p>Los cepillos de dientes de cerdas duras</p>	
--	--	---	---	--

		<p>membranas mucosas.</p> <p>Limite los visitantes.</p> <p>Si se produce una infección, enséñele al paciente a tomar antiinfecciosos según lo prescrito. Si toma antibióticos, indique al paciente que tome el ciclo completo de antibióticos incluso si los síntomas mejoran o desaparecen.</p>	<p>pueden comprometer la integridad de la membrana mucosa y proporcionar un puerto de entrada para patógenos.</p> <p>Restringir las visitas reduce la transmisión de patógenos.</p> <p>Los antibióticos funcionan mejor cuando se mantiene un nivel en sangre constante, lo que se hace cuando los medicamentos se toman según lo prescrito. No completar el régimen de antibióticos prescrito puede provocar resistencia a los medicamentos en el patógeno y reactivación de los síntomas.</p>	
--	--	--	---	--

Fuente: NANDA NOC-NIC – GOOGLE

ELABORACION: Adely Pérez Ardian

Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de colecistectomía. Lima: Universidad Inca Garcilaso de La Vega; 2018. [Tesis].(39)

IV. EJECUCIÓN

- Observe la frecuencia / profundidad respiratoria. Justificación: La respiración superficial, entablillarse con la respiración, contener la respiración puede resultar en hipoventilación / atelectasia.
- Ausculta los sonidos respiratorios. Justificación: Las áreas de sonidos respiratorios disminuidos / ausentes sugieren atelectasia, mientras que los sonidos adventicios (sibilancias, roncus) reflejan congestión.
- Ayude al paciente a girar, toser y respirar profundamente periódicamente. Muestre al paciente cómo entablillar la incisión. Instruir sobre técnicas de respiración efectivas. Justificación: promueve la ventilación de todos los segmentos pulmonares y la movilización y expectoración de las secreciones.
- Eleve la cabecera de la cama, mantenga la posición de Fowler baja. Apoyar el abdomen al toser, deambular. Justificación: facilita la expansión pulmonar. El entablillado proporciona soporte incisional / disminuye la tensión muscular para promover la cooperación con el régimen terapéutico.
- Ayudar con tratamiento respiratorio, espirómetro incentivador. Justificación: maximiza la expansión de los pulmones para prevenir atelectasia.
- Administrar analgésicos antes de tratamientos respiratorios / actividades terapéuticas. Justificación: Facilita una tos, una respiración profunda y una actividad más eficaces.

V. EVALUACIÓN

- Paciente presenta un patrón de respiración eficaz, no experimenta signos de compromiso y/o complicaciones respiratorias.
- Paciente logra la cicatrización de heridas a tiempo sin complicaciones, demuestra comportamientos para promover la curación y/o prevenir el deterioro de la piel.
- Paciente muestra un equilibrio hídrico adecuado, evidenciado por signos vitales estables, membranas mucosas húmedas, buena turgencia cutánea y/o relleno capilar y gasto urinario individualmente apropiado.
- Paciente verbaliza la comprensión del proceso de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y/o pronóstico y las posibles complicaciones.
- Paciente mantiene riesgo de aspiración controlado.
- Paciente manifiesta disminución del dolor según la Escala Dolor.
- Paciente se mantuvo libre de contaminación durante su recuperación.

CONCLUSIONES

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar, generalmente asociada con cálculos biliares impactados en el conducto cístico. Las piedras (cálculos) están formadas por colesterol, bilirrubinato de calcio o mezcla causada por cambios en la composición de la bilis. Los cálculos biliares pueden desarrollarse en el conducto biliar común, el conducto cístico, conducto hepático, conducto biliar pequeño y conducto pancreático; los cristales también se pueden formar en la submucosa de la vesícula biliar y causar una inflamación generalizada; con colelitiasis generalmente se trata mediante cirugía electiva o laparoscópica.

La colelitiasis o cálculos en vesícula biliar, resultado de cambios en componentes biliares; los cálculos biliares están hechos de colesterol, bilirrubinato de calcio o una mezcla de colesterol y bilirrubina. Surgen durante períodos de lentitud en la vesícula biliar debido al embarazo, anticonceptivos hormonales, diabetes mellitus, enfermedad celíaca, cirrosis hepática y pancreatitis.

La colecistectomía es un procedimiento mediante el cual el cirujano extrae la vesícula biliar, este procedimiento utiliza varios cortes pequeños en lugar de uno grande, se inserta un tubo con una cámara o un laparoscopio a través de una incisión y ayuda a su médico a comprender su vesícula biliar, su estómago se extrae a través de otra incisión. Después de la cirugía, puede recibir atención postoperatoria para la colecistectomía y bajo la guía de las enfermeras.

Los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos deben recibir atención continua para optimizar su recuperación y prevenir complicaciones, esta prestación de atención permitirá identificación temprana de circunstancias que rodean la cirugía y que pueden poner a pacientes en riesgo de sufrir daños.

El cuidado postoperatorio es un hecho cotidiano de enfermería, está claro que las teorías detrás de las acciones de enfermería a menudo se olvidan en la práctica diaria y estas acciones pueden no priorizarse como deberían, se espera que le haya permitido revisar los principios detrás de la atención posoperatoria.

RECOMENDACIONES

Elegir a las colecistectomías laparoscópicas como procedimientos quirúrgicos después de discutir brevemente la colecistectomía y sus indicaciones, se discuten las mejores prácticas en la recuperación de fase I, fase II y fase III.

Establecer los regímenes farmacéuticos típicos para controlar el dolor y las náuseas y los vómitos posoperatorios; es decir, al implementar las mejores prácticas, las enfermeras pueden prevenir y reconocer complicaciones.

Discutir los criterios para el alta junto con la enseñanza del alta requerida para el paciente mediante la técnica de enseñanza, así como las necesidades de enseñanza del paciente y la familia en el período posoperatorio inmediato.

Concientizar en las enfermeras optimizar la experiencia quirúrgica del paciente y promover la seguridad mediante la implementación de las mejores prácticas en todas las fases de la recuperación de la colecistectomía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de la vesícula biliar – colelitiasis. Ginebra: OMS. 2019. [Internet]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/kuee>
2. Organización Panamericana de la Salud. Colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar. Washington: OPS. 2019. [Internet]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ejVO9tz>
3. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. Lima: MINSA. 2019. [Internet]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ujVPprk>
4. Tapia L. Colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/ljVPAru>
5. Condori Y. Correlación ecográfica y hallazgos quirúrgicos en pacientes colecistectomizados en los hospitales de la ciudad del Cusco. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/tjVAsCm>
6. Ortega K, Quiroz S. Factores de riesgo asociados a colelitiasis en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/ijVAO8L>

7. Téllez K. Prevalencia de colecistitis aguda en pacientes del Servicio de Cirugía en el Hospital Vitarte. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/ZjVA1zU>
8. Paredes T. Plan de cuidados de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica atendidos en el Servicio de Recuperación de la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/2jVGpB4>
9. Armijos M. Factores que influyen en el manejo del post operatorio inmediato y su relación con las complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes intervenidos en el Centro Quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/CjVGvaL>
10. Mastache V, Juárez C, Flores K. Efectividad de la intervención educativa de enfermería en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes de colecistectomía en el Hospital Issste Acapulco. Acapulco: Universidad Autónoma de Guerrero; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/YjVGApU>
11. Burbano M, Delgado K. Actividades de enfermería en la recepción de pacientes post quirúrgicos en la sala de recuperación en un Hospital de Especialidad en la ciudad de Guayaquil. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/qjVHI7P>

12. Obregón M. Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía Hospital Sergio E. Bernales. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/kjVH42p>
13. Cahua G. Cuidados de enfermería en pacientes postoperados inmediatos de colecistectomía laparoscópica en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/vjVJTJA>
14. Huamán A. Cuidados de enfermería en los pacientes de colecistectomía en el Servicio de Cirugía del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica, EsSalud. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/SjVJPkT>
15. Huarcaya V. Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/CjVJ84F>
16. Pariona M. Cuidados de enfermería en pacientes por colecistectomía laparoscópica, Unidad de Recuperación Hospital Regional de Ayacucho. Ayacucho: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/GjVKt15>
17. Silva S, Soles L. Satisfacción del paciente en post operatorio mediato con el cuidado enfermero basado en la teoría de Virginia Henderson.

Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3IErslp>

18. Arreaga W, Rodríguez D. Percepción del profesional de enfermería sobre el rol asistencial en el paciente crítico de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General del Norte de Guayaquil. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3lCwl9l>
19. López I, Múnera M, restrepo N, Vargas M. Necesidades del adulto mayor según el modelo de Virginia Henderson. Envigado: Universidad CES; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2MgpkDU>
20. Martínez E. La visibilidad de los cuidados enfermeros a través de un cambio organizativo en el Área de Salud VI, Vega Media del Segura. Región de Murcia. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/39e2wh8>
21. Rojas R, Toribio D. Rol del cuidado enfermero y la percepción del usuario externo en el primer nivel de atención, Centro De Salud Uliachín. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2KI2AMt>
22. Pita R. Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson. La Coruña: Universidade Da Coruña; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2Y6cJpa>
23. Campos Y. Complicaciones postquirúrgicas en adultos sometidos a

colecistectomía abierta en el Hospital General de Jaén. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/MjVSwQa>

24. Fernández L. Factores asociados a complicaciones postcolecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/SjVSxzn>
25. Rojas B. Índice de neutrófilos / linfocitos asociados a colecistitis aguda en pacientes adultos del servicio de cirugía del Hospital II Vitarte – EsSalud. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://cutt.ly/XjVSUve>
26. Llamas M. Características clínicas de la enfermedad litiásica vesicular en pacientes en el área de Hospitalización de Cirugía del Hospital Vitarte. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3obVf5D>
27. Anaya D, Tácunan J. Ecografía abdominal y colangiografía en coledocolitiasis en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo. Huancayo: Universidad nacional del Centro del Perú; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/369Jy9h>
28. Salirrosas M. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3sOSJ8N>
29. Desempeño de la guía Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis

aguda en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud Cusco. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/399woLt>

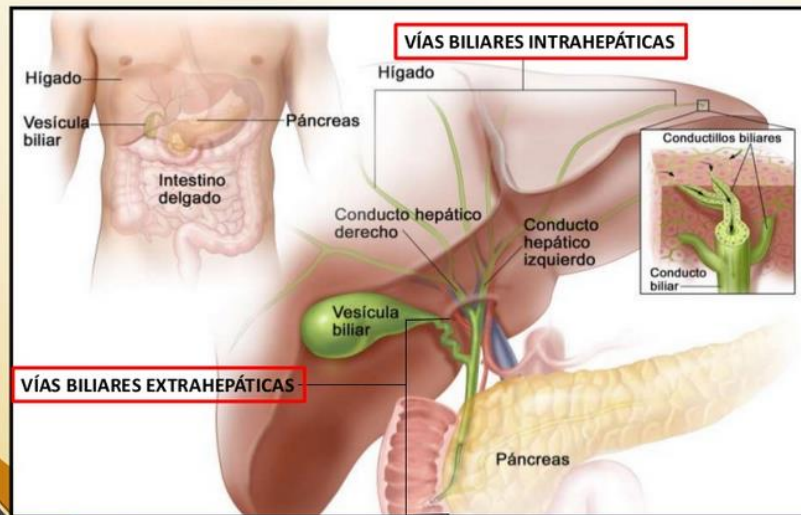
30. Arosquipa A. Hallazgos ecográficos prequirúrgicos asociados a la dificultad de la colecistectomía laparoscópica Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2NxPu5F>
31. Quesquén R. Asociación de las adherencias de vesícula biliar, a la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional, en el Hospital II Chocope. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2M1OPcf>
32. Santisteban J. Factores de riesgo asociados a colecistitis en el Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas. Amazonas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2MgNkXx>
33. Ramírez B, Saavedra D. Eficacia de la colecistectomía laparoscópica temprana vs colecistectomía laparoscópica tardía en pacientes con colecistitis aguda. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3a2ADri>
34. Pisfil C. Morbimortalidad por colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda en el adulto mayor en el Servicio de Emergencia del Hospital de Huaral. Lima: Universidad Peruana Cayetano

- Heredia; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3qMJp3z>
35. Canahua G. Factores para conversión a colecistectomía convencional en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/39Wt4T2>
36. Ramírez Y. Colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el Hospital Nivel II San Juan de Lurigancho. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3gKlrEN>
37. Tecse O. Colecistitis litiásica: factores asociados para la conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional, Hospital Antonio Lorena de Cusco. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2KKZEig>
38. Rodríguez M. Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de colecistectomía. Lima: Universidad Inca Garcilaso de La Vega; 2018. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/2MdO1AJ>
39. Huamán J. Factores de riesgo asociados a la presentación de colecistitis en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital San José. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3a4NZDI>

40. Carbajal Y. Variables que influyen en las complicaciones en pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del HNPNP Luis N. Sáenz. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. [Tesis]. [citado 17 Ene 2021]. Disponible: <https://bit.ly/367kM9S>

ANEXOS

VÍAS BILIARES



5 of 126

VESÍCULA BILIAR

✓ SACO EN FORMA DE PERA (7 A 10 CM).

✓ SECRECIÓN BILIAR FORMACIÓN DE LA BILIS (200 A 1.100 ml/24h)

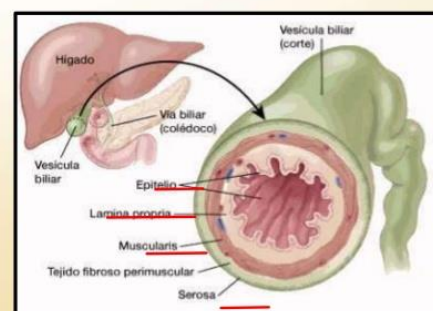
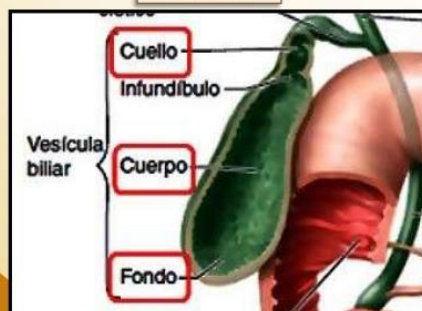
✓ CAPACIDAD PROMEDIO DE 30 A 50 ML.

✓ SE DISTINGUEN:

1. Fondo
2. Cuerpo.
3. Cuello
4. Infundíbulo

✓ HISTOLÓGICAMENTE PRESENTA:

1. Epitelio cilíndrico simple.
2. Lamina propia.
3. Capa muscular externa
4. Adventicia (tejido adiposo, red linfática, nervios y vasos sanguíneos).
5. Serosa.

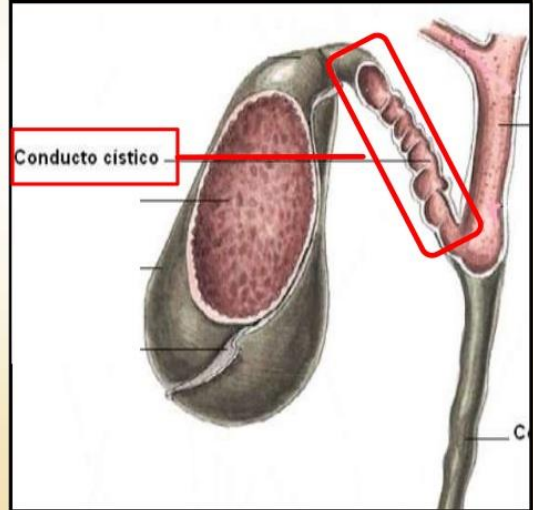


CONDUCTO CÍSTICO

✓ SE EXTIENDE DESDE LA VESÍCULA BILIAR HASTA LA VÍA BILIAR PRINCIPAL.

✓ CONDUCTO ESTRECHO DE 3- 5MM. CON UNA LONGITUD EN EL ADULTO DE 3-4CM.

✓ VÁLVULA DE HEISTER



TIPOS DE LITOS



COLESTEROL 80%



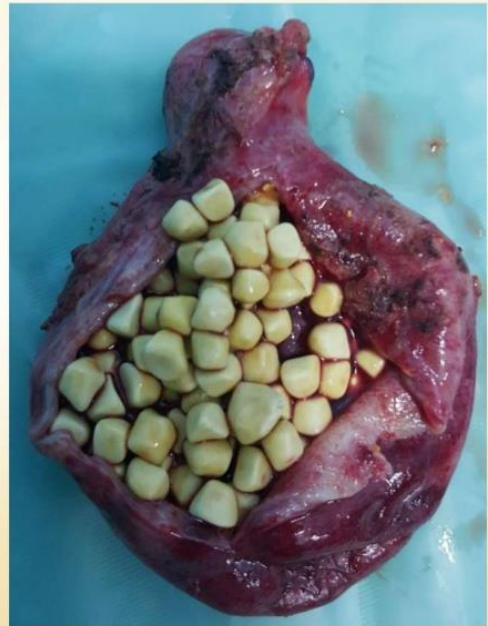
MIXTOS 0-1%

PIGMENTARIOS 20 %
(Negros y Pardos)



CÁLCULOS DE COLESTEROL

- SON EL TIPO MÁS COMÚN.
- NO ESTÁN RELACIONADOS CON LOS NIVELES DE COLESTEROL EN LA SANGRE.
- SUELEN SER RADIOTRANSARENTES



CÁLCULOS PIGMENTARIOS

CÁLCULOS NEGROS

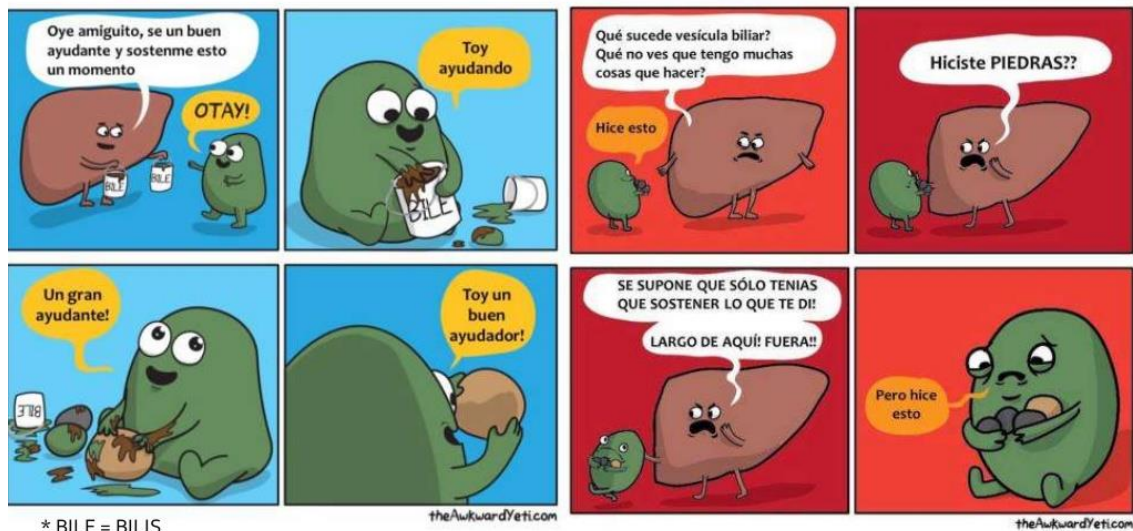
- PEQUEÑOS, FRÁGILES, EN OCASIONES ESPICULADOS.
- POR SOBRESATURACIÓN DE BILIRRUBINATO DE CALCIO, CARBONATO Y FOSFATO
- POR TRASTORNOS HEMOLÍTICOS COMO ESFEROCITOSIS HEREDITARIA, ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES Y CIRROSIS.
- LA BILIRRUBINA NO CONJUGADA ES MUCHO MENOS SOLUBLE EN LA BILIS QUE LA CONJUGADA.



CÁLCULOS PIGMENTARIOS

CÁLCULOS NEGROS

- PEQUEÑOS, FRÁGILES, EN OCASIONES ESPICULADOS.
- POR SOBRESATURACIÓN DE BILIRRUBINATO DE CALCIO, CARBONATO Y FOSFATO
- POR TRASTORNOS HEMOLÍTICOS COMO ESFEROCITOSIS HEREDITARIA, ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES Y CIRROSIS.
- LA BILIRRUBINA NO CONJUGADA ES MUCHO MENOS SOLUBLE EN LA BILIS QUE LA CONJUGADA.



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:
Yo..... identificado con DNI (Carné de extranjería o pasaporte para extranjero) N° he sido informado por el Dr.

acerca de mi enfermedad, los estudios y tratamientos que ella requiere.

Padezco de y el tratamiento o procedimiento propuesto consiste en (descripción en términos sencillos).

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de tratamientos alternativos

y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento.....

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice.....

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma de un testigo
DNI

REVOCATORIA

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma del Profesional
DNI

Escalas de dolor







