

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON COLECISTITIS  
AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA A HOSPITAL REGIONAL  
CUSCO 2015 – 2017**

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

**ISABEL ESTRADA CUADROS**

**Callao, 2018**  
**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES      PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES      SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA      VOCAL

### **ASESORA: Mg. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 219

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 921-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2 Objetivo.....	4
1.3 Justificación .....	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
2.1 Antecedentes .....	7
2.2 Marco Conceptual .....	8
2.3 Definición de términos .....	30
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> .....	<b>32</b>
3.1 Recolección de datos.....	32
3.2 Experiencia Profesional.....	38
3.3 Procesos realizados en el tema del informe .....	39
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	<b>47</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>48</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>51</b>

## INTRODUCCIÓN

La colecistitis es una inflamación aguda de la mucosa vesicular producida por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, es la llamada colecistitis aguda litiásica, produciéndose infección bacteriana secundaria (bilis sobresaturada que lesiona la mucosa y favorece la invasión de los gérmenes); los restantes casos se producen en ausencia de cálculos (colecistitis aguda alitiásica), presentándose preferentemente en pacientes graves sometidos a tratamiento en unidades de cuidados intensivos por politraumatismos, quemaduras, insuficiencia cardiaca o renal o por sepsis, con nutrición parenteral (estasis biliar), respiración asistida o politransfundidos. En algunos casos, en especial diabéticos, inmunodeficientes o niños se origina como consecuencia de una infección primaria por Clostridium, E. coli o Salmonella typhi.

Según el reporte de la unidad de estadísticas del Hospital de Apoyo Cusco en los últimos años la cantidad de pacientes que ingresan con diagnóstico de colecistitis aguda va en aumento. El 75% de los casos son precedidos por episodios de cólico biliar. Suele cursar con un dolor visceral epigástrico, seguido de un dolor constante (no cólico) moderadamente severo localizado en el cuadrante superior derecho, el dorso, el hombro o, rara vez, el tórax.

En el presente informe detallo mis experiencia profesional, lo cual consta de siguiente esquema: **Capítulo I** Describe del planteamiento del problema; **Capítulo II** Marco Teórico; **Capítulo III** Experiencia Profesional; **Capítulo IV** Resultados; **Capítulo V** conclusiones; **Capítulo VI** Recomendaciones; **Capítulo VII** Referenciales.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

Los trastornos de la vía biliar afectan una proporción importante de la población mundial. Más del 95% de las enfermedades biliares son atribuibles a colecistitis aguda (Motta G, 2010). La colecistitis aguda es sin duda una de las patologías más comunes en unidades hospitalarias; se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. (1)

La mayor incidencia de la enfermedad ocurre en el adulto entre los 30 y 80 años de edad observándose más frecuente en mujeres que en hombres. La misma puede presentarse en un 20-30 % de los casos sin antecedentes de otras manifestaciones de la enfermedad previa. La principal manifestación clínica es el dolor abdominal agudo. Aproximadamente un 50 % de los pacientes han tenido síntomas de colecistitis aguda al menos 48 horas antes del ingreso. (2)

En América Latina se informa que entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, y existen poblaciones y etnias con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. Países como Estados Unidos, Chile, Bolivia se encuentran entre los de mayor número de personas afectadas por esta enfermedad. (3) La colelitiasis es uno de los problemas de mayores proporciones en la población adulta y su incidencia varía de una zona geográfica a otra. En Estados Unidos se calcula que el 10%, 15% de la población adulta padece de colelitiasis y que cada año se diagnostican aproximadamente 800000 casos nuevos. En Argentina y Chile (4).

En el Perú la incidencia de esta patología y de su frecuencia por edad y sexo no ha sido lo suficientemente estudiada en cuanto a su prevalencia e incidencia, no obstante que las infecciones biliares tienen una alta

incidencia debido a la elevada prevalencia de la colecistolitiasis. Se dice que el 90 al 95% de las colecistitis agudas tienen este origen, dejando solo un 5-10% para las de origen alitiasico. La incidencia de bacteriobilia (presencia de bacterias en la vesícula biliar) puede llegar al 20% en los pacientes sometidos a intervenciones sobre el tracto biliar sin colecistitis aguda, en contraposición, hasta un 72% de pacientes con colecistitis gangrenoso presentan bacteriobilia.

En el Hospital Regional de Cusco, los casos de colecistitis aguda se presentan con bastante frecuencia, no obstante los estudios acerca de la prevalencia e incidencia asociados al mismo no son claros, esto asociado al hecho que los casos de colelitiasis en el Hospital Regional de Cusco son aún mayores, muchos de los cuales son asintomáticos y un porcentaje considerable de estos que supera el 10% llegan a padecer de cólicos biliares y muchos de ellos llegan a desarrollar colecistitis aguda, porque no son tratados oportunamente en sus lugares de referencia o por que los pacientes provienen de zonas lejanas o inaccesibles, lo que hace que muchos de los casos de colelitiasis terminen desencadenando en una colecistitis aguda. La progresión y valoración de la colecistitis aguda hace que muchos de los pacientes sean abordados con un tratamiento quirúrgico, es decir de una colecistectomía de forma abierta o laparoscópica, con los consiguientes gastos que estos procedimientos generan para el paciente y para el establecimientos de salud.

## **1.2 Objetivo**

Describir la experiencia profesional en Cuidados de Enfermería en pacientes con colecistitis aguda en el servicio de Cirugía "A" Hospital Regional Cusco, 2015-2017.

### **1.3 Justificación**

La colecistitis aguda sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio e indiscutiblemente vinculada a la litiasis, que puede llegar a ser grave y mortal sin tratamiento oportuno y que aun genera algunas controversias respecto a la participación bacteriana en la génesis de la misma, por el alto porcentaje de ingresos al servicio de Cirugía con colecistitis aguda.

Asimismo la carencia de estudios que nos permitan describir la distribución de los pacientes con colecistitis aguda hace poco previsible la gestión hospitalaria en materia de prevención de recursos destinados a la misma, y naturalmente no permite detectar errores en el tratamiento de la colecistitis, tal es así que el contar con datos ordenados sistemáticamente de pacientes que acuden al servicio de cirugía con un diagnóstico de colecistitis aguda se convierte en una información relevante para incidir en el estudio y prevención de los factores asociados al desenlace de la enfermedad.

Debido a la alta prevalencia de colecistitis aguda en unidades médicas, es necesario contar con instrumentos que guíen la práctica clínica de enfermería la cual debe ser basada en evidencia con la finalidad de estandarizar el cuidado y prevenir complicaciones para mejorar la calidad en la atención otorgada.

Considerando que la colecistectomía laparoscópica hoy en día, es el estándar de referencia para el tratamiento de dicha patología, este procedimiento quirúrgico se encuentra entre las cinco primeras causas de intervención en unidades médicas quirúrgicas a nivel mundial, siendo considerado como el tratamiento quirúrgico más costoso entre los practicados para las enfermedades digestivas (Almora C, 2012), es de gran importancia el estudio de casos, y la especialización en cuidados

quirúrgicos a fin de brindar mejor cuidados siendo la población usuaria los mas beneficiados.

Así mismo la Ley N° 27669, sobre Ley del Trabajo de la Enfermera (O). Artículo 2. Rol de la de la Profesión de Enfermería. La Enfermera (o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, ampara el actuar de la Enfermera en el ambiente asistencial, administrativo, educadora.

Ley N° 27604 (Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de Salud a dar atención Medica en CASOS DE EMERGENCIA Y PARTOS).



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

**GONZALES Quispe, Gian Marco, (2012).** “Percepción De Los Comportamientos Del Cuidado humanizado De Enfermería En Personas Colectistomizadas – Hospital Goyeneche – Arequipa 2014”, tuvo como objetivo: Determinar la percepción sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería de las personas que fueron colectistomizadas en el Hospital Goyeneche - 2014. La población de estudio estuvo conformada por 63 personas que fueron colectistomizadas, con predominio del sexo femenino, cuya población fluctúan entre 18 a 22 años y de 28 a 32 años cada grupo respectivamente con el 12.70%; en cuanto al sexo masculino la mayoría de casos se da entre las edades comprendidas de 18 a 32 años con el 9.52%. (5)

**MENDOZA, R. (2012).** “Relación entre los factores de riesgo de la Colelitiasis y los tipos de Litiasis en pacientes colectistomizados Hospital Octavio Mongrut año 2010-2011”, se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo de tipo correlacional, transversal, observacional y prospectivo desde Noviembre del 2010 hasta Diciembre del 2011. Se seleccionaron 50 pacientes colectistomizados por el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, en el Hospital Octavio Mongrut, usando un muestreo no probabilístico de tipo accidental. Se recolectó los datos de los factores de riesgos de la litiasis vesicular como edad, sexo, paridad, obesidad, antecedentes familiares, dieta, etc. mediante una entrevista personal no estructurada a los pacientes colectistomizados, Los factores de riesgos más frecuentes encontrados fueron género femenino 80%, mayor de 40 años 56%, historia familiar 48% y multiparidad 46%. El tipo de cálculo más frecuente fue el cálculo de colesterol tipo mixto 46%. No se determinó una relación directa entre un

determinado factor de riesgo y un tipo específico de cálculos biliar, la etiología podría ser multifactorial. (6)

**CISNERO RAMON, Antonio (2013), Ecuador “Cuidados de enfermería en el pre, intra y post operatorio a pacientes con colecistectomía laparoscópica en el Hospital de la Mujer y del Niño en el periodo de Enero a Diciembre del 2012”,** su objetivo identificar las falencias de los cuidados de enfermería en el pre, intra y post operatorio a pacientes con colecistectomía laparoscópica en el Hospital de la Mujer y del Niño en el periodo de Enero a Diciembre del 2012, su población fueron 30 pacientes de 19 a 81 años de edad con colecistitis aguda y crónica, estudio basado en reporte de historias clínicas, concluye que la mayor incidencia se da en mujeres de edades 39 a 45 años y con un grado de obesidad.(7)

**MONTES FERNÁNDEZ, Bety y LEMA Morocho, (2014), “Prevalencia y factores de riesgo de la Colecistitis Aguda en el Hospital Castanier en el 2014” Ecuador,** cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia de la colecistitis aguda y los factores de riesgo asociados, en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el año 2014. Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se trabajó con el universo formado por pacientes en cuyas historias clínicas constaba el diagnóstico de colecistitis aguda, atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el año 2014. (8)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1 Teorías del Cuidado**

La primera y mayor contribución de una teoría del cuidado surgió con Madeline Leninger. Su teoría se fundamenta en un modelo transcultural de enfermería, denominada sol naciente, que abarca la idea del cuidado humanizado en sus diferencias y semejanzas en las diversas culturas del

universo. De ahí su denominación de teoría de la diversidad y universalidad cultural del cuidado, también conocida como del cuidado cultural. Identifico diferencias en las formas que se expresan y se comportan las personas con relación al cuidado las cuales parecían estar ligadas a patrones culturales, en su persistente curiosidad concluyo que la antropología da un conocimiento de extrema importancia para la enfermería.

**Colliere (1997)** refiere que cuidar: “Es un tacto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiera ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva” Colliere sostiene que cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida. (9).

**Para Watson (1988)** “El eje central de enfermería es el ejercicio de cuidar”, por lo que se debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones.(10)

La teoría de Jean Watson. Según esta autora la enfermería se apoya en la ciencia y la filosofía del cuidado. Una forma de entender la enfermería es a través de la identificación, descripción e investigación de los factores científicos humanísticos principales y esenciales para efectuar un cambio en la salud. Los factores resaltados son en principio mecanismos de “cuidar de” otro ser humano. Tales mecanismos de cuidado implican sin embargo más allá de un enfoque humanístico, un enfoque de actitud.

## **2.2.2 Metaparadigmas Según Jean Watson**

### **- Persona**

Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

#### **- Cuidado**

Según Watson, el cuidado es un término enfermero que representa los factores que utilizan las enfermeras para ofrecer cuidados de salud a los pacientes. Afirma que tratando a los demás como personas únicas, el cuidado percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de único.

#### **- Salud**

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de incoherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

#### **- Medio ambiente**

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

#### **- Enfermería**

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”. Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad

mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. (10).

### **2.2.3 Cuidados de enfermería en personas colecistectomizadas**

La atención de enfermería tiene un impacto significativo en la recuperación de la persona. La enfermera se centra en la persona en forma integral, además de proporcionar atención física, estimula la recuperación de la persona si lo escucha y le hace preguntas para conocer lo que significa la experiencia de una intervención quirúrgica para ella.

Dentro de los cuidados de enfermería se encuentran:

#### **- Apoyo físico:**

- Colocarlo en posición fowler baja para así facilitar la expansión pulmonar.
- Colocarlo en posición fowler intermedia según lo tolere, para facilitar el drenaje de la zona operatoria
- Aun teniendo el drenaje, colocarlo en una bolsa debajo de la cintura o ajustarlo de tal forma que se encuentre a la altura deseada.
- Conectar la sonda al frasco para drenaje a un lado de la cama, observar que no haya torceduras, acodamientos o bloqueo de los tubos.
- Cambiar los apósitos externos con bastante frecuencia para facilitar la absorción del drenaje.
- Observar en forma concisa los cambios de color de la piel, las escleróticas y las heces que indican si el pigmento biliar desaparece de la sangre y drena nuevamente al duodeno.

#### **- Apoyo social:**

- Mejoramiento de la comunicación, la enfermera debe mantener una comunicación continua con la persona cuidada para estimular la socialización con la persona y sus familiares.
- Mejoramiento del afrontamiento familiar a través de la estimulación hacia los familiares para participar en los cuidados del paciente.
- Fomento de la atención en el hogar y la comunidad, dando recomendaciones sobre los cuidados personales y continuos que debe tener la persona cuando se encuentre en su casa y su re inmersión en la sociedad.
- Enseñar la importancia de la dieta hipograsa.

#### **- Apoyo psicológico:**

- Fomento de los cuidados personales para que la persona se sienta satisfecho consigo mismo.
- Durante su estancia hospitalaria habrá una disminución de la ansiedad del paciente.

#### **- Apoyo espiritual:**

- Mejoramiento de los procesos de pensamiento, brindando un ambiente de confianza, esperanza y fe.

### **2.2.4 Dimensiones del cuidado**

#### **- Dimensión estética del cuidar**

La relación del individuo con el mundo y en este con los otros seres, incluye a los sentimientos. Al cuidar y por tanto al relacionarse con el otro, uno se dispone a conocer y vivir sentimientos.

El arte es una forma de expresión cultural, de comunicación y de esa manera expresa sentimientos. La forma en que los seres humanos

presentes, intuyen y se mueven en dirección a alguna acción, primero es sentida y vivida. De eso se deduce que el ser humano se mueve, experimenta el mundo, primero a través de los sentidos. (Waldow- 2008)

Se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción, de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el conocer y el hacer. Esta dimensión está ligada al arte, que es una forma de expresión cultural, de comunicación y de esa manera expresa sentimientos.

El cuidado humano es estético en la medida que haya relación entre conocimiento y experiencia. La característica estética del cuidado se revela en la percepción y en las acciones de la cuidadora, la cual es considerada la expresión artística de la enfermería. (Grupo de Cuidado - Colombia)

#### **- Dimensión ética del cuidar**

Carper destaca la deshumanización en los servicios de prestación de la salud y la resultante despersonalización de los clientes / pacientes / personas. Para ella la consideración a la persona como un todo y consideración y sensibilidad y sensibilidad a la integridad del ser.

La ética engloba la consideración del otro ser como auténtico. La dimensión ética significa cumplir el sentido moral de la enfermería, responde a lo que debe hacer la enfermería.

Para lograr esta dimensión se apela a la conciencia de valores, que motivan nuestros pensamientos y nuestras acciones. La ética en enfermería está asociada a la presencia del cuidado humano, la cual afirma la humanidad de ambos; ser cuidado y cuidadora. (Grupo de Cuidado, 1998)

**Pacientes post operados:** Son las personas en estado de recuperación post cirugía.

Comienza cuando el paciente sale de la anestesia, y continúa hasta que desaparecen los efectos de ésta y hay una recuperación suficiente de la operación quirúrgica realizada.

El posoperatorio es el período de tiempo y atención médica posterior a una intervención quirúrgica

Este período se divide en tres fases, postoperatorio inmediato, postoperatorio mediato y postoperatorio tardío.

### **2.2.5 Fases del post operatorio:**

- **Inmediato**

Corresponde a las primeras 24 horas tras la cirugía. Esta etapa es crítica ya que el organismo se encuentra atravesando una serie de cambios debidos al estrés quirúrgico. Estos se relacionan principalmente con variaciones en algunas hormonas, que pueden llevar al desarrollo de retención de líquidos y enlentecimiento de la función intestinal.

En esta fase pueden ocurrir complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento efectuado durante la cirugía, principalmente hemorragias.

Por regla general el paciente debe permanecer hospitalizado, y bajo estricta supervisión, durante el postoperatorio inmediato, con el fin de ser evaluado de forma continua para identificar oportunamente cualquier alteración. Algunas cirugías ameritan que el período postoperatorio se cumpla en una unidad de cuidados intensivos, en especial los procedimientos de neurocirugía, cirugía cardiovascular y trasplantes.

- **Mediato**

En esta fase abarca desde 24 horas hasta 7 días después de la cirugía. La principal complicación que puede ocurrir durante el postoperatorio mediato es la aparición de infecciones. En este período se reactiva la



función del aparato digestivo. También es posible que se presenten algunas manifestaciones de daño a órganos producidos por condiciones como la deshidratación y los desequilibrios de los electrolitos, lo que puede ocasionar situaciones como la insuficiencia renal aguda, cuando no se adoptan medidas de prevención, el hecho de mantener encamado un paciente puede asociarse con el desarrollo de complicaciones como las trombosis venosas.

- **Tardío**

En esta tercera fase que va desde el séptimo día hasta cumplir un mes después de la cirugía, ya se han reactivado las diversas funciones, por lo que lo único pendiente es que culmine el proceso de cicatrización de las heridas tanto internas como a nivel de la piel. En esta fase se suelen recomendar permanecer de reposo, evitando llevar a cabo esfuerzos físicos que puedan acarrear dehiscencia de las suturas, lo que en el caso de cirugías abdominales ocasiona complicaciones como la eventración.

### **2.2.6 Colecistitis**

Es un proceso inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, siendo la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda. (12)

#### **Etiología, incidencia y factores de riesgo:**

La causa principal de la colecistitis aguda es la colelitiasis cuyos cálculos obstruyen el cístico generando el 95% de los casos. En el 5% la colecistitis aguda obedece otras causas como el edema de la mucosa del conducto cístico, y este porcentaje comprende a la colecistitis aguda alitiásica para la cual concurren otros factores como sepsis, traumatismos,

consumo de alcohol, afecciones del colágeno, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y diabetes.

No debe dejarse de mencionar como propiciadores de la colecistitis aguda, menos frecuentemente, la volvulación de la vesícula biliar, la angulación del sifón vesicular, tumores benignos, quistes, el cáncer vesicular, y aun las anomalías vasculares excepcionalmente. Las colecistitis agudas ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres y se vuelven más comunes con la edad en ambos sexos. (13)

### **Clasificación según etiología:**

#### **a. Colecistopatía mecánica:**

- Causas orgánicas:

Litiasis vesicular

Lesiones cicatrízales del cístico

Neoplasia primitiva vesicular

Neoplasia primitiva hepatocolédoco

Adenopatía metastásica

Vólvulo de la vesícula.

Parasitarias

- Causas espasmódicas:

Espasmo del esfínter de Lutkens-Oddi

#### **b. Colecistopatía séptica**

Por continuidad canalicular

Por vía hematológica (metastásica)

Por contigüidad

Gémenes más frecuentes: Anaerobios Gram negativo,

Proteus, E. coli., Klebsiella, Enterobacter y Bacteroides fragilis.

La frecuencia de infecciones de anaerobios aumenta en los ancianos.

### **c. Colecistopatía química**

Es aquella en que se produce penetración del jugo pancreático en su interior por una perturbación circulatoria biliopancreática

### **d. Colecistopatía isquemia (lesión vascular)**

Vólvulos de vesícula con compresión de la arteria cística  
Trombosis o embolia capaces de originar infarto de la pared vesicular.  
Compresiones extrínsecas de los vasos nutricios por adenopatía o cálculos enclavados en el cístico.

Síndrome de (ptosis) apoplejía visceral de gregoire-couvelaire  
Colecistitis disecante exfoliatrices.

## **2.2.7 Clasificación Anatómica**

Vesícula biliar edematosa:- Donde la pared presenta un grado variable de edema y congestión vascular

Vesícula biliar supurada :- Existe infiltración celular inflamatoria importante con obstrucción de la mucosa que está en relación con los trastornos vasculares.

Vesícula biliar gangrenosa :- Donde existe infarto hemorrágico agudo con necrosis y la perforación es la etapa sucesiva.

Vesícula biliar Perforada :-La vesícula se presenta tumefacta, edematosa, con serosa hiperémica, con áreas de necrosis y pseudo membrana.

En estadios más avanzados se produce la inflamación e infiltración de los órganos vecinos dando lugar al Plastrón Vesicular donde participan el colon transverso, colon derecho y su meso, epiplón mayor, estómago y duodeno y peritoneo parietal anterior. (14)

## **2.2.8 Fisiopatología**

A consecuencia de la obstrucción cística, la vesícula, sea litiásica o alitiásica se afecta por etapas biofísicas, bioquímicas, hipertensas y bacteriológicas, que sigue una de dos formas clínicas: una es la regresión fisiopatológicas en un período de 72 horas de promedio que ocurre en el 90 a 95% de los casos, y la otra conducta evolutiva es la persistencia y agravamiento de la afección con complicaciones.

La bilis atrapada se concentra y causa la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobla los fosfolípidos y causa acumulación de presión en la vesícula, lo cual puede conducir a la infección bacteriana con virulencia aumentada y perforación. La producción de moco aumenta la presión intra vesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la pared, áreas de infarto, perforación y aun gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas

### **Cuadro clínico:**

#### **Síntomas**

La colecistitis aguda tiene un complejo sintomático caracterizado por manifestaciones locales en el hipocondrio derecho y manifestaciones sistémicas que comprometen el resto del organismo.

#### **Signos y Síntomas Locales:**

- **Dolor** : Se localiza en el punto de Murphy bajo el reborde costal en la línea medio clavicular y se irradia hacia el hombro y región escapular homo laterales. Se presenta generalmente después de comidas ricas en grasas o alimentos no tolerados por el hígado, es de gran intensidad y se mantiene por varias horas, generalmente setenta y dos, constituye un buen indicador del proceso, pues remite si la afección se resuelve o aumenta de intensidad cuando aparece alguna complicación.

- **Masa Dolorosa Palpable** : De localización subcostal en la línea medio clavicular. Corresponde al fondo de la vesícula biliar inflamada. Es dolorosa a la palpación. Se presenta del 20 al 33%.

#### **Signos y Síntomas Sistémicos:**

- **Náuseas y Vómitos** : En el 60% de los casos.
- **Fiebre Moderada** : 38 a 39°, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.
- **Ictericia** : Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por compresión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.
- **Leucocitosis Moderada** : De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

#### **Exploración Clínica:**

- Hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, el epigastrio o en ambos sitios.
- Signo de Murphy: Interrupción de la inspiración durante la palpación profunda del cuadrante superior derecho, no es constante pero si patognomónico cuando se presenta.
- Se palpa una tumefacción en región vesicular.
- Ictericia en el 10% de los casos.
- La evolución clínica de la colecistitis aguda es prácticamente periódica. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes, remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. En cambio, si al contrario el cuadro no remite y se intensifica el dolor, los signos locales, la fiebre, la leucocitosis y se agrava el estado general del paciente, debe admitirse la inminencia o que ya se ha instalado muy probablemente una complicación como empiema, perforación o otra. (13).

## **Exámenes Complementarios**

**Radiografía simple de abdomen:** Aunque es necesaria en el estudio del dolor abdominal, rara vez proporciona evidencias específicas de colecistitis aguda. En el 20 % pueden verse los cálculos, si son radiopacos. En la colecistitis enfisematosa se delinearán la silueta de la vesícula.

**Ultrasonografía abdominal:** Es la técnica diagnóstica de elección. Es un método seguro, rápido y exacto para establecer el diagnóstico de colecistitis aguda, con una sensibilidad que oscila entre el 90 y el 95 %, y una especificidad entre el 70 y el 90 %. Ésta depende de una serie de criterios que se clasifican en mayores y menores

**Gammagrafía:** Utiliza derivados del ácido iminodiacético marcados con <sup>99m</sup>Tc. La sensibilidad oscila entre el 95 y el 97 %; y la especificidad, entre el 90 y el 97 %. La ausencia de relleno vesicular evidencia la obstrucción del cístico y es la característica distintiva de la colecistitis aguda, mientras que la visualización de una vesícula normal la descarta. Es necesario tomar imágenes tardías, ya que en diversas situaciones, como enfermedad hepática y colédoco litiasis, se puede rellenar la vesícula después de varias horas.

Para evitar esta demora se puede usar sulfato de morfina IV. en los pacientes sin relleno en 30-60 minutos. Esto aumenta la presión del esfínter de Oddi y favorece el reflujo de bilis hacia la vesícula. Puede haber falsos positivos en la colecistitis crónica, enfermedad hepática, ayuno prolongado, nutrición parenteral total y enfermos críticos

## **Complicaciones de colecistitis aguda**

### **a. Perforación**

La perforación tiene dos modalidades: con acción localizada y con peritonitis generalizada.

**1. Perforación con invasión localizada** es la localización de la pérdida alrededor de la vesícula. Se produce cuando hay reacción peritoneal con concurrencia del epiplón mayor para confinar el pus y originar un absceso pericolecístico o una peritonitis localizada. Los signos locales y efectos sistémicos se exacerban; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal de contractura. Los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más. Para el diagnóstico es útil el ecosonograma.

El tratamiento: Colectomía y evacuación del absceso con drenaje, en la base de antibióticos y bactericidas.

## **2. Perforación con peritonitis generalizada:**

Es la difusión de la biliopus, al resto de la cavidad peritoneal, se da cuando no hay reacción peritoneoepiploica tabicante y se contamina toda la cavidad peritoneal produciendo peritonitis generalizada. Los signos y síntoma son los correspondientes a esta última afección. El diagnóstico es clínico e imagenológico, con punción diagnóstica dirigida que propiciará cultivo y antibiograma del contenido.

El tratamiento es el normativo de peritonitis generalizada con derrame y lavado peritoneal; y colectomía si el estado general lo permite, evacuación del pero si el riesgo operativo es alto. Si las complicaciones generales del paciente lo permiten se efectuará colectomía. . La mortalidad alcanza el 15 a 20%.

### **b. Absceso Pericolecístico**

Es la más frecuente de las complicaciones. Consiste en la colección de pus alrededor de la vesícula, proveniente de una perforación de la misma o aun sin perforación o ruptura vesicular por diapédesis de los elementos contaminantes a través de la pared vesicular. El diagnóstico es clínico-

imagenológico. El tratamiento consiste en la evacuación, lavado y colecistectomía.

### **c. Empiema (Piocolecisto)**

Es la transformación del contenido de la vesícula en pus. Resulta de la invasión, proliferación e incremento de la virulencia de las bacterias que contaminan el contenido de la vesícula, transformándola en una bolsa de pus a tensión.

La sintomatología del empiema corresponde a la infección de la vesícula y sepsis abdominal con todo el complejo local y sistémico de dolor, fiebre, taquicardia, escalofríos y leucocitosis de sobre 20.000. Es lo más común de las complicaciones, alrededor del 50% de ellas, con un índice de mortalidad de un 15%.

El diagnóstico es clínico, ecosonográfico y hemático. El tratamiento consiste en colecistectomía de urgencia, o colecistostomía si la flogosis local y el mal estado del paciente requieren un tiempo quirúrgico menor y acción menos traumatizante.

### **d. Ruptura de la Vesícula**

Se ha descrito como una de las complicaciones más serias. Confluyen anatomopatológicamente el aumento del contenido vesicular y su acción sobre las paredes de la misma que experimenta el colapso circulatorio venoso arterial con presencia de isquemia e infartos múltiples; el aumento de la tensión intra vesicular actuando sobre una pared debilitada produce la ruptura de la misma.

La salida violenta del contenido vesicular altamente contaminante produce una reacción peritoneal localizada inicialmente pero que rápidamente se extiende. El diagnóstico es ecosonográfico. El tratamiento es la colecistectomía con drenaje. La mortalidad es elevada, alrededor del



20%.

#### **e. Gangrena Vesicular**

Es el estado más avanzado de daño de la pared vesicular y clínicamente el más grave. Se produce por isquemia de la pared y necrosis localizada o total, con distensión de la vesícula por un contenido empiematoso; pudiendo contribuir la torsión de la vesícula. Suele presentarse en diabéticos e inmunodeprimidos.

En la presencia bacteriana predominan anaerobios y clostridios. La gangrena vesicular puede presentar perforación y ruptura con alivio pasajero del dolor por cese de la distensión que se reactiva por la irritación que produce el contenido extravasado. El diagnóstico se hace por imágenes y el tratamiento es la colecistectomía con saturación antibiótica del paciente.

#### **f. Fistulización**

Las fístulas constituyen el 2 al 3% de las complicaciones; las más frecuentes son las colecistoduodenales y las colecistocolónicas constituyendo las primeras el 75% y las segundas el 15% del universo de las fístulas vesiculares. Les siguen en frecuencia las colecistoduodenocolónicas, colecistogástricas y colecistoentéricas.

Las fístulas se originan por la aposición de la vesícula a una víscera hueca vecina cuya pared irrita y al producirse la perforación vesicular compromete la pared de la víscera a que está adherida, circunscribiéndose de adherencias peritoneales.

Clínicamente son difíciles de diagnosticar, y ocasionalmente pueden descubrirse por la tinción de las vías biliares en un estudio radiológico

gastroduodenal o colónico. El tratamiento consiste en colescistectomía y rafia del defecto en el tubo digestivo. (Fistulectomía)

#### **g. Íleo Biliar**

Es la complicación originada por el paso de un cálculo biliar de 2 a 2.5 centímetros por una fístula colecistoentérica, sea en el duodeno o en el yeyuno y el alojamiento o "entrampamiento" del cálculo en el íleon terminal (válvula ileocecal generalmente) por no poder franquearla. La sintomatología corresponde a un abdomen agudo obstructivo intestinal.

La imagen radiológica que proporciona el tránsito gastrointestinal se conoce como de "serpiente con cabeza blanca" por la presencia del medio de contraste en el íleon y la imagen de substracción producida por el cálculo frente a la válvula ileocecal. El tratamiento consiste en la extracción del cálculo y sutura de la incisión. No se efectúa en la misma intervención la reparación de la fístula colecistoentérica.

El diagnóstico se realiza por una triada clínica de neumobilis, radiopacidad en FID y placa de oclusión intestinal.

En la operación debe explorarse todo el intestino delgado para descubrir si hay cálculos en el lumen, que si hubieran se los haría progresar hasta el íleon terminal para utilizar incisión y no hacer otra enterotomía para su extracción. El íleo biliar no tratado produce 15% de óbitos.

#### **i. Plastrón Vesicular**

Es la complicación que se produce cuando se limita un absceso tanto por el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias. El tratamiento consiste en analgesia, hidratación y Antibioticoterapia con el seguimiento por eritrosedimentación semanal; si evaluación favorable tratamiento quirúrgico a los 6 meses, si

por el contrario aparecen complicaciones se realiza tratamiento quirúrgico de urgencia.

## **Tratamiento**

El tratamiento de la colecistitis aguda es el punto clave de su estudio. Por tratarse de una acción compleja e ineludible, hay múltiples criterios en cuanto a su secuencia.

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial por la resolución espontánea del 95% de los casos casi siempre en el término de 72 horas, lo que permite diferir la operación y solo acometerla inicialmente en las complicaciones. Por su parte la escuela americana fue siempre más intervencionista y propugnaba realizar el tratamiento quirúrgico de entrada.

Al presente se admite que la meta es la solución del problema extirpando la vesícula biliar, pero siguiendo una secuencia metodológica que tienen dos etapas o momentos: el tratamiento básico inicial y la intervención quirúrgica oportuna y definitiva, es decir la colecistectomía.

### **- Tratamiento Básico o Inicial**

El objetivo es lograr la restauración del paciente combatiendo el dolor, la infección, el desequilibrio hidroelectrolítico y atendiendo la nutrición para la estabilización del paciente y la curación de la colecistitis aguda. Habrá por tanto que administrar analgésicos, antibióticos, restablecer el balance hidroelectrolítico. Estas medidas requieren la observación y atención permanente del paciente en el área de emergencias. Si en el curso de las primeras 8 horas los síntomas se acentúan debe intervenir al paciente para evitar alguna complicación.

### **- Tratamiento Quirúrgico**

Se acepta que el tratamiento indicado para la colecistitis aguda es la colecistectomía, sin embargo, las condiciones del paciente de alto riesgo pueden adquirir distintas técnicas como la colecistostomía. Otra técnica es la colecistectomía Laparoscópica.

### **Colecistectomía:**

**a. Operación de Urgencia:** La obliga la gravedad de la colecistitis aguda; ante la inminencia de complicaciones o mayormente si ya se han presentado.

### **b. Operación Diferida u Obligadamente Pospuesta:**

Comprende a los pacientes cuya colecistitis aguda tienen caracteres moderados, son semejantes a los del grupo anterior pero con la agravante de tener enfermedades crónicas que incrementan el riesgo quirúrgico y que obligan a tratar al paciente mejorándolo de su enfermedad para operarlo en un tiempo prudencial para evitar que sobrevenga otro episodio de colecistitis, antes estimaba seis semanas, pero hoy lo determina la recuperación del paciente. Acceden a esta cronología del 15% de los pacientes

### **Clases raras de colecistitis aguda**

**Colecistitis Aguda Enfisematosa :** Se caracteriza por la presencia de gas en las paredes y en el interior de la vesícula; este es su signo físico más importante. Además suele encontrarse aire en los conductos biliares. Es una de las más graves ocasionando una mortalidad 10 veces mayor que las otros tipos de colecistitis. El 75% afecta a los hombres y el 25% a mujeres. El 30% de los afectados son diabéticos.

Etimológicamente, sobre el 50% de los casos origina el *Clostridium Welchii* y se han cultivado de su contenido: *Echerichia Coli*, estreptococos anaerobios y bacterioides frágiles. Predominan las bacterias aerógenas

formadoras de gas. Comúnmente hay gangrena de la pared vesicular y litiasis en el 70% con obstrucción del conducto Cístico.

Fisiopatogénicamente se produce hipersecreción de la pared y producción de gases, por los microorganismos areógenos, que distenderá la vesícula, colapsará la circulación de la pared que se necrosará sumando al enfisema la gangrena y perforación cuyo contenido expulsando causará peritonitis generalizada.

La sintomatología es la que corresponde a una forma grave de colecistitis aguda exacerbada por el aporte tóxico de los clostridios e inmunodepresión de la diabetes cuando está presente en el 40% o de otros factores inmunodepresores.

El diagnóstico es imagenológico. Tanto la radiografía como el ultrasonido y mayormente TAC definen el componente gaseoso. Puede recurrirse a la imaginología contrastada para evitar la duda de que el gas corresponda al de las asas intestinales circundantes. El tratamiento es de colecistectomía en la base de antibioterapia específica. El pronóstico está afectado por una mortalidad del 40%.

**Colecistitis Aguda Tifoídica:** Es una forma de colecistitis aguda poco frecuente pero grave que generalmente se complica con perforación. Aparece en el curso de la tercera semana de la tifoidea en las formas clínica o subclínica de la enfermedad. La caracteriza e identifica encontrar B. De

Eberth en la bilis vesicular de esta colecistitis aguda. Generalmente son vesículas alitiásicas. También se presenta la colecistitis tifoídica en paciente sanos de Salmonella Typhi. El tratamiento es la colecistectomía en al base antibioterapia específica.

**Colecistitis Aguda por Torsión:** Es una forma rara de colecistitis aguda de sintomatología muy severa pues puede evolucionar el infarto hemorrágico del órgano.

Su etiopatogenia obedece a una anomalía anatómica de la vesícula con una de estas dos variables: se trata que no están adosadas al hígado y que penden del conducto cístico y la arteria cística o se trata de vesículas que poseen un meso complaciente de uno a dos centímetros.

En ambos casos las vesículas pueden dar una rotación de 180° o más generando el “bloqueo” de cístico y la arteria cística y conduciendo por torsión al infarto hemorrágico. Casi siempre son vesículas litiasicas. La sintomatología de estas colecistitis aguda es muy intensa y es frecuente palpar semiológicamente la vesícula. El diagnóstico es un imagenológico y el tratamiento es colecistectomía temprana para evitar la necrosis.

**Colecistitis Aguda por Neoplasias :** La colecistitis aguda puede ser causada por la presencia y acción ponderal de neoplasias benignas (mioblastos de células granulares, o pólipos), o neoplasias malignas (carcinoma) que siendo elementos que ocupan espacio pueden obstruir el infundíbulo vesicular o el conducto cístico creando las condiciones anatomopatológicas y etiopatogénicas que producen la Colecistitis aguda.

Por tanto, no nos referimos a la posibilidad de que la neoplasia maligna en su evolución invada el lumen de al vesícula obstruyéndola, sino a la posibilidad de que como extraño y estructura volumétrica bloquea el infundíbulo o el conducto cístico y el drenaje de la bilis originando la colecistitis aguda. El diagnóstico es ecosonográfico y el tratamiento quirúrgico. (14)

## CUADRO N° 2.1

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE COLELITIASIS Y COLECISTITIS CRÓNICA AGUDIZADA EN EL ADULTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El dolor de la colecistitis litiásica se caracteriza por ser de gran intensidad y se localiza en el epigastrio, hipocondrio derecho con irradiación a la espalda, la escapula derecha o la región interescapular, En la mayoría de los casos de torna constante de duración mayor a 6 horas	IV (E. Shekelle) Angarita F, 2010
El dolor esta generalmente asociado a sudoración, náuseas y vómito, se incrementa con los movimientos y cede parcialmente con la flexión del tronco. Puede haber íleo reflejo.	III (E. Shekelle) Valdés M, 200
Los pacientes con colecistitis aguda pueden presentar una vesícula distendida y palpable, así como referir dolor durante la palpación superficial y profunda del hipocondrio derecho.	IV (E. Shekelle) Angarita F, 2010
El signo de Murphy positivo es un signo característico de la colecistitis. Tiene una sensibilidad de hasta 97%, especificidad del 48%, valor diagnóstico positivo del 70%.	IV (E. Shekelle) Valdés M, 2008 Angarita F, 2010
Valorar la presencia del signo de Murphy en pacientes con dolor abdominal	D (E. Shekelle) Valdés M, 2008
Los pacientes pueden estar febriles, especialmente en caso de infección asociada. Destaca la presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (por encima de 3 mg/dl) y leve alteración del perfil hepático	IV (E. Shekelle) Tejedor M, 2012
Identificar los signos y síntomas de colecistitis al realizar la valoración de enfermería	D (E. Shekelle) Valdes M, 2008
Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración de Margory Gordon para identificar los patrones disfuncionales.	Punto de buena práctica

\* Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con COLELITIASIS Y COLECISTITIS Crónica Agudizada. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-710-14, Evidencias y Recomendaciones.

### 2.3 Definición de términos

- **Colelitiasis:** Es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar
- **Colecistitis crónica agudizada:** Es el proceso inflamatorio que se produce como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida de la bilis de la vesícula biliar y que generalmente se asocia a la presencia de cálculos lo que favorece la distensión de la vesícula y a la proliferación bacteriana (Angarita, 2010)
- **Colecistectomía:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.
- **Colecistectomía Laparoscópica:** Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de una o varias incisiones en la pared abdominal utilizando un laparoscopio (un fino telescopio) conectado a una cámara proyectando la imagen en uno o varios monitores de grado médico.
- **Intervenciones de Enfermería:** Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.
- **Colecistitis:** Inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litios) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.
- **Colecistitis aguda:** Complicación grave de la colelitiasis y también la más frecuente.
- **Colecistitis crónica:** Se refiere a los cuadros repetitivos de cólico biliar, aunque los hallazgos histológicos no siempre describen



evidencia de fibrosis ni infiltración de células redondas. Se la define también como inflamación de tipo crónico de la vesícula, especialmente de su mucosa, la cual pierde su capacidad para concentrar la bilis, es decir su capacidad de absorber agua y electrolitos.

- **Ultrasonografía (ecografía):** Método diagnóstico por excelencia y los hallazgos son típicos: vesícula biliar distendida, con paredes de grosor aumentado por la inflamación aguda de la pared, con cálculos o barro biliar en su interior.
- **Colecistectomía:** El procedimiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, hoy considerado como el "patrón oro" en el manejo quirúrgico de la enfermedad calculosa de la vesícula biliar.
- **Colecistectomía abierta:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar, el cirujano hace una incisión grande en su abdomen para abrirlo y visualizar el área.
- **Cólico Biliar:** Es el dolor asociado a litiasis, es el resultado de la impactación del cálculo en el conducto cístico o en el infundíbulo de la vesícula, llevando a una contracción contra resistencia sin evacuación.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

La técnica utilizada para el presente informe, ha sido el análisis documental, valiéndome de la historia, visión, misión institucional, reglamento de organización y funciones, estructura orgánica, equipamiento, análisis FODA y de los registros estadísticos de ingreso y egresos, el libro de censo diario de los pacientes que acuden al servicio de Cirugía "A" del Hospital Regional de Cusco.

El Hospital Regional de Cusco, es una unidad ejecutora, a la fecha se encuentra brindando salud por espacio de 53 años a la población y dirige sus actividades de salud desde el punto de vista preventiva, recuperativa y de rehabilitación considerando la promoción de la salud.

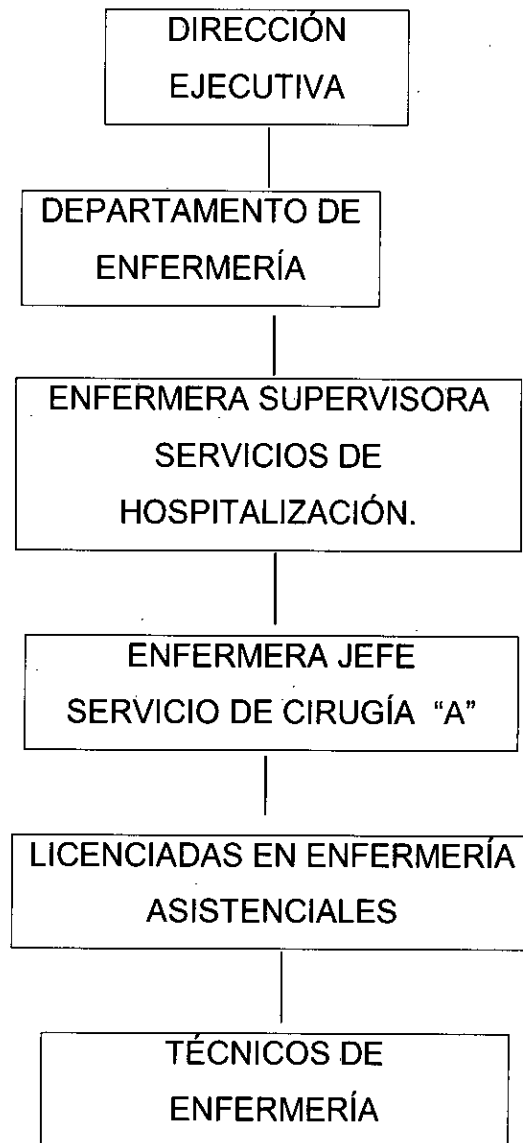
El Departamento de Cirugía cuenta con varios servicios y entre ellos el servicio de Cirugía A".

El presente proyecto de Gestión tiene como objetivo brindar atención de Enfermería de calidad a los usuarios hospitalizados en el servicio de cirugía "A", de tal forma favorecer a la salud de la población con afecciones quirúrgicas buscando soluciones para resolver el Problema de salud del paciente.

#### **a. Misión:**

Brindar cuidados de Enfermería desde un contexto holístico al usuario en todas sus etapas de vida desde su concepción hasta la muerte natural proviniendo, protegiendo y recuperando el daño manteniendo de la salud y rehabilitando, respetando credo, raza, sexo y costumbres con calidez, eficiencia y eficacia.

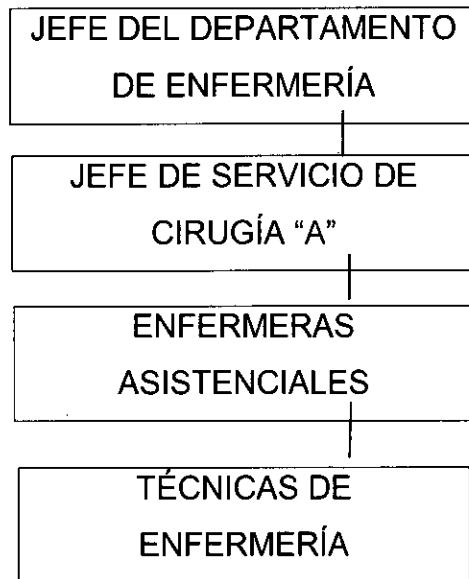
**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL CUSCO.**



**b. Funciones del Servicio de Cirugía A.**

El servicio de Cirugía A, está determinada a brindar atención integral, oportuna y permanente al paciente quirúrgico.

El servicio de Cirugía A, depende directamente del departamento de Enfermería; su organigrama es:



### **c. Características del servicio**

El Servicio de Cirugía "A", cuenta con 11 Licenciadas de Enfermería y 11 técnicos de Enfermería.

El Servicio de Cirugía "A", cuenta con 34 camas determinadas, su estructura data desde hace 53 años, que a la fecha son insuficientes para la demanda requerida y para el tiempo de permanencia hospitalaria del usuario.

El servicio está ubicado en el primer nivel del ala izquierda, cuenta con 09 ambientes físicos, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

- 03 ambientes con 06 camas
- 04 ambientes con 03 camas
- 02 ambientes con 02 camas.

**d. Normas y protocolos de atención**

- ✓ Manual de Organización y Funciones (MOF).
- ✓ Manual de normas y procedimientos administrativos. (Vigentes)
- ✓ Reglamento de organización y funciones. (Vigentes)
- ✓ Cuadro analítico de personal.
- ✓ Plan estratégico institucional. (Vigente)
- ✓ Plan operativo anual institucional...2011, en espera de aprobación.
- ✓ Directivas nacionales e institucionales. (Vigentes).
- ✓ Normas de bioseguridad. (Vigentes)

**e. Dotación de recursos humanos**

- ✓ 08 enfermeras nombradas.
- ✓ 03 enfermeras contratadas.
- ✓ 07 enfermeras especialistas.
- ✓ 05 personal técnico nombradas.
- ✓ 06 personal técnico contratadas.

**f. Recursos materiales, bienes y servicios**

**Materiales.**

- ✓ Ropa de cama
- ✓ Sabanas
- ✓ Frazadas
- ✓ Material de escritorio
- ✓ Material punzo cortantes
- ✓ Insumo para curación
- ✓ Insumo para tratamiento

<b>EQUIPAMIENTO</b>				
<b>Nº</b>	<b>EQUIPOS</b>	<b>CONDICIÓN</b>		
		<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>
01	Coche de paro			X
04	Bombas de infusión	X		
02	Aspiradoras			X
01	Monitor de funciones vitales.			X
02	Tensiómetros digitales		X	
02	Oxímetros		X	
02	Estetoscopios		X	
	Balones de oxígeno		X	
13	Chatas		X	
02	Equipo de curación			X
07	Manómetro		X	
02	Laringoscopio	X	X	
07	Patos		X	
04	Lavadores			X
01	Coche de visita medica			X
03	Camillas			X
03	Sillas de ruedas			X
06	Soportes			X

## h. Análisis FODA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura adecuada del Hospital.</li> <li>- Oferta de servicio de alta Complejidad.</li> <li>- Recurso humano calificado con Especialidad y experiencia.</li> <li>- Empoderamiento de la Enfermera.</li> <li>- Se cuenta con instrumento de gestión.</li> <li>- Ley del enfermero peruano N ° 27669.</li> <li>- Personal de enfermería Involucrada en sistema de Inteligencia sanitaria.</li> <li>- Participación en el Plan de docencia y capacitación.</li> <li>- Identificación institucional y con el servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de Enfermería en Comisiones institucionales.</li> <li>- Hospital con adecuados</li> <li>- Medios de ayuda diagnostica.</li> <li>- Profesionales especialistas.</li> <li>- Convenios con instituciones</li> <li>- FOSPOLI, Universidades y</li> <li>- Otros.</li> <li>- Seguro integral de Salud.</li> <li>- Presupuesto por Resultado.</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotación insuficiente de Personal.</li> <li>- Poco compromiso del recurso Humano.</li> <li>- Indiferencia por unificar Criterios en procesos del Cuidado enfermero.</li> <li>- Evaluación del cuidado sin Indicadores.</li> <li>- Trabajo de Enfermería sin Guías de enfermería.</li> <li>- Sobrecarga laboral.</li> <li>- Documentos de gestión y guías por implementar.</li> <li>- Control inadecuado en la Dotación de medicamentos.</li> <li>- Insatisfacción del usuario Interno.</li> <li>- Insatisfacción del usuario Externo.</li> <li>- Déficit en el aporte y Producción de trabajos de investigación.</li> <li>- Falta de un sistema de Información que facilite la gestión de los servicios.</li> <li>- Desconocimiento de normatividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital no acreditado.</li> <li>- EPSs (Clínicas) con</li> <li>- Equipamiento e infraestructura</li> <li>- Moderna.</li> <li>- Deficiente servicio informativo</li> <li>- Y estadístico.</li> <li>- Incremento de sobrecarga</li> <li>- Laboral.</li> </ul>

### **3.2 Experiencia Profesional**

Tengo 20 años de experiencia laboral en el Servicio de Cirugía, me desempeño como Enfermera Asistenciales, actualmente ocupo el cargo de Jefa de Servicio de Cirugía.

Como enfermera en estos 20 años he realizado tanto las actividades asistenciales, administrativas y de docencia, siendo las acciones más significativas:

➤ **Función administrativa Jefe de Servicio:**

- Selección de insumos y materiales de acuerdo con la necesidad del servicio.
- Implementación mensual de insumos y materiales.
- Custodia de equipos e instrumental acorde a inventario.
- Elaboración de informes.
- Capacitación en temas propios del servicio.
- Manejo de registros y de historias clínicas.
- Determinar necesidades del servicio.
- Implementar el servicio con insumos.
- Programar mantenimiento de equipos.
- Evaluación de Recursos Humanos a su cargo.
- Programar Rol mensual.

➤ **Función Asistencial:**

- Atención directa al paciente en forma integral implementar un diagnóstico de enfermería.
- El paciente mantendrá las vías aéreas libres de vómito, sangre o moco y la lengua no obstruirá el paso del aire.



- El paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- El paciente no sufrirá caídas o contusiones.
- Los apósitos, catéteres, drenajes y demás dispositivos permanecerán correctamente emplazados.
- El paciente presentará aspecto relajado y manifestará alivio del dolor tras aplicación de medidas analgésicas.
- El paciente manifestará sentirse cómodo tras la aplicación de medidas de confort
- El paciente reducirá progresivamente los signos de confusión.
- Planificar su atención de enfermería.
- Organización la atención del paciente.
- Revisión del trabajo de la enfermera asistencial.
- Atención del paciente quirúrgico inmediato post quirúrgico.

➤ **Función Docente:**

- Enseñanza de Internos de Enfermería y de estudiantes de técnicos de enfermería.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

En los 20 años que laboro en el Departamento de Cirugía, puse en práctica los conocimientos teóricos en cuanto a la atención de pacientes con colecistitis aguda en su Pre y Post operatorio.

En el periodo de permanencia del paciente se realiza actividades que ayudan en su educación para adquirir hábitos de higiene y alimentación, cuidados que se debe tener en cuenta para su recuperación y no volver a sufrir recaída o complicaciones, con la finalidad de buscar el bienestar del paciente, familia y comunidad.

## IV. RESULTADOS

### CUADRO N° 4.1:

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL ADULTO CON COLECISTITIS LITIÁSICA AGUDA.

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
El musculo liso de la vesícula se contrae con el objeto de expulsar el cálculo, lo que genera distensión vesicular y episodios de dolor.	IV (E. Shekelle) Angarita F, 2010
La valoración del dolor debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban; el examen físico detallado incluye la evaluación del estado general, el registro de los signos vitales, la inspección, palpación, percusión y auscultación abdominal, para la búsqueda de signos específicos de colecistitis aguda.	IV(E. Shekelle) Bulechek G, 2009
La Escala Visual Análoga (EVA), es una herramienta que permite comprender la dimensión del dolor; se hace presente ante la necesidad de un método efectivo de medición del dolor que sufre un paciente.	IIb(E. Shekelle) Dávila S, 2010
Evaluar el dolor a través de la Escala Visual Análoga (EVA) permite establecer una base para el control y el alivio del dolor aun cuando se administran medicamentos	(Anexo 5.3.1) B (E. Shekelle) Dávila S, 2010
Valorar el dolor a intervalos frecuentes por lo general al tomarle las constantes vitales.	Punto de buena práctica
Registrar y monitorizar la evaluación del dolor para evaluar la efectividad de la intervención.	Punto de buena práctica
El alivio del dolor debe ser a un nivel de tolerancia que	IV(E. Shekelle)

sea aceptable para el paciente.	Martínez A.
Para el manejo del cólico biliar se utilizan antiespasmódicos y analgésicos no opioides, basados en el hecho de que la hioscina disminuye el tono, la amplitud y la frecuencia de las contracciones del musculo liso, con efecto parcial en la vesícula y la vía biliar.	Dávila S, 2010 IV (E. Shekelle) Angarita C, 2010
Ministrar medicamentos según prescripción médica.	D (E. Shekelle) Bulechek G, 2009
Incluir el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor tales como: • Respiración profunda • Relajación • Distracción	D (E. Shekelle) Bulechek G, 2009
Proporcionar apoyo emocional para dar seguridad en momentos de tensión y dolor, como medida no farmacológica.	D (E. Shekelle) Bulechek G, 2009
Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas reales o previsibles relacionados con el dolor agudo tomando como base la taxonomía enfermera. (Anexo 5.4)	Punto de buena práctica

\* Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con COLELITIASIS Y COLECISTITIS Crónica Agudizada. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-710-14, Evidencias y Recomendaciones.

**CUADRO N° 4.2:**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTITIS AGUDA SEGÚN AÑOS  
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
CUSCO.

<b>N°</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL 2012</b>	<b>TOTAL 2013</b>	<b>TOTAL 2014</b>	<b>TOTAL</b>
1	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	171	326	205	376
2	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	117	130	119	326
3	COLECISTITIS AGUDA	129	51	75	366
4	COLECISTITIS CRÓNICA	90	124	62	255
5	VÁLVULA DE SIGMOIDES	40	67	53	276
6	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	21	44	21	160
7	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	29	28	31	86
8	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	33	19	40	88
9	PANCREATITIS AGUDA	24	17	31	92
10	COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	13	28	32	72
	LAS DEMAS ENFERMEDADES	464	405	462	73
	<b>TOTAL</b>	<b>1131</b>	<b>1239</b>	<b>1131</b>	<b>1331</b>

*Fuente: Unidad de Estadística e Informática/Egresos*

**CUADRO N° 4.3:**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTITIS AGUDA DURANTE EL  
AÑO 2015, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE CUSCO.

<b>N°</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
1	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	143	11.17
2	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS	137	10.70
3	COLECISTITIS CRÓNICA	84	6.56
4	VÓLVULO	73	5.70
5	COLECISTITIS AGUDA	61	4.77
6	PANCREATITIS AGUDA	53	4.14
7	COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	43	3.36
8	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	42	3.28
9	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	40	3.13
10	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	36	2.81
11	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	28	2.19
12	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	24	1.88
13	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES	18	1.41
14	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	16	1.25
15	COLANGITIS	16	1.25
16	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	15	1.17
17	ADHERENCIAS [BRIDAS] INTESTINALES CON OBSTRUCCIÓN	15	1.17
18	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	12	0.94
19	OTRAS COLELITIASIS	12	0.94
20	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	11	0.86
	LAS DEMAS ENFERMEDADES	401	31.33
	<b>TOTAL</b>	<b>1280</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Unidad de Estadística e Informática*

#### CUADRO N° 4.4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTITIS AGUDA DURANTE EL  
AÑO 2016, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE CUSCO.

N°	DIAGNOSTICO	TOTAL	%
1	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	233	18.58
2	COLECISTITIS AGUDA	64	5.10
3	COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	62	4.94
4	VÓLVULO	53	4.23
5	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS	49	3.91
6	COLECISTITIS CRÓNICA	45	3.59
7	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES	42	3.35
8	OTRAS COLELITIASIS	37	2.95
9	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	36	2.87
10	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	36	2.87
11	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	36	2.87
12	PANCREATITIS AGUDA	30	2.39
13	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	28	2.23
14	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	23	1.83
15	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	20	1.59
16	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	18	1.44
17	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	18	1.44
18	ADHERENCIAS [BRIDAS] INTESTINALES CON OBSTRUCCIÓN	14	1.12
19	DISFUNCIÓN DE COLOSTOMÍA	10	0.80
20	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	10	0.80
LAS DEMAS ENFERMEDADES		390	31.10
TOTAL		1254	100.00

*Fuente: Unidad de Estadística e Informática*

**CUADRO N° 4.5:**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTITIS AGUDA DURANTE EL AÑO 2017, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO.**

N°	DIAGNOSTICO	>10 Años	10 - 17	18 a 29 Años	30 a 59 Años	60 a 79 Años	<79 años	Total	%
1	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		8	68	99	21	4	200	19.0
2	COLECISTITIS AGUDA			23	38	11	2	74	7.0
3	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA		5	27	27	8	1	68	6.5
4	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA			15	30	9		54	5.1
5	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	1		8	22	5		36	3.4
6	VÓLVULO			1	15	13	6	35	3.3
7	COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	1		10	19	4		34	3.2
8	PANCREATITIS AGUDA			12	19	3		34	3.2
9	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS			4	15	10	4	33	3.1
10	OTRAS COLELITIASIS			4	16	8		28	2.7
11	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA			3	12	9	3	27	2.6
12	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO			1	9	10	1	21	2.0
13	COLECISTITIS CRÓNICA			2	11	6	1	20	1.9
14	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA		1	4	8	1	1	15	1.4
15	ADHERENCIAS [BRIDAS] INTESTINALES CON OBSTRUCCIÓN			2	5	4	2	13	1.2
16	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL		1	7	4			12	1.1
17	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA		1	3	4	4		12	1.1
18	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS			5	2	3	1	11	1.0
19	CALCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS				6	4		10	0.9

20	COLOSTOMÍA				8	1	1	10	0.9
21	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	1			3	5		9	0.9
22	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS			2	3	2	2	9	0.9
23	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA			1	5	2		8	0.8
24	TRAUMATISMO DE ÓRGANO INTRAABDOMINAL NO ESPECIFICADO			2	3	3		8	0.8
25	HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA			1	4	1	1	7	0.7
26	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	1		1	3	2		7	0.7
27	OTRAS COLECISTITIS			2	5			7	0.7
28	EQUINOCOCOSIS DEL HÍGADO, NO ESPECIFICADA			3	1	2		6	0.6
29	ABDOMEN AGUDO			1	2		2	5	0.5
30	OTRAS HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL ESPECIFICADAS, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA				3	2		5	0.5
	LAS DEMAS ENFERMEDADES	0	4	31	124	59	17	235	22.3
	TOTAL	3	21	243	525	212	49	1053	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e informática



## V. CONCLUSIONES

- a. En mi experiencia profesional concluyo: de las cirugías realizadas en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Cusco, la colecistitis aguda, es una patología que afecta más a la población género femenino, considerando las cifras recolectadas desde el año 2012 y el 2016, el 71.9% de los casos son mujeres en tanto 28.1% varones.
  
- b. Asimismo, la distribución de la colecistitis aguda en pacientes diagnosticados y atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Cusco según lugar de residencia muestra que el 67% de los casos provienen de la zona urbana, en tanto que el 32% del total de pacientes provienen de la zona rural, debido a múltiples causas como la dificultad geográfica para la accesibilidad a los servicios de salud, falta de conocimiento, promoción de salud, recursos económicos, etc.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Fomentar más investigación sobre cuidados quirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía por colecistitis aguda, contribuyendo a la actualización guías de atención y manejo de casos según capacidad resolutive de las instituciones de salud en la región.
- b) Implementar registros de evolución desde el ingreso del paciente hasta el alta, a fin de identificar los puntos críticos aportar soluciones y disminuir complicaciones y la estancia hospitalaria.
- c) Ampliar estudios sobre los demás factores de riesgo asociados a la colelitiasis a nivel Regional y Nacional.
- d) Educar a la población para la detección de signos y síntomas, los factores existentes para la litiasis vesicular, promover el diagnóstico oportuno de colelitiasis y colecistectomía temprana para evitar complicaciones sobre todo en el género femenino y en poblaciones de adultos mayores.

## VII. REFERENCIALES

1. Dávila SA, Chávez RH. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaina vs placebo. Ensayo Clínico. Cirujano General. 2010; 32(2):96-99.
2. Leiva R R, Quintero T L. Colecistitis aguda. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(2). Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)\\_17/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_17/resumen.html)
3. Pérez Ramírez M, Pérez Ramírez R, Hartmann Guilarte A. Enfermedad litiásica biliar en pacientes embarazadas. Estudio Ecográfico. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2001[citado 15 mayo 2008]; 27(2): [Aprox. 4p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X20010002000006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X20010002000006&lng=es)
4. Chávez Segura JC. Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú 2013. Informe de Tesis de Pre Grado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos Facultad de Medicina 2013.
5. Gonzales Quispe, Gian Marco, (2012), "Percepción De Los Comportamientos Del Cuidado humanizado De Enfermería En Personas Colecistectomizadas – Hospital Goyeneche – Arequipa 2014".
6. Mendoza, r. (2012) Perú.
7. Cisneros Ramón, Antonio (2013), Ecuador "Cuidados de enfermería en el pre, intra y post operatorio a pacientes con colecistectomía laparoscópica en el Hospital de la Mujer y del Niño en el periodo de Enero a Diciembre del 2012".
8. Montes Fernández, Bety y LEMA Morocho, (2014), "Prevalencia y factores de riesgo de la Colecistitis Aguda en el Hospital Castanier en el 2014" Ecuador.

9. Colliere. Revista de Enfermería: Profesión: Enfermería. 1994. 22 (2):28
10. Watson, J. Nursing: The philosophy and sciences of caring. Boston. 1998.
11. Perea Baena Carmen. plan de cuidados en el postoperatorio inmediato Supervisoría Recuperación. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
12. Gómez, D. (2009). Clasificación y fisiopatología de los cálculos biliares. Universidad de Medicina de Bogotá (Colombia), 50 (1), 91-97.
13. Gonzales M, Bastidas B, Panduro A. (2005). Factores de riesgo en la génesis de la litiasis vesicular. Investigación en salud, 7, 71-78
14. Brunicardi, F. (2006). «Capítulo 31: Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático.». Schwartz: Principios de cirugía (8va edición).

# **ANEXOS**

## CONSTANCIA

**EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**

**HACE CONSTAR:**

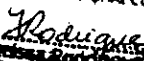
Que, la Señora **ISABEL ESTRADA CUADROS**  
Licenciada en Enfermera

Quien labora en el servicio de CIRUGIA A del Hospital  
Regional del Cusco a partir del 2005 a la fecha contando  
con más de 10 años de experiencia laboral en el área de  
Cirugías.

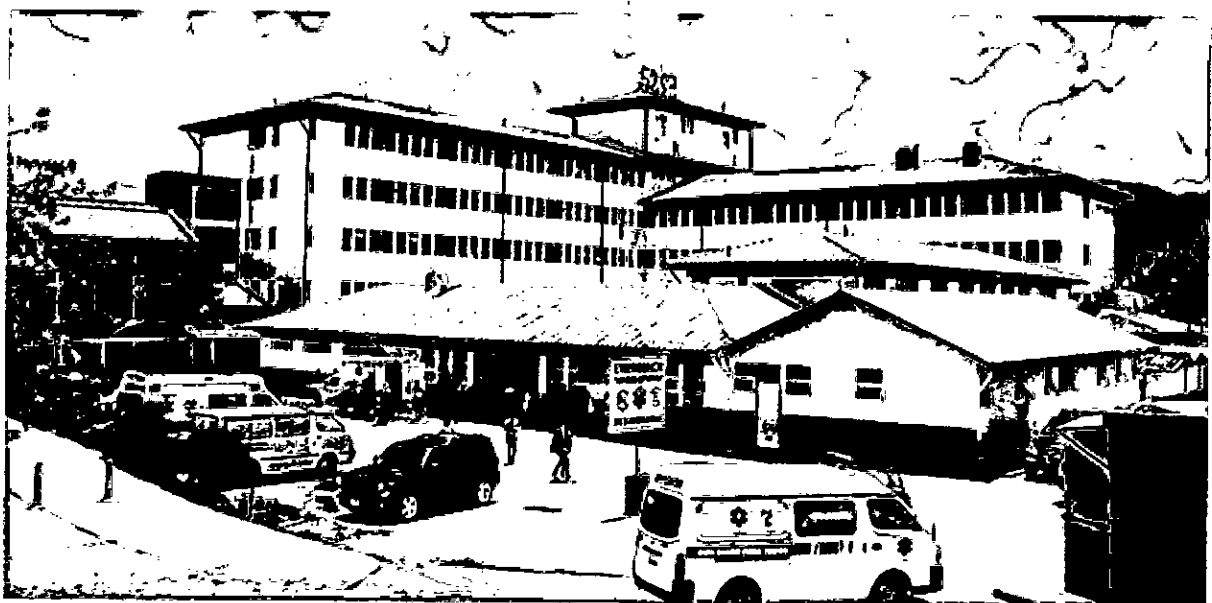
Demostrando eficiencia, honestidad, puntualidad y  
responsabilidad en todas las tareas encomendadas

Se expide el presente a solicitud de la interesada.

Cusco, 05 de Enero del 2018

  
DIRECCION REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE LA JD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

## SERVICIO DE CIRUGÍA A HOSPITAL REGIONAL CUSCO



Fuente: Elaboración propia, 2017

**PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE  
CIRUGÍA A HOSPITAL REGIONAL CUSCO**



Fuente: Elaboración propia, 2017