



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CASO CLINICO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTITIS
AGUDA CALCULOSA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
“CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”**

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

PRESENTADO POR:

ROXANA MARCELA LIZANA CAMPOS

ASESOR:

DRA. JUANA MARCOS ROMERO

CHINCHA - ICA - PERÚ

2018

ÍNDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS..... 04

LIMITACIONES..... 04

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES..... 05

BASES TEORICAS..... 08

CAPÍTULO II

CASO CLINICO..... 16

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN..... 31

CONCLUSION..... 32

RECOMENDACIONES..... 33

INTRODUCCION

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar. Por lo general, ocurre cuando un cálculo biliar bloquea el conducto cístico. Los cálculos biliares son piedras pequeñas, usualmente hechas de colesterol, que se forman en la vesícula biliar. El conducto cístico es la abertura principal de la vesícula biliar.

Los cálculos biliares son muy comunes y afectan a aproximadamente 1 de cada 10 adultos en el Reino Unido. Por lo general, no causan síntomas, pero ocasionalmente pueden causar episodios de dolor (cólico biliar) o colecistitis aguda.

La colecistitis aguda es potencialmente grave. Por lo general, debe tratarse en el hospital con reposo, líquidos intravenosos y antibióticos .

OBJETIVOS

Determinar los cuidados de enfermería en pacientes post operados de colecistitis aguda calculosa del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber.

LIMITACIONES

Que al momento de buscar la información no esté completo en las historias clínicas, como también un mal llenado de la encuesta.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Tendremos al autor Federico Coccolini et al con el trabajo titulado “Colecistectomía abierta versus laparoscópica en la colecistitis aguda. Revisión sistemática y metanálisis” (2017)

La colecistectomía laparoscópica (LC) se ha convertido en una alternativa popular a la colecistectomía abierta (OC) en el tratamiento de la colecistitis aguda (AC). La colecistectomía laparoscópica (CL) se considera ahora el estándar de referencia para la colelitiasis sintomática y la colecistitis crónica. Sin embargo, no se han publicado datos definitivos sobre su uso en AC. Los estudios CIAO y CIAOW demostraron que el 48.7% de la CA todavía se operaba con la técnica abierta. El objetivo del presente metanálisis es comparar OC y LC en AC.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática con metanálisis y metarregresión de ensayos que comparaban colecistectomía abierta versus laparoscópica en pacientes con AC. Se realizaron búsquedas electrónicas usando Medline, Embase, PubMed, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CCTR), la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CDSR) y CINAHL.

Resultados

Se incluyeron diez ensayos con un total de 1248 pacientes: 677 en la LC y 697 en los grupos de OC. La tasa de morbilidad postoperatoria fue de la mitad con LC (OR = 0,46). La infección postoperatoria de la herida y las tasas de neumonía se redujeron por LC (OR 0,54 y 0,51 respectivamente). La tasa de mortalidad postoperatoria se redujo por

LC (OR = 0.2). La estancia hospitalaria postoperatoria promedio se acortó significativamente en el grupo LC (DM = -4.74 días). No hubo diferencias significativas en la tasa de fuga biliar, la pérdida de sangre intraoperatoria y los tiempos operatorios.

Conclusiones

En la colecistitis aguda, la morbilidad postoperatoria, la mortalidad y la estancia hospitalaria se redujeron por colecistectomía laparoscópica. Además, la LC redujo la neumonía y la tasa de infección de la herida. La técnica no influyó en la hemorragia grave y las tasas de fuga biliar. La colecistectomía en la colecistitis aguda debe intentarse primero por laparoscopia.

Por otra parte, tenemos al autor Roulin Didier et al con el trabajo titulado “Colecistectomía temprana versus retrasada para la colecistitis aguda, ¿siguen siendo las 72 horas la regla?: un ensayo aleatorizado” (2016).

Objetivo: El objetivo de este estudio fue comparar los resultados clínicos de la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana versus tardía en la colecistitis aguda con más de 72 horas de síntomas.

Antecedentes: LC es el tratamiento de la colecistitis aguda, con la recomendación consensuada de que los pacientes deben ser operados dentro de las 72 horas de la evolución. Sin embargo, los datos siguen siendo débiles sin un estudio prospectivo que se centre en los pacientes más allá de las 72 horas de síntomas.

Métodos: Los pacientes con colecistitis aguda y más de 72 horas de síntomas fueron asignados aleatoriamente a LC temprano (ELC) o LC retardada (DLC). ELC se realizó después de la admisión en el hospital. DLC se planificó al menos 6 semanas después del tratamiento

antibiótico inicial. El resultado primario fue la morbilidad general después del diagnóstico inicial. Los resultados secundarios fueron la duración total de la estancia, la duración de la terapia con antibióticos, los costos hospitalarios y el resultado quirúrgico.

Resultados: Ochenta y seis pacientes fueron aleatorizados (42 en ELC y 44 en el grupo DLC). La morbilidad global fue menor en ELC [6 (14%) frente a 17 (39%) pacientes, $P = 0,015$]. La mediana de la duración total de la estancia (4 vs 7 días, $P < 0.001$) y la duración de la terapia con antibióticos (2 vs 10 días, $P < 0.001$) fueron más cortas en el grupo de ELC. Los costos totales del hospital fueron más bajos en ELC (9349 € frente a 12,361 €, $P = 0,018$). El tiempo operatorio y las complicaciones postoperatorias fueron similares (91 frente a 88 min; $p = 0,910$) y (15 frente a 17%, $p = 1,000$), respectivamente.

Conclusiones: El CEL para la colecistitis aguda incluso después de las 72 horas de síntomas es seguro y se asocia con una menor morbilidad general, menor estancia hospitalaria y duración del tratamiento con antibióticos, así como un costo reducido en comparación con la colecistectomía tardía.

Tenemos Al Autor Haltmeier Tobias Con El Título Acabado "Colecistectomía Laparoscópica Temprana Versus Tardía De La Misma Admisión Para La Colecistitis Aguda En Pacientes Ancianos Con Comorbilidades" (2017)

ANTECEDENTES: El Momento Óptimo Para La Colecistectomía Laparoscópica (CL) De La Misma Admisión Para La Colecistitis Aguda (AC) En Pacientes De Edad Avanzada, Especialmente Aquellos Con Comorbilidades Significativas, No Está Claro.

MÉTODOS: Se Trata De Un Estudio Del Programa Nacional De Mejora De La Calidad Quirúrgica, Que Incluyó Pacientes Mayores De 65 Años Sometidos A CL Para AC. Los Pacientes Con Coledocolitiasis Fueron Excluidos. Los Pacientes Se Dividieron En Dos Subgrupos De La Siguiete Manera: Sin Comorbilidades Significativas (Puntuación De La American Society Of Anesthesiologists [ASA] ≤ 2) Y Comorbilidades Significativas (Puntuación ASA > 2). Los Pacientes Sometidos A CL Dentro De Las 24 Horas De La Admisión (LC Temprana) Se Compararon Con Los Pacientes Sometidos A LC Más De 24 Horas Después De La Admisión (LC Demorado), Utilizando Análisis De Regresión Univariable Y Multivariable.

RESULTADOS: Un Total De 4,011 Pacientes Se Incluyeron En El Estudio. La CL Temprana Se Realizó En El 38.0% Y La CL Retardada En El 62.0% De Los Pacientes. El Análisis De Regresión Identificó La LC Temprana Como Un Predictor Independiente Para El Tiempo De Anestesia Más Corto Y La Duración De La Estancia Postoperatoria, En General Y En El Subgrupo Con Una Puntuación ASA Mayor A.

BASES TEORICAS

Aunque diferentes procedimientos quirúrgicos requieren cuidado de enfermería específico y especializado, los principios de la atención postoperatoria siguen siendo la misma. Los pacientes necesitan ser monitoreado de cerca después de la operación. Inicialmente el paciente es transferido al área de recuperación por un periodo de monitoreo. Los pacientes deberían quedarse aquí por alrededor de una hora o hasta que su condición sea estable. La enfermera cuidando del paciente necesita monitorear signos vitales, dolor, el nivel de náuseas postoperatorias y vómitos (NVPO), sitios de heridas y, si hay uno en su lugar, el drenaje de la herida. NVPO es común después de

laparoscópica colecistectomía por gas peritoneal insuflación y manipulación del intestino y la vía biliar.

Intervenciones.

5820. Disminución de la ansiedad del paciente y su familia

3140. Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la aspiración

6482. 6486. Manejo ambiental: regulación de la temperatura, seguridad, confort

6490. Prevención de caídas

1400. Manejo del dolor

2210. Administración de analgésicos

2214. Administración de analgésicos intraespinal

2314. Administración de medicación intravenosa

4030. Administración de productos sanguíneos

6540. Control de infecciones

3660. Cuidados de la herida y cuidados del sitio de incisión

1870. Cuidados del drenaje

1876. Cuidados del catéter urinario

0620. Cuidados de la retención urinaria

La colecistitis aguda se presenta predominantemente como una complicación de la enfermedad de cálculos biliares y típicamente se desarrolla en pacientes con antecedentes de cálculos biliares sintomáticos. En una revisión sistemática, se observó en 6 a 11 por ciento de los pacientes con cálculos biliares sintomáticos durante un seguimiento medio de 7 a 11 años.

A calculosa colecistitis es clínicamente idéntica a la colecistitis aguda, pero no está asociado con los cálculos biliares y por lo general se produce en pacientes críticamente enfermos.

La colecistitis aguda ocurre en el contexto de la obstrucción del conducto cístico. Sin embargo, a diferencia del cólico biliar, el desarrollo de la colecistitis aguda no se explica completamente por la obstrucción del conducto cístico solamente. Los estudios sugieren que se requiere un irritante adicional (posiblemente lisolecitina) para desarrollar inflamación de la vesícula biliar. Una vez que comienza la inflamación de la vesícula biliar, se liberan mediadores inflamatorios

adicionales que propagan aún más la inflamación de la vesícula biliar. En muchos pacientes, la infección del sistema biliar también está involucrada en el desarrollo de la colecistitis aguda.

Los pacientes con colecistitis aguda generalmente se quejan de dolor abdominal, con mayor frecuencia en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio. El dolor puede irradiarse al hombro derecho o hacia atrás. Característicamente, el dolor por colecistitis aguda es constante y severo. Las quejas asociadas pueden incluir fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. A menudo hay antecedentes de ingestión de alimentos grasos una hora o más antes del inicio inicial del dolor. El episodio de dolor suele ser prolongado (más de cuatro a seis horas).

Examen físico: los pacientes con colecistitis aguda suelen presentar aspecto febril y taquicárdico y permanecen quietos en la mesa de exploración porque la colecistitis se asocia con una verdadera inflamación local del peritoneo parietal que se agrava por el movimiento. El examen abdominal por lo general demuestra una protección voluntaria e involuntaria. Los pacientes con frecuencia tendrán un signo positivo de Murphy.

Los pacientes con complicaciones pueden presentar signos de sepsis (gangrena), peritonitis generalizada (perforación), crepitación abdominal (colecistitis enfisematosa) u obstrucción intestinal (íleo biliar).

Evaluación de laboratorio: los pacientes típicamente tienen leucocitosis con un mayor número de formas de banda (es decir, un cambio a la izquierda). La elevación de las concentraciones séricas de bilirrubina total y de fosfatasa alcalina no es común en la colecistitis aguda no complicada ya que la obstrucción biliar se limita a la vesícula biliar; si están presentes, deberían plantear inquietudes sobre condiciones complicadas como colangitis, coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi (un

cálculo biliar afectado en el conducto cístico distal que causa compresión extrínseca del conducto biliar común).

Sin embargo, ha habido informes de elevaciones leves de aminotransferasas séricas y amilasa, junto con hiperbilirrubinemia e ictericia, incluso en ausencia de estas complicaciones. Estas anomalías pueden deberse al paso de pequeñas piedras, lodo o pus.

En pacientes con colecistitis enfisematosa, la hiperbilirrubinemia no conjugada de leve a moderada puede estar presente debido al hemólisis inducida por la infección clostridial.

DIAGNÓSTICO: se debe sospechar una colecistitis aguda en un paciente con dolor en el cuadrante superior derecho o epigástrico, fiebre y leucocitosis. Un signo de Murphy positivo apoya el diagnóstico. Sin embargo, la historia, el examen físico y los resultados de las pruebas de laboratorio no son suficientes para establecer el diagnóstico. La confirmación del diagnóstico requiere la demostración de un engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar, un signo ecográfico de Murphy o insuficiencia de la vesícula biliar durante la colescintigrafía. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se puede confirmar con una ecografía abdominal. Si el diagnóstico no está claro, se puede realizar una colescintigrafía.

Signo de Murphy: los pacientes con colecistitis aguda frecuentemente tienen un "signo de Murphy" positivo. Para buscar un signo de Murphy, se le pide al paciente que inspire profundamente mientras el examinador palpa el área de la fosa de la vesícula biliar justo debajo del borde del hígado. La inspiración profunda hace que la vesícula biliar descienda y presione contra los dedos examinados, lo que en los pacientes con colecistitis aguda comúnmente conduce a una mayor incomodidad y al paciente recupera su aliento.

En un estudio, utilizando colescintigrafía como el estándar de oro, la sensibilidad y la especificidad de un signo de Murphy positivo fueron 97 y 48 por ciento, respectivamente. Sin embargo, la sensibilidad puede disminuir en los ancianos.

Estudios de imágenes: el examen físico por sí solo no puede determinar qué vísceras abdominales son la fuente de inflamación y dolor. Por lo tanto, los pacientes que presentan características clínicas sugestivas de colecistitis aguda deben someterse a una prueba de imagen abdominal para confirmar el diagnóstico. La ultrasonografía suele ser la primera prueba que se obtiene y a menudo puede establecer el diagnóstico. La colescintigrafía nuclear puede ser útil en casos en los que el diagnóstico permanece incierto después de la ecografía.

Ultrasonografía: la presencia de cálculos en la vesícula biliar en el contexto clínico de dolor abdominal y fiebre del cuadrante superior derecho respalda el diagnóstico de colecistitis aguda, pero no es diagnóstica. Las características sonográficas adicionales incluyen:

- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (mayor de 4 a 5 mm) o edema (signo de doble pared).
- Un "signo de Murphy sonográfico" es similar al signo de Murphy que se produce durante la palpación abdominal, excepto que la respuesta positiva se observa durante la palpación con el transductor de ultrasonido. Esto es más preciso que la palpación manual, ya que puede confirmar que, de hecho, es la vesícula biliar la que presiona el transductor de imágenes cuando el paciente recupera el aliento.

Varios estudios han evaluado la precisión de la ecografía en el diagnóstico de la colecistitis aguda. Una revisión sistemática particularmente informativa resumió los resultados de 30 estudios de ultrasonografía para cálculos biliares y colecistitis aguda. La sensibilidad y especificidad ajustadas para el diagnóstico de colecistitis aguda fueron del 88 por ciento y del 80 por ciento, respectivamente.

La sensibilidad y la especificidad de la ecografía para la detección de cálculos biliares son aproximadamente 84 y el 99%, respectivamente. La ecografía puede no detectar pequeñas piedras o lodo como se ilustra en un estudio que comparó la ecografía con la mini endoscopia percutánea directa en pacientes que habían experimentado una disolución tópica de cálculos biliares. La ecografía fue negativa en 12 de 13 pacientes en quienes la endoscopia demostró cálculos o fragmentos de 1 a 3 mm.

En pacientes con colecistitis enfisematosa, el informe de ultrasonido puede señalar erróneamente la presencia de "gas intestinal superpuesto que dificulta la visualización adecuada de la vesícula biliar", cuando en realidad, refleja el aire en la pared de la vesícula biliar.

La ecografía mejorada con contraste realizada junto con la inyección intravenosa de un agente de contraste de ultrasonido que contiene microburbujas es recomendada por algunos para permitir la detección preoperatoria de la colecistitis gangrenosa. Teóricamente, el diagnóstico precoz de esta grave complicación de la colecistitis aguda conduciría a una mejor planificación de la intervención temprana para prevenir complicaciones más graves; sin embargo, esta prueba no está ampliamente disponible.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL - El mayor desafío inicial en el diagnóstico de la colecistitis aguda es distinguirlo del estado más benigno del cólico biliar. El cólico biliar generalmente es causado por la contracción de la vesícula biliar en respuesta a una comida grasosa, al presionar una piedra contra la salida de la vesícula biliar o por la apertura del conducto cístico. Esto luego da como resultado un aumento de la presión y el dolor de la vesícula biliar. Al igual que en la colecistitis aguda, el cólico biliar causa dolor en el cuadrante superior derecho. Sin embargo, a diferencia de la colecistitis aguda, el dolor es completamente visceral en su origen, sin verdadera inflamación de la pared de la vesícula biliar, por lo que los signos peritoneales están ausentes. Además, los pacientes con cólico biliar no están afebriles con estudios de laboratorio normales. A medida que la vesícula biliar se relaja, las piedras a menudo retroceden desde el conducto cístico. Como resultado, el ataque alcanza un crescendo durante un número de horas y luego se resuelve por completo.

La mayoría de los pacientes que desarrollan colecistitis aguda han tenido ataques previos de cólico biliar, lo que puede confundir aún más el diagnóstico o llevar a los pacientes a retrasar la búsqueda de atención médica. Las siguientes características pueden ayudar a distinguir un ataque de cólico biliar de una colecistitis aguda. Sin embargo, tales pacientes generalmente requieren estudios de imágenes para ayudar a establecer el diagnóstico:

- El dolor del cólico biliar típicamente alcanza un crescendo, y luego se resuelve por completo. La resolución del dolor ocurre cuando la vesícula biliar se relaja, lo que permite que las piedras caigan hacia atrás desde el conducto cístico. Un episodio de dolor en el cuadrante superior derecho que dura más de cuatro a seis horas debería levantar sospechas de colecistitis aguda.

- Los pacientes con síntomas constitucionales, como malestar general o fiebre, son más propensos a tener colecistitis aguda.

Los síntomas que no son sugestivos de una etiología biliar incluyen intolerancia a los alimentos grasos, no en forma de dolor, náuseas que no están relacionadas con el dolor, dolor solo unos minutos después de una comida, hábitos intestinales irregulares o eructos.

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

PACIENTE: H.G.I.O

EDAD: 61 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Ama de casa

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria incompleta.

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 329674

DIRECCION: Av. Grau 1124 Cercado de Lima.

PROCEDENCIA: Lima

RELATO:

Paciente refiere que hace dos días presenta dolor tipo opresivo en cuadrante superior derecho de abdomen de leve intensidad, se administra 1gr de paracetamol y dolor cede parcialmente, 1 día antes del ingreso paciente refiere comer comida con abundante contenido en grasas, posteriormente presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad, que no cede a sintomáticos. Acude a centro de salud de su localidad donde evidencian 2 vómitos, nauseas. Le administras antieméticos y analgésicos. Paciente refiere que con dicha medicación no calma sintomatología, se agrega hiporexia. 4 horas antes del ingreso dolor abdominal aumenta más de intensidad, y presenta 3 vómitos, motivo por el cual acude por emergencia.

A la evaluación por emergencia:

Paciente con funciones vitales estables, afebril.

PIEL: T/H/E. llenado capilar menor a 2 segundos.

TCSC: no edemas

T y P: murmullo vesicular pasa bien en ACP, no estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad.

ABDOMEN: distendido, ruidos hidroaereos disminuidos en tono, Signo de Murphy positivo, Mc Burney negativo, Roving negativo.

SNC: LOTEP.

Se plantea diagnóstico:

1. Abdomen agudo quirúrgico.
 - 1.1 D/C Colecistitis aguda.

PLAN:

Prepara para pre quirúrgicos.

HEMOGRAMA COMPLETO

LEUCOCITOS 14.36×10^3
NEUTROFILOS 11.20×10^3
LINFOCITOS 1.76×10^3
MONOCITOS 1.00×10^3
EOSINOFILOS 0.33×10^3
BASOFILOS 0.07×10^3
ABASTONADOS 0%
NEUTROFILOS 78.1%
LINFOCITOS 12.2%
MONOCITOS 6.9%
EOSINOFILOS 2.3%
BASOFILOS 0.5%
RBC 3.75×10^6
HEMOGLOBINA 10.8g/dl
HEMATOCRITO 33.3%
MCV 88.9 FI
MCH 28.8pg
MCHC 32.3g/dl
PLAQUETAS 305000

PCR: 4.56

PERFIL DE COAGULACION:

- INR 1.02
- TP 13.5

CREATININA: 0.56

UREA: 20

PERFIL HEPATICO:

- BD: 0.15
- BI: 0.01
- BT:0.16

EXAMEN DE ORINA

- LEUCOCITOS 0-1 POR CAMPO
- HEMATIES 1 POR CAMPO
- CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
- GERMENES: 0
- NITRITOS: 0
- PROTEINAS: 0

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Hígado de caracteres normales, sin lesión focal ni difusa en parénquima.

La vesícula biliar alcanza 11.5 cm en su eje longitudinal presentando paredes engrosadas y edematosas (6mm), observándose en su interior la presencia de múltiples formaciones calculosas.

Vías biliares tanto intra hepáticas como extra hepáticas de normal calibre en toda su extensión, llega a medir 5 mm a nivel del colédoco parte proximal.

Los riñones, el bazo y el páncreas son eco-normales.

No ascitis.

Conclusión:

Colecistitis calculosa aguda con hidrocolecisto.

Resto de examen ecográficamente normal



Vesícula biliar.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

Colecistitis aguda calculosa

OPERACIÓN:

Colecistectomía abierta + drenaje.

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO:

Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

HALLAZGOS:

Vesícula biliar de +/- 12x8x7 cms de paredes engrosadas, fibrosa, edematosa, vesícula única conteniendo múltiples cálculos y bilis purulenta, arteria cística anterior y posterior, vesícula inminentemente adherida a lecho vesicular (empotrada). Vesícula y borde hepático ubicados muy por encima de reborde costal (hígado de implantación alta) generando dificultad en técnica operatoria, dificultando acceso a lecho hepático y lecho vesicular.

PROCEDIMIENTO:

1. AA+CCE
2. Incisión subcostal derecha.
3. Disección por planos hasta cavidad.

4. Identificación de hallazgos.
5. Se realiza pequeño orificio en fondo vesicular y se aspira contenido.
6. Disección de triangulo de Calot, se liga conducto cístico y arterias císticas con seda negra.
7. Desperitonización con disección y monopolar.
8. Se observa abundante sangrado de leche vesicular, con dificultad para realizar hemostasia, se logra controlar el sangrado con monopolar, se lava y se coloca hemocolageno en lecho.
9. Se revisa hemostasia y se coloca dren laminar que sale por el contrario apertura inferior de herida operatoria.
10. Cierre de pared por planos: peritoneo con vycril 1, aponeurosis con nylon 1 y piel con nylon 3/0.

NOTA:

Sangrado aproximadamente: 1000cc

Se envía pieza operatoria a anatomía patológica.

PRIMER DIA HOSPITALARIO

6AM

PRESION ARTERIAL: 100/60 mmHg

FC 78 latidos por minuto.

FR 21 respiraciones por minuto.

SAT 96%

- DREN LAMINAR 40CC EN 12 HORAS
- DIURESIS 1900 EN 12HORAS

Diagnóstico:

1. PO Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, niega náuseas, vómitos. Elimina flatos.

Enfermería no reporta interurrencias.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos disminuidos en frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática, dren laminar en flanco derecho de contenido biliar, dolor a la palpación superficial y profunda a predominio de hipocondrio derecho.

Terapéutica:

1. Tolerancia oral
2. Dextrosa 5% 1000cc
NaCl 20% 1 amp
KCl 20% 1 amp  XXX gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
5. Tramadol 100 mg
Dimenhidrinato 50 mg
NaCl 0.9% 100cc  endovenoso cada 12 horas
6. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
7. Omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas
8. CFV + BH

PLAN:

Continuar con indicaciones médicas.

Se solicita hemograma completo.

Curva de drenaje.

CFV + BH

HEMOGRAMA CONTROL

LEUCOCITOS 15×10^3

NEUTROFILOS 12.20×10^3

LINFOCITOS 1.8×10^3
MONOCITOS 1.00×10^3
EOSINOFILOS 0.33×10^3
BASOFILOS 0.07×10^3
ABASTONADOS 0%
NEUTROFILOS 78.1%
LINFOCITOS 12.2%
MONOCITOS 7.2%
EOSINOFILOS 2.3%
BASOFILOS 0.5%
RBC 3.75×10^6
HEMOGLOBINA 8.8 g/dl
HEMATOCRITO 24%
MCV 88.9 Fl
MCH 28.8pg
MCHC 32.3g/dl
PLAQUETAS 425000

Con el resultado del hemograma:

1. PO Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.
2. Anemia moderada aguda

Plan:

Pasar dos paquetes globulares STAT.

SEGUNDO DIA HOSPITALARIO

7AM

PRESION ARTERIAL: 100/60 mmHg

FC 78 lpm

FR 21 rpm

SAT 96%

- DREN LAMINAR 50CC EN 24 horas

- DIURESIS 1700 EN 24 HORAS

Diagnóstico:

1. PO2 Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.
2. Anemia moderada severa

Paciente refiere leve dolor abdominal en hipocondrio derecho, niega náuseas, vómitos. Elimina flatos. Tolerla la vía oral.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos conservados en tono y frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática, dren laminar en flanco derecho de contenido biliar, dolor a la palpación profunda a predominio de hipocondrio derecho.

Terapéutica:

1. Dieta líquida estricta.
 2. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
 3. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
 4. Tramadol 100 mg
Dimenhidrinato 50 mg
NaCl 0.9% 100cc
- } endovenoso cada 12 horas
5. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
 6. Omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas
 7. CFV + BH

PLAN:

- Continuar con indicaciones médicas.
- Se solicita hemograma completo.
- Curva de drenaje.
- CFV + BH

HEMOGRAMA COMPLETO

LEUCOCITOS 12.86×10^3

NEUTROFILOS 10.33×10^3

LINFOCITOS 1.35×10^3

MONOCITOS 1.14×10^3
EOSINOFILOS 0.03×10^3
BASOFILOS 0.01×10^3
ABASTONADOS 01%
NEUTROFILOS 80.2%
LINFOCITOS 10.5%
MONOCITOS 8.9%
EOSINOFILOS 0.3%
BASOFILOS 0.1%
RBC 3.83×10^6
HEMOGLOBINA 11 g/dl
HEMATOCRITO 33.5%
MCV 87.9 Fl
MCH 28.8pg
MCHC 33.3g/dl
PLAQUETAS 272000

TERCER DIA HOSPITALARIO

6:30 AM

PRESION ARTERIAL: 110/60 mmHg

FC 87 lpm

FR 19 rpm

SAT 97%

- DREN LAMINAR 30CC EN 24 horas
- DIURESIS 1800 EN 24 HORAS

Diagnóstico:

1. PO3 Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente refiere leve dolor abdominal en hipocondrio derecho, niega náuseas, vómitos. Elimina flatos. Tolera la vía oral.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos conservados en tono y frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con

bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática, dren laminar en flanco derecho de contenido biliar, leve dolor a la palpación profunda a predominio de hipocondrio derecho.

Terapéutica:

2. Dieta líquida estricta.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
5. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
6. Omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas
7. CFV + BH

PLAN:

- Continuar con indicaciones médicas.
- Se solicita hemograma completo.
- Curva de drenaje.
- CFV + BH

CUARTO DIA HOSPITALARIO

6:20 AM

PRESION ARTERIAL: 100/70 mmHg

FC 79 lpm

FR 20 rpm

SAT 97%

- DREN LAMINAR 20CC EN 24 horas
- DIURESIS 2000 EN 24 HORAS

Diagnóstico:

1. PO4 Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente niega molestias. Elimina flatos. Tolera la vía oral.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos conservados en tono y frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática,

dren laminar en flanco derecho de contenido biliar, leve dolor a la palpación profunda a predominio de hipocondrio derecho.

Terapéutica:

2. Dieta líquida estricta.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
5. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
6. Omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas
7. CFV + BH

PLAN:

- Continuar con indicaciones médicas.
- Se solicita hemograma completo.
- Curva de drenaje.
- CFV + BH

QUINTO DIA HOSPITALARIO

6:10 AM

PRESION ARTERIAL: 100/80 mmHg

FC 83 lpm

FR 20 rpm

SAT 97%

- DREN LAMINAR 10CC EN 24 horas
- DIURESIS 1950 EN 24 HORAS

Diagnóstico:

1. PO5 Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente niega molestias. Elimina flatos. Tolera la vía oral.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos conservados en tono y frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática, dren laminar en flanco derecho de contenido biliar.

Terapéutica:

2. Dieta líquida estricta.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
5. CFV + BH

PLAN:

- Continuar con indicaciones médicas.
- Se solicita hemograma completo.
- Curva de drenaje.
- CFV + BH

SEXTO DIA HOSPITALARIO

6:15 AM

PRESION ARTERIAL: 110/80 mmHg

FC 81 lpm

FR 20 rpm

SAT 97%

- DREN LAMINAR 10CC EN 24 horas
- DIURESIS 1900 EN 24 HORAS

Diagnóstico:

1. PO6 Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente niega molestias. Elimina flatos. Tolera la vía oral.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaereos conservados en tono y frecuencia, herida operatoria subcostal de aproximadamente 15 cm con bordes afrontados sin signos de flogosis con secreción ser hemática, dren laminar en flanco derecho de contenido biliar.

Terapéutica:

2. Dieta líquida estricta.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
5. CFV + BH

PLAN:

- Continuar con indicaciones médicas.
- Se solicita hemograma completo.
- Curva de drenaje.
- CFV + BH
- Alta con indicaciones médicas.

ALTA

Paciente hospitalizado por 6 días.

Egresos con el diagnóstico de:

1. PO Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

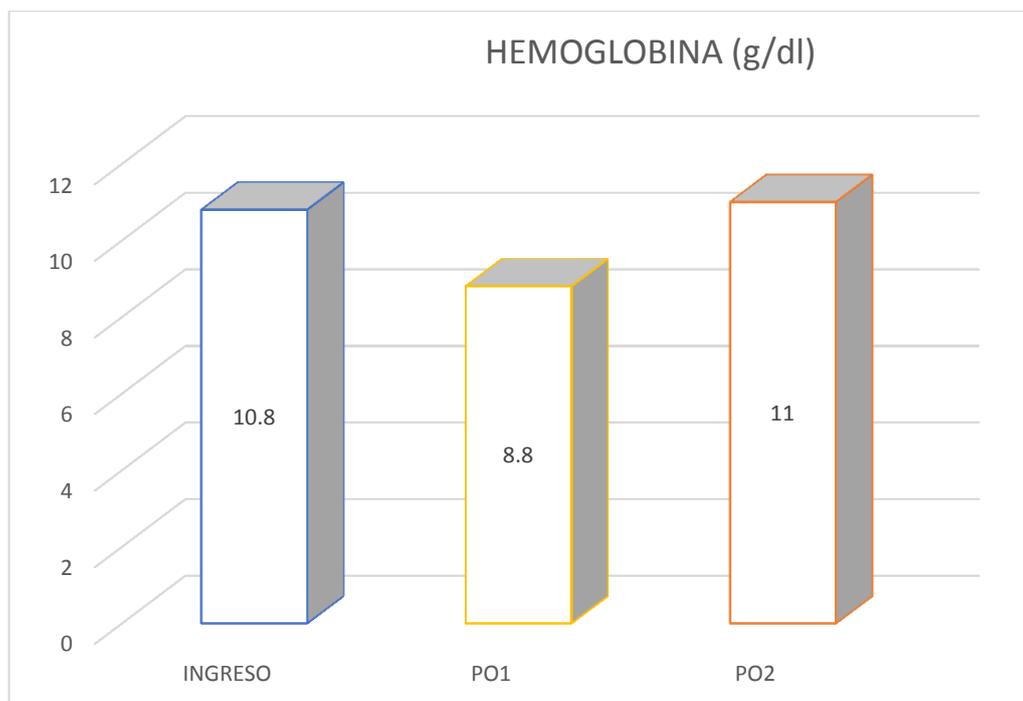
Terapéutica:

1. Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días.
2. Tramadol + paracetamol condicional a dolor.
3. Ketoprofeno 100mg vía oral por 3 días.

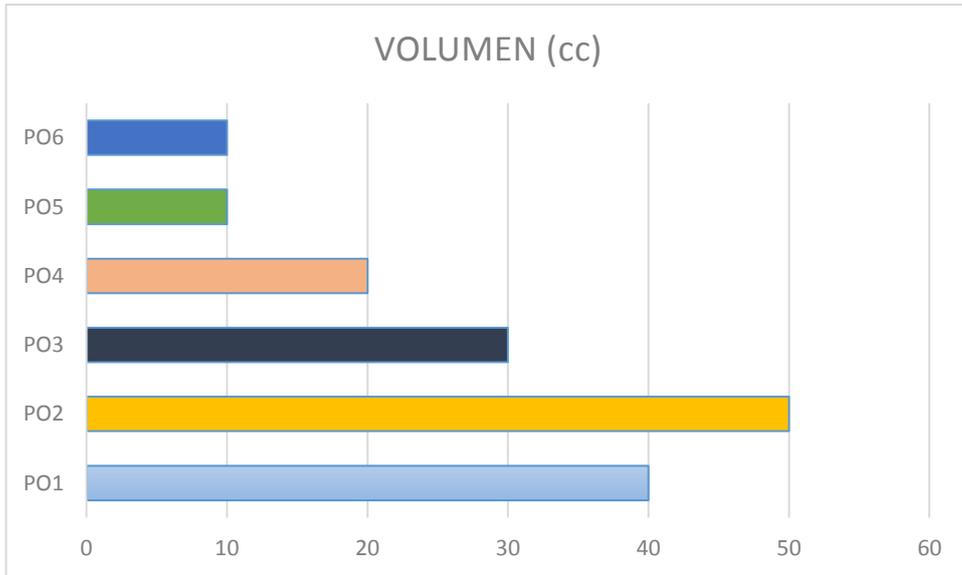
Otras indicaciones:

Acudir a control por consultorio de cirugía en 5 días.

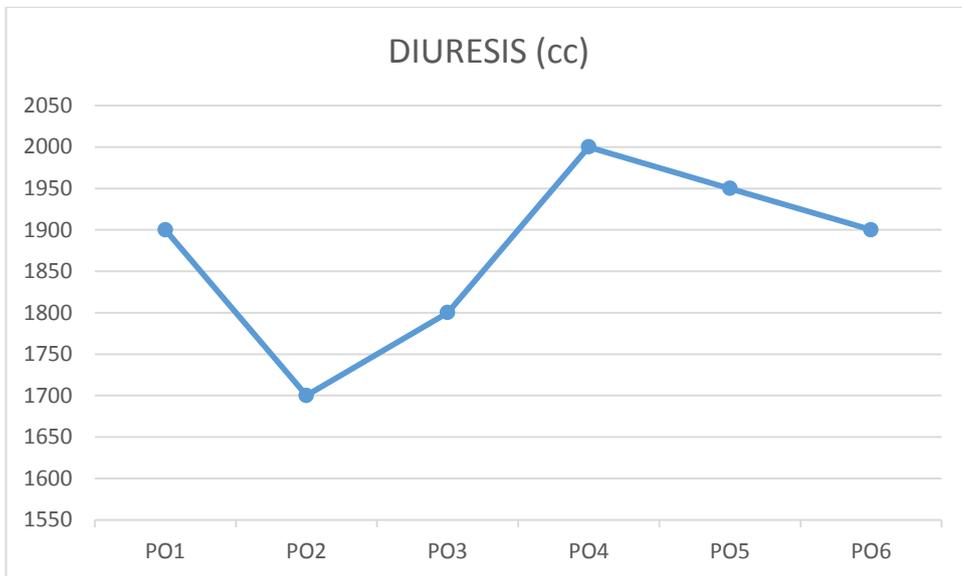
CURVA DE HEMOGLOBINA



CURVA DE DRENAJE



CURVA DE DIURESIS



El hidrops vesicular o hidropesía= hidrocolecisto, es una complicación de la obstrucción de cístico por un cálculo. Vesícula biliar sobredistendida por una sustancia mucoide incolora, secretada por las glándulas del cuello, es una distensión anormal de la vesícula biliar secundaria a una infección intraluminal. Con frecuencia se asocia con otras enfermedades y puede deberse a obstrucción del conducto cístico o puede asociarse con diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptosporosis y drogas.

La importancia de esta investigación, radica en la buena exploración y el buen diagnóstico del hidrocolecisto, ya que como se menciona al inicio del artículo, la enfermedad biliar obstructiva es actualmente una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país, por lo tanto es importante seguir haciendo uso del ultrasonido, ya que hoy por hoy, es la mejor herramienta para la evaluación y diagnóstico de la vesícula biliar y la vpi biliar en el paciente con dolor agudo; de esta manera se llega a la detección oportuna de enfermedades relacionadas y sobre todo del hidrocolecisto.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

La planificación y el tratamiento de la atención de enfermería para pacientes con colecistitis incluyen aliviar el dolor y promover el descanso, mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos, prevenir complicaciones y proporcionar información sobre el proceso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Aquí hay cuatro (4) planes de cuidado de enfermería para la colecistitis (colelitiasis):
Riesgo de volumen de fluido deficiente Dolor agudo Riesgo de una nutrición desequilibrada: menos que los requisitos del cuerpo
Conocimiento deficiente.

CONCLUSION

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar, generalmente asociada con cálculos biliares impactados en el conducto cístico. Las piedras (cálculos) se componen de colesterol, bilirrubinato de calcio o una mezcla causada por cambios en la composición de la bilis. Los cálculos biliares pueden desarrollarse en el conducto biliar común, el conducto cístico, el conducto hepático, el conducto biliar pequeño y el conducto pancreático. Los cristales también se pueden formar en la submucosa de la vesícula biliar y causar una inflamación generalizada. La colecistitis aguda con colelitiasis generalmente se trata mediante cirugía, aunque ahora se utilizan otros métodos de tratamiento (fragmentación y disolución de cálculos). Coleslitiasis, cálculos o cálculos en la vesícula biliar, resulta de cambios en los componentes de la bilis. 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, los anticonceptivos hormonales, la diabetes mellitus, la enfermedad celíaca, la cirrosis del hígado y la pancreatitis.

RECOMENDACIONES

Mantenga registros precisos de I & O, notando que la producción es menor que la ingesta, aumenta la gravedad específica de la orina. Evalúe la piel y las membranas mucosas, los pulsos periféricos y el relleno capilar. Para proporcionar información sobre el estado del fluido y el volumen circulante que necesita reemplazo.

Controle los signos y síntomas de náuseas o vómitos intensos o continuados, calambres abdominales, debilidad, contracciones nerviosas, convulsiones, ritmo cardíaco irregular, parestesias, ruidos intestinales hipo activos o ausentes, respiraciones deprimidas. El vómito prolongado, la aspiración gástrica y la ingesta oral restringida pueden conducir a déficits en sodio, potasio y cloruro.

Eliminar las vistas nocivas o los olores del medio ambiente. Reduce la estimulación del centro de vómitos.

Realice una higiene oral frecuente con enjuague bucal sin alcohol; aplicar lubricantes. Disminuye la sequedad de las membranas mucosas orales; reduce el riesgo de hemorragia oral.

Use agujas de calibre pequeño para inyecciones y aplique una presión firme durante más tiempo del habitual después de la punción venosa. Reduce el trauma, el riesgo de hemorragia o la formación de hematomas.

Valore hemorragias inusuales: exudado de sitios de inyección, epistaxis, encías sangrantes, equimosis, petequias, hematemesis o melena. La protrombina se reduce y el tiempo de coagulación se prolonga cuando se obstruye el flujo biliar, lo que aumenta el riesgo de sangrado o hemorragia.

Mantenga paciente NPO como sea necesario. Disminuye las secreciones gastrointestinales y la motilidad.

Inserte el tubo NG, conéctelo a la succión y mantenga la permeabilidad como se indica. Para descansar el tracto gastrointestinal

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Ed. ELSERVIER.
2. MacCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª edición. Ed. Mosby. 2000.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). 2ª Ed. Philadelphia: Ed. Mosby; 2000
4. Martín Fleitas AE, Marrero Fernández MP. Los diagnósticos de enfermería en el trasplante renal, una base esencial para un buen plan de cuidados. En: Libro de comunicaciones del XXXI del Congreso Nacional de la SEDEN; Córdoba 1-4 octubre 2006. Barcelona: HOSPAL; p. 66-73.
5. McLoughlin RF, Patterson EJ, Mathieson JR, et al. Colectostomía percutánea guiada por radiología para la colecistitis aguda: resultado a largo plazo en 50 pacientes. Can Assoc Radiol J 1994; 45: 455.
6. Sugiyama M, Tokuhara M, Atomi Y. ¿La colecistostomía percutánea es el tratamiento óptimo para la colecistitis aguda en personas muy ancianas? World J Surg 1998; 22: 459.
7. vanSonnenberg E, D'Agostino HB, Goodacre BW, y col. Percutánea de la vesícula biliar y colecistostomía: resultados, complicaciones y advertencias para la seguridad. Radiology 1992; 183: 167.
8. England RE, McDermott VG, Smith TP, y col. Colectostomía percutánea: ¿quién responde? AJR Am J Roentgenol 1997; 168: 1247.
9. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ. Uso efectivo de la colecistostomía percutánea en pacientes quirúrgicos de alto riesgo: técnicas, manejo de tubos y resultados. Arch Surg 1999; 134: 727.

10. Akhan O, Akinci D, Ozmen MN. Colectostomía percutánea Eur J Radiol 2002; 43: 229.
11. Lee MJ, Saini S, Brink JA, y col. Tratamiento de pacientes críticamente enfermos con sepsis de causa desconocida: valor de la colectostomía percutánea. AJR Am J Roentgenol 1991; 156: 1163.
12. Lo LD, Vogelzang RL, Braun MA, Nemcek AA Jr. Colectostomía percutánea para el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda calculosa y acalculosa. J Vasc Interv Radiol 1995; 6: 629.
13. Joseph T, Unver K, Hwang GL, y col. Colectostomía percutánea para la colecistitis aguda: experiencia de diez años. J Vasc Interv Radiol 2012; 23:83.
14. Saeed SA, Masroor I. Colectostomía percutánea (PC) en el manejo de la colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo. J Coll Physicians Surg Pak 2010; 20: 612.
15. Spira RM, Nissan A, Zamir O, et al. Colectectomía transhepática percutánea y colectectomía laparoscópica retrasada en pacientes críticamente enfermos con colecistitis aguda por cálculo. Am J Surg 2002; 183: 62.
16. Hadas-Halpern I, Patlas M, Knizhnik M, y col. Colectostomía percutánea en el manejo de la colecistitis aguda. Isr Med Assoc J 2003; 5: 170.
17. Huibregtse K, van Amerongen R, van Deventer SJ. Drenaje de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda acalculosa por colectoxetransis endoscópica transpapilar. Gastrointest Endosc 1994; 40: 523.



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

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

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

NOMBRE Y APELLIDOS



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

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

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

NOMBRE Y APELLIDOS