



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

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

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

**CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**PRESENTADO POR:**

**LILIAM PEREZ HERNANDEZ**

**ASESOR**

**MG. NAVARRETE VELARDE RAUL**

**CHINCHA - ICA - PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

### **INTRODUCCIÓN**

OBJETIVOS..... 05

LIMITACIONES..... 05

### **CAPÍTULO I**

ANTECEDENTES..... 06

BASES TEORICAS..... 15

### **CAPÍTULO II**

CASO CLINICO..... 30

### **CAPÍTULO III**

DISCUSIÓN..... 35

CONCLUSION..... 36

RECOMENDACIONES..... 37

## INTRODUCCION

A fines de la década de 1980, después de la primera colecistectomía laparoscópica exitosa en Europa, esta revolucionaria cirugía mínimamente invasiva se convirtió rápidamente en la técnica aceptada para el tratamiento de la enfermedad de la vesícula biliar en los Estados Unidos. La rápida aceptación de esta nueva técnica por parte de la profesión médica y el público se relacionó con las ventajas obvias de la reducción de costos, la disminución de la duración de la estadía hospitalaria y la mayor satisfacción del paciente.

Pocos estudios clínicos se realizaron para comparar este nuevo procedimiento con la colecistectomía abierta estándar. A medida que la colecistectomía laparoscópica ganó una mayor aceptación, las complicaciones que rara vez se observaron con la colecistectomía abierta, como la lesión del conducto biliar, se informaron hasta en un 5 por ciento de los pacientes. En la actualidad, aproximadamente 750,000 colecistectomías laparoscópicas se realizan anualmente en los Estados Unidos (que representan aproximadamente el 90 por ciento de todas las colecistectomías) con una tasa de complicaciones graves global que sigue siendo mayor que la observada en la colecistectomía abierta, a pesar del aumento de la experiencia con el procedimiento. La tasa de complicaciones de la colecistectomía abierta también ha aumentado, debido a la disminución general de la experiencia en cirugía abierta, ya que este enfoque está ahora reservado para los casos más complicados y desafiantes.

## **OBJETIVOS**

Determinar los cuidados en enfermería en pacientes post operados de colecistitis laparoscópica complicada en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber.

## **LIMITACIONES**

Como limitaciones se tendrán en cuenta que la historia clínica no este correctamente llenada y que falte información que sea vital para nuestro trabajo académico, así como también la facilitación de las historias clínicas por parte del personal que labora en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber.

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES

Tendremos como autor a Hussein M. Atta. et al con el trabajo titulado “Colecistectomía Laparoscópica Difícil y Aprendices: Predictores y Resultados en un Hospital Docente Académico” (2016)

La colecistectomía laparoscópica (CL) es uno de los primeros procedimientos laparoscópicos que realizan los cirujanos. Este estudio tiene como objetivo determinar predictores preoperatorios y / o intraoperatorios de LC difíciles y comparar las complicaciones de LC realizadas por los participantes con las realizadas por cirujanos entrenados. Se analizó una cohorte de 180 pacientes consecutivos con colelitiasis sometidos a LC. Utilizamos análisis de regresión logística invariante y binario para predecir los factores asociados con LC difícil. Comparamos la tasa de complicaciones de LC realizadas por los aprendices y la realizada por cirujanos entrenados usando la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Pacientes con cálculos impactados en el cuello de la vesícula biliar (GB) (OR, 5.0; IC 95%, 1.59-15.77), con adherencias en el triángulo de Calot (OR, 2.9, IC 95%, 1.27-6.83), o con La rotura de GB (OR, 3,4; IC del 95%, 1,02-11,41) fue más probable que experimentara CL complicada. No hubo diferencia entre los practicantes y los cirujanos entrenados en la tasa de lesión de la arteria quística () o ruptura de GB (). Sin embargo, el tiempo quirúrgico de CL realizado por cirujanos entrenados fue significativamente más corto (mediana, 45 min; RIQ, 30-70 min) en comparación con el tiempo quirúrgico de los participantes quirúrgicos (60 min; RIC, 50-90 min). Los practicantes quirúrgicos pueden realizar LC difíciles de forma segura bajo supervisión sin aumento de complicaciones, aunque con un leve aumento en el tiempo operatorio.

Teniendo en cuenta a la autora Génesis Jara et al con el trabajo titulado “Colecistectomía laparoscópica subtotal como alternativa quirúrgica segura en casos complejos” (2016)

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con más frecuencia a nivel mundial en el campo de la cirugía general, por lo que es fundamental que el cirujano conozca las diferentes alternativas al momento de enfrentarse con un caso complejo. Bajo esta premisa, es importante considerar la colecistectomía laparoscópica subtotal como una opción, cuando después de una adecuada disección, no se logra identificar las estructuras anatómicas y no se obtiene la visión crítica de seguridad. Este procedimiento cursa con baja morbilidad y con las ventajas ampliamente conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

#### Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica subtotal en un periodo de 8 años.

#### Resultados

Se realizaron 1.059 colecistectomías laparoscópicas. De estas, 22 correspondieron a colecistectomías subtotales. No se registraron lesiones de vía biliar ni conversiones. Las complicaciones más frecuentes fueron la fístula biliar (9%) y la colección intraabdominal (4,5%). No hubo mortalidad asociada al procedimiento. Durante un periodo de seguimiento promedio de 32 meses, no se observó recurrencia de sintomatología.

## Conclusiones

La colecistectomía laparoscópica subtotal es un procedimiento efectivo, seguro y reproducible. Debe ser considerada como una opción en casos complejos.

## Abstracto

### Introducción

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento común en cirugía general, y en casos complejos es importante que el cirujano conozca todas las alternativas con baja morbilidad asociada. La colecistectomía subtotal laparoscópica se debe considerar como una opción cuando no se puede obtener una visión crítica de la seguridad, ya que tiene una baja tasa de complicaciones y brinda las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

### Métodos

Estudio retrospectivo de colecistectomías subtotales laparoscópicas en un período de ocho años.

### Resultados

Se realizaron un total de 1,059 colecistectomías laparoscópicas; 22 fueron colecistectomías subtotales, sin conversión. La fístula biliar (9%) y las colecciones intraabdominales (4.5%) fueron las complicaciones más comunes descritas. No se informaron lesiones o muertes del conducto biliar iatrogénico. Nuestro período de seguimiento fue de 32 meses, no se informaron recidivas.

## Conclusiones

La colecistectomía subtotal laparoscópica es un procedimiento seguro y efectivo. Se debe considerar como una opción en casos complejos.

Se citara al autor Yuji Shingu et al con el trabajo titulado "Colecistectomia subtotal laparoscopica para colecistitis severa" (2016)

El concepto de colecistectomía subtotal laparoscópica (LSC), sin acercarse al triángulo de Calot para evitar tanto laparotomía como manifestaciones graves, no es ampliamente aceptado. En este estudio, evalúa los resultados de LSC para la colecistitis severa cuando la disección del conducto cístico y la arteria cística es peligrosa.

#### Métodos

Desde enero de 2004 hasta diciembre de 2013, 110 pacientes consecutivos que se sometieron a una LSC sin conexión del conducto cístico y los vasos se inscribieron en este estudio retrospectivo. Sus registros clínicos, incluidos los registros operativos y los resultados, se ingresaron en una base de datos mantenida de manera prospectiva y se demográfica.

#### Resultados

El tiempo de operación promedio y la pérdida de sangre fueron 121 min y 33.8 ml, respectivamente. Todos los LSC se completaron sin conversión a un procedimiento abierto. No se experimentaron lesiones en el conducto biliar o los vasos. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en diez (9,1%) pacientes, incluido el hematoma subhepático en 3, la fuga biliar en 3 y el absceso subhepático en 1. Los pacientes se recuperaron de complicaciones sin requerir una nueva operación. Durante los períodos de seguimiento (media de 30,7 meses), las enfermedades de cálculos biliares sintomáticos recayeron en tres pacientes (2,7%) y se trataron con éxito mediante tratamiento endoscópico.

## Conclusiones

LSC sin un intento de diseccionar el triángulo de Calot es un procedimiento seguro y factible que puede evitar la conversión a laparotomía.

Tendremos al autor Fletcher Dr, et al con el trabajo titulado "Colecistectomía laparoscópica para la enfermedad de cálculos biliares complicada." (2015)

Después de realizar selectivamente 25 colecistectomías laparoscópicas (LC) para determinar el lugar de LC en el manejo de cálculos biliares complicados, todos los pacientes que presentaban cálculos biliares fueron evaluados por los autores para LC. Ochenta y seis pacientes consecutivos fueron evaluados y 84 fueron estudiados. El seguimiento en todos los casos superó los 6 meses. En tres de 10 pacientes con colecistitis aguda, LC no fue posible; cada uno tenía un historial de más de 48 horas y todos tenían gangrena de la vesícula biliar. En cuatro pacientes con empiema, la CL fue exitosa, pero la colangiografía operatoria falló.

La colangiografía quirúrgica fue exitosa en 76 de los 77 restantes. De ocho pacientes sospechosos de tener cálculos en el CDB, la colangiografía excluyó cálculos en seis y los confirmó en dos. La colangiografía identificó otros tres pacientes con cálculos de CBD totalmente insospechados. De los cinco pacientes con cálculos de CBD, cuatro los llevaron al duodeno en LC después de la dilatación transquística con balón de la papila y uno tuvo una operación postoperatoria. ERCP. De cuatro pacientes con pancreatitis aguda, tres tenían LC en la misma admisión. LC fue posible en los tres pacientes con obesidad mórbida. Concluimos que con experiencia, LC es posible para cálculos biliares complicados. En la colecistitis aguda, la probabilidad de éxito es mayor con la intervención quirúrgica temprana. La colangiografía operatoria es esencial. No solo identifica piedras CBD insospechadas sino que también permite LC sin CPRE en aquellos con sospecha de cálculos de CBD y con modificaciones permite el tratamiento de esos cálculos. De cuatro pacientes con

pancreatitis aguda, tres tenían LC en la misma admisión. LC fue posible en los tres pacientes con obesidad mórbida. Concluimos que con experiencia, LC es posible para cálculos biliares complicados. En la colecistitis aguda, la probabilidad de éxito es mayor con la intervención quirúrgica temprana. La colangiografía operatoria es esencial. No solo identifica piedras CBD insospechadas sino que también permite LC sin CPRE en aquellos con sospecha de cálculos de CBD y con modificaciones permite el tratamiento de esos cálculos. De cuatro pacientes con pancreatitis aguda, tres tenían LC en la misma admisión. LC fue posible en los tres pacientes con obesidad mórbida. Concluimos que con experiencia, LC es posible para cálculos biliares complicados. En la colecistitis aguda, la probabilidad de éxito es mayor con la intervención quirúrgica temprana. La colangiografía operatoria es esencial. No solo identifica piedras CBD insospechadas sino que también permite LC sin CPRE en aquellos con sospecha de cálculos de CBD y con modificaciones permite el tratamiento de esos cálculos.

Se tiene el autor Pawan Lal et al con el trabajo titulado “Una colecistectomía laparoscópica difícil que requiere conversión a un procedimiento abierto puede predecirse mediante ecografía preoperatoria” (2017)

Se realizó un estudio prospectivo desde marzo de 1999 hasta abril de 2000 que incluyó 73 pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica electiva para la enfermedad de cálculos biliares sin complicaciones. El estudio se realizó en una unidad quirúrgica en el Departamento de Cirugía y Departamento de Radiodiagnóstico y una unidad quirúrgica en el Departamento de Cirugía, Maulana Azad Medical College y el Hospital asociado Lok Nayak, que es el hospital de referencia más grande en el norte de India y está ubicado en la capital de India. Se realizó una ecografía preoperatoria justo antes de la cirugía, y se analizaron 4 parámetros ecográficos, a saber, grosor de la

pared de la vesícula biliar, vesícula contraída, impactación de cálculos biliares en el cuello de la vesícula biliar y cálculos del conducto biliar común. Los hallazgos quirúrgicos se clasificaron objetivamente como colecistectomía laparoscópica difícil o fácil de acuerdo con 5 parámetros operativos, es decir, tiempo total de la cirugía, tiempo de disección de la vesícula biliar, derrame de cálculos, rotura de la vesícula biliar durante la disección y conversión al procedimiento abierto. De los 73 casos, 17 (23.3%) fueron conversiones al procedimiento abierto. De los 21 casos (28,76%) que se prevé que sean difíciles, 17 (23,3%) fueron técnicamente difíciles, de los cuales 13 (17,8%) se convirtieron al procedimiento abierto. De los 52 (71,23%) casos pronosticados para ser fáciles en la ecografía, solo 7 (9,38%) resultaron difíciles en la cirugía, de los cuales solo 4 (5,48%) tuvieron que convertirse al procedimiento abierto. De acuerdo con nuestros resultados.

De igual forma se tiene al autor Ravindra Nidoni et al con el trabajo titulado “Predicción de colecistectomía laparoscópica difícil basada en la evaluación clinicoradiológica” (2017)

La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento estándar para la colelitiasis sintomática. Sin embargo, de todas las colecistectomías laparoscópicas, 1-13% requiere conversión a una apertura por varias razones. Por lo tanto, para los cirujanos sería útil establecer criterios que predecirían la colecistectomía laparoscópica difícil y la conversión preoperatoria. Pero no existe un consenso claro entre los cirujanos laparoscópicos con respecto a los parámetros que predicen la disección difícil y la conversión a la colecistectomía abierta.

#### Objetivo

Evaluar los parámetros clínicos y radiológicos para predecir la colecistectomía laparoscópica difícil y su conversión.

## Materiales y métodos

Este fue un estudio prospectivo realizado entre octubre de 2010 y octubre de 2014. Se incluyeron en el estudio un total de 180 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión sometidos a LC. Se evaluaron cuatro parámetros para predecir la LC difícil. Estos parámetros fueron: 1) grosor de la pared de la vesícula biliar; 2) Recolección de líquido pericolecístico; 3) Número de ataques; 4) recuento total de leucocitos. El análisis estadístico se realizó utilizando Z-test.

## Resultados

De los 180 pacientes incluidos en este estudio, 126 (70%) fueron fáciles, 44 (24.44%) fueron difíciles y 3 (5.56%) pacientes requirieron conversión a colecistectomía abierta. La tasa de conversión general fue del 5,6%. El TLC > 11000, más de 2 ataques previos de colecistitis, el grosor de la pared GB de > 3 mm y la colección Pericolecystic fueron todos estadísticamente significativos para predecir la LC difícil y su conversión.

## Conclusión

La colecistectomía laparoscópica difícil y la conversión a cirugía abierta se pueden predecir preoperatoriamente según el número de ataques previos de colecistitis, conteo de leucocitos, grosor de la pared de la vesícula biliar y colección pericolecística.

Se tiene al autor J. M. Fabre con el trabajo titulado “Colecistectomía laparoscópica en colelitiasis complicada” (2016)

Desde enero de 1990 hasta diciembre de 1992, 129 pacientes con colelitiasis complicada se incluyeron en un estudio prospectivo para evaluar la viabilidad y la eficacia de la colecistectomía laparoscópica. Hubo 84 mujeres (65%) y 45 hombres (35%). La edad promedio fue de

60 años (rango de 23 a 88). Hubo 90 colecistitis aguda (70%), 14 empiema (11%), 14 colecistitis en la vesícula escleroatrófica (11%) y 11 casos de mucocele (9%). La colecistectomía laparoscópica se realizó con éxito en 106 casos (82%) (grupo I). En este grupo de pacientes, la morbilidad y la mortalidad fueron del 4,7% y el 0,9% ( n= 1), respectivamente. La estadía hospitalaria promedio fue de 4,7 días después del curso posoperatorio sin complicaciones. Dos pacientes requirieron reoperación por complicaciones (1.8%). Veintitrés pacientes (18%) requirieron conversión forzada a laparotomía después de un procedimiento laparoscópico fallido (grupo II). La estadía hospitalaria promedio fue significativamente mayor en el grupo II (10.8 días, P = 0.0001). No hubo diferencia entre los dos grupos según sexo, cirugía previa o indicaciones. La colecistectomía laparoscópica puede intentarse y realizarse con éxito en la colelitiasis complicada sin aumento de la morbilidad. Las principales ventajas de este procedimiento son una estadía hospitalaria más corta y un mejor período de recuperación.

Se tendrá al autor con el trabajo titulado “Colecistectomía subtotal laparoscópica para vesícula biliar complicada cirugías: experiencia en nuestra configuración” (2017)

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos comunes que se realizan. Pero complicada vesícula biliar patologías como GB con inflamación crónica, Gangrenous GB, Empyema GB pueden hacer una disección alrededor del Calot triángulo difícil con alto riesgo de lesión del CBD y la arteria hepática o sus ramas. Por lo tanto, colecistectomía subtotal puede considerarse como una alternativa segura en el manejo de pacientes con GB complicada donde el grado de la inflamación impide la visualización segura de las estructuras biliares. Evaluar la seguridad y eficacia de laparoscópica

Colecistectomía subtotal para vesícula biliar complicada en nuestra institución. Es un estudio retrospectivo. Todos los pacientes que se sometió a colecistectomías subtotales laparoscópicas por el mismo cirujano desde enero de 2014 a noviembre de 2014 en nuestra institución, se incluyó en el estudio. La experiencia del cirujano de colecistectomías subtotales laparoscópicas, su se estudió la seguridad y eficacia, las dificultades quirúrgicas asociadas y las complicaciones postoperatorias. Laparoscópico La colecistectomía subtotal es un procedimiento seguro, efectivo y alternativo para cirugías complicadas de vesícula biliar.

## **BASES TEÓRICAS**

Las complicaciones graves que ocurren con la colecistectomía laparoscópica, que incluyen lesión del conducto biliar, fugas biliares, hemorragia y lesión intestinal, se deben en parte a la selección del paciente, la inexperiencia quirúrgica y las limitaciones técnicas inherentes al abordaje mínimamente invasivo. Un modo importante de lesión ductal son las quemaduras por diatermia, que inicialmente pueden pasar desapercibidas y generalmente involucran los conductos hepáticos correctos o comunes. Estos factores, así como las secuelas intrínsecas de las enfermedades del tracto biliar, como la inflamación y la cicatrización, han llevado al concepto de "reglas de detención" para los cirujanos que realizan esta operación. En esencia, si una disección segura no puede garantizarse por vía laparoscópica, la conversión temprana a un enfoque abierto debe aceptarse fácilmente como el curso adecuado.

En un estudio que combinó los datos de siete estudios grandes con un total de 8856 colecistectomías laparoscópicas, se produjeron complicaciones graves en el 2,6 por ciento. Una revisión combinada de

ocho grandes estudios de colecistectomías laparoscópicas reportó los siguientes tipos y frecuencias de complicaciones mayores: sangrado (0,11 a 1,97 por ciento), absceso (0,14 a 0,3 por ciento), de fugas de bilis (0,3 a 0,9 por ciento), lesión biliar (0,26 a 0.6 por ciento) y lesión intestinal (0.14 a 0.35 por ciento). La tasa de infecciones de heridas e infecciones del sitio quirúrgico es menor con el abordaje laparoscópico que con el abordaje abierto, pero no hay ninguna ventaja en términos de formación de abscesos intraabdominales.

Experiencia del cirujano: la incidencia general de complicaciones laparoscópicas también está relacionada con la experiencia del cirujano. Un informe de más de 8800 procedimientos realizados por 55 cirujanos estimó que el 90 por ciento de las lesiones del conducto biliar se produjeron en los primeros 30 casos para cada cirujano, con una incidencia del 1,7 por ciento en el primer caso al 0,17 por ciento en el 50 ° caso. La incidencia de lesión del conducto biliar parece haberse estabilizado en 0.4 a 0.6 por ciento en otras series, que es cuatro veces más alta que la de la colecistectomía abierta. La experiencia temprana con técnicas mínimamente invasivas más avanzadas (p. Ej., Cirugía laparoscópica de incisión única) sugiere una mayor tasa de lesiones del conducto biliar en comparación con la colecistectomía laparoscópica convencional.

Los cirujanos con más experiencia tienen las tasas de complicaciones más bajas. Además, la credencialización para la cirugía laparoscópica se está convirtiendo en una realidad. Muchas instituciones actualmente, o pronto, requerirán la prueba de un conjunto de habilidades fundamentales en laparoscopia básica para fines de credencialización. Con este fin, el Colegio Americano de Cirujanos y la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos (SAGES) han desarrollado una herramienta de evaluación validada llamada Fundamentos en Cirugía Laparoscópica (FLS) [ 23,24 ]. FLS

ahora es requerido por la Junta de Cirugía Americana para calificar para el examen de certificación quirúrgica.

La selección del paciente - La selección del paciente es también un determinante importante del riesgo. Las complicaciones graves son más probables en pacientes con colecistitis aguda con inflamación activa o colecistitis crónica con fibrosis de la fosa de la vesícula biliar o porta hepatis. Nosotros no actualmente recomendamos CPRE preoperatoria de rutina o colangiografía perioperatoria menos que haya una alta sospecha de cálculos del colédoco, a pesar de la necesidad de la colangiografía intraoperatoria sigue siendo objeto de controversia. Los indicadores clínicos de riesgo de coledocolitiasis incluyen pruebas iniciales de la función hepática que son elevadas, evidencia de dilatación del conducto biliar, ictericia persistente, evidencia de pancreatitis o características activas de la colangitis.

**CLASIFICACIÓN DE LESIONES BILIARES:** una clasificación de lesiones biliares se describe en la figura. La presentación clínica de las diversas lesiones varía desde una fuga de bilis asintomática que se resuelve espontáneamente hasta la obstrucción completa del árbol biliar extrahepático, que se presentará de forma aguda en unos días. Por otro lado, la obstrucción segmentaria del árbol biliar puede no presentarse durante varios años después del procedimiento.

Tipo A: son lesiones que implican una fuga al lecho de la vesícula biliar desde los conductos hepáticos menores o el conducto cístico, sin pérdida de continuidad del árbol biliar.

Tipo B y C: son lesiones de oclusión (Tipo B) y transección (Tipo C) de conductos hepáticos derechos aberrantes. Estos se asocian con el drenaje del conducto cístico en un conducto hepático derecho aberrante, una anomalía que se ve en hasta el 2 por ciento de los

pacientes. En este contexto, el conducto hepático derecho se puede confundir con el conducto cístico en el punto de inserción en el conducto hepático principal o en el conducto biliar común.

Cuando la lesión del conducto es una oclusión (Tipo B), el paciente puede permanecer asintomático durante años y luego presentarse con dolor en el cuadrante superior derecho, y puede producirse fiebre debido a colangitis recurrente y fibrosis y / o atrofia segmentaria. En comparación, se produce una fuga biliar cuando el conducto se secciona pero no se ocluye (Tipo C). Las lesiones concomitantes de la arteria hepática derecha se asocian frecuentemente con este problema en particular.

Tipo D - Estas son lesiones con daño lateral al conducto biliar común que resulta en una fuga biliar; por lo general, se pueden tratar por vía endoscópica, pero pueden progresar a una lesión tipo E más grave.

Las lesiones tipo E - Tipo E involucran a los conductos principales y se clasifican según el nivel de lesión en el árbol biliar (clasificación de Bismuto).

- E1 (Bismuto tipo I) - Transección > 2 cm desde la confluencia
- E2 (Bismuto Tipo II) - Transección <2 cm desde la confluencia
- E3 (Bismuto tipo III) - Transección en el hilio
- E4 (Bismuto tipo IV) - Separación de los conductos principales en el hilio
- E5 (Bismuto tipo V) - Lesión tipo C más lesión en el hilio

Los pacientes afectados suelen presentar ictericia semanas o años después de la colecistectomía. La reparación quirúrgica a través de una hepaticoyeyunostomía casi siempre es necesaria.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES BILIARES** - Se puede reconocer una lesión biliar en el momento de la cirugía laparoscópica; de ser así, se debe intentar la conversión a un procedimiento abierto y la reparación de la lesión solo si el cirujano se siente cómodo con la cirugía biliar avanzada. Si no, el cirujano debe obtener una consulta intraoperatoria con un especialista que sea experto en este problema.

El drenaje externo de la fosa de la vesícula biliar debe lograrse antes de remitirlo a un especialista. La reparación de las lesiones de los conductos biliares siempre debe ser abordada por un equipo multidisciplinario experimentado que consta de un cirujano, un radiólogo de diagnóstico, un gastroenterólogo intervencionista y un radiólogo intervencionista.

El reconocimiento de lesión biliar puede ser más probable si se realiza una colangiografía intraoperatoria de rutina. Sin embargo, el valor de este enfoque es controvertido. Algunos estudios no encontraron ningún beneficio general de la colangiografía intraoperatoria de rutina, que, se sugirió, debería limitarse a los pacientes con sospecha de cálculos biliares comunes (que se trata con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) o si la anatomía biliar no está clara. Esto se discute en detalle en otra parte.

La mayoría de las lesiones no se reconocen en el momento de la cirugía inicial. La presentación temprana de la lesión del conducto biliar después de la colecistectomía laparoscópica es generalmente

inespecífica, con quejas del paciente de dolor abdominal vago, náuseas y vómitos persistentes y fiebre leve.

Biliares y el conducto cístico fugas - biliar y filtraciones en los conductos quísticos representan lesiones de tipo A, C, y D. Se observan pequeñas colecciones de líquido perihepático en aproximadamente la mitad de los pacientes que se someten a un examen por ultrasonido (US) dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía laparoscópica. Estos son asintomáticos, no tienen importancia clínica, se resuelven espontáneamente y se deben al proceso normal de la operación. Se desconoce el número de estas colecciones de fluidos que realmente contienen bilis.

La principal fuga biliar generalmente se observa de 2 a 10 días después de la colecistectomía. Los pacientes afectados suelen presentar fiebre, dolor abdominal y / o ascitis biliosa. La ictericia generalmente es leve. La leucocitosis y las pruebas de función hepática anormales, en particular las elevaciones de la fosfatasa alcalina sérica y la gamma-glutamil transferasa, son comunes. La bilirrubina se elevará levemente a medida que el cuerpo reabsorba la bilis en el tercer espacio.

Tipo A - La fuga de bilis que no está relacionada con la lesión de los conductos biliares principales surge del remanente del conducto cístico o los conductos biliares de Luschka. La fuga del remanente del conducto cístico puede producirse por la laceración de un conducto cístico pequeño, el desplazamiento de uno de los clips o ligaduras en el conducto cístico, la necrosis ductal como resultado de una colecistitis o una obstrucción distal en el conducto común por una piedra con resultado reventón del remanente del conducto cístico.

Los conductos biliares de Luschka incluyen conceptualmente pequeños conductos que entran claramente en el lecho de la vesícula biliar, o pequeños tributarios de radicales intrahepáticos menores del sistema ductal hepático derecho. Aunque no se pueden evitar los conductos verdaderos de Luschka, la lesión de estos afluentes probablemente se deba a una disección en el parénquima hepático. Independientemente del origen, ambos pueden seguir escapando después de la extirpación de la vesícula biliar. La pérdida clínicamente significativa de los conductos es rara.

Tipos C y D: estas lesiones involucran tanto una fuga biliar como una lesión en los conductos principales o aberrantes.

Estudio diagnóstico radiológico - A la presentación, que inicialmente realizamos transabdominal de Estados Unidos para definir la extensión de la posible fuga de bilis. Las fugas biliares pueden presentarse como colecciones loculadas contenidas en la fosa de la vesícula biliar alrededor del hígado, o como una peritonitis biliar difusa y franca. La ecografía también puede determinar si los conductos intrahepáticos están dilatados (y en qué nivel específico), lo que sugiere una obstrucción del conducto común. Si es necesario, se puede obtener una mejor definición por tomografía computarizada (TC), que es muy sensible para detectar fluido libre intraperitoneal o pélvico.

Las grandes colecciones loculadas pueden necesitar ser drenadas por vía percutánea por un radiólogo usando CT o guía de los EE. UU. Con un catéter dejado en su lugar para el drenaje continuo. El líquido bilioso es altamente sugestivo de una fuga biliar.

Después de la demostración de líquido en el peritoneo, obtenemos un escaneo de ácido hepatobiliary iminodiacetic scan (HIDA) para delinear la fuga de radiotrazador en la cavidad peritoneal y confirmar que el

fluido es bilis. La gammagrafía biliar no puede localizar anatómicamente el sitio de la lesión, pero es un diagnóstico de una fuga de bilis en curso en prácticamente todos los pacientes. Las primeras películas son útiles para fugas importantes, pero se deben obtener películas diferidas aproximadamente tres horas después de la inyección del marcador si las exploraciones iniciales son negativas. Si la exploración HIDA confirma una fuga biliar activa, la determinación del sitio de la fuga generalmente se realiza mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es una forma alternativa de evaluar los conductos biliares. La CPRM ofrece un método no invasivo para diagnosticar una fuga biliar, identificar la fuente de la fuga e identificar las pequeñas piedras que quedan en el conducto biliar, aunque no permite la intervención directa como es posible con la CPRE. La MRCP puede ser particularmente útil para obtener imágenes completas del árbol biliar. Esto es especialmente importante en casos de lesión hiliar como una transección u obstrucción del conducto segmentario posterior derecho, donde la identificación a través de la CPRE puede no ser tan exhaustiva. Las técnicas de MRCP permiten una precisión en la identificación del sitio de la lesión porque los agentes de contraste se excretan en la bilis. Esto puede ser útil para distinguir las fugas del lecho de disección de la fosa de la vesícula biliar de las del origen del conducto cístico. La modalidad (ERCP versus MRCP) elegida para la investigación depende del patrón de sospecha de lesión así como de la experiencia local o la disponibilidad de las técnicas.

Casi todas las lesiones de tipo A y D pueden tratarse mediante la inserción de un stent biliar a través de la ampolla en el momento de la CPRE para disminuir la presión en el sistema biliar proximal. Como

alternativa, se puede realizar una esfinterotomía para promover el flujo libre de bilis a través de la ampolla sin la inserción del stent. Favorecemos el abordaje anterior y realizamos esfinterotomía solo si hay una obstrucción común del conducto biliar secundario a coledocolitiasis. El stent produce una disminución rápida en el drenaje de la bilis a través de los drenajes percutáneos, que a menudo se pueden eliminar en tres a cinco días.

Existen ciertos casos en los que, a pesar de estas maniobras terapéuticas mínimamente invasivas, el paciente continúa teniendo dolor abdominal intenso por peritonitis biliar o evidencia de sepsis intraabdominal progresiva. En tales casos, la exploración y el lavado quirúrgicos (logrados por medios abiertos o laparoscópicos) son importantes y efectivos.

Gestión después del diagnóstico: la administración posterior varía según el tipo de lesión:

- En las lesiones de tipo A, el stent se puede extraer endoscópicamente a las dos semanas si el paciente está asintomático y las pruebas de función hepática son normales y no hay una fuga continua en la CPRE de seguimiento.
- En las lesiones de tipo C y D, se realiza una repetición del examen HIDA de dos a cuatro semanas después de la inserción del stent. Si no hay fuga, el stent se puede extraer endoscópicamente en la CPRE repetida. Si hay una pequeña fuga en el momento de la extracción del stent, por lo general realizamos una esfinterotomía para facilitar el flujo de bilis en el duodeno o reemplazar el stent por otras cuatro semanas. El éxito del tratamiento endoscópico de las lesiones de tipo D depende del grado de lesión del conducto biliar. Muchas lesiones tipo D con grados menores de daño pueden ser manejadas de manera efectiva a

corto plazo mediante colocación de stents. Sin embargo, puede ser necesario realizar un seguimiento clínico con ERCP o CPRM de diagnóstico repetido, ya que estos pacientes corren el riesgo de desarrollar lesiones tardías tipo E debido al desarrollo de estenosis por los efectos progresivos de la lesión por diatermia o por el proceso natural de curación. Las lesiones que abarcan una circunferencia más grande por lo general no pueden tratarse con éxito mediante colocación de stents solo y requerirán intervención quirúrgica. El tratamiento endoscópico total de las lesiones de tipo C es menos exitoso porque, por definición, un segmento de drenaje biliar del hígado se "desconecta" de su flujo natural en el árbol biliar distal.

Lesión oclusiva del conducto hepático derecho (lesión de tipo B): la lesión oclusiva del conducto hepático derecho suele ser una lesión oculta que produce una colestasis segmentaria en el hígado y, después de muchos años, una atrofia del lóbulo derecho. Algunos de estos pacientes desarrollan colangitis secundaria a infección o incluso enfermedad de cálculos intrahepáticos. Los pacientes sintomáticos presentan dolor y características de colangitis.

El diagnóstico generalmente se realiza mediante CPRE, que muestra un conducto hepático segmentario ausente en el lado derecho, o mediante CPRM, que muestra un segmento obstruido que carece de continuidad con el árbol biliar distal. La tomografía computarizada puede mostrar atrofia focal o dilatación quística, y puede ser necesaria una colangiografía percutánea para mostrar la obstrucción ductal y la anatomía biliar general. El tratamiento es quirúrgico, implicando preferiblemente una hepaticoyeyunostomía; la resección segmentaria de los lóbulos afectados también puede ser necesaria si la atrofia es significativa.

Lesiones a la bilis común o a los conductos hepáticos comunes (lesión tipo E) - Las lesiones de la bilis común o de los conductos hepáticos comunes son las más graves y son similares a la lesión más comúnmente observada con la colecistectomía abierta. Las manifestaciones clínicas de estas lesiones son muy variables, dependiendo de si el conducto principal está completamente transectado o cortado sin fugas de bilis. Si se produce una fuga biliar, a menudo se reconoce en el momento de la colecistectomía laparoscópica, y si tiene un alcance limitado, se puede intentar una reparación quirúrgica mediante el drenaje con tubo en T del conducto biliar común en el sitio de la lesión. La reparación primaria del conducto biliar debe evitarse debido a su alta propensión a la ruptura o la formación de estenosis, en el contexto de un conducto biliar común de calibre normal. En casos de daño más significativo al conducto, es preferible una hepaticoyeyunostomía.

La mayoría de los pacientes presentan ictericia semanas o años después de la cirugía, y EE. UU. Muestra dilatación de los conductos intrahepáticos. La CPRE generalmente se realiza, revelando una obstrucción completa en el árbol biliar extrahepático sin llenado de conductos intrahepáticos.

El siguiente procedimiento debe ser la colangiografía transhepática percutánea para delinear los conductos intrahepáticos y la longitud de la estenosis. Dado que el sistema biliar está completamente ocluido, se debe realizar un procedimiento de drenaje de ambos lóbulos hepáticos para descomprimir el hígado y reducir el riesgo de colangitis. Esto generalmente se logra mediante la inserción de stents percutáneos grandes en los conductos hepáticos izquierdo y derecho. Estos stents facilitan la identificación de los conductos durante la operación posterior.

En pacientes ocasionales, una estenosis o un clip quirúrgico parcialmente oclusivo responderán a la dilatación y la inserción del stent. Con resultados favorables en series limitadas, la dilatación y la inserción de stent se adoptan con mayor frecuencia como un enfoque de primera línea menos invasivo para este problema. En este contexto, se puede utilizar una colangiografía transhepática percutánea combinada y una técnica de CPRE para tratar la oclusión con buenos resultados a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de las estenosis de alto grado y de más de 1 cm de longitud no son buenas candidatas para la terapia endoscópica. Por lo tanto, una vez que el hígado se ha descomprimido, una hepaticoyeyunostomía suele ser el tratamiento de elección usando los stents permanentes como una guía para la identificación de los conductos.

Existe una mortalidad quirúrgica significativa (5 por ciento) y las tasas de reestenosis varían de 5 a 28 por ciento. Factores como la edad avanzada y las enfermedades comórbidas son importantes, pero el factor pronóstico más importante es si se ha desarrollado una cirrosis biliar secundaria. Los pacientes con esta complicación se pueden tratar mejor con un trasplante hepático.

#### COMPLICACIONES DE PURGADO:

la incidencia de hemorragia incontrolable por colecistectomía laparoscópica es del 0,1 al 1,9 por ciento y puede ocurrir en tres sitios distintos: el hígado, las fuentes arteriales o los sitios de inserción del puerto.

La hemorragia significativa desde el lecho hepático es bastante común y ahora se considera que es desde la proximidad a menudo muy cercana de la vena hepática media y sus radicales hasta la fosa de la vesícula biliar en hasta 10 a 15 por ciento de los pacientes. El sangrado generalmente ocurre durante los aspectos finales de la extirpación de

la vesícula biliar de la fosa hepática y generalmente requiere una conversión inmediata para abrir y controlar la hemorragia profusa a través de la ligadura de puntadas, si fallan los intentos iniciales de control hemostático laparoscópico.

Los problemas de control arterial que involucran a la arteria cística se pueden identificar de inmediato y controlar con clips (solo si los puntos de referencia anatómicos se pueden asegurar con seguridad, o si existe una alta asociación con la lesión arterial hepática derecha). También pueden ser evidentes en el postoperatorio como un declive hemodinámico agudo que requiere reanimación, transfusiones y, a menudo, reoperación. El culpable suele ser un clip desalojado en este escenario.

Finalmente, los sitios de incisión o trocar pueden sangrar. Los pacientes generalmente se presentan en forma subacuática durante los primeros días postoperatorios. Abogamos por la visualización directa de la extracción del trocar al final de la laparoscopia, de modo que dicho problema pueda abordarse con suturas colocadas laparoscópicamente si es necesario. Cuando los pacientes se presentan con hemorragia tardía, el diagnóstico de hematoma se puede hacer con la visualización de una colección heterogénea de fluidos en el examen de ultrasonido (EE. UU.). Si el examen de EE. UU. No es diagnóstico, la pared abdominal y los hematomas intraperitoneales se pueden visualizar en la tomografía computada como áreas de mayor atenuación. Si el paciente es hemodinámicamente inestable, se recomienda una evaluación directa mediante una nueva laparoscopia.

## Intervenciones por parte del personal de enfermería

### Intervenciones.

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

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

Evalúa el nivel de dolor.

Evaluar los hallazgos de laboratorio relevantes.

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

Diagnóstico

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

Dolor agudo relacionado con el apéndice obstruido.

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

Riesgo de infección relacionada con la ruptura del apéndice.

**Evaluación**

**Dolor aliviado**

**Déficit de volumen de líquido prevenido.**

**Reducción de la ansiedad.**

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

**Integridad de la piel mantenida.**

**Nutrición óptima alcanzada.**

**Planificación y objetivos**

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

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

**Aliviar el dolor**

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

**La reducción de la ansiedad.**

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

**Manteniendo la integridad de la piel.**

**Alcanzar la nutrición óptima.**

## CAPÍTULO II

### CASO CLÍNICO

#### CASO

NOMBRES Y APELLIDOS: I.E.T.I

EDAD: 53 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Independiente

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria incompleta.

PROCEDENCIA: Lima

RELIGION: Católica.

#### ANAMNESIS

TE: 7 días

Forma de inicio: insidioso y curso progresivo.

Paciente refiere que una semana antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecha de intensidad 6/10 no irradiado. 5 días antes del ingreso presenta dicho dolor con mayor intensidad, asociado a náuseas, vómitos e hiporexia, motivo por el cual acude a centro de salud donde le administran analgésicos y antieméticos. 3 días antes del ingreso cuadro clínico persiste y acude a clínica privada donde le diagnostican colecistitis aguda litiasica y es operada de colecistectomía laparoscópica, posterior a la cirugía le dejan un dren kher. 2 días antes del ingreso la paciente es dada de alta por dicha clínica. Posterior al alta paciente refiere sentirse cansada, se cansa al caminar y refiere que volumen del dren aumenta de flujo. El día del ingreso paciente presenta leve dificultad respiratoria y refiere que por el dren el contenido se torna hemático motivo por el cual acude a centro de salud cerca de su comunidad y de donde es referida a este hospital.

**Funciones biológicas:**

Apetito: disminuido

Sed: aumentada

Sueño: aumentado

Orina: aumentada

Deposiciones: no realiza hace 2 días.

**Funciones vitales:**

PA: 80/50 mmHg

FC: 120 lpm

FR 27 rpm

SatO<sub>2</sub>: 88%

FiO<sub>2</sub>: 0.21

T: 37°

Al examen:

Paciente presenta marcada palidez, desatura.

Se brinda apoyo oxigenatorio, se le coloca cánula binasal a 5 lts.

Se le coloca doble vía periférica y se le administra NaCl 9%0 en bolo.

Piel: marcada palidez, poco hidratada, llenado capilar 2”.

Tórax y pulmones: taquipneica, buen pasaje de murmullo vesicular en ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: taquicardica, hipotensa, ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de bajo tono e intensidad, soplo sistólico.

Abdomen: Distendido, dren con bolsa colectora con contenido hemático de 100cc aproximadamente, abdomen doloroso a la palpación profunda difusa.

Genitourinario: no globo vesical.

Neurológico: Somnolienta, orientada en persona, parcialmente orientada en tiempo y espacio. No signos meníngeos. Pupilas isocóricas fotorreactivas.

Impresión diagnóstica.

1. Shock hipolemico
  - 1.1 D/C Hemoperitoneo
2. Colectomía laparoscópica por antecedente.
3. Portadora de dren kher.

**PLAN:**

Se solicita:

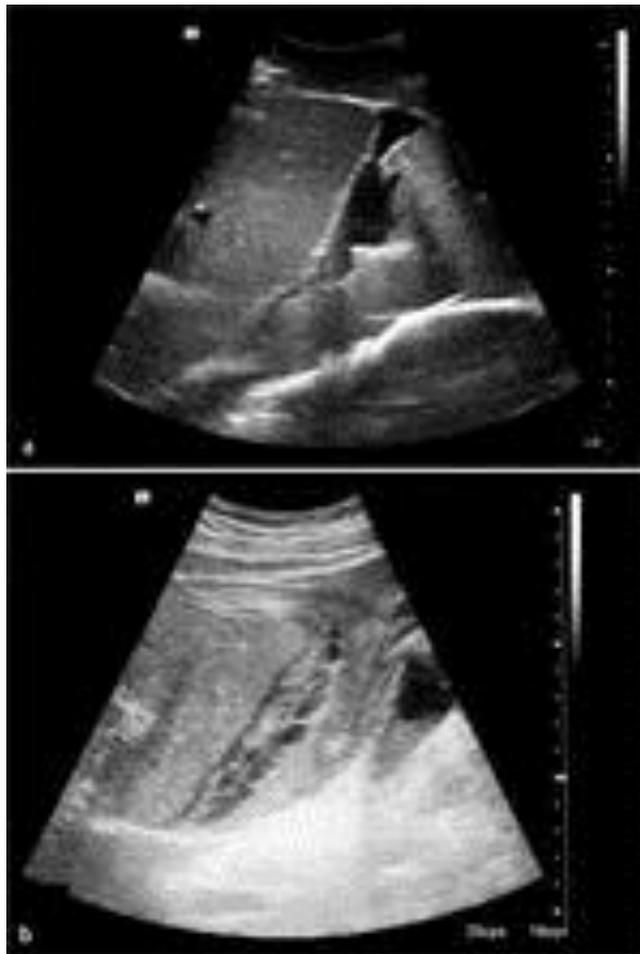
- Hemograma completo
- Urea
- Creatinina
- Glucosa
- Perfil hepático
- Grupo sanguíneo y factor
- Perfil de coagulación
- Ecografía abdominal
- THEM abdominal con contraste

HEMOGRAMA	WBC 9.900 NEU 6.8 ABASTONADOS 0% HB 6.2 g/dl Hematocrito 21.6% Plaquetas 224000
UREA	20
CREATININA	1
GLUCOSA	70
PERFIL HEPATICO	BT 0.3 BD 0.2 BI 0.1 FA 400 TGO 20

			TGP 23
GRUPO SANGUINEO	Y		A+
FACTOR			
PERFIL DE COAGULACION			TP 14 INR 1.2 FIBRINOGENO 312
TC			3MIN
TS			3MIN

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Diferentes aspectos de hemoperitoneo en ecografía.



Por falta de tomógrafo a paciente se le referencia a centro de apoyo de imágenes.

Paciente a las 2 horas del ingreso con los resultados:

1. Transfundir 2 paquetes globulares STAT  
Hidrocortisona 100mg EV STAT  
Clorfenamina 10 mg EV STAT
2. Permanecer con doble vía periférica.
3. NaCl 9/1000 → XL Gotas por minuto.
4. Colocar sonda Foley.
5. Control de hemograma en 6 horas post transfusión.

### **8 HORAS POST- TRANSFUSION**

#### **FUNCIONES VITALES:**

FC 108 lpm

FR 24 rpm

T 37°

Sat O2 95%

FiO2: 36%

Se toma control de hemograma:

HEMOGRAMA	WBC 9.400 NEU 6.6 ABASTONADOS 0% HB 8 g/dl Hematocrito 24% Plaquetas 252000
-----------	--

## CAPÍTULO III

### DISCUSIÓN

náuseas postoperatorias y vómitos (NVPO), sitios de heridas y, si hay uno en su lugar, el drenaje de la herida. NVPO es común después de laparoscópica colecistectomía por gas peritoneal insuflación y manipulación del intestino y la vía biliar (McWhinnie et al2004). Existen factores de riesgo adicionales a considerar incluyendo: hembra sexo, NVPO previo o cinetosis el uso de opioides perioperatorios (Apfel et al1999). Los opioides son una causa común de NVPO y por lo tanto su uso, incluso durante la colecistectomía laparoscópica, debe mantenerse al mínimo requerido. Antiemético la profilaxis debe ser alentada. Hidratación adecuada con al menos un litro de El fluido IV durante el procedimiento es un importante medida adicional para reducir las NVPO (Yogendran et al 1995). PONV debe tratarse con prontitud, preferiblemente usando una clase diferente de antiemético para eso usado para la profilaxis. PONV es común en el período de recuperación inmediata y, a menudo persiste por uno o dos días, pero generalmente resuelve después de eso. El dolor después de la cirugía es inevitable para muchos pacientes, pero el afrontamiento de cada paciente mecanismo es diferente porque el género, la edad, factores psicológicos y culturales determinan la respuesta al dolor (Kitcatt 2003). El dolor es común después de laparoscópica colecistectomía, a pesar

del uso de profilaxis, analgesia multimodal (Khan et al 2002). Más es probable que los pacientes requieran algún tipo de opioide analgesia durante su recuperación y dosis regulares de analgesia oral antes del alta. El dolor tiende a ser moderadamente severo durante los primeros dos días, reduciendo en intensidad después de eso, pero puede seguir siendo lo suficientemente intenso como para evitar descarga. El "dolor referido" es postoperatorio dolor experimentado en una región diferente de donde se origina. Esto puede ser el resultado de insuflaciones de dióxido de carbono en el cavidad abdominal o irritación del diafragma (Woehlck et al 2003). Deriva del dolor referido La colecistectomía laparoscópica generalmente se localiza en la punta del hombro, generalmente en el lado derecho, y / o en la espalda (Sarli et al 2000).

## **CONCLUSIÓN**

Diagnósticos comunes de enfermería encontrados en el plan de cuidados de enfermería para la hernia inguinal Intolerancia a la actividad Dolor agudo Perfusión tisular ineficaz: gastrointestinal Riesgo de infección Riesgo de lesión Resultados de enfermería planes de cuidados de enfermería para la hernia inguinal.

El paciente llevará a cabo actividades de la vida diaria dentro de los límites del proceso de la enfermedad. El paciente expresará sentimientos de comodidad. La función intestinal del paciente volverá a la normalidad. El paciente permanecerá libre de signos o síntomas de infección. El paciente evitará complicaciones. Intervenciones de enfermería Plan de atención de enfermería para la hernia inguinal Aplique una armadura solo después de que se haya reducido una hernia. Para obtener los mejores resultados, aplíquelo por la mañana antes de que el paciente se levante de la cama. Evalúe la piel diariamente y aplique polvo para protección porque la armadura puede ser irritante.

Esté atento e inmediatamente reporte signos de encarcelamiento y estrangulación. Controle de cerca los signos vitales y proporcione la preparación preoperatoria de rutina. Si es necesario, cuando la cirugía está programada Administrar I.V. fluidos y analgésicos para el dolor

según lo ordenado. Controle la fiebre con paracetamol o baños de esponja tibios según lo ordenado. Coloque al paciente en la posición de Trendelenburg para reducir la presión sobre el sitio de la hernia. Después de cirugía, Proporcionar cuidado postoperatorio de rutina. No permita que el paciente tosa, pero sí anime a la respiración profunda y al giro frecuente. Aplique bolsas de hielo al escroto para reducir la hinchazón y aliviar el dolor; elevar el escroto en toallas enrolladas también reduce la hinchazón. Administrar analgésicos según sea necesario. En los hombres, se puede usar una correa deportiva o un vendaje suspensorio para proporcionar soporte.

## RECOMENDACIONES

Proporcione cuidado preoperatorio de rutina según lo ordenado.

- Reforzar la enseñanza sobre el procedimiento y las expectativas postoperatorias, incluyendo manejo del dolor, respiración profunda y movilización. La enseñanza preoperatoria reduce la ansiedad y promueve recuperación postoperatoria rápida

Asistir a la presidencia a la cabecera según lo permitido. La movilización temprana promueve ventilación y circulación pulmonar, reduciendo el potencial de postoperatorio complicaciones

- Ingesta oral anticipada de trocitos de hielo a la dieta regular, según lo tolera. La ingesta oral puede reanudarse rápidamente debido a la interrupción mínima del tracto gastrointestinal durante la cirugía.

- Proporcionar y reforzar la enseñanza: manejo del dolor, incisión atención, nivel de actividad, citas de seguimiento postoperatorio. Con el alta temprana, el cliente y la familia asumen la responsabilidad de la mayoría de los cuidados postoperatorios. Una comprensión clara de este cuidado y las necesidades esperadas reducen la ansiedad y el riesgo de postoperatorio complicaciones

- Iniciar contacto de seguimiento de 24 a 48 horas después del alta para evaluar adecuación del control del dolor, manejo de la incisión y alta comprensión. Contacto después de la descarga proporciona una oportunidad de evaluar la atención y reforzar la enseñanza

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davidoff AM, Pappas TN, Murray EA, Hilleren DJ, Johnson RD, Baker ME, Newman GE, Cotton PB, Meyers WC (1992) Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 215:196–202
2. Mercado MA, Chan C, Orozco H, Tielve M, Hinojosa CA (2003) Acute bile duct injury. The need for a high repair. *Surg Endosc* 17:1351–1355
3. Gigot J, Etienne J, Aerts R, Wibin E, Dallemagne B, Deweer F, Fortunati D, Legrand M, Vereecken L, Doumont J, Van Reepinghen P, Beguin C (1997) The dramatic reality of biliary tract injury during laparoscopic cholecystectomy. An anonymous multicenter Belgian survey of 65 patients. *Surg Endosc* 11:1171–1178
4. Rohatgi A, Singh KK (2006) Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. *Surg Endosc* 20:1477–1481
5. Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, Verlato G, Di Pietrantonj C, de Manzoni G, Cordiano C (2008) Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surg Endosc* 22:8–15
6. Alponat A, Kum CK, Koh BC, Rajnakova A, Goh PM (1997) Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 21:629–633
7. Livingston EH, Rege RV (2004) A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Am J Surg* 188:205–211

8. Lawes D, Motson RW (2005) Anatomical orientation and cross-checking—the key to safer laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 92:1454–1455
9. Sinha I, Smith ML, Safranek P, Dehn T, Booth M (2007) Laparoscopic subtotal cholecystectomy without cystic duct ligation. *Br J Surg* 94:1527–1529
10. Horiuchi A, Watanabe Y, Doi T, Sato K, Yukumi S, Yoshida M, Yamamoto Y, Sugishita H, Kawachi K (2008) Delayed laparoscopic subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis with severe fibrotic adhesions. *Surg Endosc* 22:2720–2723
11. Hubert C, Annet L, van Beers BE, Gigot JF (2010) The “inside approach of the gallbladder” is an alternative to the classic Calot’s triangle dissection for a safe operation in severe cholecystitis. *Surg Endosc* 24:2626–2632
12. Ji W, Li LT, Li JS (2006) Role of laparoscopic subtotal cholecystectomy in the treatment of complicated cholecystitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 5:584–589
13. Michalowski K, Bornman PC, Krige JE, Gallagher PJ, Terblanche J (1998) Laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients with complicated acute cholecystitis or fibrosis. *Br J Surg* 85:904–906
14. Nakajima J, Sasaki A, Obuchi T, Baba S, Nitta H, Wakabayashi G (2009) Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis. *Surg Today* 39:870–875
15. Palanivelu C, Rajan PS, Jani K, Shetty AR, Sendhilkumar K, Senthilnathan P, Parthasarathi R (2006) Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients: the role of subtotal cholecystectomy and its variants. *J Am Coll Surg* 203:145–151

16. Philips JA, Lawes DA, Cook AJ, Arulampalam TH, Zaborsky A, Menzies D, Motson RW (2008) The use of laparoscopic subtotal cholecystectomy for complicated cholelithiasis. *Surg Endosc* 22:1697–1700
17. Ransom KJ (1998) Laparoscopic management of acute cholecystitis with subtotal cholecystectomy. *Am Surg* 64:955–957
18. Singhal T, Balakrishnan S, Hussain A, Nicholls J, Grandy-Smith S, El-Hasani S (2009) Laparoscopic subtotal cholecystectomy: initial experience with laparoscopic management of difficult cholecystitis. *Surgeon* 7:263–268
19. Tian Y, Wu SD, Su Y, Kong J, Yu H, Fan Y (2009) Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in northern China. *Surg Today* 39:510–513



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

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

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

-----

**NOMBRE Y APELLIDOS**



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

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

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

-----  
NOMBRE Y APELLIDOS